

*Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä,
Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala,
Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.)*

Terveyden eriarvoisuus Suomessa

**Sosioekonomisten terveyserojen muutokset
1980–2005**



ISSN 1236-2050
ISBN 978-952-00-2474-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2475-8 (PDF)

Yliopistopaino
Helsinki 2007

Tiivistelmä

Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen ja Eila Linnanmäki (toim.). Terveystien eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki 2007, 248 s. (Sosiaali- ja terveystienministeriön julkaisu, ISSN 1236-2050, 2007:23). ISBN 978-952-00-2474-1 (nid.), ISBN 978-952-00-2475-8 (PDF)

Raporttiin on koottu tietoja sosioekonomisten ryhmien välisistä terveyseroista ja niiden muutoksista Suomessa noin 25 viime vuoden aikana. Tiedot kuvaavat kuolleisuuden, koetun terveyden, sairastavuuden, toimintakyvyn, mielenterveyden ja terveiden elinvuosien kehitystä, terveyteen vaikuttavien elintapojen ja biologisten riskitekijöiden muutoksia sekä terveyspalvelujen käytön ja eräiden sairaalapalvelujen jakautumista sosioekonomisen aseman mukaan. Aikaisempien tutkimusten tuloksia on täydennetty julkaisemattomilla tiedoilla sekä uusilla tätä raporttia varten tehdyillä analyyseilla. Raportin alussa luodaan katsaus terveyserojen syihin ja selitysmalleihin. Lopussa arvioidaan terveys- ja sosiaalipoliittisia toimia, joilla terveyseroja voitaisiin kaventaa. Sosioekonomisen aseman osoittimena on käytetty useimmiten koulutusta, mutta myös ammattiin perustuvaa sosiaaliryhmää, tulotasoa ja työmarkkina-asemaa. Tiedot kattavat parhaiten työikäisen väestön, mutta myös lapsia ja nuoria sekä eläkeikäisiä on tarkasteltu mahdollisuuksien mukaan. Kirjoittajina on yhteensä 44 suomalaista asiantuntijaa.

Suomalaisten terveydentila on monien osoittimien mukaan kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Näyttää yhä vaikeammalta saavuttaa Terveystien 2015 -ohjelman tavoitetta, jonka mukaan kuolleisuuserojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Pitkäaikaissairaudet ovat alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 % yleisempiä kuin ylimmissä ryhmissä. Nämä erot ovat hieman pienentyneet työikäisillä, mutta kasvaneet eläkeikäisillä. Koetun terveyden erot ovat säilyneet selvinä koko tarkastelujakson ajan. Myös toimintakyvyn ja itse arvioidun työkyvyn sosioekonomiset erot ovat säilyneet ennallaan parin vuosikymmenen ajan. Mielenterveyden väestöryhmittäisestä kehityksestä on niukemmin tietoja, mutta vakavat mielenterveyden häiriöt ovat edelleen yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Terveenä eletyn elinajan odote vaihtelee koulutusryhmittäin vielä enemmän kuin elinajanodote.

Terveyteen vaikuttavissa elintavoissa on huomattavia sosioekonomisen aseman mukaisia eroja erityisesti työikäisillä. Sen sijaan eläkeikäisillä elintapojen erot ovat pienempiä. Työikäisten tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat kasvaneet. Alkoholin suurkulutus ja humalajuominen ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret tupakoivat ja juovat itsensä humalaan paljon useammin kuin lukiolaiset. Suositusten mukaisia ruokatottumuksia noudattavat yleisemmin sosioekonomisessa asemassa olevat yleisemmin kuin alemmassa asemassa olevat, mutta rasvan ja vihannesten käytön sosioekonomiset erot ovat kuitenkin kaventuneet. Työikäisten liikuntaharrastus on jatkuvasti ollut yleisintä ylimmissä sosio-

konomisissa ryhmissä. Myös eniten kuolemia aiheuttavien kansantautien biologisten riskitekijöiden, verenpaineen, kolesterolitason ja ylipainon sosioekonomiset erot ovat säilyneet suurina.

Terveyspalvelujen käytössä on sosioekonomisia eroja, jotka eivät täysin vastaa arvioitua palvelujen tarvetta. Suurituloiset käyttävät sekä työterveyshuollon että yksityislääkärien palveluja pienituloisia enemmän, kun palvelujen tarve on otettu huomioon. Sen sijaan terveyskeskuskäyntejä on pienituloisilla suurituloisia enemmän. Hammaslääkäripalvelujen käytössä on vastaavanlaisia eroja, jotka tosin ovat pienentyneet mm. hammashuollon uudistusten myötä. Mielenterveyden avohoitopalvelujen käytön väestöryhmittäisistä eroista on niukasti tietoja. Vakavien tautien sairaalahoidoissakin on eroja: esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia ja pallolaajennuksia, polven ja lonkan tekonivelleikkauksia ja kaihi-leikkauksia on tarve huomioon ottaen tehty enemmän suurituloisille kuin pienituloisille. Sepelvaltimotoimenpiteiden määrän kasvu on 1990-luvulla kuitenkin tasoittanut, muttei poistanut sosioekonomisia eroja.

Terveyserojen kaventaminen on ollut Suomessa terveystaloudellisten ohjelmien tavoitteena vuodesta 1986. Terveyseroja on viime vuosina pidetty myös perinteistä terveystaloudellista laajemmin yhteiskuntapolitiittisena ongelmana (mm. hallitusohjelmissa 2003 ja 2007). Terveyserojen kaventamiskeinoista ei kuitenkaan ole riittävästi tietoa eikä näin ollen myöskään selkeää näkemystä. Terveys 2015 -ohjelman edellyttämä poliittisten ja yhteiskunnallisten toimien terveys- ja terveysero-vaikutusten arviointi ja menetelmäkehittely ovat vasta alkamassa. Suomen kansainvälisesti korkeatasoinen, mutta hajanainen väestötutkimuksiin perustuva terveyserojen tutkimus pitäisi koordinoida entistä paremmin. Lisäksi on tarpeen luoda seurantajärjestelmä, joka palvelee terveystaloudellisen suunnittelua, toteutusta ja tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Toimintapolitiikka olisi suunnattava sekä yhteiskunnallista eriarvoisuutta tasaaviin toimiin että terveyden edellytyksiä ja terveellisten elintapojen omaksumista tukeviin keinoihin siten, että sosiaalisesti ja terveydeltään heikossa asemassa olevien tilanne korjaantuu lähemmäksi hyväosaisia. Myös kaikessa terveydenhuollon suunnittelussa ja palvelujen tarjonnassa olisi heikommassa asemassa olevien tarpeet otettava huomioon.

Asiasanat: eriarvoisuus, terveys, terveystaloudellisuus, sosiaalinen asema

Sammandrag

Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen och Eila Linnanmäki (red.). Ojämlig hälsa i Finland. Förändringar i de socioekonomiska hälsoskillnaderna 1980–2005. Helsingfors 2007, 248 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2007:23). ISBN 978-952-00-2474-1 (inh.), ISBN 978-952-00-2475-8 (PDF)

Rapporten innehåller uppgifter om hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper och om hur skillnaderna förändrats i Finland under de senaste 25 åren. Uppgifterna återger hur dödligheten, den självskattade hälsan, sjukligheten, funktionsförmågan, den psykiska hälsan och de friska levnadsåren utvecklats, hur hälsorelaterade levnadsvanor och biologiska riskfaktorer förändrats samt hur konsumtionen av hälso- och sjukvårdstjänster och vissa sjukhustjänster är fördelade efter socioekonomisk ställning. Resultat från tidigare studier har kompletterats med opublicerade uppgifter och med nya analyser gjorda för denna rapport. I början av rapporten ges en översikt över förklaringsmodeller och orsaker till hälsoskillnaderna. I slutet utvärderas hälso- och socialpolitiska åtgärder som kunde minska hälsoskillnaderna. I de flesta fall har utbildning använts som indikator på socioekonomisk ställning, men också yrkesbaserad socialgrupp, inkomstnivå och sysselsättningsstatus har använts. Uppgifterna täcker bäst den arbetsföra befolkningen, men även barn och ungdomar samt personer i pensionsåldern har analyserats i mån av möjlighet. Skribenterna är 44 finländska experter.

Finländarnas hälsotillstånd har enligt många indikatorer förbättrats, men de socioekonomiska hälsoskillnaderna har i huvudsak bibehållits eller till och med vuxit. Det verkar bli svårare att nå Hälsa 2015-programmets mål att skillnaderna i dödlighet ska minska med en femtedel fram till 2015. I de lägsta utbildnings- och socialgrupperna är långtidssjukdomar ungefär 50 procent vanligare än i de högsta grupperna. Dessa skillnader har minskat lite bland personer i arbetsför ålder, men de har ökat bland personer i pensionsåldern. Skillnaderna i självskattad hälsa har varit tydliga under hela granskningsperioden. Också de socioekonomiska skillnaderna i funktionsförmåga och självskattad arbetsförmåga har bibehållits oförändrade ett par decennier. Det finns inte lika mycket uppgifter om den psykiska hälsans utveckling efter befolkningsgrupp, men allvarliga psykiska störningar är fortfarande vanligare i de lägre socioekonomiska grupperna. Det förväntade antalet friska levnadsår varierar efter utbildningsgrupp ännu mer än det förväntade antalet levnadsår.

I hälsorelaterade levnadsvanor förekommer avsevärda skillnader beroende på socioekonomisk ställning, särskilt när det gäller personer i arbetsför ålder. Däremot är skillnaderna i levnadsvanor mindre för personer i pensionsåldern. De socioekonomiska skillnaderna i rökning har ökat i fråga om personer i arbetsför ålder. Storkonsumtion av alkohol och berusningsdrickande är vanligare i de lägre socioekonomiska grupperna. Ungdomar som studerar vid yrkesläroanstalter röker och dricker sig berusade mycket oftare än gymnasieelever. Personer i högre socioekonomisk ställning

har oftare rekommendationsenliga matvanor än personer i lägre ställning, men de socioekonomiska skillnaderna i användning av fett och grönsaker har ändå minskat. Motionerandet bland personer i arbetsför ålder har hela tiden varit vanligast i de högsta socioekonomiska grupperna. De socioekonomiska skillnaderna är fortfarande stora när det gäller folksjukdomars biologiska riskfaktorer som orsakar mest dödsfall, dvs. blodtryck, kolesterolnivå och övervikt.

Utnyttjandet av hälso- och sjukvårdstjänster visar också socioekonomiska skillnader som inte helt motsvarar det uppskattade servicebehovet. Med hänsyn till servicebehovet utnyttjar höginkomsttagare både mer företagshälsovårds- och privatläkartjänster än låginkomsttagare. Däremot har låginkomsttagare mer hälsovårdscentralbesök än höginkomsttagare. Besök till tandläkare visar motsvarande skillnader, som dock har minskat bl.a. genom reformen av tandvården. Om skillnader i befolkningsgruppernas utnyttjande av öppenvårdstjänster inom mentalvården finns det lite uppgifter. Det förekommer också skillnader i sjukhusvården av allvarliga sjukdomar. Till exempel kranskärlsbypass- och ballongutvidgningsoperationer, knä- och höftprotesoperationer samt starroperationer har med beaktande av behovet genomförts mer bland höginkomsttagare än låginkomsttagare. Ökningen av antalet kranskärlsinsgrepp på 1990-talet har utjämnat men inte avlägsnat de socioekonomiska skillnaderna.

Ända sedan 1986 har de finländska hälsopolitiska programmen haft som mål att minska hälsoskillnaderna. Traditionellt har hälsoskillnader betraktats som ett hälsopolitiskt problem, men under de senaste åren har de börjat betraktas mera som ett samhällspolitiskt problem (bl.a. i regeringsprogrammen 2003 och 2007). Man har emellertid inte tillräckligt med kunskap om hur hälsoskillnader kan minskas och därför inte heller en entydig ståndpunkt om det. Utvärderingen enligt Hälsa 2015-programmet av de hälsokonsekvenser och de effekter på hälsoskillnaderna som politiska åtgärder och samhällsåtgärder får har tills vidare bara påbörjats, liksom metodutvecklingen. Den finländska forskningen i hälsoskillnader bygger på befolkningsundersökningar och är internationellt sett högklassig. Forskningen är dock splittrad och behöver bättre samordning. Dessutom finns det behov av att skapa ett uppföljningssystem, som stöder planeringen och genomförandet av hälsopolitiken samt utvärderingen av hur dess mål nås. Verksamhetspolitiken bör inriktas både på åtgärder som utjämnar samhällelig ojämlikhet och på sätt som stöder förutsättningar för god hälsa och möjligheter att tillägna sig hälsosamma levnadsvanor. Detta bör ske på ett sätt som minskar skillnaden mellan dem som socialt och hälsomässigt är i en sämre ställning och dem som har det bra ställt. I all hälso- och sjukvårdsplanering och allt utbud av hälso- och sjukvård bör man också ta hänsyn till de behov som personer i sämre ställning har.

Nyckelord: hälsa, hälsopolitik, ojämlikhet, social ställning

Abstract

Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen and Eila Linnanmäki (eds.). Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005. Helsinki 2007, 248pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050, 2007:23). ISBN 978-952-00-2474-1 (pb), ISBN 978-952-00-2475-8 (PDF)

This report encompasses health inequalities between socioeconomic groups over the last 25 years in Finland. The data cover time trends in socioeconomic differences in mortality, self-rated health, morbidity, functional capacity, mental health, healthy life expectancy, health behaviours and biological risk factors as well as disparities in the use of health services. Results from earlier studies have been supplemented with unpublished data and new analyses specifically done for this report. The report starts with a review on the causes and explanatory models of health inequalities. After describing the time trends in health inequalities and their determinants, health and social policy measures tackling health inequalities are discussed. The main indicator of socioeconomic position in this report is education, but social class based on occupation, as well as income and employment status are also used. Information on the working-aged population is most extensive but also children, adolescents and the elderly have been covered when possible.

Various indicators show that the health of the Finnish population has improved but socioeconomic health inequalities have generally remained or even widened. It appears increasingly difficult to reach the Health 2015 Public Health Programme goals for reducing differences in mortality by a fifth by 2015. Long-term illnesses are about 50% more common among the lowest educational and other socioeconomic groups than in the highest groups. These differences have slightly decreased among the working-aged but increased among those aged 65 or over. Differences in self-rated health have remained clear during the study period. Differences in functional capacity and self-reported work ability have also remained quite stable over the past two decades. Information on trends in mental health problems by population groups is scarce, but severe mental disorders continue to be more common in the lower socioeconomic groups. Healthy life expectancy varies according to education even more strongly than life expectancy.

Health related behaviours show large socioeconomic differences especially among the working-aged, whereas differences in health behaviours among the retired are smaller. Socioeconomic differences in smoking in the working-aged population have widened. Heavy alcohol use and binge drinking are more common in the lower socioeconomic groups. The proportion of adolescents who smoke and get drunk is much higher among students in vocational schools than among students in high schools. Persons in higher socioeconomic groups follow dietary recommendations more often than those in lower socioeconomic groups, although differences in fat and vegetable

use have decreased. Physical activity among the working-aged has continuously been the most common in the highest socioeconomic groups. Socioeconomic differences in biological risk factors, such as high blood pressure, serum cholesterol and obesity, have remained large.

There are socioeconomic differences in the use of health services that do not fully correspond to the estimated need for care. When need for care is taken into account, people with high income use more occupational health and private practice services than those with lower income. Visits to municipal health centres, however, are more common among those with low income. There are similar differences in the use of dental services, although these have diminished along with dental care system reforms. Little is known about the differences in the use of mental outpatient care by population groups. Hospital treatment for severe diseases also varies: bypass surgery and angioplasty of coronary arteries, endoprosthesis surgery of knee and hip, and cataract surgery are more frequent in those with high income than those with low income after considering the need for care. The increase in coronary artery procedures in the 1990s levelled out but did not abolish the socioeconomic inequalities.

Reducing health inequalities has been an objective in the Finnish health policy programmes since 1986. In recent years, health inequalities have been increasingly viewed as larger socio-political problems than just a problem of traditional health policy (e.g. in the Government Programmes of 2003 and 2007). However, the evidence on the tools that work in reducing health inequalities is limited. Health impact assessment of political and social measures, required by the Health 2015 public health programme, is only in its first stages and the development of methods for this assessment is on the way. Finnish research on health inequalities, based on population surveys and registers, is of high quality but scattered, and in need of better co-ordination. Furthermore, it is vital to establish a monitoring system that would serve planning and implementation of health policies and assessment of their goal attainment. Policies should incorporate measures that aim to even out social inequalities, as well as measures that strengthen the prerequisites for a healthy life and facilitate the adoption of healthy lifestyles so that lower socioeconomic groups will approach the levels acquired by the higher groups. The needs of the lower socioeconomic groups should be addressed in all health and welfare policies including planning and provision of services.

Key words: health, health policy, inequity, social status

Esipuhe

Väestön elinikä on Suomessa pidentynyt ja terveydentila on monien muidenkin osoittimien mukaan kohentunut. Sosioekonomisten ryhmien välillä todetaan kuitenkin suuria elinajan odotteen, sairastavuuden ja sairauksien riskitekijöiden eroja, kuten käsillä oleva raportti osoittaa. Myös terveystalvöjien rakenteessa ja kohdentumisessa näyttää olevan eriarvoisuutta tuottavia piirteitä. Huolestuttavinta on, että kuolleisuuden sosioekonomiset erot eivät ole vähentyneet.

Vuonna 2001 hyväksytyn kansallisen *Terveys 2015* -ohjelman läpäisevänä tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ohjelman mukaan tähän tulisi päästä muun muassa parantamalla heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia ja suhteellista asemaa. Terveystalvöjien syyt liittyvätkin osaltaan laajoihin yhteiskunnallisiin tekijöihin ja yleisiin hyvinvoinnin edellytyksiin. Lisäksi terveyseroja kasvattavat elintavoissa ja kansansairauksien riskitekijöissä ilmenevät väestöryhmittäiset erot. Terveystalvöjien kaventaminen edellyttää siten monipuolisia hyvinvoinnin ja terveyden edellytysten turvaamiseen liittyviä toimia, joissa eri hallinnonalojen ja eri tason toimijoiden yhteistyö on tarpeen.

Terveyserojien kaventamisen tavoite on ilmaistu selvästi sekä vuoden 2003 että vuoden 2007 hallitusohjelmissa. Myös vuoden 2006 Sosiaali- ja terveyskertomus nosti terveyserojien kaventamisen ja syrjäytymisen ehkäisyn keskeiseksi tulevaisuuden haasteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015* -asiakirjassa vuonna 2006 linjannut terveyserojien kaventamisen keskeiseksi tavoitteeksi väestön terveyttä ja toimintakykyä edistettäessä. Viimeksi mainitussa strategiassa ehdotettu laaja-alainen kansallinen terveyserojien kaventamisen toimintaohjelma on tätä kirjoitettaessa valmisteltavana sosiaali- ja terveysministeriön johdolla kansanterveyden neuvottelukunnassa. Myös muissa ajankohtaisissa ohjelmissa, kuten hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, ja monissa kehittämishankkeissa kiinnitetään nyt vakavaa huomiota väestöryhmien välisiin terveyseroihin, niiden syihin ja kaventamiseen.

Terveyserojien muutoksien seuranta edellyttää hyvää tutkimus- ja tietopohjaa. Tähän raporttiin koottu monipuolinen katsaus sosioekonomisten terveyserojien ja niiden taustatekijöiden muutoksiin kahden viime vuosikymmenen aikana antaa hyvän perustan erojen säännölliselle seurannalle.

Paula Risikko
Peruspalveluministeri

Toimitusryhmän alkusanat

Suomessa on tehty runsaasti terveyseroja koskevaa tutkimusta, joka perustuu korkeatasoisiin ja kattaviin rekisteriaineistoihin sekä laajoihin väestön terveystutkimuksiin. Tutkimus on ollut paljolti yksittäisten tutkijoiden ja erillisrahoituksen varassa. Terveyspolitiikan toimien suunnittelua, tavoitteiden toteutumisen arviointia ja seuranta varten tarvitaan vakiintunutta tietojärjestelmää ja säännöllistä raportointia. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa* on tarkoitettu perusteokseksi, jonka pohjalta voitaisiin noin neljän vuoden välein raportoida sosioekonomisten terveyserojen muutoksista Suomessa. Raportti on tarkoitettu valtionhallinnon ja kuntien päättäjille ja toimihenkilöille, terveyden edistämisen toimijoille sekä kaikille terveyspolitiikasta ja eriarvoisuudesta kiinnostuneille. Raportti soveltuu myös terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden oppimateriaaliksi yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa.

Raportin suunnittelu aloitettiin keväällä 2004 osana *Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa* (TEROKA) -hankkeen työtä. Kirjoittajiksi kutsuttiin alan parhaat asiantuntijat. Tavoitteena oli koota aikaisempia kattavampi kuvaus sosioekonomisten terveyserojen kehityksestä Suomessa noin 25 viime vuoden aikana käyttämällä hyväksi jo tehtyä tutkimusta. Raporttia varten on lisäksi tehty runsaasti aivan uusia analyyssejä. Toimitusryhmä on koordinoi- nut eri lukujen yhteensovittamista, ja sen jäsenet ovat toimineet raportin lukujen arvioijina ja toimittajina. Teknisestä viimeistelystä ovat vastanneet Elisa Hyvönen ja Kirsi Talala Kansanterveyslaitoksesta. Riitta Nieminen on tehnyt raportin taiton.

Raportin kokoamisen ja toimitustyön on tehnyt mahdolliseksi sosiaali- ja terveysministeriön hankerahoitus sekä Kansanterveyslaitoksen, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen, Työterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston erillisrahoituksena ja työpanoksina antama tuki. Kiitämme kaikkia kirjoittajia sekä muita tahoja, jotka ovat edistäneet raportin valmistumista. Sosiaali- ja terveysministeriötä kiitämme raporttimme julkaisemisesta.

Helsingissä 10.10.2007

Toimitusryhmä

Sisältö

Tiivistelmä	3
Sammandrag	5
Abstract	7
Esipuhe	9
Toimitusryhmän alkusanat	11
1 TERVEYSEROT JA NIIDEN KAVENTAMISEN HAASTE	15
<i>Ritva Prättälä, Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Eero Lahelma, Marita Sihto ja Hannele Palosuo</i>	
2 SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN SYYT JA SELITYSMALLIT	25
<i>Eero Lahelma, Ossi Rahkonen, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Hannele Palosuo</i>	
3 SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT JA NIIDEN MUUTOKSET	43
3.1 Sosioekonomiset kuolleisuuserot	44
<i>Tapani Valkonen, Hilikka Ahonen, Pekka Martikainen ja Hanna Remes</i>	
3.2 Koettu terveys	65
<i>Ossi Rahkonen, Kirsi Talala, Tommi Sulander, Mikko Laaksonen, Eero Lahelma, Antti Uutela ja Ritva Prättälä</i>	
3.3 Pitkäaikaissairastavuus	74
<i>Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Päivi Sainio, Markku Heliövaara, Antti Reunanen ja Eero Lahelma</i>	
3.4 Mielenterveys	87
<i>Aini Ostamo, Taina Huurre, Kirsi Talala, Hillevi Aro ja Jouko Lönnqvist</i>	
3.5 Toimintakyky	104
<i>Tuija Martelin, Päivi Sainio, Tommi Sulander, Satu Helakorpi, Kaija Tuomi ja Seppo Koskinen</i>	
3.6 Terveet elinvuodet	122
<i>Ari-Pekka Sihvonen, Seppo Koskinen ja Tuija Martelin</i>	
4 SOSIOEKONOMISIIN TERVEYSEROIHIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT JA NIISSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET	129
4.1 Terveyskäyttäytyminen	130
4.1.1 Johdanto	130
<i>Ritva Prättälä</i>	
4.1.2 Tupakointi.....	133
<i>Mikko Laaksonen, Satu Helakorpi, Sakari Karvonen, Kristiina Patja ja Tommi Sulander</i>	

4.1.3	Alkoholinkäyttö.....	141
	<i>Satu Helakorpi, Pia Mäkelä, Ville Helasoja, Sakari Karvonen, Tommi Sulander ja Antti Uutela</i>	
4.1.4	Ruokatottumukset	149
	<i>Eva Roos, Marja-Leena Ovaskainen, Susanna Raulio, Minna Pietikäinen, Tommi Sulander ja Ritva Prättälä</i>	
4.1.5	Liikunta.....	159
	<i>Katja Borodulin, Satu Helakorpi, Tommi Sulander, Riikka Puusniekka ja Ritva Prättälä</i>	
4.1.6	Yhteenveto ja johtopäätökset terveyskäyttötymisen muutoksista	164
	<i>Ritva Prättälä</i>	
4.2	Biologiset vaaratekijät.....	169
	<i>Antti Reunanen, Anna Kattainen ja Veikko Salomaa</i>	
4.3	Terveyspalvelut	179
	<i>Kristiina Manderbacka, Unto Häkkinen, Lien Nguyen, Sami Pirkola, Aini Ostamo ja Ilmo Keskimäki</i>	
5	SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN ONGELMIA JA MAHDOLLISUUKSIA SUOMESSA	197
	<i>Marita Sihto, Hannele Palosuo ja Eila Linnanmäki</i>	
6	YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	219
	<i>Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Marita Sihto, Ilmo Keskimäki, Aini Ostamo, Tuija Martelin, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen ja Eila Linnanmäki</i>	
	Liite: RAPORTISSA KÄYTETYT AINEISTOT	235
	<i>Elisa Hyvönen, Seppo Koskinen ja Hannele Palosuo</i>	
	KIRJOITTAJAT	244

1 TERVEYSEROT JA NIIDEN KAVENTAMISEN HAASTE

*Ritva Prättälä, Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Eero Lahelma,
Marita Sihto ja Hannele Palosuo*

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat pitkään olleet vakava haaste tasa-arvoon tähtäävälle terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle Suomessa ja muissa maissa. Yksilöiden ja ryhmien terveydentilaan vaikuttaa sijoittuminen yhteiskunnan rakenteeseen: sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat huomattavan suuret. Pitkän koulutuksen saaneet, hyvätuloiset tai hyvässä ammattiasemassa olevat elävät keskimäärin pitempään ja terveempinä kuin muut. Tässä raportissa kuvataan erityisesti sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja ja niiden kehitystä viime vuosikymmenien Suomessa.

Terveyseroja on tutkittu runsaasti sekä Suomessa että muualla. Ensimmäinen tutkimusaalto alkoi 1800-luvun puolivälissä (Karisto 1981, Pitkänen 1988). Yli sata vuotta myöhemmin brittiläinen *The Black Report* (Townsend ja Davidson 1982) sai aikaan 1980-luvulla uuden tutkimusaallon, joka jatkuu (Rahkonen ja Lahelma 2005). Terveyserojen tutkimus on viime vuosikymmeninä edelleen huomattavasti runsastunut, ja terveyserojen suuruutta, muutoksia ja syitä on selvitetty sekä Suomessa (ks. Manderbacka ym. 2000, Kangas ym. 2002) että muissa maissa (ks. Mackenbach ym. 2003, Palosuo ym. 2004, Mackenbach ym. 2005, Kunst ym. 2005).

Jotta epäoikeudenmukaisia väestöryhmien välisiä terveyseroja voitaisiin kaventaa, tarvitaan tietoa siitä, miten erot ovat kehittyneet, missä väestöryhmissä tilanne on erityisen hälyttävä ja mistä erot ja niiden muutokset johtuvat. Suomessa tehdään kansainvälisesti poikkeuksellisen hyviin tilasto- ja tutkimusaineistoihin perustuvaa korkeatasoista terveyden ja terveyserojen tutkimusta, joka on edennyt paljolti hankelähtöisesti tutkijoiden ja tutkijaryhmien varassa. Terveyserojen kehitystä ei kuitenkaan ole järjestelmällisesti seurattu, minkä vuoksi kokonaiskuvaa terveyserojen kehityksestä ei ole voitu muodostaa. Terveyserojen kaventamisen kannalta on ollut erityisen pulmallista, että terveyseroihin vaikuttamisen tavoista ja keinoista on toistaiseksi vain niukasti tietoa (Kangas ym. 2002, Palosuo ym. 2004).

Tämän raportin lähtökohtina ovat yhtäältä viime vuosikymmeninä kertyneet suomalaiset kuolleisuus- ja sairastavuuseroja koskevat tutkimustulokset (esim. Valkonen ym. 1990, Lahelma ym. 1993) ja toisaalta Suomen terveystalouden perusasiakirjoissa ilmaistut terveyserojen kaventamisen tavoitteet (erityisesti STM 2001), samoin kuin eräät viimeisten kymmenen vuoden aikana julkais-

tut terveyserojen kaventamisen näkymiä tarkastelevat katsaukset (Koskinen ja Teperi 1999, Kangas ym. 2002, Keskimäki ym. 2002, Palosuo ym. 2004). Katsauksien tarkoituksena on ollut herättää suomalaiset ammattilaiset ja päätöksentekijät pohtimaan väestön terveyserojen kaventamismahdollisuuksia. Tarkastelun kohteena ovat olleet terveys- ja yhteiskuntapolitiikan sekä palvelujärjestelmän käytettävissä olevat keinot vaikuttaa terveyserojen laajuuteen. Lisäksi on kartoitettu elintapojen, syrjäytymisen ja köyhyyden, lapsuus- ja nuoruusvuosien kehitysvaiheen sekä työiän ongelmien merkitystä terveyserojen synnyn ja ehkäisyyn kannalta. Ulkomaisiin kokemuksiin perustuen on arvioitu käytössä olevia työkaluja terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman parantamiseksi.

Aikaisempien katsausten johtopäätöksenä oli, että terveyseroja ei voida kaventaa pelkästään yleisillä terveyttä edistävillä toimenpiteillä. Terveyserojen laajuuden ja kehityssuunnan tuntemuksen lisäksi tarvitaan tietoa myös tuloksellisista toimintapolitiikoista ja keinoista.

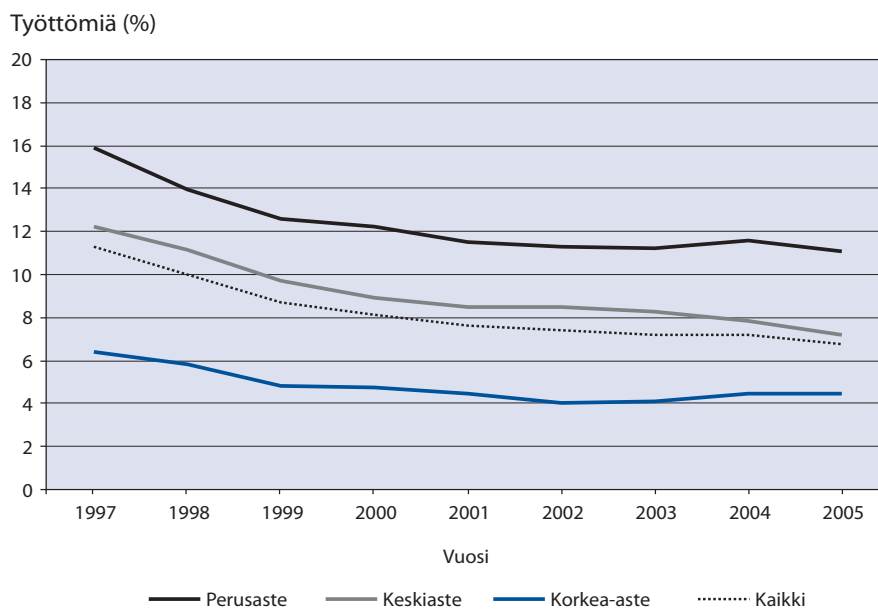
Terveyden eriarvoisuus Suomessa -raportti paikkaa osaltaan tietoaukkoja summaamalla aiempaa suomalaista tutkimusta sosioekonomisista terveyseroista ja niiden muutoksista viimeksi kuluneiden 25 vuoden ajalta. Se kokoaa yhteen aiemmin julkaistuja ja julkaisemattomia tietoja sosioekonomisten terveyserojen sekä niihin vaikuttavien tekijöiden ja terveyserojen kaventamistoimien kehityksestä. Raportissa hyödynnetään lukuisia eri aineistoihin perustuvia tutkimuksia. Osa uusista tiedoista on tuotettu nimenomaan tähän raporttiin. Tärkeimpiä aineistoja ovat kuolleisuutta ja sosioekonomista asemaa koskevat rekisteriaineistot, sairaaloiden poistoilmoitusrekisterit ja terveysseurantojen eli säännöllisin väliajoin toistettujen sairastavuutta, toimintakykyä, koettua terveyttä ja elintapoja koskevien väestötutkimusten aineistot. Aineistot on esitelty raportin liitteessä. Raportissa painottuvat työikäisiä koskevat tiedot, sillä tähän ikäryhmään on tutkimuksissa kiinnitetty eniten huomiota. Työikäisiä koskevia tietoja on täydennetty mahdollisuuksien mukaan lapsia ja nuoria sekä eläkeikäisiä koskevilla tiedoilla. Sosioekonominen asema on monitahoinen käsite ja sen ulottuvuuksista on eniten esillä koulutus. Terveystilaa ja terveyden määrittäjiä on mahdollisuuksien mukaan tarkasteltu lisäksi ammattiaseman ja tulotason mukaan.

Terveyden eriarvoisuus Suomessa -raportin valmistelun tavoitteena on käynnistää terveyserojen jatkuva seuranta. Noin neljän vuoden välein on tarkoitus julkaista seurantaraportti sosioekonomisten terveyserojen, niiden taustatekijöiden ja kaventamistoimien kehityksestä. Terveyserojen ja niiden syiden seurannasta muodostuu toivottavasti säännöllisesti tuotettava monipuolinen terveyspolitiikan väline, joka turvaa terveyserojen kaventamista varten tarvittavan tietopohjan.

► Terveyserojen taustatekijöitä

Raportin kattaman noin 25 vuoden aikana suomalaisessa yhteiskunnassa on tapahtunut monia terveyseroihin vaikuttaneita muutoksia. 1980-luvun taloudellinen nousukausi taittui vuosikymmenen vaihteessa syväksi lamaksi. Laman seurauksena työttömyys lisääntyi muutamassa vuodessa moninkertaiseksi ja oli huipussaan vuonna 1994, jolloin työttömyysaste oli 17 % (Suomen tilastollinen vuosikirja 2006, 414). Työttömyysaste on vähitellen alentunut 7 %:iin vuoden 2007 elokuuhun mennessä (Työvoimatilasto 2007, 8), mutta se on pysytellyt edelleenkin 1990-luvun lamaa edeltänyttä kautta korkeammalla tasolla. Erityisesti nuorisotyöttömyys on ollut yleistä: 15–24-vuotiaista työvoimaan kuuluvista noin viidennes oli työttömänä vielä 2000-luvun alkuvuosina ja 16 % vuonna 2007 (Työvoimatilasto 2007, 8), kun 1980-luvulla tämän ikäryhmän työttömyysaste oli 10 %:n tasolla (Suomen tilastollinen vuosikirja 2006, 414). Työttömyys koettelee eri koulutusryhmiä eri tavoin: 2000-luvun alussa pelkän perusasteen koulutuksen saaneiden työttömyysaste oli yli kaksinkertainen verrattuna korkeasteen koulutuksen saaneisiin (Kuvio 1).

Kuvio 1. Työttömyysaste¹ koulutuksen mukaan 1997–2005 25 vuotta täyttäneillä suomalaisilla.



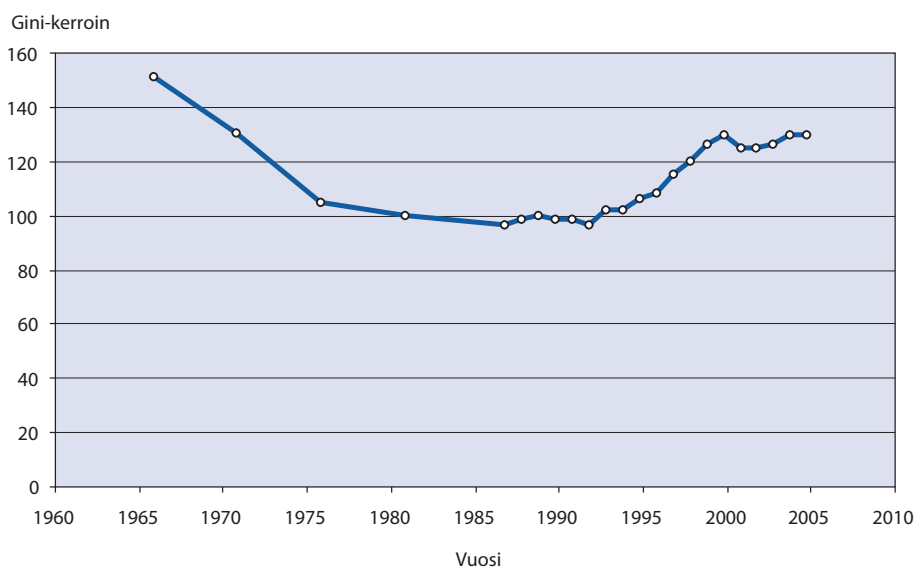
¹ Työttömien osuus työvoimasta; luvut ikävakioitu (vakioväestönä) työvoima vuonna 2005).

Lähteet: Työvoiman koulutus ja ammatit 1997–2003, Tilastokeskus;
Työvoiman koulutus ja ammatit 2000–2005, Tilastokeskus

Lama sivuutettiin 1990-luvun puolivälissä, jonka jälkeen alkoi uusi, edelleen jatkuva nousukausi. Kansantalouden kasvun tuotokset ovat kuitenkin jakautuneet epätasaisesti. Tuloerot, jotka olivat pysyneet jokseenkin samansuuruisina 1980-luvulta lähtien, alkoivat voimakkaasti kasvaa (kuvio 2). Kasvu jatkui 2000-luvun alkuun asti, jonka jälkeen tuloerot ovat olleet 1970-luvun alun tasolla.

Nousukaudesta huolimatta pienituloisten osuus on lisääntynyt tasaisesti 1990-luvun puolivälistä lähtien (Tilastokeskus: Tuloerot 1970-luvun tasolla). Erityisesti köyhiksi luettavien lapsiperheiden määrä kasvoi voimakkaasti 1990-luvulla (Sauli ym. 2002, Moisio 2006). Samaan aikaan myös huostaanotettujen lasten ja nuorten määrä on huomattavasti lisääntynyt (Suomen tilastollinen vuosikirja 2006, 495). Laman yhteydessä ja sen jälkeen tehdyt sosiaaliturvaa koskevat päätökset pääosin heikensivät sosiaaliturvan tasoa ja huononsivat vähävaraisimpien suhteellista asemaa (Kautto ym. 2002). Poikkeuksellisen merkittävä suomalaisten elintapoihin ja terveyteen vaikuttanut poliittinen päätös oli alkoholiveron alennus vuonna 2004, jota seurannut alkoholinkulutuksen kasvu on näkynyt alkoholiongelmien, mm. alkoholiin liittyvien kuolemien lisääntymisenä (Tilastokeskus: Alkoholikuolleisuus vuosina 1998–2005).

Kuvio 2. Tuloerot Suomessa 1966–2005 (käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohden; suhteellinen Gini-kerroin, vuosi 1981 = 100).



Lähde: Tilastokeskus: Tuloerojen kehitys Suomessa.

Taloudellisten muutosten taustalla ovat vaikuttaneet Euroopan poliittiset ja sosiaaliset murrokset, kuten Neuvostoliiton hajoaminen ja Euroopan Unionin laajeneminen. Yhteiskunnallisten murrosten tuloksena suomalaisten elinolot ja varsinkin työoloihin ja työllisyyteen liittyvät tekijät ovat muuttuneet (Karvonen ym. 2006). Näiden kautta myös terveydentilan sosioekonomiset erot ovat voineet joiltakin osin kärjistyä.

Elinoloilla ja niihin liittyvillä kulttuurisilla tekijöillä on monipolvinen ja monimutkainen vaikutuksensa terveyteen sekä terveyttä muovaaviin elintapoihin ja biologisiin vaaratekijöihin. Elinoloja ei tässä raportissa kuitenkaan käsitellä erikseen, vaan niiden vaikutus tulee esille kunkin tarkasteltavan ilmiön taustalla. Parantamalla työ- ja muita elinoloja kaikkien terveyttä edistäviksi ja vaikuttamalla erilaisin politiikan keinoin elintapoihin ja biologisille vaaratekijöille altistumiseen sekä muokkaamalla terveys- ja muita palveluja paremmin eri väestöryhmien tarpeet huomioonottaviksi voidaan myös vaikuttaa terveyseroihin.

► Terveyseroja on mahdollista kaventaa

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut terveystalouden keskeinen tavoite jo usean vuosikymmenen ajan (esim. Koskinen ja Teperi 1999, Keskimäki ym. 2002, Palosuo ym. 2004, Marmot 2005). Suomen nykyistä terveystaloutta linjaavan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (STM 2001) mukaan kaikkiin terveyden edistämistä ja terveyspalvelujen kehittämistä koskeviin tavoitteisiin tulisi pyrkiä siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmissa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat.

Alueiden välisten terveyserojen vähentämiseen on pyritty määrätietoisesti jo ainakin puolen vuosisadan ajan (Kannisto 1947, Kuusi 1961). Tärkeimpiä toimenpiteitä ovat olleet mm. neuvola-, keskussairaala- ja sairausvakuutusjärjestelmien perustaminen sekä kansanterveystalouden säätäminen ja sen toteuttaminen aluksi niillä alueilla, joilla terveysongelmat olivat polttavimmat. Alueellisia terveyseroja onkin saatu olennaisesti kavennetuksi (Pitkänen ym. 2000, Vartiainen ym. 2003, Martelin ym. 2002 ja 2005). Myös sukupuolten välisiin terveyseroihin, etenkin miesten ylikuolleisuuden pienentämiseen, on pyritty jo pitkään (Kannisto 1951, Kuusi 1961), ja sukupuolten välinen elinajanodotteen ero onkin jonkin verran supistunut viime aikoina (Martelin ym. 2005).

On tärkeää pohtia, miksi alueiden ja sukupuolten välisiä terveyseroja on Suomessa onnistuttu kaventamaan, mutta sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat pysyneet ennallaan tai suurentuneet. Selitys voi ainakin osittain liit-

tyä terveysseurantojen tuottamiin tietoihin. Lähes kaikissa väestön terveyttä koskevissa tilastoissa ja raporteissa on jo pitkään esitetty tulokset sukupuolen ja asuinalueen mukaisissa ryhmissä. Asuinalueiden ja sukupuolten väliset terveyserot ovat myös olleet julkisen keskustelun ja terveystoimien kohteena. Sen sijaan koulutuksen, ammattiryhmän tai tulojen mukaisia tietoja on esitetty paljon vähemmän, eivätkä asiantuntijatkaan ole kiinnittäneet riittävästi huomiota sosioekonomisten ryhmien välisiin varsin huomattaviin terveyseroihin. On mahdollista, että terveyseroja koskevien tietojen niukkuus tai puuttuminen valtakunnallisista terveysseurannan raporteista on johtunut myös vaikeaan aiheeseen kohdistuneen kiinnostuksen vähäisyydestä. Vähäiseen kiinnostukseen on saattanut vaikuttaa se, että keinot terveyserojen kaventamiseen ovat käytännössä puuttuneet. Ajankohtaiset tiedot terveysongelmien yleisyydestä ja muutoksista keskeisissä väestöryhmissä ovat erityisen tärkeitä, jotta ongelmat voidaan tunnistaa ja ryhtyä toimiin niiden torjumiseksi. Jatkuvaa seurantaan tarvitaan myös toimenpiteiden vaikutusten arvioimiseksi.

► Raportin rakenne

Raportin alussa esitetään yhteenveto siitä, mitä eri tutkimusten valossa jo tiedetään sosioekonomisten terveyserojen syistä. Tämän jälkeen kuvataan kuolleisuuden, koetun terveyden, mielenterveysongelmien, muun pitkäaikais-sairastavuuden ja toimintakyvyn sosioekonomisia eroja ja niiden muutoksia. Terveyserojen kuvauksen lopuksi kootaan yhteen kuolleisuutta ja terveyttä koskevat tiedot ja tarkastellaan terveiden elinvuosien määrää sosioekonomisen aseman mukaan. Terveyserojen ja niiden muutoksien esittelyn jälkeen selvitetään keskeisiä terveyteen vaikuttavia tekijöitä sosioekonomisissa ryhmissä. Terveyserojen taustalla vaikuttavista tekijöistä huomion kohteena ovat ns. proksimaaliset syytekijät eli terveyttä ja terveyseroja lähellä olevat taustatekijät, kuten kansanterveydellisesti merkittävät elintavat ja biologiset vaaratekijät. Terveyspalvelujen saatavuuden, käytön ja hoidon eroja tarkastellaan omassa luvussaan. Yksilöiden ja ryhmien terveyteen vaikuttavat ns. distaaliset eli etäisemmät yhteiskunnan rakennetekijät ja elinolojen eriarvoisuus luovat kasvualustan terveyserojen syntymiselle ja säilymiselle, vaikkei tässä raportissa näitä yhteyksiä ole voitu suoraan tutkia.

Raportin lopuksi tarkastellaan sosioekonomisten terveyserojen kaventamispolitiikkaa kahden viime vuosikymmenen aikana sekä esitetään yhteenveto ja päätelmät terveyserojen kehityksestä, syistä ja kaventamisesta.

Kirjallisuus

- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.
- Kannisto V. Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä. Kansantaloudellisia tutkimuksia XV, Helsinki 1947.
- Kannisto V. Miksi Suomen miehet kuolevat ennenaikaisesti? *Duodecim* 1951;67:1108–1112.
- Karisto A. Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta: katsaus suomalaiseen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta 1930-luvulle. Helsingin yliopisto, Helsinki 1981.
- Karvonen S, Lahelma E, Winter T. Työikäisten terveys ja hyvinvointi 2000-luvun alussa. Teoksessa Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes, Helsinki 2006, 78–103.
- Kautto M, Parpo A, Uusitalo H. Hyvinvointipolitiikka, tulonjako ja kannustimet. Teoksessa Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki 2002.
- Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Sihto M, Kangas I, Manderbacka K. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen. Teoksessa Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki 2002, 352–371.
- Koskinen S, Teperi J, toim. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. STAKES Raportteja 243, Jyväskylä 1999.
- Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Cardano M, Dalstra J, Geurts J, Helmer U, Lennartsson C, Lissau I, Lundberg O, Mielck A, Ramm J, Regidor E, Stonegger W, Mackenbach J. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:295–305.
- Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo 1961.
- Lahelma E, Manderbacka K, Rahkonen O, Sihvonen A-P. Ill-health and its social patterning in Finland, Norway and Sweden. STAKES Research Reports 27, Jyväskylä 1993.
- Mackenbach J, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T, Kunst A. Widening inequalities in mortality in western Europe. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830–837.
- Mackenbach J, Martikainen P, Looman C, Dalstra J, Kunst A, Lahelma E, and members of the SedHA working group. The shape of the relationship between income and self-assessed health: An international study. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:286–293.
- Manderbacka K, Forssas E, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. Sosioekonomisten terveyserojen supistaminen - suomalaisen tutkimuksen painopistealueet 1970–1998. Stakes, Aiheita 9/2000, Helsinki.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1009–1104.

- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki, 93–102.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki, 134–148.
- Moisio P. Kasvanut polarisaatio lapsiperheiden parissa. Teoksessa Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes, Helsinki 2006.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. Eriarvoisuus ja terveystieteet. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 12/2004, Helsinki.
- Pitkänen K. Väestöntutkimus ja yhteiskunta: suomalaisen väestöntutkimuksen historia 1700-luvulta noin vuoteen 1950. Suomen väestötieteen yhdistys, Helsinki 1988.
- Pitkänen K, Koskinen S, Martelin T. Kuolleisuuden alue-erot ja niiden historia. *Duodecim* 2000;116:16:1697–1710.
- Rahkonen O, Lahelma E. Terveys hyvinvointivaltiossa - Peter Townsandin tulkinta terveyden eriarvoisuudesta. Teoksessa Saari J, toim. Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Yliopistopaino, Helsinki 2005, 280–299.
- Sauli H, Bardy M, Salmi M. Elinolojen koventuminen pikkulapsiperheissä. Teoksessa Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki 2002.
- STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki 2001.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2006. Tilastokeskus, Helsinki 2006.
- Townsend P, Davidson N, toim. *Inequalities in Health. The Black Report*. Penguin Books, Harmondsworth 1982.
- Työvoiman koulutus ja ammatit 1997–2003. Tilastokeskus, Työmarkkinat 2005:6, Helsinki 2005.
- Työvoiman koulutus ja ammatit 2000–2005. Tilastokeskus, Työmarkkinat 2007, Helsinki 2007.
- Valkonen T, Martelin T, Rimpelä M. Socioeconomic mortality differences in Finland 1971–85. Central Statistical Office of Finland, Studies 176, Helsinki 1990.
- Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, Salomaa V, Jousilahti P, Sundvall J, Salminen M, Männistö S, Valsta L. Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:4099–4106.

Internetlähteet:

Tilastokeskus: Tuloerojen kehitys Suomessa. http://www.tilastokeskus.fi/til/tjt/2005/tjt_2005_2007-05-16_tau_001.html (18.5.2007)

Tilastokeskus: Tuloerot 1970-luvun tasolla. http://www.tilastokeskus.fi/til/tjt/2005/tjt_2005_2007-05-16_tie_001.html (18.5.2007)

Tilastokeskus: Alkoholikuolleisuus vuosina 1998–2005. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2005/ksyyt_2005_2007-02-13_kat_001.html (18.5.2007)

Tilastokeskus: Työvoimatilasto 2007 elokuu. Suomen virallinen tilasto, Helsinki 18.9.2007. http://www.stat.fi/til/tyti/2007/08/tyti_2007_08_2007-09-18_tie_001_fi.pdf

2 SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN SYYT JA SELITYSMALLIT

Eero Lahelma, Ossi Rahkonen, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Hannele Palosuo

► Johdanto

Terveys on voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua (Allardt 1976 ja 1999). Kansalaisten keskimääräinen terveydentila ja terveydentilan erot väestöryhmien välillä ovat siksi keskeisiä osoittimia, kun arvioidaan hyvän elämän edellytyksiä, väestön hyvinvointia ja hyvinvointivaltion tuloksellisuutta (Lundberg ja Lahelma 2001).

Sosiaalisen aseman mukaiset terveydentilan, sairastavuuden ja kuolleisuuden erot, joita voidaan nimittää lyhyesti terveyseroiksi, kuvaavat perustavanlaatuisia yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Myös muiden keskeisten väestöryhmien, esimerkiksi miesten ja naisten, siviilisäätiryhmien ja etnisten ryhmien välillä on merkittäviä terveyseroja, mutta tässä raportissa keskitytään erityisesti sosioekonomisten ryhmien välisiin eroihin. Jotta terveyseroja ja niiden muodostumista voitaisiin paremmin ymmärtää, on eroille löydettävä selityksiä ja syitä, joista ne voivat johtua. Tietoa syistä tarvitaan myös terveys- ja hyvinvointipolitiikan tueksi pyrittäessä kaventamaan terveyseroja.

Terveydentila ja odotettavissa oleva elinajan odote ovat kehittyneet myönteisesti koko Suomen väestössä, mutta sosioekonomiset ryhmät ovat kuitenkin hyötynneet tästä kehityksestä eri tavoin. Sekä Suomessa että muissa maissa terveydellä on voimakas yhteys sosiaaliseen asemaan: alemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla on huonompi terveys ja lyhempi elämä kuin sosiaalisen hierarkian ylempiin kerroksiin kuuluvilla. Nämä erot eivät ole kaventuneet viime vuosikymmenien aikana Suomessa (ks. luku 3 tässä raportissa) eivätkä muissakaan maissa (Kivelä ym. 2001, Kunst ym. 2005). Sosioekonomisten ryhmien väliset sairastavuuserot ovat säilyneet suurin piirtein ennallaan ja kuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat kärjistyneet. Suomessa kuolleisuuserot ovat olleet eurooppalaisittain suuret (Mackenbach ym. 2003), mutta ne ovat silti viime vuosiin asti kasvaneet (ks. Valkonen ym. luku 3.1 tässä raportissa).

Sosioekonomisista terveys- ja kuolleisuuseroista on käytettävissä runsaasti kuvailevaa tietoa. Jonkin verran tietoa on myös erojen muutoksista ja eri mai-

den välisistä eroista. Sen sijaan terveyseroja selittävistä tekijöistä tietomme ovat edelleen puutteelliset. Sosiaalinen asema sinänsä ei vaikuta suoraan terveyteen, vaan terveyseroja tuottavat sellaiset elämäntilanteiden eri vaiheissa vaikuttavat elinolot, elintavat ja muut varsinaiset terveyden taustatekijät, jotka kytkeytyvät ensi sijassa käytettävissä olevien voimavarojen epätasaiseen jakautumiseen.

Tutkijat ovat kehitelleet erilaisia terveyserojen laajempia selitysmalleja ja selvittäneet myös jossakin määrin terveyseroihin vaikuttavia yksittäisiä tekijöitä. Tarkastelemme seuraavassa keskeisiä terveyserojen selitysmalleja, joissa pyritään tunnistamaan tärkeimpiä terveyserojen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ja tekijäryhmiä sekä osoittamaan vaikutusyhteyksien suuntaa ja mahdollisia takaisinkytkentöjä. Käsittelemme eri mallien toimivuutta tutkimuksissa ja summaamme tutkimusten antamaa kuvaa tärkeimmistä terveyserojen syistä.

► Sosioekonomisten terveyserojen luonne

Sosioekonomiset terveyserot ovat juurtuneet syvälle nyky-yhteiskuntien rakenteisiin. Erojen taustalla vaikuttavat eriarvoistavat rakenteet ja prosessit, jotka tulevat näkyviin ihmisten sosiaalisen aseman kokonaisuudessa. Nämä eroja tuottavat prosessit ilmenevät vallan, arvonannon, varallisuuden ja muiden voimavarojen epätasaisena jakautumisena yhteiskunnassa (Allardt 1983).

Terveyserot heijastavat siten koko yhteiskunnan ja sen eri alueiden hierarkista rakentumista, ja ne ilmenevät kaikilla sosiaalisen aseman ulottuvuuksilla. Tärkeimmät sosiaalista asemaa määrittävät ulottuvuudet ovat koulutus, työmarkkina-asema, ammattiin perustuva sosiaaliluokka sekä tulot ja varallisuus. Koulutus on sikäli ensisijainen, että se hankitaan jo nuoruudessa eikä se tavallisesti muutu paljoa elämäntilanteen aikana, joskin paineet jatkuvaan koulutukseen aikuisiässäkin voivat muuttaa tilannetta tulevaisuudessa. Koulutus puolestaan vaikuttaa työmarkkina-asemaan ja ammattiasemaan, jotka kiinnittävät yksilön yhteiskunnan keskeisiin ansiotyön kautta määrittyviin rakenteisiin. Nämä yhdessä koulutuksen kanssa taas määrittävät tuloja ja taloudellista asemaa. Ammatti ja etenkin tulot voivat vaihdella paljonkin työuran aikana.

Sosioekonomisen aseman eri ulottuvuudet liittyvät toisiinsa, mutta kullakin niistä on kuitenkin myös oma itsenäinen kytkentänsä terveyteen (Martelin 1994, Lahelma ym. 2004, Laaksonen ym. 2005a). Koulutus tuottaa tietoja ja taitoja, ammattiasema taas ilmentää työoloja. Tulot määrittävät aineellisia olosuhteita ja kulutuskykyä. Näin ollen yhtä ja ”parasta” sosiaalisen aseman osoitinta ei ole. Eri ulottuvuuksien tärkeys voi myös vaihdella eri aikoina ja eri maissa. Esimerkiksi Suomessa tuloerot ovat kansainvälisesti pienet, ja meillä tuloryhmien väliset terveyserot ovatkin pienemmät kuin koulutusryhmien vä-

liset terveyserot (Cavelaars ym. 1998). Kuten edellä jo todettiin, myös monet muut tekijät kuten sukupuoli, ikä, etninen tausta ja perheasema määrittävät osaltaan terveyttä ja voivat vaikuttaa myös sosioekonomisten terveyserojen jyrkkyyteen.

Terveydentilan jakautuminen sosiaalisen aseman mukaan voi noudattaa erilaisia malleja tai säännönmukaisuuksia sen mukaan, mitä sosiaalisen aseman ja terveyden ulottuvuutta kulloinkin tarkastellaan. Ensiksikin terveyden ja sosiaalisen aseman yhteys voi olla lineaarinen eli suoraviivainen, jolloin terveys on tasaisesti ja portaittain alenevasti sitä huonompi, mitä alemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevasta ryhmästä on kyse. Esimerkiksi koulutuksen yhteys kuolleisuuteen näyttää noudattavan tällaista mallia. Valkosen (1988) kansainvälisen vertailun mukaan yksi vuosi lisää koulutusta merkitsee kuolleisuuden pienenemistä 8–9 prosentilla. Toiseksi terveyden ja sosiaalisen aseman välisen yhteyden muoto voi olla käyräviivainen esimerkiksi siten, että alemmissa tuloryhmissä tulojen lisääminen vaikuttaa terveyteen enemmän kuin ylemmissä tuloryhmissä (Mackenbach ym. 2005). Kolmanneksi joskus voidaan todeta selvä kynnysarvo, jonka alapuolella terveys on muita huonompi ja yläpuolella parempi. Köyhyys, pitkäaikaistyöttömyys tai muu syrjäytyminen voivat muodostaa selvän terveyskuilun, jolloin esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien terveys on selvästi tilapäistyöttömiä ja työssä olevia huonompi (Mannila ja Peltoniemi 1997).

Aina ei sosioekonomisia ryhmiä voida asettaa selvään hierarkkiseen järjestykseen, vaan ryhmitys on vain osittain järjestysasteikollinen ja osittain ryhmien laadullisiin eroihin perustuva eli laatueroasteikollinen. Tämä pätee esimerkiksi Tilastokeskuksen sosioekonomisen aseman luokitukseen, jossa maatalousyrittäjien ja muiden yrittäjien asemaa hierarkiassa ei voida selvästi määrittää suhteessa työntekijä- ja toimihenkilöryhmiin.

Sosioekonomisessa terveystutkimuksessa on yleensä tarkasteltu sosiaalisen aseman koko hierarkiaa alimmista ylimpiin asemiin ottamalla huomioon myös väliryhmät. Selviä kynnysarvoja ei yleensä ole todettu. Päähavainto on, että terveys on sitä heikompi, mitä alempi on yhteiskunnallinen asema.

Terveyserojen luonteesta ja myös niiden kaventamisesta puhuttaessa on tärkeätä erottaa suhteelliset ja absoluuttiset erot toisistaan (Lahelma ja Koskinen 2002). Tutkimuksissa tarkastellaan usein suhteellisia eroja. Tällöin viiteryhmäksi valitaan usein parhaimman terveyden omaava ryhmä tai ylin sosioekonominen ryhmä ja verrataan muiden ryhmien terveyttä tähän viiteryhmään jonkin suhdeluvun avulla. Näin esimerkiksi ilmaistaan, miten paljon yleisempää on työntekijöiden sairastavuus ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. Absoluuttiset erot puolestaan ilmaisevat esimerkiksi tiettyä tautia sairastavien työntekijöiden ja toimihenkilöiden lukumääräisiä eroja. Myös elinajanodote,

joka ilmaisee odotettavissa olevia elinvuosia, kertoo elinvuosissa mitattavista absoluuttisista eroista eri väestöryhmien välillä. Sekä absoluuttisia että suhteellisia eroja voidaan ilmaista useilla erityyppisillä mittaluvuilla, mukaan lukien erilaiset eriarvoisuusindeksit (Mackenbach ja Kunst 1997).

Suhteellisten erojen tarkastelu soveltuu syiden tutkimukseen, kun pyritään selittämään esimerkiksi, miksi työntekijät ovat sairaampia kuin toimihenkilöt. Terveyspolitiikan ja terveyden tasa-arvon tehokkaan edistämisen kannalta suhteellisten erojen tarkastelu ei kuitenkaan riitä, sillä terveystalouden toimilla on pyrittävä kaventamaan ennen muuta suuria absoluuttisia terveyseroja. Terveiden suurikaan muutos jossakin lukumääräisesti pienessä sosioekonomisessa ryhmässä ei paljoa vaikuta koko väestössä ilmenevään terveyden eriarvoisuuteen. Sen sijaan jo pienekö terveyden kohentuminen suuressa huono-osaisessa ryhmässä kaventaa terveyseroja ja samalla myös parantaa koko väestön terveyttä.

Terveyden tasa-arvon edistämiseksi ensisijaisena kohteena ovat ehkäistävissä olevat terveyserot, joista suuri osa johtuu elinoloihin ja elintapoihin liittyvistä tekijöistä. Kaikkia periaatteessa ehkäistävissä olevia terveyseroja voidaan pitää epäoikeudenmukaisina hyvinvointiyhteiskunnassa, joka tähtää kansalaisten ja väestöryhmien tasa-arvoon. Näin ymmärrettynä terveyden, sairauden ja kuoleman eriarvoisuus muodostaa haasteen sekä erojen syiden kartoittamiseen pyrkivälle tutkimukselle että väestön hyvinvointiin ja tasa-arvoon tähtäävälle terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle (Koskinen ym. 2002). Tutkimus ja terveyden tasa-arvoon tähtäävä politiikka liittyvät toisiinsa, sillä terveyserojen syiden tunnistaminen auttaa kohdistamaan yhteiskunta- ja terveystaloudellisia toimenpiteitä niihin tekijöihin, joihin vaikuttamalla eroja voidaan torjua ja kaventaa.

► Selitysmallit

Selitysmallit kokoavat sosioekonomisten terveyserojen tärkeimpiä yksittäisiä syytekijöitä ryhmiksi ja osoittavat syy-yhteyksien suuntaa ja luonnetta. Selitysmallien ja yksittäisten syytekijöiden avulla voidaan tarkastella, millaisia prosesseja ja tekijöitä tässä raportissa todettavien terveys-, sairastavuus- ja kuolleisuuserojen taustalla vaikuttaa. Laajempaan tietoisuuteen terveyserojen selitysmallit tulivat brittiläisen Black Reportin (Townsend ja Davidson 1982) vaikutuksesta 1980-luvun alkupuolella. Tosin terveyserojen, erityisesti kuolleisuuserojen, syitä on pohdittu muun muassa Britanniassa ja Suomessa jo 1800-luvulla (Karisto ym. 1992) ja systematisoitu jo 1920-luvulla (Macintyre 1997). Black Reportissa esitettiin terveyserojen selitysmallien kehikko, jossa tärkeimmät tavat selittää terveyseroja ryhmiteltiin ja selitysmallien yhteyksiä tehtyyn

empiiriseen tutkimukseen arvioitiin. Tuolloin esitellyt mallit ohjaavat edelleen terveyserojen syistä ja selityksistä käytävää keskustelua ja selityksiin tähtäävää tutkimusta ja ne esitellään myös tässä. Selitysmallit ovat artefaktaselitys eli erojen muodostuminen keinotekoisesti, luonnollinen tai sosiaalinen valikoituminen, kulttuuriin ja terveyskäyttäytymiseen perustuva selitysmalli sekä aineellisiin ja rakenteellisiin oloihin perustuva selitysmalli.

Artefaktaselitykset

Artefaktaselitys nojaa ajatukseen, että sosiaalisen aseman ja terveyden välillä havaittu yhteys on näennäinen eikä tosiasiasa mitään yhteyttä ole olemassa. Havaitut erot johtuvat sosiaalisen aseman ja/tai terveydentilan puutteellisesta kirjaamisesta tai sosiaalisen aseman ja terveyden välisen yhteyden mittaamiseen liittyvistä virheistä. Tärkeänä harhaisten tulosten syynä on pidetty ns. osoittaja/nimittäjä-virhettä, joka syntyy esimerkiksi siitä, että tiedot kuolleiden (osoittaja) ammatista kootaan kuolintodistusten ammattitiedoista, kun taas väestön (nimittäjä) ammattitiedot saadaan väestölaskennasta. Jos kuolintodistusten ja väestölaskennan ammattitiedot eivät täsmää tai väestöryhmien lukumäärät on kirjattu puutteellisesti, näin syntyneen virheen vuoksi työntekijöiden kuolleisuusluvut saattaisivat olla todellista suuremmat tai pienemmät. Ongelmaa on pohdittu lähinnä Britanniassa ja sielläkin sen käytännön merkitys on osoittautunut vähäiseksi. Kun käytetään yksilötason aineistoja, joissa kuolleiden ja muun väestön sosiaalista asemaa koskevat tiedot kootaan samoista tietolähteistä, kuten Suomessa (Valkonen ym. 1998) ja muissa Pohjoismaissa, ei osoittaja/nimittäjä-virhettä esiinny. Nykyään tähän selitysmalliin ei enää kiinnitetä paljoa huomiota, vaan todettuja sosioekonomisia terveys- ja kuolleisuuseroja pidetään todellisina.

Valikoituminen

Valikoitumismallin mukaan terveys voi vaikuttaa sosiaaliseen liikkuvuuteen yksilön elämänkaaren aikana eli tässä mallissa tarkastellaan terveydentilan vaikutusta sosiaaliseen asemaan. Mallin mukaan ne, joilla on hyvä terveys, päätyvät todennäköisemmin ylempiin sosiaalisiin asemiin, kun taas ne joilla on huono terveys, jäävät helpommin lähtöasemiinsa tai vajoavat alaspäin sosiaalisessa asteikossa. Tällainen valikoituminen perustuu ajatukseen, että terveys ja sitä määrittävät ominaisuudet voivat vaikuttaa sosiaalisiin olosuhteisiin, jos ne esimerkiksi vaikuttavat selviytymiseen koulutuksessa ja työmarkkinoilla (West 1998). Sosiaalista liikkuvuutta tapahtuu paitsi sukupolven sisällä, myös

sukupolvien välillä. Huonon terveyden omaava saattaa pudota koulutusuralta ja joutua vanhempiaan alempaan sosiaaliseen asemaan. Sukupolven sisäistä liikkuvuutta taas tapahtuu, kun työkyvyltään rajoittunut ylemmässä asemassa oleva henkilö joutuu siirtymään alempaan asemaan.

Työ- ja toimintakyvyn rajoitusten ohella on otettava huomioon vajaakuntoisten ja pitkäaikaissairaiden syrjintä työmarkkinoilla sekä työnhakijoina että työntekijöinä (West 1991). Esimerkiksi vakavat fyysiset vammat tai mielenterveysongelmat voivat pysyvästi heikentää selviytymistä koulutuksessa ja työmarkkinoilla.

Black Reportin jälkeisessä keskustelussa on erotettu toisistaan suora ja epäsuora valikoituminen, sillä niissä on kysymys erilaisista sosiaalisista prosesseista. Suorassa valikoitumisessa huono terveys sinänsä vaikuttaa alempaan sosiaaliseen asemaan joutumiseen. Epäsuorassa valikoitumisessa taas jokin kolmas tekijä vaikuttaa sekä terveyteen että sosiaaliseen asemaan (West 1991 ja 1998). Jälkimmäisen selitysmallin mukaan sairauksia ja kuolemanvaaran kasvua aiheuttavat tekijät ohjaavat ihmisiä lähtökohtaansa alempaan sosiaaliseen asemaan, ja/tai hyvää terveyttä ennakoivat tekijät puolestaan auttavat ihmisiä kohoamaan sosiaalisessa asteikossa. Esimerkiksi nuoruuden elintavat ovat yhteydessä paitsi myöhempään terveyteen, myös etenemiseen koulutusuralla. Nuoret joiden elintavat ovat epäterveelliset, jäävät todennäköisemmin pelkän peruskoulutuksen varaan (Koivusilta ym. 1999). Eräiden toisten tutkimusten mukaan taas esimerkiksi pituus ja lihavuus ovat yhteydessä sosiaaliseen liikkuvuuteen: lyhyet ja lihavat liikkuvat todennäköisemmin alaspäin sosiaalisessa hierarkiassa, kun taas pitkät ja normaalipainoiset liikkuvat todennäköisemmin ylöspäin (Macintyre 1988, Silventoinen 2003, Sarlio-Lähteenkorva 1999).

Kulttuuri ja käyttäytyminen

Kun valikoitumismallissa tarkastellaan sitä, miten terveys vaikuttaa sosiaaliseen asemaan, kulttuuri- ja käyttäytymistekijöihin perustuvassa selitysmallissa tarkastellaan päinvastoin sosiaalisen aseman vaikutusta terveydentilaan. Sosiaalinen asema itsessään ei ole välitön syytekijä, vaan sosioekonomisille ryhmille tyypilliset kulttuuriset tekijät, kuten elintapoja ohjaavat perinteet, arvot ja asenteet sekä erilainen terveyskäyttäytyminen voivat toimia mekanismeina, joiden kautta terveyserot syntyvät. Keskeisten terveyskäyttäytymistekijöiden, tupakoinnin, alkoholinkäytön ja määrältään tai laadultaan puutteellisen ravitsemuksen sekä liikunnan merkityksestä kansantaudeille ja kuolleisuudelle ei vällinne erimielisyyksiä. Erimielisyyksiä ei myöskään vällinne siitä, että myös näitä käyttäytymismuotoja muovaavat kulttuuriset tekijät sekä sosiaalinen taust-

ta. Epäterveelliset elintavat ovat yleensä epätasaisesti jakautuneet sosioekonomisen aseman mukaan, kuten tästäkin raportista ilmenee (luku 4.1). Tämän selitysmallin mukaan muun muassa lyhyen koulutuksen saaneiden, työntekijöiden ja pienituloisten keskuudessa terveyden kannalta epäedulliset elintavat ovat keskimääräistä yleisempiä, ja tämä tuottaa osaltaan sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja.

Aineelliset tekijät

Materialistisessa tai rakenteellisessa selitysmallissa ajatellaan, että aineelliset tekijät ja elinolot vaikuttavat sosioekonomisten ryhmien terveyteen terveyseroja tuottavalla tavalla. Malli kattaa suuren joukon erilaisia tekijöitä, kuten lapsuuden ja aikuisuuden taloudelliset olosuhteet, työolot, aineellisen toimeentulon ja vaurauden sekä asumisen ja kotiympäristön. Osa näistä tekijöistä on ajallisesti ja kausaalisesti lähempänä terveyttä ja terveyserojen syntyä, osa taas on etäämmällä taustalla vaikuttavia, usein rakenteellisia tekijöitä. Aineellisten tekijöiden, samoin kuin terveyskäyttäytymisenkin, vaikutus terveyseroihin toteutuu siten, että nämä tekijät jakautuvat epätasaisesti väestön keskuudessa. Alemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien elinolot, työolot ja taloudelliset resurssit ovat yleensä huonommat kuin korkeammassa asemassa olevien (Martelin ym. 2002, Karvonen ym. 2006).

Myös muunlaisia ryhmittelyjä on tehty ja muun muassa erilaisten psykososiaalisten ja psykobiologisten mekanismien on arveltu osaltaan tuottavan sosioekonomisia terveyseroja (Wilkinson ja Marmot 2003). Näihin selityksiin palataan lyhyesti seuraavassa Black Reportin virittämässä selitystapoja koskevassa keskustelussa.

► Selitysmallien tulkinnat ja tutkimusstrategiat

Terveyserojen keskeiset selitysmallit ovat ajoittain luoneet pohjaa tutkijoiden ryhmittymiselle lähes koulukuntaisesti. Jotkut tutkijat ovat pitäytyneet yksittäisiin selitysmalleihin ja rajoittuneet tarkastelemaan yhtä ainoaa, kaikenkattavaa ja muut ulkopuolelleen sulkevaa selitysmallia. Sosiaalisen aseman vaikutukset terveyteen on joskus asetettu vastakkain sosiaaliin asemiin valikoitumisen kanssa. Samoin aineellisia elinoloja ja elintapoja on usein pidetty toisilleen vaihtoehtoisina selittäjinä, ja terveyserojen syiden on katsottu löytyvän vain jommastakummasta selittäjäryhmästä. Myös psykososiaaliset tekijät ja stressimekanismin vaikutus on asetettu elintapoihin ja aineellisiin tekijöihin perustuvien selitysten vastakohtaksi.

Sally Macintyre (1997) on tarkastellut Black Reportin selitysmalleja ja kehittänyt niiden tulkintoja eteenpäin. Hän erottaa terveyserojen selitysmallien ”kovat” ja ”pehmeät” tulkinnat toisistaan (ks. myös West 1998). ”Kovat” selitykset ovat yksipuolisia ja sulkevat vaihtoehtoiset ja samanaikaiset selitykset ulkopuolelleen. ”Pehmeällä” tulkinnalla taas tarkoitetaan sitä, että terveyserojen syntymiseen voivat vaikuttaa samanaikaisesti useaan eri malliin sisältyvät tekijät.

”Kovassa” tutkimusstrategiassa testataan vain yhtä hypoteesia kerrallaan, kun taas ”pehmeä” strategia testaa eri malleihin perustuvia, toistensa kanssa kilpailevia ja samanaikaisesti vaikuttavia hypoteeseja (Lahelma 2000). Ei kuitenkaan ole perusteita väittää mitään yksittäistä selitysmallia riittäväksi pyrittäessä ymmärtämään terveyserojen monimutkaisia syntyprosesseja. Myös Black Reportin jälkeen tehty tutkimus tukee käsitystä, että terveyserot syntyvät monen tekijän yhteisvaikutuksena. Eri tekijöiden suhteellinen painoarvo voi vaihdella eri aikoina ja eri maissa sekä riippua muun muassa tarkasteltavasta väestöryhmästä, sosiaalisen aseman ulottavuudesta ja tutkittavasta terveyden osa-alueesta tai kuolinsyystä (Macintyre 1997, West 1998, Rahkonen ja Lahelma 2005). Selitysmalleja verrattaessa on todettu, että aineellisilla tekijöillä, työoloilla, terveystyötytymisellä ja psykososiaalisilla tekijöillä on kaikilla oma vaikutuksensa sosioekonomisiin terveyseroihin. Lisäksi nämä vaikutukset kytkeytyvät yleensä toisiinsa eikä useinkaan ole mahdollista nimetä vain yhtä syytä tai edes syiden ryhmää, joka tuottaisi havaitut erot. Nykyisen tietämyksen valossa on kuitenkin ilmeistä, että aineellisilla elinoloilla ja terveystyötytymisellä on erityisen suuri merkitys terveyserojen syntymisessä (Lynch ja Kaplan 2000, Laaksonen ym. 2005b).

Aineellisia elinoloja ja myös terveystyötytymistä tarkastellaan tavallisesti yksilötason tekijöinä. Brittiläinen Richard Wilkinson (1996) on korostanut yksilötekijöille vaihtoehtoista laajaa tulkintaa, jossa yhteiskunnan tai muun yhteisön yleinen eriarvoisuus, kuten tuloerojen suuruus pikemmin kuin yksilön oma tulotaso, vaikuttaa terveyteen ja kuolleisuuteen. Tämän teorian mukaan yhteiskunnissa, joissa tuloerot ovat suuret, odotettavissa oleva elin-aika on lyhempi kuin tasaisen tulonjaon maissa. Yhteisötason eriarvoisuuden vaikutusten arvellaan toteutuvan psykososiaalisen mekanismin kautta: jyrkkä eriarvoisuus merkitsee, että alemmassa asemassa olevat kärsivät suhteellisesti huonommasta asemasta, mikä aiheuttaa stressiä ja tätä kautta lisää sairastumisen ja ennenaikaisen kuoleman vaaraa. Kehittyneissä maissa tämä teoria ei kuitenkaan ole osoittautunut selitysvormiksi, kun on tarkasteltu tuloerojen suuruuden ja terveyden välistä yhteyttä. Esimerkiksi Suomessa tuloerot kuuluvat maailman pienimpiin, mutta miesten elinajanodote on vain eurooppalaista

keskitasoa ja kuolleisuuden sosioekonomiset erot eurooppalaisittain suuret. Yhteiskunnassa todettujen tuloerojen ja väestön terveyden välinen yhteys on tutkimuksissa osoittautunut heikoksi. Sen sijaan yksilön tuloilla sekä muilla yksilön sosioekonomisen aseman ulottuvuuksilla on vahva yhteys kuolleisuuteen ja sairastavuuteen (Mackenbach 2002).

Useimmat terveyserojen syiden tutkijat ovat nykyään sitä mieltä, että erot johtuvat monista eri tekijöistä ja niiden yhteisvaikutuksista, jolloin tarvitaan myös useita osaselityksiä erojen syntymiselle. Yhteiskunnan rakenne ja yhteiskunnan eriarvoisuus jo lapsuudessa ja elämänkaaren myöhemmissä vaiheissa luovat pohjaa ihmisten elinoloille ja heidän terveyskäyttäytymiselleen. Nämä puolestaan toimivat kasvualustana sosioekonomisten ryhmien välisille terveyseroille. Eri tekijöiden suhteellinen paino terveyserojen muodostumisessa voi kuitenkin vaihdella eri maissa, eri aikoina ja väestön eri osaryhmissä. Yhteisötason eriarvoisuutta ja yksilötason ilmiöistä kertyvää eriarvoisuutta ei ole syytä asettaa vastakkain, sillä yksilötekijät eivät ole riippumattomia laajemmasta taustasta, vaan terveyserot syntyvät muun muassa sosioekonomisissa ryhmissä eri tavoin vaikuttavien eriarvoistavien sosiaalisten ja taloudellisten prosessien tuloksena. Yksilötason tekijät soveltuvat hyvin empiirisiin tutkimuksiin ja niistä on tietoja käytettävissä. Suomalaisissa tutkimuksissa on voitu tunnistaa joukko erilaisia sosioekonomisten terveyserojen syntyyn vaikuttavia yksilötason tekijöitä (Koskinen ja Pekkanen 1991, Valkonen 1995, Pensola 2003).

► Erojen syyt tutkimusten valossa

Kuten tässä raportissa tarkemmin osoitetaan, terveydentilan myönteisestä yleiskehityksestä huolimatta sosioekonomisten ryhmien väliset sairastavuuserot ovat säilyneet suurin piirtein ennallaan ja kuolleisuuserot ovat kasvaneet. Terveyserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat selvät, hierarkkiset ja syvään juurtuneet. Mutta mitkä erityiset tekijät vaikuttavat suomalaisten terveyseroihin?

Monet suomalaisten terveydentilaa kuvaavat tutkimusaineistot ovat luotettavia ja tietoa on kansainvälisesti verrattuna runsaasti. Erityisesti kuolleisuutta koskeva rekisteriaineisto kuuluu maailman parhaimpiin, joten artefaktaselitys voidaan ilman muuta sulkea pois.

Suomi on ollut vilkkaan sosiaalisen liikkuvuuden maa, sillä modernisaation myötä toimihenkilöammateissa toimivien osuus työvoimasta on lisääntynyt, kun taas työntekijäammateissa ja maataloudessa työskentelevien osuus on vähentynyt. Seuraava sukupolvi on ollut aina edellistä paremmin koulutettu ja kohonnut usein vanhempiaan parempaan sosiaaliseen asemaan (Martikainen

ym. 2004). Ne joilla esiintyy jo nuorella iällä terveysongelmia, ovat kuitenkin muita suuremmassa vaarassa jäädä pelkän peruskoulutuksen varaan ja päätyä alhaiseen sosiaaliseen asemaan. Jossakin määrin tällaista valikoitumista lienee tapahtunut, mutta liikkuvuuden suunta on kuitenkin ollut pääasiassa ylöspäin, jolloin sosiaaliselle vajoamiselle on jäänyt melko vähän tilaa (Rahkonen ym. 1997a). Osittaista tukea valikoitumiselle antaa tutkimus, jossa tulojen ja terveyden välinen yhteys heikkeni, kun työmarkkina-asema ja työkyvyttömyys otettiin huomioon (Rahkonen ym. 2000). Toisin sanoen huono terveys heikentää mahdollisuuksia hankkia hyvät tulot.

Valikoitumista pidetään yleensä kielteisenä ja syrjivänä ilmiönä, mutta hyvinvointivaltioissa valikoitumista tapahtuu myös ikään kuin virallista tietä. Rajoittuneen terveyden ja työkyvyn omaavat saattavat saada siirron vähemmän raskaisiin työtehtäviin alemmissa ammattiasemissa. Vakavammin sairaat taas siirtyvät ennen aikaiselle eläkkeelle, jolloin terveydentila on perusteena työmarkkina-aseman muutokselle ja ehkä myös tulojen ja muun sosiaalisen aseman heikentymiselle. Tutkimukset osoittavat, että valikoitumisella on oma selitysvoimansa, mutta sosioekonomisten kuolleisuus- ja sairastavuuserojen kokonaisuudesta se selittää kuitenkin vain pienen osan (Davey Smith ym. 1994, Power ym. 1996).

Terveykäyttäytyminen ja elintavat vaikuttavat moniin sairauksiin ja kuolemansyihin. Epäterveelliset elintavat, kuten tupakointi ja alkoholin suurkulutus sekä epäterveelliset ravintottumukset ja myös lihavuus ovat yleisimpiä alemmissa sosiaalisissa asemissa, kuten tämän raportin luvuissa 4.1 ja 4.2 tarkemmin todetaan. Esimerkiksi keuhkosyöpäkuolemat, jotka johtuvat suurelta osin tupakoinnista, ovat työntekijöiden ryhmässä lähes kolme kertaa niin yleisiä kuin ylempillä toimihenkilöillä. Myös sepelvaltimotauti- ja alkoholikuolemat ovat selvästi yleisempiä työntekijöillä kuin toimihenkilöillä (Valkonen ym. 2003). On myös todettu, että työntekijä- ja toimihenkilömiesten kuolleisuuseroista noin neljännes selittyy alkoholiperäisillä kuolemansyillä (Mäkelä 1999). Tupakoinnin osuus on arveltu samansuuruisiksi. Tietämyksemme valossa on selvää, että terveykäyttäytyminen selittää merkittävän osan sosioekonomisista sairastavuus- ja kuolleisuuseroista Suomessa.

Puutteelliset elinolot luovat kasvualustaa huonolle terveydelle ja monille sairauksille. Monet aineellisten olojen ja fyysisen ympäristön ominaisuudet, kuten köyhyys, pienituloisuus, taloudelliset vaikeudet, työolot, asumistaso ja asuinympäristö ovat yhteydessä terveyteen ja osaltaan tuottavat sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja (Laaksonen ym. 2005a). Useat tutkimukset vahvistavat lapsuudessa koettujen ongelmien ja eriarvoisuuden yhteyden aikuisuuden terveyseroihin. Osin kysymys on siitä, että lapsuuden sosiaaliset

ja taloudelliset olot voivat eri vaikutusyhteyksien kautta lisätä aikuisuuden terveysongelmia kaikissa väestöryhmissä. Osin kuitenkin on kysymys siitä, että puutteelliset lähtökohdat johtavat aikuisuudessa alhaiseen sosiaaliseen asemaan ja tätä kautta tuottavat terveyseroja (Rahkonen ym. 1997b, Mäkinen ym. 2006).

Aikuisuuden olosuhteista huomiota on kiinnitetty muun muassa työoloihin. Työhön liittyvät rasitukset voivat vahingoittaa terveyttä ja aiheuttaa terveyseroja (Lundberg 1990, Rahkonen ym. 2006), mutta myös ansiotyön ulkopuolella oleminen ja työttömyys voivat heikentää terveyttä (Lahelma 1994). Työttömyydelle on kuitenkin tyypillistä, että syytekijöitä ja valikoitumista on vaikea erottaa toisistaan (Lahelma 1994, Martikainen ja Valkonen 1995). Työmarkkina-asema vaikuttaa terveyserojen suuruuteen ja työssä olevilla terveyserot ovat pienemmät kuin ansiotyön ulkopuolella olevilla (Martikainen ja Valkonen 1999, Manderbacka ym. 2001), sillä suuri osa sairaista henkilöistä siirtyy työvoiman ulkopuolelle, mikä korostuu raskaissa ammateissa.

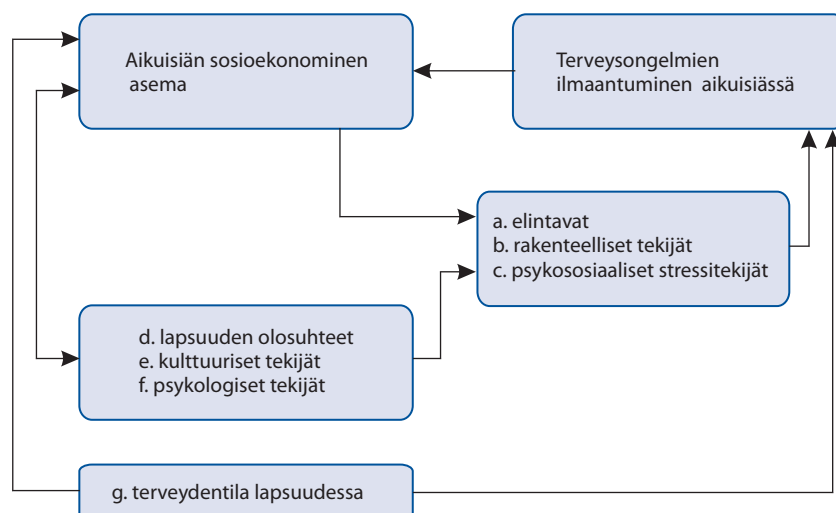
Psykososiaalisten tekijöiden merkitystä on korostettu etenkin työolosuhteiden yhteydessä mutta myös laajemmin (Wilkinson ja Marmot 2003). Esimerkiksi vähäiset vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä ja työntekijään kohdistuvat suuret vaatimukset työssä voivat vaikuttaa terveyteen ja terveyseroihin (Marmot ym. 1997, Rahkonen ym. 2006). Vastaavia vaikutuksia on arveltu olevan sosiaalisten suhteiden ja tuen puuttumisella. Stressiä pidetään keskeisenä psykososiaalisena mekanismina, jonka terveysvaikutukset voivat toteutua esimerkiksi immunologisten mekanismien, hormonitoiminnan tai terveyskäyttäytymisen kautta.

Terveyserojen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden keskinäisiä yhteyksiä esitellään kokoavasti kuviossa 1 (Mackenbach ym. 1994). Lapsuuden ja aikuisuuden olosuhteet vaikuttavat osaltaan terveyseroihin. Vaikutussuhteet kulkevat spesifien altistusten ja tekijöiden kautta. Tällaisia ovat edellä käsitellyt aineelliset, rakenteelliset ja psykososiaaliset tekijät työssä ja työn ulkopuolella sekä elintavat ja terveyskäyttäytyminen. Lisäksi huonon terveydentilan perusteella voi tapahtua valikoitumista alempaan sosiaaliseen asemaan.

Edellä esitellyissä terveyserojen selitysmalleissa ei ole käsitelty terveyspalveluja. Niiden vaikutusta terveyseroihin ei ole paljoa vielä pohdittu eikä tutkittu. Kuitenkin myös terveyspalvelujen käyttö vaihtelee sosiaalisen aseman mukaan. Mitä enemmän markkinamekanismi vaikuttaa palvelujen käyttöön, sitä suurempia tapaavat olla sosioekonomiset erot terveyspalvelujen käytössä. Esimerkiksi hammashuollosta on paljolti vastannut yksityinen palvelusektori ja sosioekonomiset erot näiden palvelujen käytössä ovat olleet suuret. Suun terveyden palveluilla on suora vaikutus hammasterveysten sosioekonomisiin

eroihin (Arinen ym. 1998). Lisäksi myös vakavien tautien, kuten sydän- ja verisuonitautien hoidoissa on todettu sosioekonomisia eroja (Keskimäki ym. 2004, ks. myös luku 4.3). Näiden tautien hoitomenetelmät ovat kehittyneet ja niitä on otettu laajasti käyttöön. Tämä on edistänyt sairastuneiden eloonjäämistä, mutta sosioekonomiset erot hoitojen käytössä ovat säilyneet (Hetemaa ym. 2003). Myös muissa terveyspalveluissa on eriarvoisuutta (ks. luku 4.3) ja tämä voi vaikuttaa osaltaan myös sairastavuuden ja kuolleisuuden eriarvoisuuteen ylipäänsä, mutta tietomme näistä prosesseista ovat puutteelliset.

Kuvio 1. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat tekijät.



Lähde: Mackenbach ym. 1994

► Lopuksi

Käsitykset terveyserojen tärkeimmistä syistä ja selitysmalleista ovat Black Reportin ilmestymisen jälkeisinä parina vuosikymmenenä jäsentyneet entisestään selkeämmiksi. Lapsuuden ja aikuisuuden aineelliset olosuhteet ja terveyskäyttäytyminen sekä myös psykososiaaliset tekijät vaikuttavat kaikki osaltaan terveyteen siten, että väestöryhmien välille syntyy terveyseroja. Myös valikoitumista sosioekonomisiin ryhmiin terveydentilan ja sitä määrittävien tekijöiden perusteella tapahtuu, mutta tällä ei arvioida olevan suurta merkitystä terveyserojen syiden kokonaisuudessa. Näin ollen terveyserojen syntyymiseen vaikut-

tavat ennen muuta terveyden taustatekijät, jotka vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Kolme keskeisintä terveyserojen syyryhmää ovat nykykäsitysten mukaan juuri aineelliset tekijät, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät (Graham 2000). Täyttä yksimielisyyttä ei sen sijaan vallitse siitä, mikä tekijäryhmistä on tärkein ja mikä vähemmän tärkeä. Kuitenkin tutkimukset, joissa terveyserojen syitä selvitetään, lisäävät jatkuvasti tietoa eri tekijäryhmien merkityksestä terveyserojen syntyprosessissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että aineellisilla tekijöillä on suuri merkitys terveyserojen taustalla. Lisäksi myös terveyskäyttäytymistekijät ovat tärkeä selittävien tekijöiden ryhmä. Tutkimusten mukaan aineelliset ja käyttäytymistekijät yhdessä selittävät noin puolet todetuista sosioekonomisista terveyseroista (Lynch ja Kaplan 2000, Laaksonen ym. 2005b).

Yksittäisten tekijöiden vaikutuksia terveyseroihin on selvitetty monissa tutkimuksissa, mutta eri tekijöiden keskinäisiä yhteyksiä ja vaikutusreittejä on tutkittu paljon vähemmän. Terveyserojen syntyprosessien entistä syvällisempi ymmärtäminen edellyttää kuitenkin useiden selitysmallien ja tekijöiden samanaikaista tarkastelua. Jatkotutkimuksissa on erojen selityksiin kiinnitettävä entistä enemmän huomiota, jotta myös tässä raportissa todettavien syvään juurtuneiden sosioekonomisten terveyserojen ja niiden muutossuuntien taustalla vaikuttavat tekijät voidaan entistä paremmin tunnistaa.

Terveyserojen syntyprosessien moninaisuus merkitsee myös, ettei ole yhtä ainoata toimintatapaa kaventaa terveyseroja. Kuitenkin nykytutkimus vahvistaa jo sen, että puutteellisten elin- ja työolojen kohentamisella sekä epäterveellisten elintapojen, etenkin tupakoinnin ja runsaan alkoholinkäytön sekä lihavuuden ehkäisyllä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä on suuri potentiaalinen merkitys. Tällaisilla toimilla voitaisiin kuolleisuuserojen kasvu taittaa ja parhaassa tapauksessa kääntää kehitys kohti terveyserojen kaventumista. Terveyserojen menestyksellinen kaventaminen johtaisi paitsi terveyden tasa-arvon parempaan toteutumiseen, myös koko kansanterveyden kohentumiseen.

Kirjallisuus

- Allardt E. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Helsinki 1976.
- Allardt E. Sosiologia I. WSOY, Helsinki 1983.
- Allardt E. Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:203–212.
- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Kela, Stakes, SVT, Terveys 1998:5, Jyväskylä 1998.
- Cavelaars C, Kunst A, Geurts J, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi A, Mizrahi NK, Rasmussen N, Regidor E, Spuhler T, Mackenbach JP. Inequalities in self-reported health by educational level: A comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52:219–227.
- Davey Smith G, Blane D, Bartley M. Explanations for socioeconomic differentials in mortality. *European Journal of Public Health* 1994;4:131–144.
- Graham H, toim. *Understanding Health Inequalities*. Open University Press, Buckingham 2000.
- Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socioeconomic and gender equity in their use? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:178–185.
- Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O. Suomalaisen terveys sosiologian juuret. Teoksessa Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O, toim. *Terveys sosiologia*. WSOY, Helsinki 1992, 9–28.
- Karvonen S, Lahelma E, Winter T. Työikäisten terveys ja hyvinvointi 2000-luvun alussa. Teoksessa Kautto M, toim. *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Vaajakoski 2006, 78–103.
- Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U, Klaukka T, Manderbacka K, Reunanen A, Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Stakes, raportteja 286, Helsinki 2004.
- Kivelä K, Lahelma E, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, Elstad JI, Lissau I, Lundberg O, Rahkonen O, Rasmussen NK, Åberg Yngwe M. Sairastavuuden väestöryhmittäiset muutokset Pohjoismaissa 1980–90-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:155–161.
- Koivusilta L, Rimpelä A, Rimpelä M. Koulutusurille valikoituminen osana väestöryhmien välisten terveyserojen syntyä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:262–270.
- Koskinen S, Pekkanen J. Sosioekonomiset tekijät ja terveys epidemiologisen tutkimuksen kohteena. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991;28:365–375.

- Koskinen S, Sihto M, Keskimäki I, Lahelma E. Terveyserojen kaventaminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasaa-arvoa. Edita, Helsinki 2002, 45–64.
- Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Cardano M, Dalstra J, Geurts J, Helmert U, Lennartsson C, Lissau I, Lundberg O, Mielck A, Ramm J, Regidor E, Stonegger W, Mackenbach J. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:295–305.
- Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Multiple dimensions of socioeconomic position and self-rated health. The contribution of childhood socioeconomic environment, adult socioeconomic status and material resources. *American Journal of Public Health* 2005a;95:1403–1409.
- Laaksonen M, Roos E, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005b;59:163–169.
- Lahelma E. The patterning of responses to unemployment: deprivation and adaptation. Teoksessa Levin LS, McMahon L, Ziglio E, toim. *Economic Change, Social Welfare and Health in Europe*. WHO Regional Publications, European Series, No. 54, Copenhagen 1994, 5–22.
- Lahelma E. Terveydentila ja sosiaalinen rakenne. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A, toim. *Terveyssosiologian suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki 2000, 134–153.
- Lahelma E, Koskinen S. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot - haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M, toim. *Kohti terveyden tasaa-arvoa*. Edita, Helsinki 2002, 21–44.
- Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:327–332.
- Lundberg O. Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet. Institutet för social forskning 11. Stockholm 1990.
- Lundberg O, Lahelma E. Nordic health inequalities in the European context. Teoksessa Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J, Uusitalo H, toim. *Nordic Welfare States in the European Context*. Routledge, London & New York 2001, 42–65.
- Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. Teoksessa Berkman LE, Kawachi I, toim. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York 2000, 13–35.
- Macintyre S. Social correlates of human height. *Science Progress Oxford* 1988;72:493–510.
- Macintyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? *Social Science & Medicine* 1997;44:723–745.
- Mackenbach J, van de Mheen H, Stronks K. A prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 1994;38:299–308.

- Mackenbach J, Kunst A. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples. *Social Science & Medicine* 1997;44:757–771.
- Mackenbach JP. Income inequality and population health. *British Medical Journal* 2002;324:1–2.
- Mackenbach J, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T, Kunst A. Widening inequalities in mortality in western Europe. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830–837.
- Mackenbach J, Martikainen P, Looman C, Dalstra J, Kunst A, Lahelma E, and members of the SedHA working group. The shape of the relationship between income and self-assessed health: An international study. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:286–293.
- Manderbacka K, Lahelma E, Rahkonen O. Structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986–1994. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001;Suppl 55:41–54.
- Mannila S, Peltoniemi J. Köyhiä ja kipeitä. Terveystila ja syrjäytyminen 1986–1994. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 57/1997. Kuntoutussäätiö, Helsinki 1997.
- Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 1997;350:235–239.
- Martelin T. Differential mortality at older ages. Suomen Väestötieteen Yhdistyksen julkaisuja 1994, 16, Helsinki 1994.
- Martelin T, Karvonen S, Koskinen S. Työikäisten hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä M ja Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Jyväskylä 2002, 84–114.
- Martikainen P, Valkonen T. Lama ja ennenaikainen kuolleisuus. Tilastokeskus, Väestö 11, Helsinki 1995.
- Martikainen P, Valkonen T. Bias related to the absence of information on occupation in studies on social class differences in mortality. *International Journal of Epidemiology* 1999;28:899–904.
- Martikainen P, Mäki N, Karisto A, Rahkonen O. Pääkaupunkiseudun suuriin ikäluokkiin kuuluvien ylempien toimihenkilöiden sosiaalinen ja ammatillinen liikkuvuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 2004;69:31–38.
- Mäkelä P. Muutokset alkoholiin liittyvässä kuolleisuudessa suomalaisten kuolinsyytilastojen valossa. *Suomen Lääkärilehti* 1999;54:611–623.
- Mäkinen T, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O. Lapsuuden olosuhteet ja aikuisuuden toimintakyky. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2006;43:3–12.
- Pensola T. From past to present: Effect of lifecourse on mortality, and social class differences in mortality in middle adulthood. Helsinki: The Population Research Institute, Yearbook of Population Research in Finland XXXIX, Supplement, Helsinki 2003.

- Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? *British Medical Journal* 1996;313:449–453.
- Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health and social mobility in Britain and Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997a;25:83–92.
- Rahkonen O, Lahelma E, Huuhka M. Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health. *Social Science & Medicine* 1997b;44:327–336.
- Rahkonen O, Arber S, Lahelma E, Martikainen P, Silventoinen K. Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. *International Journal of Health Services* 2000;30:27–47.
- Rahkonen O, Lahelma E. Terveys hyvinvointivaltiossa - Peter Townsandin tulkinta terveyden eriarvoisuudesta. Teoksessa Saari J, toim. Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Yliopistopaino, Helsinki 2005, 280–299.
- Rahkonen O, Laaksonen M, Martikainen P, Roos E, Lahelma E. Job control, job demands or social class? The impact of working conditions on the relationship between social class and health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60:50–54.
- Sarlio-Lähteenkorva S. Losing weight for life? Social, behavioral and health-related factors in obesity and weight loss maintenance. Publications of the Department of Public Health, University of Helsinki M 171. Helsinki 1999.
- Silventoinen K. Determinants of variation in adult body height. *Journal of Biosocial Science* 2003;35:263–85.
- Townsend P, Davidson N, toim. Inequalities in Health. The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth 1982.
- Valkonen T. Miesten sosioekonomiset kuolleisuuserot eräissä Euroopan maissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1988;25:13–22.
- Valkonen T. Sosioekonomiset terveyserot Suomessa ja niiden selittämisen ongelmia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1995;32:311–320.
- Valkonen T, Koskinen S, Martelin T, toim. Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. Gaudeamus, Helsinki 1998.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus* 2003; 2:12–18.
- West P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science & Medicine* 1991;32:373–384.
- West P. Terveystilan eriarvoisuus ja elämänkaarinäkökulma. Teoksessa Rahkonen O, Lahelma E, toim. Elämänkaari ja terveys. Gaudeamus, Helsinki 1998, 23–47.
- Wilkinson R. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Routledge, London 1996.
- Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health. The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2003.

3 SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT JA NIIDEN MUUTOKSET

3.1 Sosioekonomiset kuolleisuuserot

3.2 Koettu terveys

3.3 Pitkäaikaissairastavuus

3.4 Mielen terveys

3.5 Toimintakyky

3.6 Terveet elinvuodet



3.1 Sosioekonomiset kuolleisuuserot

Tapani Valkonen, Hilikka Ahonen, Pekka Martikainen ja Hanna Remes

Terveyden eriarvoisuutta koskevassa tutkimuksessa ja terveyspolitiikassa on keskeisinä osoittimina käytetty sosiaaliryhmien tai koulutusryhmien välisiä eroja kuolleisuudessa ja elinajanodotteessa. Suomessa käytettävissä olevat rekisteriaineistot ja henkilötunnusjärjestelmä tekevät niiden tutkimisen meillä helpommaksi kuin useimmissa muissa maissa.

Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen väestöntutkimuksen yksikkö on tutkinut sosiaaliryhmien välisiä kuolleisuuseroja ja niiden muutoksia rekisteriaineistojen avulla yhteistyössä Tilastokeskuksen kanssa 1980-luvulta lähtien (esim. Valkonen ym. 1990, Martikainen ja Valkonen 1995). Päähavaintona tutkimuksissa on ollut se, että molemmilla sukupuolilla toimihenkilöiden elinajanodote on ollut huomattavasti pitempi kuin työntekijöiden. Sosiaaliryhmien väliset erot muuttuivat vain vähän 1970-luvulla, mutta ovat suurentuneet sen jälkeen. Samansuuntaisia tuloksia on saatu kuolleisuuseroista koulutustason mukaan. (Valkonen 1999, Valkonen ym. 2000, Martikainen ym. 2001, Valkonen ym. 2003, Valkonen ja Martikainen 2007.)

Valtioneuvoston hyväksymässä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentäminen on asetettu yhdeksi kahdeksasta päätavoitteesta (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001). Määrälliset tavoitteet koskevat toisaalta sosiaaliryhmien välisiä ja toisaalta koulutusryhmien välisiä eroja elinajanodotteessa. Lähtökohtana käytettiin 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden välistä eroa vuosina 1991–95. Se oli miehillä 5,5 vuotta ja naisilla 3,0 vuotta. Ohjelma asetti tavoitteeksi eron supistumisen viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä kummallakin sukupuolella. Samanlainen tavoite asetettiin korkea-asteen koulutuksen saaneiden ja perusasteen koulutuksen saaneiden välisille eroille, jotka olivat vuosina 1991–95 jokseenkin samansuuruisia kuin sosiaaliryhmien väliset erot. Maailman Terveysjärjestön Euroopan alueen Health21-ohjelmassa on esitetty samantapainen tavoite, jonka mukaan sosioekonomisten ryhmien elinajanodotteiden eron tulisi supistua vähintään 25 prosentilla vuoteen 2020 mennessä (WHO 1999).

Tässä artikkelissa kuvataan sosiaaliryhmien ja koulutusryhmien elinajanodotteiden kehitystä vuosilta 1983–85 vuosiin 2003–05 sekä verrataan kehitystä kansanterveysohjelmassa esitettyihin tavoitteisiin. Lisäksi selvitetään, miten eri kuolemansyyt ovat vaikuttaneet elinajanodotteiden muutoksiin sosiaaliryhmissä sekä verrataan Suomen eroja muissa maissa havaittuihin eroihin.

Tulokset perustuvat Tilastokeskuksen tietoihin kuolemantapauksista vuosina 1983–2005. Ne on henkilötunnusten avulla yhdistetty Tilastokeskuksen väestölaskentojen pitkittäisaineiston henkilötietoihin vuosilta 1980, 1985, 1990, 1995 ja 2000. Perusaineisto kattaa kunakin väestölaskennan jälkeisenä viisivuotiskaksona kaikki Suomen väestöön kuuluneet henkilöt lukuun ottamatta niitä, jotka muuttivat Suomeen tai Suomesta jakson aikana. Analyysi on rajattu 35 vuotta täyttäneeseen väestöön.

► **Kuolleisuuserojen muutokset: 35-vuotiaan elinajanodote eri sosiaaliryhmissä 1983–2005**

Sosiaaliryhmittäisessä analyysissä käytetään väestölaskentojen pitkittäisaineistoon sisältyviä tietoja henkilöiden sosioekonomisesta asemasta Tilastokeskuksen luokituksen mukaisesti. Luokitus perustuu mm. ammattiasemaan, ammattiin ja pääasialliseen toimintaan. Tilastokeskuksen luokituksista on sosiologian laitoksella muokattu kuolleisuustutkimuksia varten sosiaaliryhmäluokitus (ks. Valkonen ym. 1992), jossa on vähemmän luokkia kuin Tilastokeskuksen luokituksessa. Tässä luokituksessa työttömät, eläkeläiset ja muut ammatissa toimimattomat (lukuun ottamatta opiskelijoita) on luokiteltu heidän aikaisemman ammattinsa tai asuntokunnan viitehenkilön ammatin perusteella. Jos ammatissa toimimattomia ei tällä tavoin luokiteltaisi sosiaaliryhmiin, sosiaaliryhmien kuolleisuusluvut olisivat aliarvioita, ja virheen suuruus vaihtelisi sosiaaliryhmien kesken. Tämä johtuu siitä, että työttömillä ja työkyvyttömillä on varsin korkea kuolleisuus, ja työttömyyden ja työkyvyttömyyden yleisyydessä on huomattavia eroja sosiaaliryhmien välillä.

Tieto henkilön sosiaaliryhmästä saadaan vain väestölaskentavuosilta, joten väestölaskentojen välillä tapahtuvia muutoksia ei voida ottaa huomioon, vaan kunkin henkilön sosiaaliryhmä on sama koko väestölaskentaa seuraavan viisivuotiskauden ajan. Ammattiryhmien luokittelu sosiaaliryhmiin muuttui kun Tilastokeskus määrittäi vuoden 2001 ammattiluokituksen uudistamisen myötä syntyneille uusille ammattiryhmille sosioekonomisen aseman. Luokittelumuutokset eivät kuitenkaan merkittävästi vaikuta tämän tutkimuksen tuloksiin, sillä sosiaaliryhmäluokitusta käytetään vain sen karkeimmalla tasolla.

Aineistosta on laskettu erikseen miehille ja naisille 5-vuotiskäryhmittäiset kuolleisuusluvut vuoden ja sosiaaliryhmän mukaan. Kuolleisuusluvuista on edelleen laskettu vuosittaiset elinajantaulut sosiaaliryhmittäin (Shryock ja Siegel 1976). Elinajantauluista on saatu tutkimuksessa käytetyt 35-vuotiaiden elinajanodotteet, jotka kuvaavat sitä, kuinka monta vuotta tiettyyn sosiaaliryhmään kuuluvat henkilöt keskimäärin elävät 35-vuotissyntymäpäivänsä jälkeen.

Sosiaaliryhmittäisten elinajanodotteiden kokonaisuutokset on myös jaettu osiin kuolemansyyn ja ikäryhmän mukaan demografista dekomponenttimenetelmää käyttämällä (United Nations 1988).

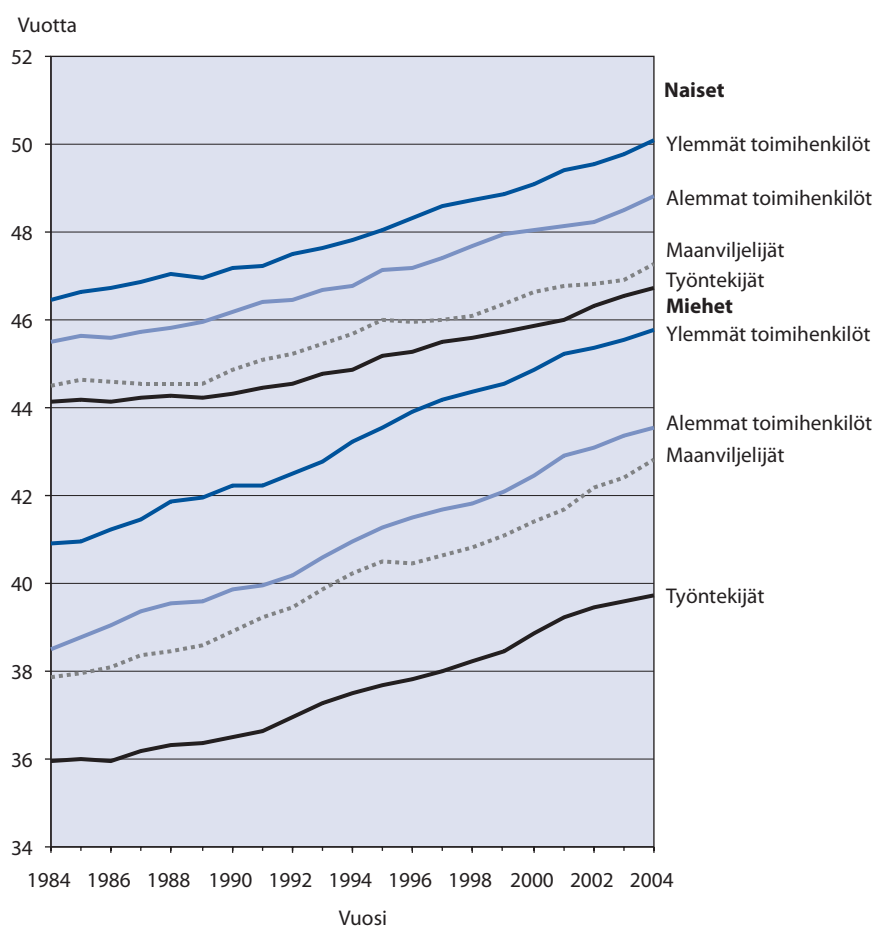
Taulukossa 1 esitetään tutkimuksessa käytetty sosiaaliryhmäluokitus ja ryhmien suhteelliset suuruudet analyysissä käytettävien kolmivuotisjaksojen aikana. Miehillä työntekijät ovat olleet selvästi suurin ryhmä koko ajan, vaikka heidän osuutensa vähentyi yli neljä prosenttiyksikköä jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05. Suurin osa tästä muutoksesta tapahtui 1990-luvulla. Ylempien ja alempien toimihenkilöiden ja yrittäjien osuudet kasvoivat, ja maanviljelijöiden osuus supistui. Naisillakin työntekijät olivat selvästi suurin ryhmä vuosina 1983–85, mutta heidän osuutensa vähentyi yli viidenneksellä vuosiin 2003–05 mennessä. Alempien toimihenkilöiden ryhmä kasvoi suurimmaksi jo 1990-luvun alkupuolella. Ryhmän ”muut” muodostavat opiskelijat sekä henkilöt, joita ei ole voitu luokitella puuttuvien tietojen vuoksi.

Taulukko 1. 35 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten jakautuminen (%) sosiaaliryhmiin 1983–85, 1988–90, 1993–95, 1998–2000 ja 2003–05 (perustuen aineiston henkilövuosiin).

	1983–85	1988–1990	1993–95	1998–2000	2003–05
Miehet					
Ylemmät toimihenkilöt	12,7	14,2	15,1	16,1	16,7
Alemmat toimihenkilöt	15,6	16,6	16,9	17,2	18,4
Työntekijät	49,4	47,9	46,5	45,3	45,0
Maanviljelijät	15,0	12,8	11,3	9,3	7,8
Muut yrittäjät	5,9	7,2	8,9	9,6	9,4
Muut	1,3	1,3	1,3	2,6	2,7
Yhteensä	100	100	100	100	100
Henkilövuodet (1 000)	3 231	3 543	3 799	4 070	4 284
Naiset					
Ylemmät toimihenkilöt	8,7	9,7	11,0	12,3	13,8
Alemmat toimihenkilöt	30,7	34,5	37,0	38,9	39,1
Työntekijät	39,4	36,8	33,4	31,4	31,2
Maanviljelijät	14,5	12,1	11,2	8,5	6,8
Muut yrittäjät	4,0	4,5	5,1	5,5	5,5
Muut	2,8	2,3	2,4	3,3	3,5
Yhteensä	100	100	100	100	100
Henkilövuodet (1 000)	3 882	4 153	4 362	4 589	4 767

Kuviossa 1 on esitetty 35-vuotiaiden sosiaaliryhmittäiset elinajanodotteet vuosina 1983–2005. Satunnaisvaihtelun vähentämiseksi vuosittaisten tietojen asemasta on käytetty kolmen vuoden liukuvia keskiarvoja. Kuvion luettavuuden parantamiseksi yrittäjien ja muut-ryhmän tietoja ei esitetä kuviossa, mutta ne sisältyvät taulukkoon 2.

Kuvio 1. 35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote sosiaaliryhmän mukaan 1983–2005 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).



35-vuotiaiden miesten elinajanodote kasvoi 4,6 vuodella jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05 (taulukko 2). Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden välinen ero oli ensin mainitulla jaksolla 5,0 vuotta ja viimeksi mainitulla jaksolla 6,1 vuotta, eli ero kasvoi 20 vuoden aikana 1,1 vuodella. Eron merkittävyyttä kuvaa se, että ylempien toimihenkilöiden elinajanodote

oli jo 1970-luvulla samalla tasolla (Martikainen ja Valkonen 1995) kuin se oli työntekijöillä 2000-luvun alkuvuosina.

Taulukko 2. 35-vuotiaiden elinajanodote 1983–85, 1988–90, 1993–95, 1998–2000 ja 2003–05 sosiaaliryhmän ja sukupuolen mukaan.

	1983–85	1988–90	1993–95	1998–2000	2003–05	Muutos 1983–85 – 2003–05
Miehet						
Ylemmät toimihenkilöt	40,9	42,0	43,2	44,6	45,8	4,9
Alemmat toimihenkilöt	38,5	39,6	41,0	42,1	43,5	5,0
Työntekijät	36,0	36,4	37,5	38,5	39,7	3,8
Maanviljelijät	37,9	38,6	40,2	41,1	42,8	5,0
Yrittäjät	38,2	39,2	40,6	41,7	43,2	5,0
Muut	29,4	29,5	32,2	35,2	36,9	7,5
Kaikki	37,2	37,9	39,2	40,4	41,8	4,6
Ero ylemmät toimi- henkilöt – työntekijät	5,0	5,6	5,7	6,1	6,1	1,1
Naiset						
Ylemmät toimihenkilöt	46,4	47,0	47,8	48,9	50,1	3,6
Alemmat toimihenkilöt	45,5	45,9	46,8	47,9	48,8	3,3
Työntekijät	44,1	44,2	44,9	45,7	46,7	2,6
Maanviljelijät	44,5	44,6	45,7	46,4	47,3	2,8
Yrittäjät	45,5	46,0	46,5	47,5	48,3	2,8
Muut	39,4	39,2	41,3	42,5	44,3	4,9
Kaikki	44,7	45,0	46,1	46,9	48,1	3,4
Ero ylemmät toimi- henkilöt – työntekijät	2,3	2,7	3,0	3,2	3,3	1,0

Eron kasvu 1980-luvulta 2000-luvulle ei ollut tasaista. Se oli miehillä erityisen nopeaa taloudellisen nousukauden aikana 1980-luvun lopulla (0,6 vuotta), hidasta 1990-luvun alussa laman aikana (0,1 vuotta), ja nopeutui jälleen (0,4 vuotta) 1990-luvun lopulla. Jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 elinajanodotteen kasvu oli työntekijöillä suunnilleen samansuuruinen kuin ylempillä toimihenkilöillä ja eron suureneminen pysähtyi.

Miespuolisten alemmien toimihenkilöiden, maanviljelijöiden ja yrittäjien elinajanodote on koko 20-vuotisjakson ajan ollut työntekijöiden ja ylempien toimihenkilöiden elinajanodotteiden keskivälillä. Näiden ryhmien elinajanodotteet ovat kasvaneet samaa vauhtia kuin ylempien toimihenkilöiden. Työn-

tekijöiden elinajanodotteen ero muihin sosiaaliryhmiin verrattuna on siten kasvanut yhtä paljon kuin ylempiin toimihenkilöihin verrattuna.

Naisten elinajanodote kasvoi 3,4 vuodella jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05. Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteen ero kasvoi samalla jaksolla 2,3 vuodesta 3,3 vuoteen. Ero kasvoi vuosissa suunnilleen saman verran kuin miehillä, mutta eron suhteellinen kasvu oli naisilla kaksinkertainen miehiin verrattuna. Kuten miehilläkin, sosiaaliryhmien välisen elinajanodotteen ero kasvoi naisilla nopeimmin 1980-luvun loppupuoliskolla. Sen jälkeen eron kasvu on hidastunut ja oli 1990-luvun lopusta 2000-luvun alkuun vain noin 0,1 vuotta. Miehistä poiketen naisilla ero ei kasvanut erityisen nopeasti 1990-luvun loppupuolella.

Naisilla alemmat toimihenkilöt ovat olleet 1990-luvulta lähtien suurin sosiaaliryhmä (Taulukko 1). Vuosina 1983–85 tämän ryhmän elinajanodote oli 1,4 vuotta suurempi kuin työntekijöillä ja ero kasvoi 2,1 vuoteen jaksoon 2003–05 mennessä. Toisin kuin miehillä, maanviljelijöiden ja yrittäjien elinajanodotteiden muutos oli lähempänä työntekijöiden kuin toimihenkilöiden elinajanodotteen muutosta.

► Kuolemansyiden vaikutus sosiaaliryhmien elinajanodotteiden muutokseen jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05

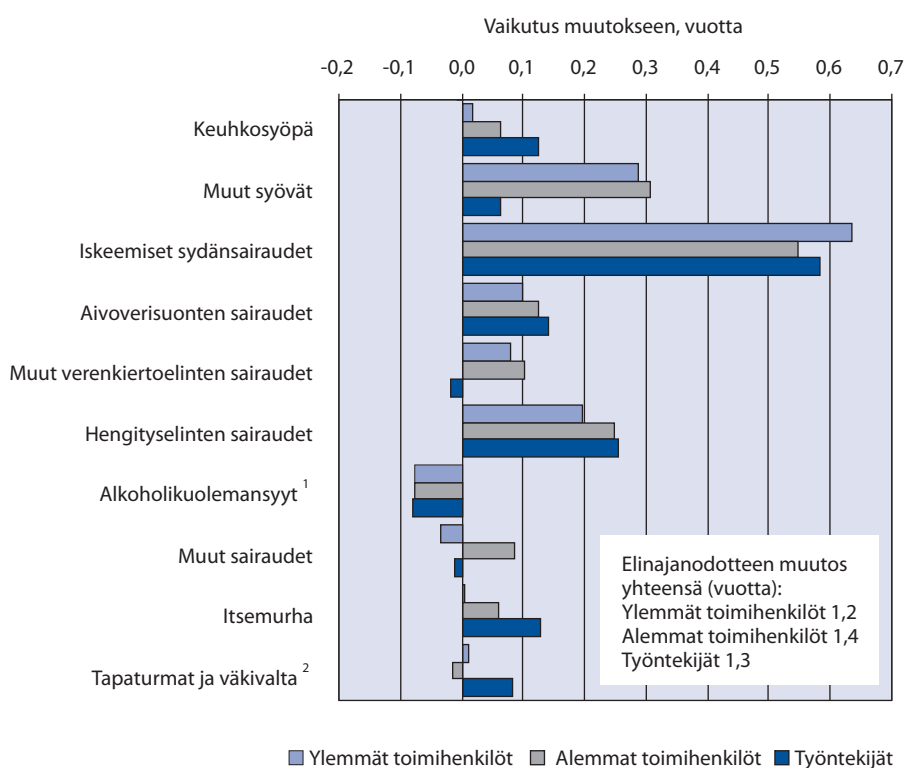
Kaikkien 35-vuotiaiden miesten elinajanodote nousi 1,4 vuodella jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05. Sepelvaltimotautikuolleisuuden (iskeemiset sydänsairaudet) nopean alenemisen jatkuminen selittää lähes puolet tästä kasvusta. Kuolleisuus useimpiin muihinkin kuolemansyihin vähentyi. Tärkeimmät näistä muista kuolemansyyryhmistä olivat hengityselinten sairaudet, aivoverisuonten sairaudet ja syövät. Vain kuolleisuus alkoholikuolemansyihin (alkoholisairaudet ja -myrkytykset) lisääntyi hieman.

Naisilla 35-vuotiaiden elinajanodote kasvoi vuosilta 1998–2000 vuosiin 2003–05 1,2 vuodella eli vähemmän kuin miesten elinajanodote. Eniten (0,2 vuotta) sukupuolten välisen eron kaventumiseen vaikutti kuolleisuus sepelvaltimotautiin. Sepelvaltimotautikuolleisuuden alentuminen oli silti naisillakin tärkein elinajanodotetta kasvattanut tekijä, joka yhdessä hengityselin- ja aivoverisuonitautikuolleisuuden vähenemisen kanssa selitti yli 80 % elinajanodotteen pitenemisestä. Lisääntynyt alkoholikuolleisuus hidasti naisilla elinajanodotteen nousua lähes saman verran kuin miehillä.

Kuviosta 2 havaitaan, että miehillä kuolleisuus alentui jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 jokseenkin kaikkien kuolemansyiden osalta kaikissa kolmessa sosiaaliryhmässä. Selvän poikkeuksen muodostavat alkoholikuolemat, jotka li-

sääntyivät yhtä paljon kaikissa kolmessa sosiaaliryhmässä. Elinajanodotteiden muutoksen kannalta alkoholikuolemansyiden merkitys on vähäinen, vain hie-
man alle – 0,1 vuotta. Sen sijaan 1990-luvulla alkoholikuolemat kasvattivat elin-
ajanodotteiden eroa, koska alkoholikuolleisuus suureni työntekijöillä, mutta ei
ylemmillä toimihenkilöillä (Valkonen ym. 2003).

**Kuvio 2. Kuolemansyiden vaikutus 35-vuotiaiden miesten elinajanodotteen muu-
tokseen jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 sosiaaliryhmittäin.**



¹ Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys

² Poislukien alkoholimyrkytys

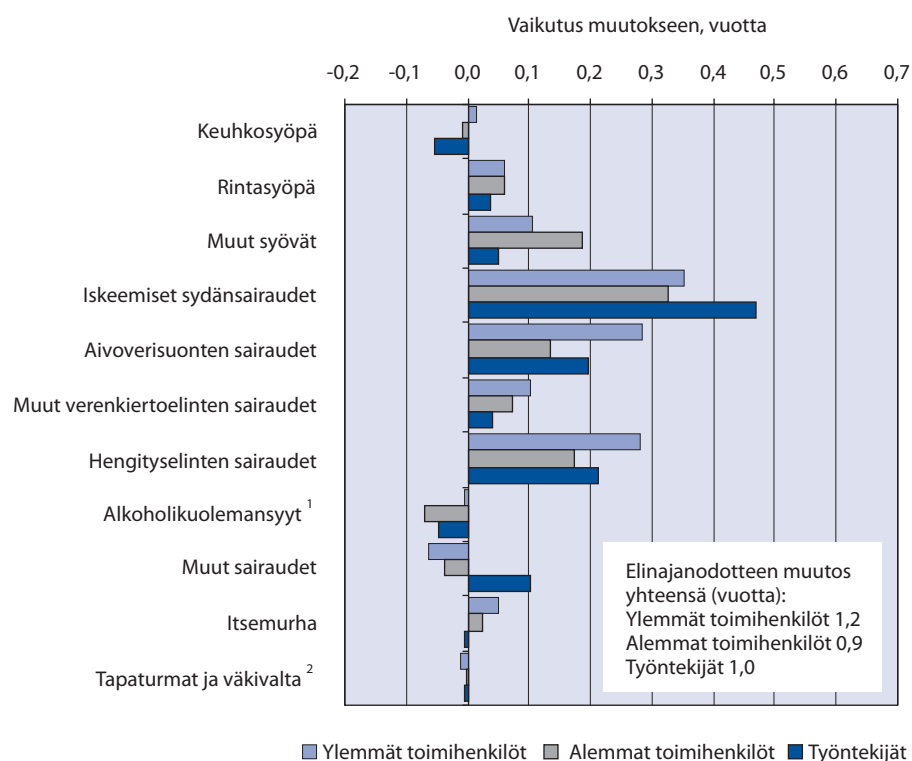
Kuolemansyyt on seuraavassa asetelmassa asetettu järjestykseen sen mukaan, minkä suuntainen ja suuruinen niiden vaikutus on miehillä ollut ylempien toi-
mihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden eron muutokseen. Positiiviset luvut osoittavat, että kuolleisuuden aleneminen on ollut suurempi yle-
millä toimihenkilöillä kuin työntekijöillä, mikä on lisännyt eroa ryhmien välillä. Negatiiviset luvut puolestaan osoittavat kuolleisuuden sosiaaliryhmittäisten
muutosten supistaneen elinajanodotteiden eroa.

Kuolemansyy	Vaikutus elinajan- odotteiden eroon vuosissa 35-v. miehillä
Muut syövät kuin keuhkosyöpä	0,22
Muut verenkiertoelinten sairaudet	0,10
Sepelvaltimotauti (iskeemiset sydänsairaudet)	0,05
Alkoholikuolemansyyt	0,00
Muut sairaudet	– 0,02
Aivoverisuonten sairaudet	– 0,04
Hengityselinten sairaudet	– 0,06
Tapaturmat	– 0,07
Keuhkosyöpä	– 0,11
Itsemurhat	– 0,12
Yhteensä	– 0,05

1990-lukuun verrattuna (Valkonen ym. 2003) luvut osoittavat yhden huomattavan eron: tapaturma- ja itsemurhakuolleisuus pienentyi 2000-luvun alussa työntekijöillä enemmän kuin ylemmillä toimihenkilöillä. Tämä supisti ryhmien elinajanodotteiden eroja 0,2 vuodella. Muilta osin tulokset ovat samantapaiset kuin 1990-luvulla. Kuolleisuus muihin syöpätauteihin kuin keuhkosyöpään väheni edelleen huomattavasti nopeammin ylemmillä toimihenkilöillä kuin työntekijöillä. Sepelvaltimotautikuolleisuuden väheneminen vaikutti kaikissa ryhmissä eniten elinajanodotteen nousuun, ylemmillä toimihenkilöillä hieman enemmän kuin työntekijöillä. Keuhkosyöpäkuolleisuus vähentyi edelleen enemmän työntekijöillä kuin ylemmillä toimihenkilöillä.

Ylempien naistoimihenkilöiden elinajanodote 35-vuotiaina kasvoi 0,2 vuotta enemmän kuin työntekijöillä (1,2 vs. 1,0 vuotta) (kuvio 3). Useimmisissa kuolemansyissä ylempien toimihenkilöiden kuolleisuuden aleneminen oli suurempi, mutta työntekijät hyötyivät huomattavasti enemmän kuolleisuuden alenemisesta sepelvaltimotautiin ja ”muihin sairauksiin”. Ylempien toimihenkilöiden osuus kaikista 35 vuotta täyttäneistä naisista oli jakson 2003–05 aikana vain 13,8 prosenttia. Ryhmän pienuuden vuoksi varsinkin harvinaisiin kuolemansyihin kuolleiden määrät olivat pieniä, ja sattuma voi vaikuttaa tuloksiin.

Kuvio 3. Kuolemansyiden vaikutus 35-vuotiaiden naisten elinajanodotteen muutokseen jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 sosiaaliryhmittäin.



¹ Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys

² Poislukien alkoholimyrkytys

Naisten suurimman sosiaaliryhmän, alempien toimihenkilöiden, elinajanodote on selvästi lähempänä ylempien toimihenkilöiden kuin työntekijöiden tasoa. Jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 alempien toimihenkilöiden elinajanodote nousi kuitenkin 0,3 vuotta vähemmän kuin ylempien toimihenkilöiden. Tämä johtui etenkin siitä, että kuolleisuus aivoverisuonten sairauksiin ja hengityselinten sairauksiin pieneni alemmilla toimihenkilöillä vähemmän kuin ylempillä toimihenkilöillä. Alempien toimihenkilöiden elinajanodotteen kasvu jäi niin ikään hieman (0,1) vähäisemmäksi kuin työntekijöiden, mikä johtui työntekijänaisten selvästi suuremmasta sepelvaltimotautikuolleisuuden alenemisesta

► Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden ero 2001–05: kuolemansyiden ja ikäryhmien osuudet

Edellisessä jaksossa tarkasteltiin kuolemansyiden merkitystä sosiaaliryhmi- en välisten elinajan erojen *muutosten* syinä. Tässä sen sijaan kuvataan, mistä kahden sosiaaliryhmän (ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden) elinajan- odotteen *erot* muodostuivat viisivuotijaksolla 2001–05.

Vaikka sepelvaltimotautikuolleisuus on pienentynyt nopeasti viime vuo- sikymmeninä, on sen merkitys sosioekonomisten kuolleisuuserojen syynä edelleen ylivoimaisesti suurin (taulukko 3). Yli neljäsosa miespuolisten ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisestä elinajanodote-erosta johtui sepelvaltimotaudista. Yhteensä verenkiertoelinten taudit aiheuttivat miehillä 38 prosenttia kokonaiserosta. Muista kuolemansyistä tärkeimmäksi nousevat alkoholikuolemansyyt, jotka aiheuttivat 13 prosenttia ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden erosta. Muut käyttäytymiseen liittyvät kuolemansyyryhmät (keuhkosityöpä, itsemurhat sekä tapaturmaiset ja väkival- taiset kuolemat) selittävät tämän lisäksi lähes neljäsosan erosta. Näin muiden kuolemansyiden osalle jää vain 25 prosenttia.

Taulukko 3. Eri kuolemansyiden osuudet 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden erosta sukupuolen mukaan 2001–05.

	Vuosisia		Prosentteja	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Keuhkosityöpä	0,57	0,14	9,4	4,2
Rintasyöpä	–	–0,10	–	–2,9
Muut syövät	0,49	0,36	8,0	10,7
Iskeemiset sydänsairaudet	1,58	0,94	26,2	28,1
Aivoverisuonten sairaudet	0,34	0,39	5,6	11,6
Muut verenkiertoelinten sairaudet	0,39	0,27	6,5	8,0
Hengityselinten sairaudet	0,54	0,28	8,9	8,2
Alkoholi	0,78	0,27	12,9	8,1
Muut sairaudet	0,47	0,53	7,7	16,0
Itsemurha	0,33	0,11	5,4	3,3
Tapaturmat ja väkivalta	0,57	0,16	9,3	4,7
Yhteensä	6,05	3,35	100,0	100,0

Naisilla sepelvaltimotaudin ja muiden verenkierroelinten tautien osuus ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisestä erosta oli vuosina 2001–05 vielä suurempi kuin miehillä, yhteensä 48 prosenttia. Alkoholisyyden ja muiden käyttäytymiseen liittyvien syiden osuus taas oli selvästi pienempi kuin miehillä (20 prosenttia). Rintasyöpäkuolleisuus oli työntekijöillä hieman ylempiä toimihenkilöitä alhaisempi, mutta tämä vaikutti sosiaaliryhmien väliseen eroon vain vähän. Sen sijaan muut syöpätaudit kuin rintasyöpä, sekä luokittelemattomat muut sairaudet selittävät naisilla 31 prosenttia elinajanodotteen erosta.

Taulukossa 4 on esitetty eri ikäryhmien osuudet 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden erosta. Miehillä lähes puolet erosta selittyy työntekijöiden korkeammalla kuolleisuudella 55–74-vuotiaiden ikäryhmässä, ja viidenneksen erosta aiheuttaa 45–54-vuotiaiden kuolleisuus. Naisilla kuolleisuuserot painottuvat selvästi vanhempiin ikäryhmiin; yli puolet erosta aiheutuu työiän jo ohittaneiden kuolleisuudesta, ja lähes kolmannes yli 75-vuotiaiden kuolleisuudesta.

Taulukko 4. Eri ikäryhmien osuudet 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden erosta sukupuolen mukaan 2001–05.

Ikä	Vuosia		Prosentteja	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
35–44	0,74	0,41	12,3	12,1
45–54	1,22	0,55	20,2	16,3
55–64	1,46	0,61	24,1	18,3
65–74	1,48	0,72	24,5	21,4
75–84	0,96	0,72	15,8	21,6
85–	0,19	0,34	3,1	10,3
Yhteensä	6,05	3,35	100,0	100,0

► Sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot alle 35-vuotiailla

Edellä esitetyt tiedot koskivat elinajanodotteita 35 vuoden iässä eikä tavanomaiseen tapaan vastasyntyneillä eli 0-vuotiailla, koska alle 35-vuotiaiden kuolleisuudesta sosiaaliryhmän mukaan ei ole käytettävissä ajantasaisia tietoja. Seuraavassa tarkastellaan aikaisempien tutkimusten tuloksia alle 35-vuotiaiden sosiaaliryhmittäisistä kuolleisuuseroista ja arvioidaan niiden pohjalta, miten sosiaaliryhmien väliset erot vastasyntyneillä voisivat poiketa edellä esitetyistä 35-vuotiaiden elinajanodotteiden eroista.

Viimeisimmät tiedot imeväiskuolleisuudesta sosiaaliryhmän mukaan koskevat vuosia 1983–89 (Notkola ja Savela 1992). Niiden mukaan imeväiskuollei-

suus oli 25 prosenttia suurempi työntekijöiden kuin ylempien toimihenkilöiden lapsilla. Imeväiskuolleisuuden pienuuden vuoksi tällä erolla ei ollut käytännössä mitään vaikutusta (vähemmän kuin 0,1 vuotta) sosiaaliryhmien väliseen eroon vastasyntyneiden elinajanodotteessa. (Valkonen ym. 1992).

Työntekijöiden ja toimihenkilöiden 5–14-vuotiaiden lasten kuolleisuudessa ei havaittu systemaattisia eroja vuosina 1987–95 (Pensola ja Valkonen 2000). Myöskään tämän ikäryhmän kuolleisuudella ei siten ollut merkittävää vaikutusta sosiaaliryhmien elinajanodotteiden eroihin.

15–34-vuotiaiden sosiaaliryhmittäistä kuolleisuutta koskevat tulokset perustuvat osittain tietoihin henkilöiden huoltajan ja osittain henkilön omasta sosiaaliryhmästä (Rimpelä 1992). Tässä ikäryhmässä työntekijämiesten kuolleisuus toimihenkilömihiin verrattuna oli kaksinkertainen vuosina 1986–90. Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden ero oli 15-vuotiailla 0,4 vuotta suurempi kuin 35-vuotiailla (Valkonen ym. 1992). Vuosina 1986–90 sosiaaliryhmien väliset suhteelliset kuolleisuuserot olivat 25–34-vuotiailla naisilla jokseenkin samansuuruisia kuin miehillä, mutta hyvin vähäisiä 15–24-vuotiailla (Rimpelä 1992). Naisilla ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden ero 15-vuotiailla oli 0,2 vuotta suurempi kuin 35-vuotiailla.

1980-luvun tietojen valossa voidaan arvioida, että vastasyntyneen elinajanodotteen erot ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä ovat miehillä runsaat puoli vuotta ja naisilla vajaat puoli vuotta suuremmat kuin vastaavat 35-vuotiaan elinajanodotteen erot.

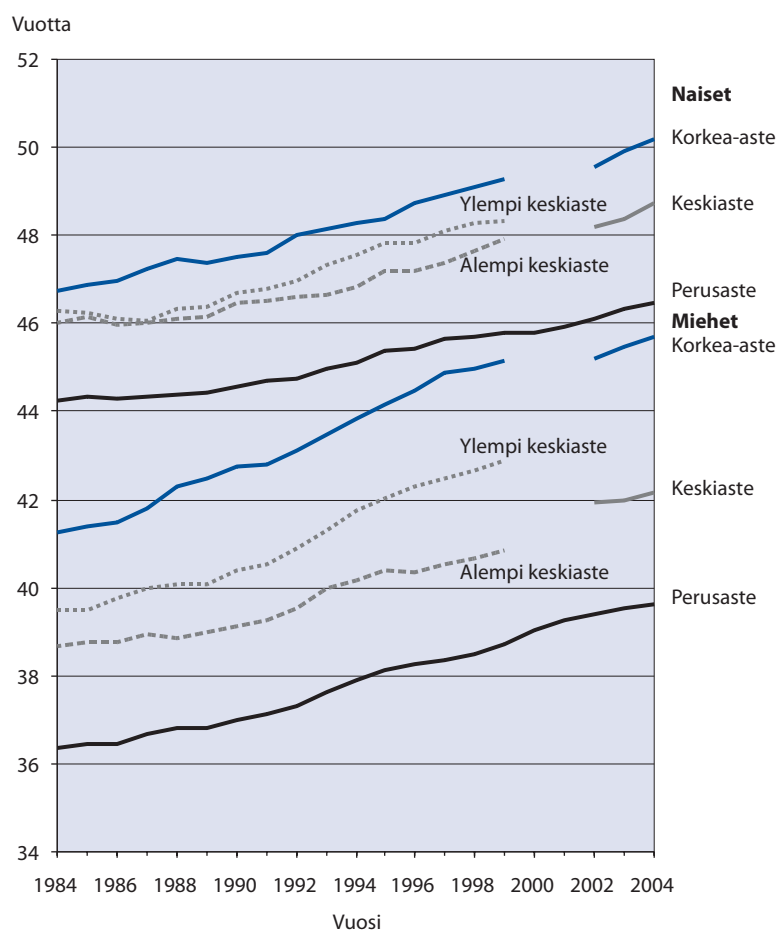
► Koulutusryhmien elinajanodotteiden muutokset 1983–2005

Koulutusryhmien elinajanodotteiden muutoksen kuvauksessa on käytetty samaa aineistoa ja samoja menetelmiä kuin sosiaaliryhmien kuvauksessa. Tieto koulutuksesta perustuu tutkintorekisteriin merkittyyen korkeimpaan tutkintoon. Vuosien 1983–2000 kehityksen kuvauksessa käytetään neljää koulutusryhmää: perusaste tai vähemmän (korkeintaan 9 vuoden koulutus), alempi keskiaste (10–11 vuoden koulutus), ylempi keskiaste (12 vuoden koulutus) ja korkea-asteen koulutus (vähintään 13 vuoden koulutus). Tilastokeskuksen koulutusluokituksen perusrakenne muuttui vuonna 1997, jolloin huomattava osa aikaisemmin ylempään keskiasteeseen luokiteltuja tutkintoja siirrettiin korkea-asteen tutkinnoiksi. Samalla jäljelle jääneet ylempään keskiasteen tutkinnot yhdistettiin alemman keskiasteen tutkintojen kanssa uudeksi keskiasteen tutkintojen luokaksi. Tämän vuoksi vuosien 2001–05 koulutuksen mukaisista tiedoista vain perusastetta koskevat tiedot ovat vertailukelpoisia aikaisempi-

en vuosien tietojen kanssa. Seuraavassa tarkastellaan elinajanodotteita aluksi neliluokkaisella koulutusluokituksella jaksolla 1983–2000, jolloin tiedot olivat vertailukelpoisia, ja sitten erikseen vuosia 2001–05. Koulutusryhmittäiset elinajanodotteet on esitetty kolmen vuoden liukuvina keskiarvoina kuviossa 4.

Miesten elinajanodote kasvoi kaikissa koulutusryhmissä jaksolta 1983–85 vuosiin 1998–2000, mutta sekä kasvun suuruus että ajoittuminen olivat erilaisia. Kasvu oli suurinta (3,9 vuotta) korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla. Tässä ryhmässä kasvu oli jokseenkin suoraviivaista. Ylemmän keskiasteen suorittaneilla miehillä elinajanodotteen kasvu jäi jonkin verran vähäisemmäksi (3,4 vuotta) kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla.

Kuvio 4. 35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote koulutusasteen mukaan 1983–2005 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).



Alemman keskiasteen koulutuksen saaneilla miehillä oli likimain sama elinajanodote kuin ylemmän keskiasteen koulutuksen saaneilla 1980-luvun alussa, mutta tämän jälkeen alemman keskiasteen miesten elinajanodotteen kasvu oli selvästi hitaampaa. Ryhmän elinajanodote ei noussut juuri lainkaan 1980-luvulla. Koko ajanjaksolla vuosilta 1983–85 vuosiin 1998–2000 alemman keskiasteen suorittaneiden miesten elinajanodote kasvoi vain 2,2 vuotta eli vähemmän kuin pelkän perusasteen koulutuksen saaneilla (2,4 vuotta).

Perusasteen koulutuksen saaneiden naisten elinajanodote oli huomattavasti pienempi kuin tätä korkeamman koulutuksen saaneilla naisilla koko tarkasteltavalla jaksolla (kuvio 4). Muiden koulutusryhmien väliset erot olivat vähäisempiä, varsinkin verrattuna miesten vastaaviin eroihin. Elinajanodote kasvoi nopeimmin korkea-asteen koulutuksen saaneilla naisilla (2,5 vuotta), ja ylemmän ja alemman keskiasteen koulutetuilla kasvu ei juuri eronnut toisistaan (2,0 ja 1,9 vuotta). Sen sijaan perusasteen koulutuksen saaneilla naisilla elinajanodote piteni vain 1,5 vuodella, joten ero korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden elinajanodotteeseen kasvoi 15-vuotisjaksolla yli 40 prosenttia, yhdellä vuodella.

Kuten edellä todettiin, vuosien 2001–05 tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien kanssa. Tämän lyhyen jakson perusteella ei voida tehdä kovin luotettavia johtopäätöksiä siitä, miten eri koulutusryhmien elinajanodotteet muuttuivat suhteessa toisiinsa. Näyttää kuitenkin siltä, että tällä jaksolla perusasteen, ja etenkin keskiasteen koulutuksen saaneilla miehillä elinajanodotteen kasvu hidastui, kun taas korkea-asteen koulutuksen saaneilla miehillä kasvu oli varsinkin jakson loppupuolella nopeampaa kuin muissa ryhmissä. Naisilla koulutusryhmien elinajanodotteiden kehitys oli aikaisempien trendien mukaista, ja perusasteen koulutuksen saaneiden ja korkeamman koulutuksen saaneiden elinajanodotteiden ero jatkoi kasvuaan.

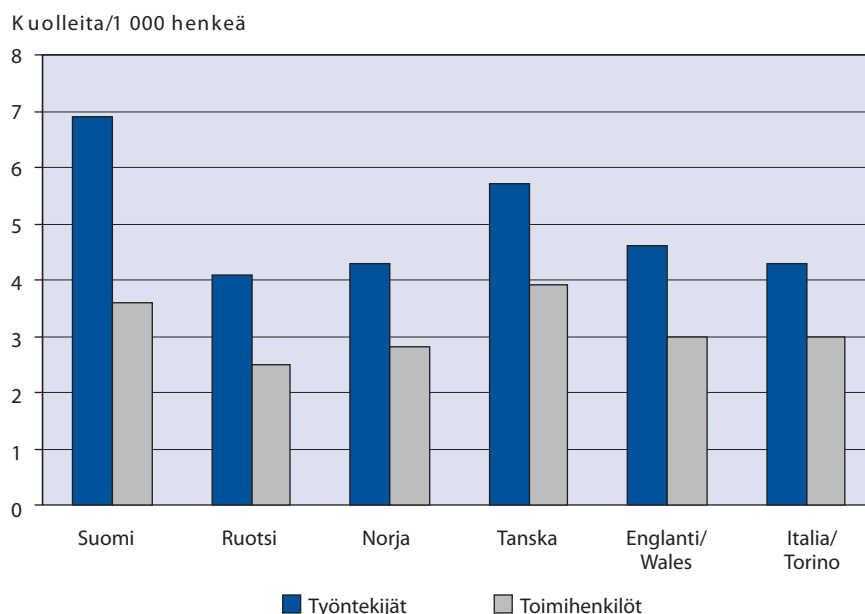
► Kansainvälisiä vertailuja sosioekonomisista kuolleisuuseroista

Muista läntisen Euroopan maista ainoastaan Englannista ja Walesista on olemassa kattavia tietoja elinajanodotteiden sosioekonomisten erojen pitkän aikavälin kehityksestä. Mackenbachin (2005) esittämien tietojen mukaan sosiaaliryhmien välinen ero vastasyntyneiden elinajassa oli vuosina 1992–96 miehillä 9,1 vuotta ja naisilla 6,2 vuotta. Jaksolla 1997–2001 erot olivat pienemmät (miehillä 8,4 vuotta ja naisilla 4,5 vuotta). Erot olivat siten molempina ajanjaksoina ja molemmilla sukupuolilla selvästi suuremmat kuin erot ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä Suomessa samaan aikaan, vaikka otetaan huomioon se, että Suomen tiedot koskevat 35-vuotiaiden eikä vastasyntyneiden elinajanodotteita. Englannin ja Walesin tiedot koskevat kuitenkin eroa

korkeamman tason ylempien toimihenkilöiden (Social Class I) ja ammattitaidottomien työntekijöiden (Social Class V) välillä. Hattersleyn (1999) vuoteen 1996 ulottuvien yksityiskohtaisempien tietojen perusteella voidaan arvioida, että Suomen ylempiä toimihenkilöitä ja työntekijöitä vastaavien luokkien elinajanodotteiden ero ei ole Englannissa ja Walesissa suurempi kuin Suomessa.

Maitten välisiä eroja sosioekonomisten erojen suuruudessa on tavallisesti arvioitu ikävakioiden kuolleisuuslukujen tai niistä laskettujen indeksien avulla. Kuviossa 5 on esitetty yksi esimerkki tällaisesta vertailusta (Mackenbach ym. 2003). Se koskee 30–59-vuotiaitten toimihenkilö- ja työntekijämiesten ikävakioiden kuolleisuutta 1990-luvun alkuvuosina viidessä maassa sekä Torinon kaupungissa. Kuvio osoittaa, että työntekijöiden kuolleisuus oli Suomessa selvästi suurempi kuin muualla. Myös toimihenkilöiden kuolleisuus oli suurempaa kuin muissa maissa Tanskaa lukuun ottamatta. Sosiaaliryhmien välinen suhteellinen ja absoluuttinen kuolleisuusero olivat Suomessa suurempia kuin vertailumaissa ja Torinossa. Myös eräät aikaisemmat kansainväliset vertailut ovat osoittaneet, että keski-ikäisten miesten sosiaaliryhmien väliset erot ovat Suomessa kansainvälisesti katsoen suuria (esim. Kunst 1998).

Kuvio 5. 30–59-vuotiaiden miestoimihenkilöiden ja -työntekijöiden ikävakioiden kuolleisuus viidessä Länsi-Euroopan maassa ja Torinossa noin vuosina 1991–1995.



Lähde: Mackenbach ym. 2003

Sosioekonomisten kuolleisuuserojen kansainvälisten vertailujen tuloksiin vaikuttavat monet tutkimusmethodiset tekijät: mitä sosioekonomisen aseman indikaattoria käytetään, mitä maita, ikäluokkia ja ajanjaksoa aineistot koskevat, miten luotettavia aineistot ovat, millaisilla mittaluvuilla eroja arvioidaan ja miten väestö jakautuu sosioekonomisiin ryhmiin. Sen vuoksi ei ole yllättävää, että eri tutkimuksista saadaan erilaisia tuloksia. Siten esimerkiksi työikäisten miesten sosiaaliryhmittäisten kuolleisuuserojen perusteella ei voida kiistatta päätellä, että sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat poikkeuksellisen suuret Suomessa.

Viimeaikaisissa kansainvälisissä vertailuissa on käytetty koulutusta sosioekonomisen aseman osoittajana ammattiin perustuvan sosiaaliryhmän asemasta (Huisman ym. 2004, Huisman ym. 2005). Tämä on tehnyt mahdolliseksi sisällyttää vertailuihin myös työkäitä vanhemmat ikäryhmät ja molemmat sukupuolet. Tietoja on lisäksi saatu entistä useammista maista. Huismanin ym. (2004) tutkimus koski 50 vuotta täyttäneitä miehiä ja naisia kahdeksassa Euroopan maassa (Suomi, Norja, Englanti/Wales, Belgia, Ranska, Sveitsi ja Itävalta) sekä Torinon kaupungissa ja yhdistetyssä Madridin ja Barcelonan aineistossa. Mainittuja kaupunkiaineistoja ei oteta tässä maitten välisessä katsauksessa huomioon niihin liittyvien metodologisten ongelmien vuoksi.

Tutkimuksen tulosten mukaan koulutusryhmien väliset absoluuttiset ikäryhmittäiset erot olivat 50 vuotta täyttäneillä miehillä Suomessa yleensä suurempia kuin kuudessa vertailumaassa mutta pienempiä kuin Itävallassa. Suhteelliset kuolleisuuserot olivat kuitenkin useissa maissa suurempia tai samaa luokkaa kuin Suomessa. Suomalaisen suuret absoluuttiset koulutusryhmien väliset erot selittyivät pääosin sillä, että yli 50-vuotiaiden miesten kuolleisuus oli Suomessa suurempi kuin vertailumaissa.

Naisilla sekä absoluuttiset että suhteelliset koulutusryhmien väliset erot olivat useimmissa ikäryhmissä Suomessa pienempiä kuin Norjassa ja Belgiassa mutta suurempia kuin Ranskassa. Suhteelliset erot olivat Suomessa jokseenkin samalla tasolla muiden kuin edellä mainittujen maiden kanssa. Absoluuttisissa koulutusryhmien välisissä eroissa tulokset vaihtelivat ikäryhmittäin (Huisman ym. 2004).

Huismanin ym. (2005) uudempi kuusi maata (Suomi, Norja, Englanti/Wales, Belgia, Itävalta ja Sveitsi) kattava tutkimus perustuu osittain samaan aineistoon kuin aikaisempi tutkimus. Se käsittelee kaikkia 45 vuotta täyttäneitä yhtenä ryhmänä eikä ikäryhmittäin. Tulosten mukaan vähintään ylemmän keskiasteen tutkinnon ja korkeintaan alemman keskiasteen suorittaneiden väliset absoluuttiset kuolleisuuserot olivat miehillä 1990-luvun alkupuolella suurimmat Englannissa ja Walesissa ja toiseksi suurimmat Belgiassa. Näiden maiden jälkeen tulivat Itävalta ja Suomi. Suhteelliset erot olivat Itävallassa suuremmat

kuin muissa maissa. Useimmissa muissa maissa Suomi mukaan lukien suhteelliset erot olivat suunnilleen yhtä suuret. Naisilla absoluuttiset erot olivat Suomessa kolmanneksi suurimmat, mutta suhteelliset erot pienimmät. Kaiken kaikkiaan nämä viimeisimmät koulutukseen perustuvat vertailevat tutkimukset eivät osoita Suomen poikkeavan muista maista yhtä selvästi kuin aikaisemmista pääasiassa työikäisiä miehiä koskeneista tutkimustuloksista on päätelty. Työikäisten miesten suuret sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa liittynevät alkoholi- ja tapaturmakuolleisuuden yleisyyteen. Luotettavia vertailutietoja alkoholikuolleisuudesta ei kuitenkaan ole käytettävissä.

► Tulosten yhteenveto ja vertailua aikaisempiin tutkimuksiin

Väestön kuolleisuuden kehitys oli vuosina 1983–2005 yleisesti ottaen terveyspoliittisten tavoitteiden mukaista, sillä elinajanodote kasvoi selvästi molemmilla sukupuolilla, erityisesti miehillä. Kasvu koski kaikkia sosiaali- ja koulutusryhmiä, mutta erot ääriryhmien välillä suurenivat varsinkin 1980-luvun loppupuoliskolla. Terveys 2015 -ohjelman tavoitteen mukaan miespuolisten 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen elinajanodote-eron tulisi pienentyä 1990-luvun alkupuoliskolta vuoteen 2015 yli yhdellä vuodella. Ero kasvoi kuitenkin jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 0,4 vuodella. Viimemainitulta jaksolta jaksolle 2003–05 ero pysyi likimäärin muuttumattomana. Korkea-asteen ja perusasteen koulutuksen saaneiden miesten elinajanodote-eron olisi pitänyt kaventua vastaavasti kuin sosiaaliryhmillä, mutta ero kasvoi jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 miehillä 0,5 vuodella. Koska koulutusluokitus muuttui, eivät tiedot koulutusryhmien välisistä elinajanodote-eroista 2000-luvun alussa ole vertailukelpoisia aikaisempien tietojen kanssa. Näyttää kuitenkin siltä, että ylimmän ja alimman koulutusryhmän elinajanodote-ero kasvoi myös 2000-luvun alkuvuosina.

Terveys 2015 -ohjelman mukaan 35-vuotiaiden naispuolisten ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen elinajanodotteiden ero tulisi aleneta vuoteen 2015 mennessä noin 0,6 vuodella, mutta jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 ero kasvoi 0,2 vuodella ja kasvu jatkui hieman hitaampana 2000-luvun alkuvuosina. Myös korkea-asteen ja perusasteen koulutuksen saaneiden elinajanodotteiden ero näyttää edelleen kasvavan.

Ääriryhmien elinajanodotteiden ero on selkeä ja konkreettinen tapa asettaa tavoitteita sosioekonomisten kuolleisuuserojen kehitykselle sekä seurata tavoitteiden saavuttamista. Se ei kuitenkaan ole tutkimusmetodisesti ongelmattonta. Yksi vaikeus aikavertailuissa on ryhmien suhteellisen koon muuttuminen. Tämä ei haittaa kovin paljon miesten sosiaaliryhmien kuolleisuutta

tutkittaessa, sillä muutos niiden jakautumassa ei ole ollut kovin merkittävä, mutta naisilla tämä muutos on ollut selvästi suurempi. Esimerkiksi ylempien toimihenkilöiden osuus kasvoi jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05 vajaasta 9 prosentista lähes 14 prosenttiin. Koulutusastejakautumien muutokset ovat olleet vielä mittavampia. Lisäksi koulutusluokituksen muutos heikentää aikaverailun luotettavuutta 2000-luvun tietojen osalta. Samalla kun työntekijöiden ja korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneiden osuudet ovat pienentyneet, nämä ryhmät ovat oletettavasti tulleet myös valikoidummiksi niin, että erityisen huono-osaisten, sosiaalisesti syrjäytyneiden, ja alkoholia runsaasti käyttävien ja tupakoitsijoiden osuudet niissä ovat kasvaneet. Väestön sosioekonomisen ja koulutusrakenteen muutokset selittänevät osan elinajanodote-eron kasvusta. On kuitenkin ilmeistä, että jakautumien muutoksilla ei voida selittää pääosaa 1980-luvun jälkeisestä erojen kasvusta. Ajanjakso on ollut siihen liian lyhyt ja ero on kasvanut selvästi myös miesten sosiaaliryhmien välillä, mihin jakautumamuutoksella on ollut pienempi vaikutus.

Aikaisemmissa vuosien 1981–2000 kuolleisuuserojen muutosta koskevissa tutkimuksissa päädyimme siihen, ettei sosiaaliryhmien välisten erojen muutoksille ole löydettävissä mitään yksinkertaista, esimerkiksi yleiseen yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kehitykseen perustuvaa selitystä (Valkonen ym. 2000, Martikainen ym. 2001, Valkonen ym. 2003). Erojen kehitys johtuu osittain toisistaan riippumattomista ja eri suuntiin vaikuttavista, eri kuolemansyitä koskevista muutoksista, joiden merkitys voi olla erilainen eri ajanjaksoina, eri sukupuolilla ja eri-ikäisillä. Kuolleisuuserojen kehitystä voidaan selittää parhaiten jakamalla muutos kuolemansyyn ja ikäryhmän mukaan osiin ja analysoimalla osiin vaikuttaneita tekijöitä esimerkiksi selvittämällä erilaisten elinolojen ja elintapojen muutoksia, terveydenhuollossa ja hoitokäytännöissä tapahtuneita muutoksia sekä tutkimalla väestöryhmien rakenteiden ja koon muutosten seurauksia. Myös edellä esitetyt jakson 1998–2000 jälkeistä kuolemansyittäistä kuolleisuutta koskevat tulokset tukevat samaa johtopäätöstä yhden yleisen yhteiskuntatason tekijän huonosta selitysvuimasta: kuolleisuuden muutokset ovat osassa kuolemansyistä lisänneet ja osassa vähentäneet elinajanodotteiden eroja sosiaaliryhmien välillä. Osa kuolemansyistä on myös vaikuttanut elinajanodote-eron muutokseen eri lailla 2000-luvulla kuin 1980- tai 1990-luvulla.

Sosioekonomiset erot elinajanodotteissa kasvoivat 1990-luvulla vähemmän kuin 1980-luvulla (Valkonen ym. 2003, Valkonen ja Martikainen 2007). Tämä johtui siitä, että 1980-luvulla varsinkin miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin ja myös muihin verenkierroelinten tauteihin aleni huomattavasti nopeammin toimihenkilöillä kuin työntekijöillä. 1990-luvulla sepelvaltimotautikuolleisuus pieneni alempien toimihenkilömiesten ryhmässä selvästi no-

peammin kuin ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden ryhmissä, mutta 2000-luvun alussa tilanne tasoittui. Miehillä sosiaaliryhmien välillä on suuria suhteellisia eroja kuolleisuudessa myös muihin verenkierroelinten tauteihin kuin sepelvaltimotautiin ja aivoverisuonten sairauksiin, mutta kokonaisuudessaan verenkierroelintautikuolleisuus ei ole enää yhtä tärkeä sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen muutoksen syy kuin aikaisemmin. Naisilla työntekijöiden sepelvaltimotautikuolleisuus pieneni 2000-luvulla jo enemmän kuin toimihenkilöiden, mikä osaltaan hidasti elinajanodotteiden eron kasvua. Vaikka kuolleisuus sepelvaltimotautiin on vähentynyt hyvin paljon viime vuosikymmeninä, se oli 2000-luvun alussa edelleen selvästi suurin sosiaaliryhmien välisten elin-aikaerojen syy.

Sosioekonomisten erojen nopeaan kasvuun 1980-luvulla vaikuttivat verenkierroelintautien ohella alkoholikuolemansyyt sekä tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat. Kuolleisuus näihin lisääntyi koko väestössä mutta enemmän työntekijöillä kuin toimihenkilöillä. 1990-luvun alussa alkoholikuolleisuuden kasvu pysähtyi, mutta jatkui taas 1990-luvun lopulla (Herttua ym. 2007) etenkin työntekijöiden ryhmässä (Valkonen ym. 2003). Alkoholikuolleisuuden kasvu on jatkunut 2000-luvulla, ja tällä on ollut yhtä suuri negatiivinen vaikutus miesten elinajanodotteeseen niin ylempillä ja alemmilla toimihenkilöillä kuin työntekijöilläkin. Naisilla alkoholikuolleisuuden lisääntyminen on verottanut elinajanodotteen kasvua alemmilla toimihenkilöillä ja työntekijöillä, mutta ei ylempillä toimihenkilöillä.

Keuhkosyöpäkuolleisuuden muutokset olivat 2000-luvulla samanlaisia kuin 1990-luvulla. Miesten keuhkosyöpäkuolleisuus alentui edelleen, ja muutos oli suurempi työntekijöillä kuin toimihenkilöillä, jotka olivat saavuttaneet melko pienen kuolleisuuden tason jo aiemmin. Naisilla keuhkosyöpäkuolleisuus lisääntyi 2000-luvun alussa ja vaikutti kielteisimmin elinajanodotteeseen työntekijöillä.

Miehillä suurin työntekijöiden ja ylempien toimihenkilöiden välistä elinajanodote-eroa 2000-luvun alussa lisännyt kuolemansyyryhmä oli muut syövät kuin keuhkosyöpä. Myös naisilla muut syövät kuin keuhkosyöpä ja rintasyöpä vähenivät selvästi vähemmän työntekijöiden kuin toimihenkilöiden ryhmässä. Jo 1990-luvulla sekä naisten että miesten kuolleisuus muihin syöpiin kuin keuhkosyöpään aleni enemmän toimihenkilöillä kuin työntekijöillä, mikä kasvatti sosiaaliryhmien välistä elinajanodotteiden eroa. Tähän tautiryhmään tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota sosioekonomisten kuolleisuuserojen syynä. Syöpätaudit ovat etiologialtaan erilaisia ja niitä koskevien kuolleisuusmuutosten taustan selvittäminen vaatii yksityiskohtaista analyysia syöpätyypin mukaan.

Tämä tutkimus on myös osoittanut, että suuri osa – erityisesti naisten – sosioekonomisista kuolleisuuseroista aiheutuu kuolleisuuseroista työiän ohittaneessa väestössä. Myös tähän ikäryhmään pitäisi kiinnittää huomiota terveysteroja kaventavia toimenpiteitä suunniteltaessa.

Kirjallisuus

- Hattersley L. Trends in life expectancy by social class- an update. *Health statistics quarterly* 1999;2:17-24.
- Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. Differential trends in alcohol-related mortality: a register-based follow-up study in Finland in 1987–2003. *Alcohol and Alcoholism*, Advance Access published February 3, 2007, doi:10.1093/alcalc/agl099.
- Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Desplanques G, Donkin A, Gadeyne S, Minder C, Redigor E, Spadea T, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:468–475.
- Huisman M, Kunst AE, Borgan J-K, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Redigor E, Valkonen T, Mackenbach J. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005;9458:493–500.
- Kunst AE, Goehof F, Mackenbach JP and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Mortality by occupational class among men 30–64 years old in 11 European countries. *Social Science and Medicine* 1998;46:1459–1476.
- Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T, Kunst AE. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830–837.
- Mackenbach JP. *Health Inequalities: Europe in Profile*. University Medical Center Rotterdam 2005.
- Martikainen P, Valkonen T. *Lama ja ennenaikainen kuolleisuus*. Väestö 1995:11. Tilastokeskus, Helsinki.
- Martikainen P, Valkonen T. Policies to reduce income inequalities are unlikely to eradicate inequalities in mortality (letter). *British Medical Journal* 1999;319:319.
- Martikainen P, Valkonen T, Martelin T. Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55(7):494–499.
- Shryock H S, Siegel J S. *The Methods and Materials of Demography*. Academic Press, New York 1976.
- United Nations Secretariat. Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age groups and causes of death from recent and historical data. *Population Bulletin of the United Nations* 1988;25:65–107.

- Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971–85. Tutkimuksia 172, Tilastokeskus, Helsinki 1990.
- Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A, Notkola V, Savela S. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Väestö 1992:8. Tilastokeskus, Helsinki.
- Valkonen T. The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes. Teoksessa Chamie J, Cliquet RL. Health and mortality. Issues of global concern. Leuven: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat and Population and Family Study Centre, Flemish Scientific Institute 1999.
- Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Mäkelä P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health* 2000;10(4):274–280.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus* 2003;2:12–18.
- Valkonen T, Martikainen P. Trends in Life Expectancy by Level of Education and Occupational Social Class in Finland 1981–2000. *Yearbook of Population Research in Finland* 2006. XLII. The Population Research Institute and The Finnish Demographic Society, Helsinki 2007.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- World Health Organization: Health21 – Health for All in the 21st Century, Copenhagen: World Health Organization, 1999.

3.2 Koettu terveys

Ossi Rahkonen, Kirsi Talala, Tommi Sulander, Mikko Laaksonen, Eero Lahelma, Antti Uutela ja Ritva Prättälä

► Johdanto

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan onnistumista voidaan arvioida kuolleisuutta, sairastavuutta ja koettua terveyttä koskevien tutkimustulosten perusteella. Itse ilmoitettu koettu terveys kuvaa terveyden subjektiivista ulottuvuutta. Koettu terveys on väestötasoisissa terveystutkimuksissa usein käytetty terveyden osoitin ja sen on myös todettu ennustavan hyvin laitoshoitoon päättymistä ja kuolleisuutta (Manderbacka 1998). Koetusta terveydestä on julkaistu pitkän ajan trendejä vähemmän kuin kuolleisuudesta (Lahelma ym. 1994, Rahkonen ym. 2004).

Tässä luvussa tutkitaan, miten työikäisen väestön koetun terveyden taso ja jakautuminen koulutuksen ja työmarkkina-aseman mukaan on kehittynyt viimeisten 25 vuoden aikana, vuodesta 1979 vuoteen 2004. Lisäksi tarkastellaan, miten eläkeikäisen väestön koetun terveyden taso ja terveyden koulutuserot ovat muuttuneet vuodesta 1993 vuoteen 2003. Tarkasteltaviin jaksoihin osuu hyvin erilaisia taloudellisia aikoja. 1980-lukua ja erityisesti sen loppua leimasi taloudellinen noususuhdanne. 1990-luvun alussa sitä vastoin koettiin poikkeuksellisen voimakas lama, jolloin muun muassa työttömyys nousi vuoden 1991 parista prosentista 17 prosenttiin vuonna 1994. Samanaikaisesti hyvinvointivaltion etuuksia leikattiin (Heikkilä ja Uusitalo 1997). 1990-luvun loppu oli jälleen nopean taloudellisen kasvun mutta edelleen varsin korkean työttömyyden aikaa. Vuosituhannen vaihteen jälkeen taloudellinen kehitys on hidastunut. Tulonjako on ollut varsin tasaista. Laman aikana tuloerot kaventuivat, mutta ovat sen jälkeen kasvaneet (Pajunen 2005).

Työikäisen väestön koettua terveyttä koskevat tiedot saadaan Kansanterveyslaitoksen terveyden edistämisen tutkimusyksikön toteuttamasta terveyskäyttäytymiskyselystä (Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, AVTK, Helakorpi ym. 2005). Kyselyn perusjoukon muodostavat 15–64-vuotiaat Suomen kansalaiset. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vastaushetkellä 25–64-vuotiaita miehiä ja naisia. Eläkeikäisiä koskevat tulokset perustuvat AVTK:ta vastaavaan 65–84-vuotiaiden terveyskäyttäytymiskyselyyn (Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen, EVTK, Sulander ym. 2004). Molemmat kyselyt on säilytetty vertailukelpoisina vuodesta toiseen.

► **Koetun terveyden, koulutuksen ja työmarkkina-aseman mittaaminen**

Koettua terveyttä tiedusteltiin molemmissa kyselyissä vastaajilta kunakin vuonna samalla kysymyksellä: ”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskitasoinen, 4) melko huono vai 5) huono?” Koettu terveys on tutkimuksissa yleensä luokiteltu kahteen ryhmään (ks. esim. Lahelma ym. 1994, Kunst ym. 2005). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin niitä työikäisiä, jotka ilmoittivat terveydentilansa keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi ja niitä eläkeikäisiä, jotka ilmoittivat terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi. Katkaisukohta on näissä eri väestöryhmissä eri, jotta myös työikäisiä saatiin analyysija varten riittävästi heikompaan terveysluokkaan.

Sosioekonomisen aseman osoittimena käytettiin tutkittavien itsensä kyselylomakkeessa ilmoittamien koulutusvuosien määrää. Työikäiset vastaajat ryhmiteltiin suoritettujen koulutuksen pituuden mukaan kolmeen ryhmään, joita nimitetään perusasteen (enintään 9 vuotta), keskiasteen (10–12 vuotta) ja korkea-asteen (13 vuotta tai enemmän) koulutukseksi. Eläkeikäiset ryhmiteltiin alempaan (enintään 8 vuotta) ja ylempään (9 vuotta tai enemmän) koulutusryhmään.

Koska tarkasteltavaan ajanjaksoon liittyy korkean työttömyyden kausi 1990-luvun alussa, koetun terveyden jakautumista tarkasteltiin työikäisillä myös työmarkkina-aseman mukaan. Vastaajat jaettiin kolmeen ryhmään: ’työssä’, ’työtön’ ja ’muut’. ’Muut’-ryhmä on hyvin moniaineksinen. Se sisältää muun muassa opiskelijat ja sairaseläkkeellä olevat, joten ryhmää koskevia tuloksia ei tässä esitetä. Työttömiä naisia oli 1980-luvulla niin vähän, että heidän terveydentilaansa ei voida tuona ajanjaksona tämän aineiston perusteella luotettavasti analysoida.

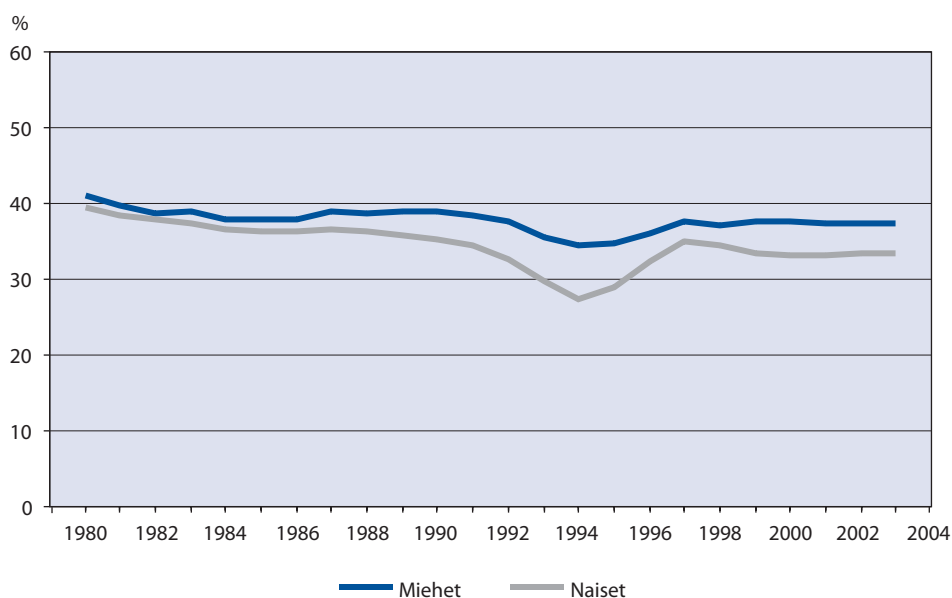
Tulokset esitetään erikseen miehille ja naisille keskitasoisien tai sitä huonomman koetun terveyden ikävakioituina esiintyvyytlukuina (%) koulutuksen ja työmarkkina-aseman mukaisissa ryhmissä. Satunnaisvaihtelun vähentämiseksi vuosittaisten tietojen asemasta on työikäisillä käytetty kolmen vuoden liukuvia keskiarvoja. Ikävakiointi tehtiin työikäisillä kymmenvuotisikäryhmittäin ja eläkeikäisillä viisivuotisikäryhmittäin suoraa vakiointitapaa käyttäen.

► **Koetun terveyden erojen muutos**

Työikäisten koettu terveys kohentui jossakin määrin tarkastelujakson aikana. 2000-luvun alussa runsas kolmannes 25–64-vuotiaista suomalaisista piti terveyttään keskitasoisena tai sitä huonompana (kuvio 1). Itse arvioitu terveydentila koheni yleisesti ottaen varsin tasaisesti, mutta oli lamavuosina 1992–1994

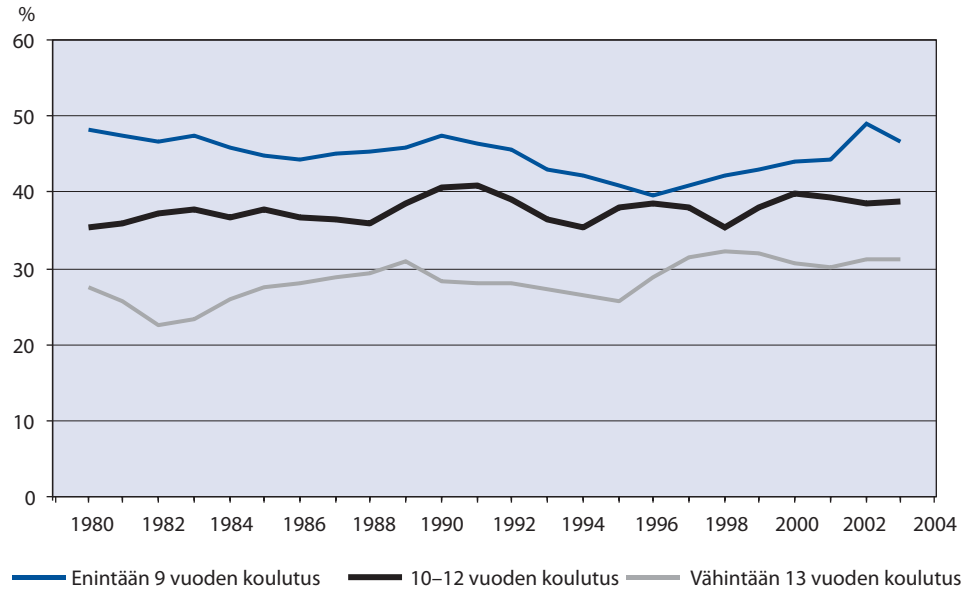
hetkellisesti selvästi parempi. Naisten terveydentila kohentui 1990-luvun alussa erityisen voimakkaasti. Pian kuitenkin palattiin tasaiselle trendille. Vuoden 1998 jälkeen väestön terveydentila ei ole enää parantunut. Miesten terveydentila on ollut koko tarkastelujakson ajan hieman huonompi kuin naisten ja terveydentilan sukupuoliero on säilynyt likimain ennallaan. Myös eläkeikäisten koettu terveys kohentui 1990-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 2003 17 % miehistä ja 15 % naisista piti omaa terveyttään melko huonona tai huonona.

Kuvio 1. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista miehistä ja naisista vuosina 1979–2004 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).

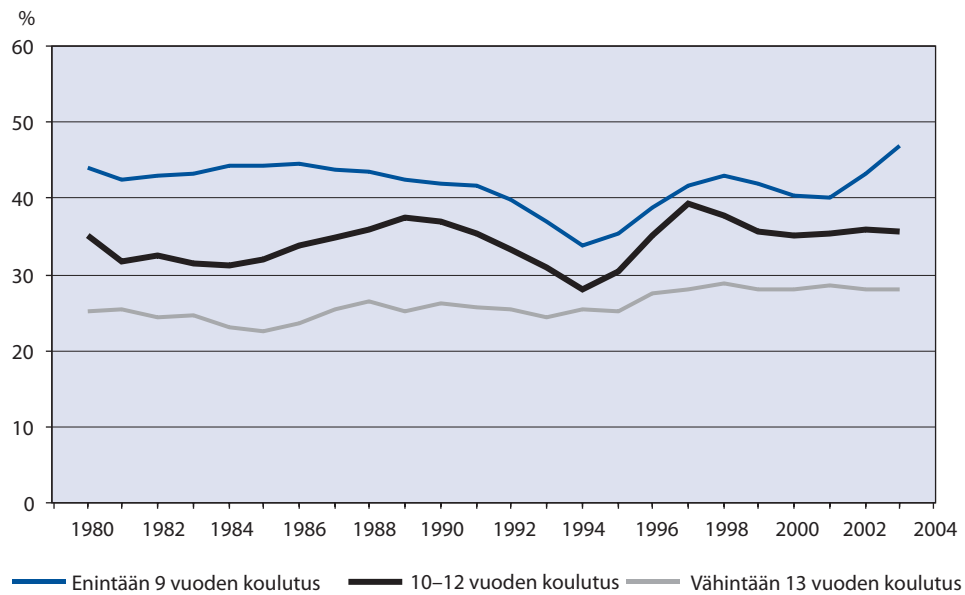


Työikäisten miesten ja naisten koetun terveyden koulutusryhmien väliset erot olivat selvät ja johdonmukaiset koko tutkimusjakson ajan. Mitä alhaisempi oli koulutus, sitä huonompi oli myös koettu terveys (kuviot 2a ja 2b). Koulutusryhmien väliset terveyserot ovat säilyneet likimain ennallaan tai hieman kaventu-neet. Erot olivat suurimmillaan 1980-luvun alussa ja pienenivät tämän jälkeen. Naisilla perusasteen ja keskiasteen suorittaneet raportoivat terveydentilansa selvästi paremmaksi 1990-luvun alun laman aikana kuin ennen lamaa, ja terveyserot kaventuivat hetkellisesti. Miehillä terveyserot kaventuivat voimakkaammin laman jälkeen, ja erot olivat pienimmillään 1990-luvun lopulla, min-kä jälkeen ne ovat taas jonkin verran kasvaneet.

Kuvio 2a. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista miehistä vuosina 1979–2004 koulutuksen pituuden mukaan (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).

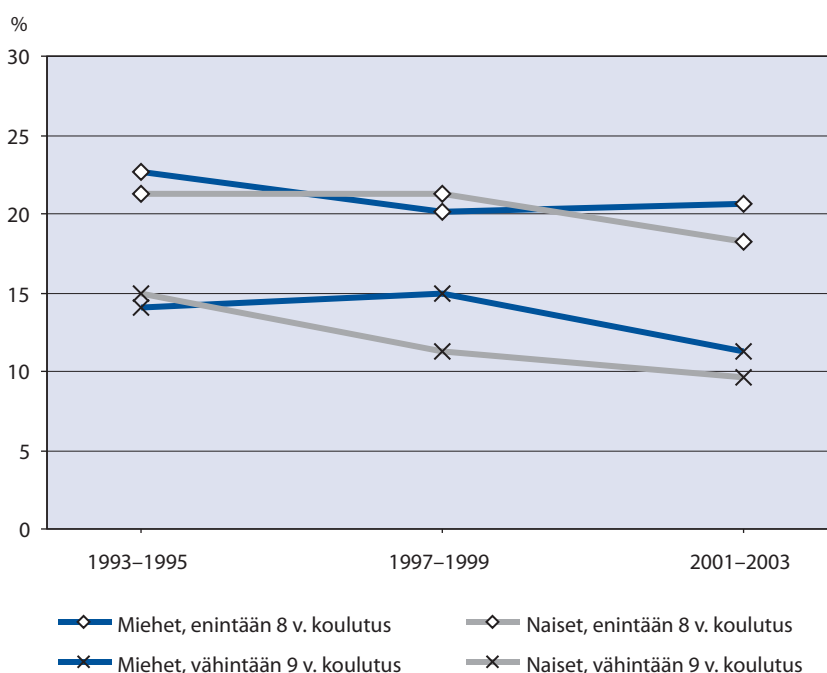


Kuvio 2b. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista naisista vuosina 1979–2004 koulutuksen pituuden mukaan (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).



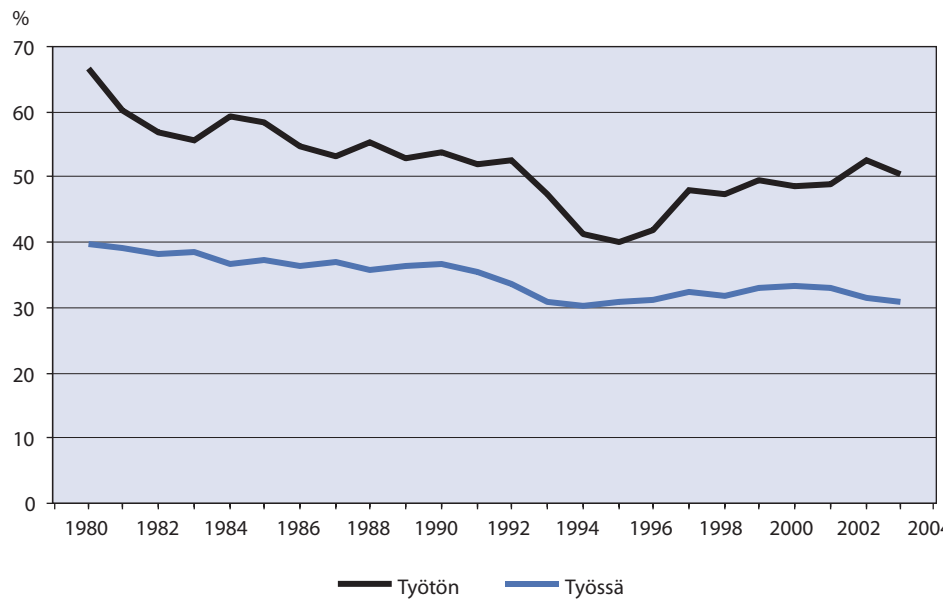
Eläkeikäisellä väestöllä koetun terveyden koulutusryhmien väliset erot ovat olleet suuret, ja ne ovat säilyneet likimain ennallaan koko kymmenvuotisjakson ajan (kuvio 3).

Kuvio 3. Terveytensä melko huonoksi tai huonoksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 65–84-vuotiaista miehistä ja naisista vuosina 1993–2003 koulutuksen pituuden mukaan.

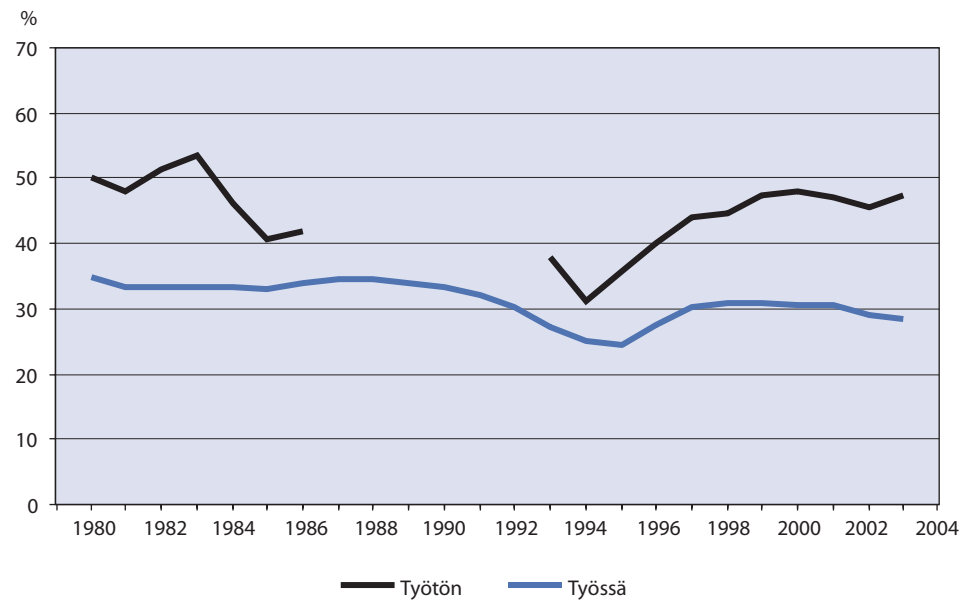


Työikäisillä myös työmarkkina-aseman mukaiset terveyserot ovat selvät (kuviot 4a ja 4b). Työssä olevat kokevat terveydentilansa paremmaksi kuin työttömät. Työttömien miesten terveydentila oli laman loppuvaiheessa parempi kuin muina tarkasteltavina ajankohtina, ja työmarkkina-aseman mukaiset erot olivat tuolloin pienimmillään. Myös työttömien naisten koettu terveys oli parempi laman aikana kuin ennen lamaa, mutta ei niin selvästi kuin miehillä. Työttömien ja työllisten terveydentilan ero kasvoi 1990-luvun lopulla ja tämä ero on säilynyt 2000-luvulla.

Kuvio 4a. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista miehistä vuosina 1979–2004 työmarkkina-aseman mukaan (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).



Kuvio 4b. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista naisista vuosina 1979–2004 työmarkkina-aseman mukaan (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot; työttömien lukuja vuosilta 1987–1992 ei esitetä tapausten vähyyden vuoksi).



► Terveyden koulutuserot säilyneet, työttömien terveys heikentynyt

Tässä luvussa tarkasteltiin suomalaisten koetun terveyden kehitystä pitempänä ajanjaksona kuin aikaisemmin on ollut mahdollista. Vuosittain samanlaisena toistetut tutkimukset sopivat hyvin tähän tarkoitukseen ja antavat luotettavan kuvan koetun terveyden kehityksestä. Koetulla terveydellä mitattuna työikäisen väestön terveydentila kohentui 1980-luvulla ja selvemmin laman aikana. Laman jälkeen erityisesti naisten koettu terveydentila heikkeni, ja molempien sukupuolten terveydentila on säilynyt likimain ennallaan 2000-luvun alussa. Koulutusryhmien väliset terveyserot ovat 1980-luvun alkuun verrattuna kaventuneet ja kaventuivat voimakkaasti laman aikana tai pian sen jälkeen. Laman jälkeen erot ovat työikäisillä miehillä jälleen kasvaneet, mutta naisilla säilyneet ennallaan. Työttömien terveydentila oli parempi laman aikana kuin sitä ennen, mutta 1990- ja 2000-luvun vaihteessa työttömien terveydentila oli lamaa edeltäneellä tasolla. Eläkeikäisten koettu terveys koheni 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuun. Eläkeikäisten koetun terveyden koulutusryhmien väliset erot ovat säilyneet suurina ja entisestään kasvaneet tällä vuosituhanella.

Lamalla ei ollut välittömiä kielteisiä vaikutuksia työikäisen väestön itsearvioituun terveydentilaan. Työmarkkina-aseman mukaiset terveyserot kaventuivat laman aikana ja koulutuksen mukaiset erot kaventuivat miehillä heti laman jälkeen, naisilla säilyivät 1980-luvun lopun tasolla. Suhteellisen hyvän työllisyyden vallitessa 1980-luvulla työttömien miesten terveydentila oli selvästi huonompi kuin työssä olevien. Suurtyöttömyyden aikana 1991–1994 työttömyys oli heikommin yhteydessä terveydentilaan. Tuolloin työttömyys jakautui siinä mielessä 1980-luvun ja 2000-luvun työttömyyttä tasaisemmin, että se kosketti myös paremmin koulutettuja. Laman aikana työttömyys oli myös vähemmän valikoivaa terveyden mukaan kuin taloudellisen nousun aikana. Laman jälkeen huonon terveyden omaavien on ollut vaikeampi työllistyä kuin hyvän terveyden omaavien.

Lama ei siis heikentänyt väestön koettua terveydentilaa eikä kasvattanut sen enempää kuolleisuuden (ks. Valkonen ym. 3.1 tässä raportissa) kuin koetun terveyden koulutuseroja. Vaikka laman aikana sosiaali- ja terveysturvaa leikattiin, niin hyvinvointivaltion monet perusrakenteet säilyivät ja turvasivat muun muassa työttömien toimeentulon (Heikkilä ja Uusitalo 1997). Tämä on todennäköisesti ehkäissyt syrjäytymistä ja terveyserojen kasvua. Myös tuloerot kaventuivat laman aikana.

Vuosituhanen vaihtuessa työikäisten tilanne on selvästi muuttunut: terveydentilan koheneminen on tasaantunut, terveyden koulutuserot ovat ennallaan ja työttömien terveys on heikompi kuin lamavuosina. Myös terveystyö-

täytymisen myönteinen kehitys on viime vuosina hidastunut tai pysähtynyt (Helakorpi ym. 2005, ks. myös luku 4.1 tässä raportissa). Eläkeikäisten koettu terveys on kohentunut viimeisten kymmenen vuoden aikana, mutta koetun terveyden koulutuserot erot ovat säilyneet suurina vuosituhannen vaihteessa.

Aivan viime vuosilta ei ole vertailukelpoisia tutkimuksia muista maista. 1990-luvun puoltaväliä koskevien tutkimusten mukaan väestöryhmien väliset terveyserot olivat Suomessa suuremmat kuin muualla Euroopassa keskimäärin (Kivelä ym. 2001, Kunst ym. 2005). Tällaiset tutkimustulokset kertovat siitä, että terveyseroja on mahdollista Suomessa kaventaa.

Lähitulevaisuudessa on kuitenkin nähtävissä uhkia, jotka voivat heikentää väestön terveyttä ja pikemminkin kasvattaa kuin kaventaa terveydentilan koulutus- ja työmarkkina-asemaeroja. Nämä uhkakuvat liittyvät muun muassa sitkeään pitkäaikaistyöttömyyteen, kasvaviin tuloeroihin, alkoholipoliittisiin ratkaisuihin ja ruoan hintakehitykseen. Jotta tällaiset uhkakuvat väistyisivät, pitkäaikaistyöttömyyttä olisi vähennettävä ja tuloeroja kavennettava. Myös alkoholiveroa olisi korotettava ja terveellisen ruoan hintaa alennettava (kuten esimerkiksi kotimaisten marjojen ja hedelmien ja vähärasvaisten ja rasvattomien tuotteiden hintoja). Terveyserojen vähentämiseksi tulevaisuudessa olisi kiinnitettävä huomiota sairauksien ehkäisemiseen jo kasvavilla sukupolvilla ja panostettava muun muassa neuvolatoimintaan ja kouluterveydenhuoltoon.

Kirjallisuus

- Heikkilä M, Uusitalo H. Leikkausten hinta. Raportteja 298:1997, Stakes, Helsinki 1997.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystiläytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005, Helsinki.
- Kivelä K, Roos E, Lahelma E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, Elstad JI, Lissau I, Lundberg O, Rahkonen O, Rasmussen NK, Åberg Yngwe M. Sairastavuuden väestöryhmittäiset muutokset Pohjoismaissa 1980–90-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2001;56:155–161.
- Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JAA, Geurts JJM, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger WJ, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:295–305.
- Lahelma E, Berg M-A, Helakorpi S, Prättälä R, Rahkonen O, Puska P. Suomalaisten aikuisten koettu terveydentila ja terveystiläytyminen 1978–1993. Suomen Lääkärilehti 1994;49:2213–27.
- Manderbacka K. Keski-ikäisten käsitykset terveydestään. Teoksessa Rahkonen O, Lahelma E, toim. Elämänkaari ja terveys. Gaudeamus, Helsinki 1998,119–227.
- Pajunen A. Tuloerot Suomessa vuosina 1966–2003. *Hyvinvointikatsaus* 2005;1:4–10.
- Rahkonen O, Talala K, Laaksonen M, Lahelma E, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet, 1979–2002. Suomen Lääkärilehti 2004;59:2159–2163.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystiläytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B6/2004, Helsinki.

3.3 Pitkäaikaissairastavuus

Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Päivi Sainio, Markku Heliövaara, Antti Reunanen ja Eero Lahelma

► Johdanto

Pitkäaikaissairauksien yleisyys vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan suunnilleen yhtä jyrkästi kuin kuolleisuus ja koettu terveys, joita tarkasteltiin edellisissä luvuissa. Työikäisessä väestössä niiden osuus, joilla on ainakin yksi haittaavaksi arvioitu pitkäaikaissairaus, on alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä miehillä yli kaksinkertainen ja naisilla lähes kaksinkertainen verrattuna ylimpiin koulutus- ja sosiaaliryhmiin. Myös tulojen mukainen vaihtelu haittaavan pitkäaikaissairastavuuden yleisyydessä on lähes yhtä jyrkkä (Rahkonen ja Lahelma 2002).

Esimerkiksi monet verenkiertoelinten ja hengityselinten sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinten oireyhtymät ovat enintään perusasteen koulutuksen saaneilla naisilla ja miehillä noin 50–100 % yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla (esim. Martelin ym. 2002). Myös vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä vähiten koulutettujen keskuudessa (ks. Ostamo ym. tässä raportissa). Suun terveydessä sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat erityisen jyrkät: esimerkiksi kaikkien omien hampaiden puuttuminen on noin viisi kertaa yleisempää alimmassa koulutusryhmässä verrattuna ylimpään koulutusryhmään (Martelin ym. 2002). Vain muutamissa sairauksissa väestöryhmien erot ovat käänteiset, mutta nämä ylemmissä sosiaaliryhmissä tavallisemat ns. elintason sairaudet ovat poikkeuksia sosioekonomisten terveyserojen muuten yhdenmukaisessa kokonaiskuvassa.

Suomalaisten sosioekonomiset erot haittaavassa pitkäaikaissairastavuudessa ovat muihin Pohjoismaihin verrattuna suurin piirtein samantasoiset (Kivelä ym. 2001). Eräissä suurissa tautiryhmissä, kuten hermoston taudeissa, hengityselintaudeissa ja ihotaudeissa, ovat sosioekonomiset erot Suomessa länsieurooppalaista keskitasoa (Dalstra ym. 2005). Pitkäaikaissairastavuuden sosioekonomiset erot ovat säilyneet Pohjoismaissa lähes ennallaan 1980-luvulta 1990-luvun puoliväliin, mutta suomalaisten sairastavuuserot ovat saattaneet hieman kaventua 1990-luvun alun talouslamasta huolimatta.

Pitkäaikaissairastavuuden sosioekonomisten erojen kehityksestä on niukasti vertailukelpoisiin aineistoihin perustuvaa tietoa. Tässä luvussa esitetään aiemmin julkaisemattomia tuloksia siitä, miten pitkäaikaisten sairauksien

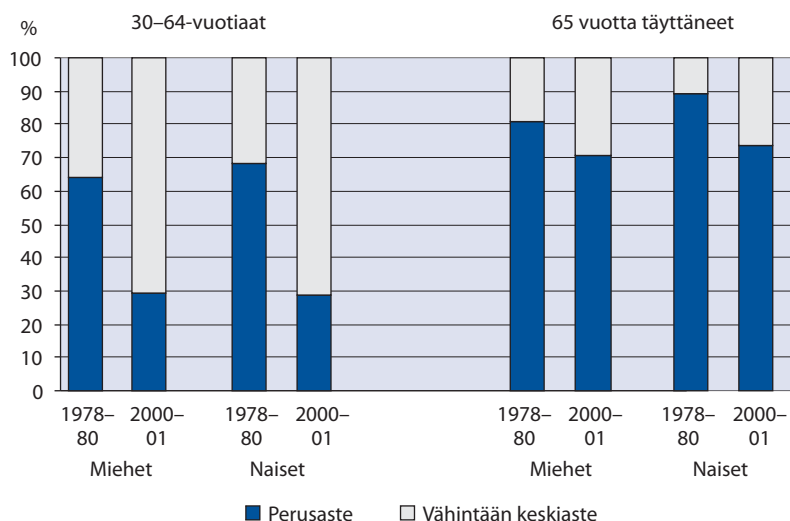
esiintyvyys on muuttunut 30 vuotta täyttäneessä väestössä 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun.

► Aineisto ja menetelmät

Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimukset

Luvun tulokset perustuvat 1978–80 toteutettuun Mini-Suomi-tutkimukseen ja 2000–01 toteutettuun Terveys 2000 -tutkimukseen. Näiden tutkimusten yleiskuvaus on esitetty aineistoliitteessä. Kummassakin aineistossa tutkitut luokiteltiin yleissivistävää ja ammatillista koulutusta koskeneiden kysymysten perusteella kahteen luokkaan. Kysymysten välillä on vähäisiä eroja, mutta olemme pyrkineet muodostamaan mahdollisimman vertailukelpoiset koulutusluokat. Perusasteen koulutuksen saaneiksi (= alempi koulutusryhmä) luokiteltiin henkilöt, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa ja jotka olivat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen. Vähintään keskiasteen koulutuksen saaneilla (= ylempi koulutusryhmä) oli joko tätä enemmän ammattikoulutusta peruskoulutuksesta riippumatta tai he olivat ainakin suorittaneet ylioppilastutkinnon.

Kuvio 1. Väestön koulutusrakenne (%) 1978–80 ja 2001–01, 30–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet miehet ja naiset.



Kuviosta 1 käy ilmi, että väestön koulutusrakenne muuttui huomattavasti kahden vuosikymmenen aikana. Kun 1970-luvun lopulla alempaan koulutusryhmään kuului kaksi kolmasosaa 30–64-vuotiaista, 2000-luvun alussa tämä osuus oli pienentynyt yhteen kolmasosaan. Myös eläkeikäisen väestön koulutustaso kohosi huomattavasti. Naisilla muutos oli vielä suurempi kuin miehillä: vähintään keskiasteen koulutuksen oli suorittanut eläkeikäisistä naisista 1970-luvun lopussa vain joka kymmenes mutta 2000-luvun alussa jo joka neljäs.

Pitkäaikaissairastavuuden osoittimet

Tarkastelun kohteiksi on valittu sellaisia tärkeiden pitkäaikaissairauksien osoittimia, joiden voidaan olettaa olevan mahdollisimman vertailukelpoisia siitä huolimatta, että kahdessa vuosikymmenessä sairauksien määrittelyt ja diagnostiset kriteerit, terveydenhuollon käytännöt sekä monet muut hoitoon haakeutumiseen ja sairauksien toteamiseen vaikuttavat seikat ovat muuttuneet.

Pitkäaikaissairastavuuden yleisenä osoittimena käytetään niiden henkilöiden osuutta tutkituista, jotka ilmoittivat haastattelussa ainakin yhden pysyvän tai pitkäaikaisen sairauden tai vian, vaivan tai vamman, jonka vastaaja katsoi vähentävän työ- tai toimintakykyään.

Sydäninfarktia ja diabetesta koskevat tiedot perustuvat kysymykseen ”Onko lääkäri joskus todennut Teillä jonkun seuraavista sairauksista”. Kysymystä seuranneessa tautiluettelossa olivat mm. ”sydänveritulppa eli sydäninfarkti” ja ”diabetes (sokeritauti)”. Molemmista sairauksista saadaan varsin luotettava tieto tutkittavan oman ilmoituksen perusteella (Heliövaara ym. 1993a).

Hengityselinten sairauksien osoittimiksi valittiin kroonisen bronkiitin yskösoiretta koskeva kysymys ”Onko Teillä ollut limannousua lähes päivittäin yhteensä ainakin kolmen kuukauden ajan vuodessa?” sekä keuhkoputkien ahtaamaan viittaava tulos hengitysfunktiota mittaavassa spirometriatutkimuksessa (FEV% < 70). Spirometriatutkimuksen tulos antaa pitkäaikaisen ahtauttavan keuhkosairauden yleisyydestä varsin luotettavan kuvan, eivätkä ajankohtaan tai sosioekonomiseen asemaan liittyvät tekijät voi aiheuttaa harhaa koulutusryhmien väliseen vertailuun.

Tuki- ja liikuntaelinten sairauksista tarkastellaan polvi- ja lonkkanivelrikkoa sekä selkä- ja niskaoireyhtymää. Näiden sairauksien vaikutus väestön toimintakykyyn ja hoidon tarpeeseen on suuri ja niiden yleisyys oli vahvasti käänteisessä suhteessa koulutusasteeseen jo Mini-Suomi-tutkimuksessa (Heliövaara ym. 1993b). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ja oireyhtymien esiintyminen arvioitiin kliinisessä tutkimuksessa tautianamneesin, oireanamneesin ja

löydösten perusteella samoin kriteerein sekä Mini-Suomi- että Terveys 2000 -tutkimuksessa (Riihimäki ym. 2002).

Väestötutkimuksiin osallistuneet ovat keskimäärin terveempiä kuin ne, jotka jättävät osallistumatta (esim. Jousilahti ym. 2005). Siksi suuri kato voi vääristää tutkimustuloksia, etenkin jos kadon suuruus vaihtelee vertailtavien väestöryhmien kesken. Mini-Suomi-tutkimuksessa osallistumisaktiivisuus oli erittäin korkea sekä haastattelu- (96 %) että terveystarkastusosuudessa (90 %), joten koulutusryhmittäin mahdollisesti vaihdellut kato ei ole voinut vaikuttaa merkittävästi etenkään yleisiä sairauksia koskeviin tuloksiin. Myös Terveys 2000 -tutkimuksessa haastatteluihin osallistui hyvin suuri osa otokseen kuuluvista (89 %) eikä osallistumisaktiivisuus vaihdellut olennaisesti koulutuksen mukaan (Koskinen ym. 2005). Näin ollen osallistumisaktiivisuuden erot tuskin voivat vääristää Terveys 2000 -tutkimuksesta saatuja sydäninfarktin ja diabeteksen esiintyvyyksilukuja. Spirometria ja lääkärin kliininen tutkimus sisältyivät Terveys 2000 -tutkimuksessa varsinaiseen terveystarkastukseen, johon osallistui 80 % otoksesta. Kun terveystarkastukseen osallistuneet olivat keskimäärin parempikuntoisia kuin muut tutkitut (esim. Sainio ym. 2006, Laitinen ym. 2005) eikä poisjääneiden koulutusryhmittäistä vaihtelua ole selvitetty, on mahdollista, että tuki- ja liikuntaelinten oireyhtymiä ja ahtauttavaa keuhkosairautta koskevissa tuloksissa on hieman kadosta johtuvaa vääristymää. Kroonisen bronkiitin yskösoiretta selvitettiin kuitenkin Terveys 2000 -tutkimuksessa myös kotona tehdyssä terveystarkastuksessa, joten kadon mahdollisesti aiheuttama harha lienee tässä muuttujassa pienempi.

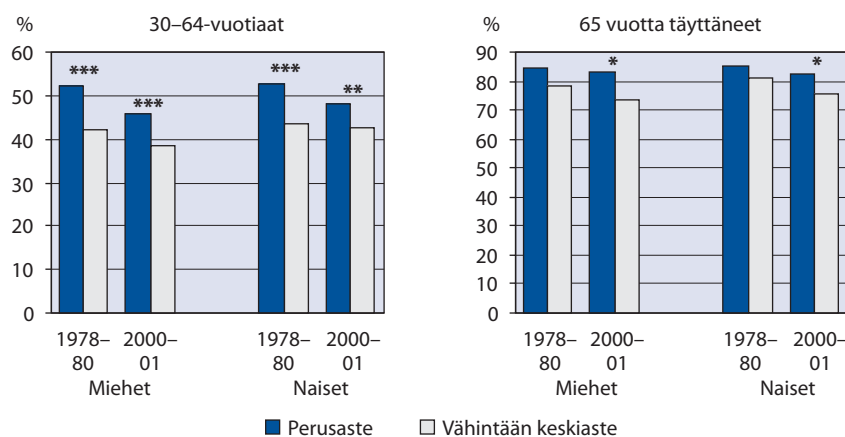
Tilastolliset menetelmät

Pitkäaikaissairauksien esiintyvyyden koulutuseroja ja niiden muutoksia selvitettiin logistisella regressioanalyysillä. Se toteutettiin SUDAAN-ohjelmistolla, joka mahdollisti Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimusten otanta-asetelmien asianmukaisen huomioon ottamisen (Research Triangle Institute 2001). Koulutusryhmien välisiä eroja kuvataan sekä ikävakioidujen esiintyvyyksilukujen että ristitulosuhteiden (odds ratio, OR) avulla, jolloin vertailut suhteutetaan ylempään koulutusryhmään (= 1,00). Johtopäätös koulutusryhmien välisen eron muutoksesta perustuu koulutuksen ja tutkimusajankohdan välisen yhdysvaikutuksen tilastollista merkitsevyyttä osoittavaan p-arvoon. Kaikki tulokset esitetään sukupuolen mukaan, ja koko 30 vuotta täyttäneen väestön lisäksi työikäisiä (30–64-vuotiaita) ja eläkeikäisiä (65 vuotta täyttäneitä) tarkastellaan erikseen.

► Pitkäaikaissairaus

Sekä työikäisessä että eläkeikäisessä väestössä pitkäaikaissairastavuus on hieman vähentynyt (Aromaa ym. 2002). Keski-ikäisistä perusasteen koulutuksen saaneista naisista ja miehistä runsaat 50 % sairasti ainakin yhtä pitkäaikaista sairautta 1970-luvun lopussa. Vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden keskuudessa pitkäaikaissairaiden osuus oli merkitsevästi pienempi, hieman yli 40 %. 2000-luvun alussa pitkäaikaissairaiden osuus oli kummassakin koulutusryhmässä vähentynyt 20 vuoden takaiseen tilanteeseen nähden, mutta koulutusryhmien väliset erot säilyivät tilastollisesti merkitsevinä (kuvio 2).

Kuvio 2. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden ikävakioitu osuus (%) 30–64-vuotiaista ja 65 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



*** koulutusryhmien välinen ero erittäin merkitsevä $p < 0,001$

** koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,01$

* koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,05$

2000-luvun alussa eläkeikäisistä perusasteen koulutuksen saaneista yli 80 % ilmoitti ainakin yhden pitkäaikaissairaudesta, mutta vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneista runsaalla 70 %:lla oli jokin pitkäaikainen sairaus. Molemissa koulutusryhmissä pitkäaikaissairastavuus väheni jonkin verran 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun.

Työikäisillä naisilla ja miehillä koulutusryhmien väliset pitkäaikaissairastavuuden suhteelliset erot hieman supistuivat 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun, mutta eläkeikäisillä kehitys kulki päinvastaiseen suuntaan: suhteelliset erot hieman kasvoivat. Kummassakaan ikäryhmässä koulutusryhmien välisten erojen muutos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (taulukko 1).

Taulukko 1. Eräiden tavallisten pitkäaikaissairauksien suhteellinen yleisyys alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään (ikävakioitu OR¹, ylempi koulutusryhmä = 1,0) vuosina 1978–80 ja 2000–01 sekä tutkimusajankohtien välisen koulutuseron muutoksen tilastollinen merkitsevyys².

	Miehet			Naiset		
	1978–80 (OR)	2000–01 (OR)	Muutos 1978–80, 2000–01 (p)	1978–80 (OR)	2000–01 (OR)	Muutos 1978–80, 2000–01 (p)
30–64-vuotiaat						
Ainakin yksi pitkäaikaissairaus	1,6***	1,4***	0,331	1,5***	1,3**	0,177
Sydäninfarkti	0,8	1,5	0,068	1,8	0,7	0,212
Diabetes	1,3	1,3	0,822	1,7	1,4	0,620
Kroonisen bronkiitin yskösoire	1,7***	1,8***	0,770	1,4*	1,8***	0,102
Keuhkoputkien ahtauma (FEV% < 70)	1,9**	1,1	0,055	1,9	1,5	0,534
Polven nivelrikko	1,5	1,8*	0,572	1,8***	2,0**	0,785
Lonkan nivelrikko	3,6**	1,9*	0,237	1,4	1,6	0,795
Niskaoireyhtymä	1,8**	1,5	0,565	1,7***	1,2	0,137
Selkäoireyhtymä	1,5***	1,6**	0,750	1,1	1,3	0,234
65 vuotta täyttäneet						
Ainakin yksi pitkäaikaissairaus	1,5	1,8*	0,677	1,3	1,5*	0,552
Sydäninfarkti	1,1	1,7*	0,334	1,0	1,1	0,860
Diabetes	2,2	1,6	0,598	1,2	1,8*	0,232
Kroonisen bronkiitin yskösoire	1,5	1,6	0,725	1,3	1,0	0,490
Keuhkoputkien ahtauma (FEV% < 70)	1,5	2,6***	0,146	1,2	1,1	0,820
Polven nivelrikko	1,5	1,1	0,429	1,8**	1,3	0,212
Lonkan nivelrikko	1,5	1,1	0,480	1,2	1,1	0,778
Niskaoireyhtymä	1,5	1,4	0,824	1,0	1,0	0,896
Selkäoireyhtymä	1,1	1,4	0,643	1,0	0,8	0,520
30 vuotta täyttäneet						
Ainakin yksi pitkäaikaissairaus	1,6***	1,5***	0,438	1,6***	1,3***	0,144
Sydäninfarkti	1,0	1,7**	0,038	1,4	1,2	0,704
Diabetes	1,7*	1,3	0,360	1,6*	1,5*	0,646
Kroonisen bronkiitin yskösoire	1,7***	1,7***	0,928	1,3*	1,6***	0,330
Keuhkoputkien ahtauma (FEV% < 70)	1,8***	1,5**	0,360	1,5*	1,2	0,390
Polven nivelrikko	1,7*	1,5	0,638	2,0***	1,7***	0,484
Lonkan nivelrikko	2,3**	1,5*	0,184	1,4	1,4	0,842
Niskaoireyhtymä	1,9***	1,7**	0,661	1,7***	1,3	0,166
Selkäoireyhtymä	1,5***	1,6**	0,772	1,1	1,2	0,592

¹ Odds ratio (OR) eli ristitulosuhde, kuvaa sairauden suhteellista yleisyyttä alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään (=1,0). Eron tilastollinen merkitsevyys: *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001.

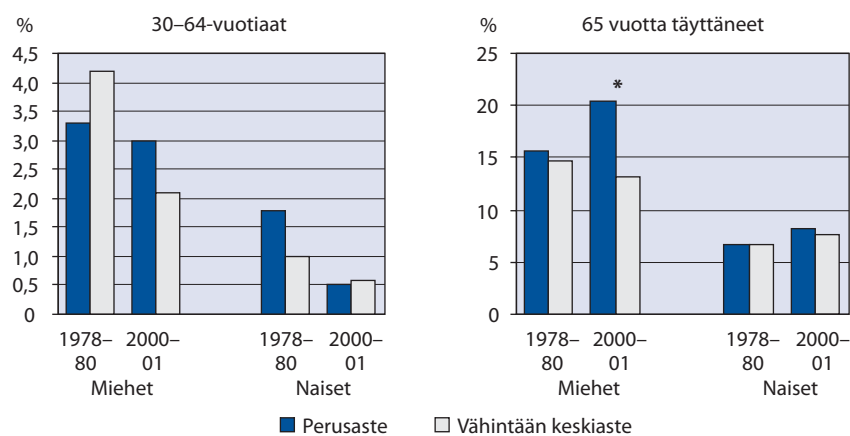
² Tutkimusajankohdan ja koulutusryhmän yhdysvaikutustermin tilastollinen merkitsevyys

► Sepelvaltimotauti ja diabetes

Koko väestössä sydäninfarktin sairastaneiden ikävakioitu osuus miehistä kasvoi tarkastelujaksolla 5,9 %:sta 6,8 %:iin (Aromaa ym. 2002), mikä voi johtua diagnostiikan tarkentumisesta sekä taudin ennusteen paranemisesta (Kattainen ym. 2004). Naisilla ei havaittu merkittävää muutosta itse ilmoitetun sydäninfarktin yleisyydessä.

Sydäninfarktin sairastaneiden osuus 30–64-vuotiaista pieneni huomattavasti sekä naisten että miesten keskuudessa kummassakin koulutusryhmässä. Alle 65-vuotiailla sydäninfarkti oli jo 1970-luvun lopussa varsin harvinainen, ja 2000-luvun alussa naisista vain 0,5 % ja miehistäkin ainoastaan 2,5 % ilmoitti sairastaneensa sydäninfarktin (kuvio 3). Niinpä melko suurelta osin suhteelliset erot työikäisen väestön koulutusryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä tarkasteltavien aineistojen suuresta koosta huolimatta (taulukko 1).

Kuvio 3. Sydäninfarktin sairastaneiden ikävakioitu osuus (%) 30–64-vuotiaista ja 65 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



* koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,05$

Eläkeikäisten joukossa sydäninfarktin sairastaneiden osuus kasvoi naisilla kummassakin koulutusryhmässä ja miehillä perusasteen koulutuksen saaneiden joukossa, mutta ylemmässä koulutusryhmässä sydäninfarktin sairastaneiden osuus miehistä hieman pieneni. 1970-luvun lopulla sydäninfarktin sairastaneita oli eläkeikäisessä väestössä yhtä paljon koulutusasteesta riippumatta, eikä naisilla koulutusryhmittäisiä eroja esiintynyt myöskään 2000-luvun alussa. Sen sijaan eläkeikäisillä miehillä sydäninfarkti oli 2000-luvun alussa selvästi yleisempi alemmassa kuin ylemmässä koulutusryhmässä.

Miehillä sydäninfarktin koulutusryhmittäiset erot siis jyrkkenivät sekä työ- että eläkeikäisten keskuudessa. Tarkasteltaessa kaikkia 30 vuotta täyttäneitä miehiä yhdessä tämä muutos oli myös tilastollisesti merkitsevä. Miehillä koulutuserojen jyrkkenemisen syynä lienee suurelta osin se, että ylempiin koulutusryhmiin kuuluvat ovat muita ryhmiä yleisemmin omaksuneet sepelvaltimotaudin välttämistä suosivat elämäntavat. Tätä oletusta tukevat havainnot verenkiertoelinsairauksien vaaratekijäin tasojen eroista ja niiden kehityksestä koulutusryhmittäin (ks. Reunanen ym. tässä raportissa).

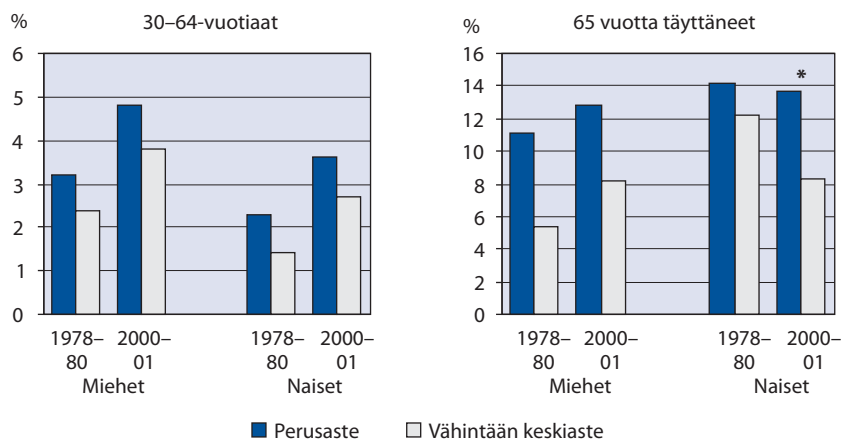
Vaikka sepelvaltimotaudin aiheuttama kuolleisuus on nopeasti pienentynyt kaikissa ikäryhmissä (Kuolemansyyt 2004), sydäninfarktin sairastaneiden väestöosuus kasvoi eläkeikäisten keskuudessa 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun (ks. myös Kattainen ym. 2006). Taudin yleistyminen erityisesti iäkkäämmillä eläkeikäisillä johtuu ainakin osittain akuutin sydäninfarktin hoidon sekä uusimista estävän pitkäaikaisen hoidon parantumisesta.

Diabetes on yleistynyt lähes kaikissa ikäryhmissä jo useiden vuosikymmenien ajan (Reunanen 2005). Työikäisillä naisilla ja miehillä sekä eläkeikäisillä miehillä tiedossa oleva diabetes on yleistynyt suunnilleen yhtä nopeasti sekä perusasteen koulutuksen saaneiden että vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden ryhmissä. Eläkeikäisten ylempään koulutuksen saaneiden naisten keskuudessa diabetes näyttää sen sijaan vähentyneen, eikä tiedossa oleva diabetes ole yleistynyt iäkkäiden naisten alemmassakaan koulutusryhmässä. Tämä tulos on sopusoinnussa lihavuuden kehitystä koskevien tulosten kanssa, joiden mukaan lihavuus ei ole yleistynyt naisilla yhtä nopeasti kuin miehillä (Aromaa ym. 2002, Helakorpi ym. 2005). Diabetesta sairastavien osuus oli kumpanakin ajankohtana suurempi alemmassa koulutusryhmässä, eikä koulutusryhmien välinen ero muuttunut tilastollisesti merkitsevästi (kuvio 4 ja taulukko 1).

► Hengityselinten sairaudet

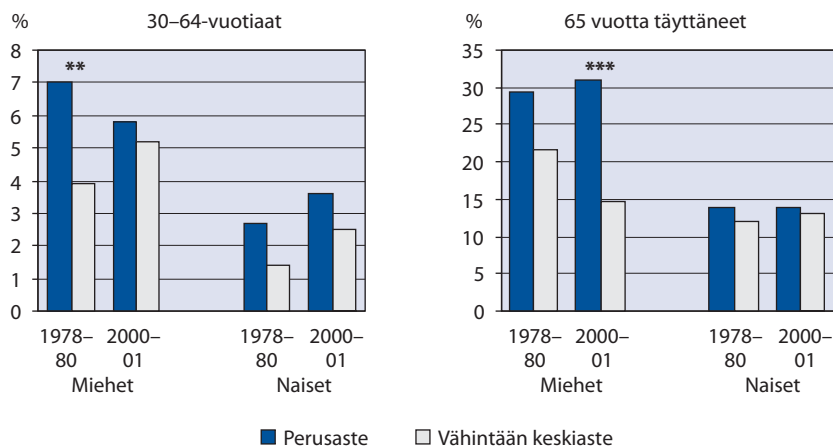
Hengitysfunktiokokeessa ilmenevä keuhkoputkien ahtauma ($FEV_1 < 70$) on perusasteen koulutuksen saaneilla jonkin verran yleisempi kuin vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneilla. Naisilla ja työikäisillä miehillä koulutusryhmien väliset erot olivat 2000-luvun alussa vähäisemmät kuin eläkeikäisillä miehillä. Iäkkäistä alemman koulutusryhmän miehistä lähes joka kolmannella havaittiin keuhkoputkien ahtauma, mutta ylempässä koulutusryhmässä löydöksen yleisyys oli puolta pienempi. Koko 30 vuotta täyttäneessä väestössä koulutusryhmien väliset erot säilyivät suunnilleen ennallaan (kuvio 5 ja taulukko 1).

Kuvio 4. Diabetesta sairastavien ikävakioitu osuus (%) 30–64-vuotiaista ja 65 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



* koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,05$

Kuvio 5. Keuhkoputkien ahtauman (FEV% < 70) ikävakioitu yleisyys (%) 30–64-vuotiailla ja 65 vuotta täyttäneillä koulutusasteen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



*** koulutusryhmien välinen ero erittäin merkitsevä $p < 0,001$

** koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,01$

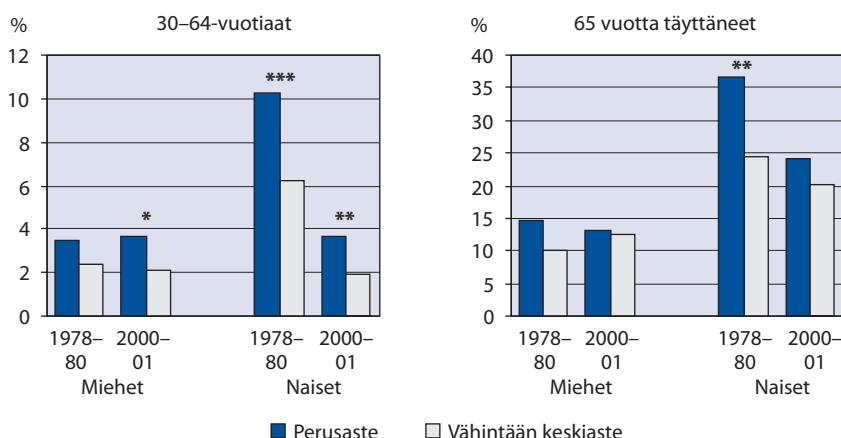
* koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,05$

Kroonisen bronkiitin yskösoire on sekin perusasteen koulutuksen suorittaneilla yleisempi kuin enemmän kouluja käyneillä, etenkin työikäisessä väestössä. Koulutusryhmien välisten erojen muutokset 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun eivät olleet merkitseviä (taulukko 1).

► Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Polven nivelrikko harvinaistui huomattavasti sekä työ- että eläkeikäisillä naisilla kahden vuosikymmenen aikana, mutta koulutusryhmien välinen suhteellinen ero näytti pienentyneen vain eläkeikäisillä naisilla. Miehillä polvinivelrikon yleisyys ei olennaisesti muuttunut, ja heillä koulutusryhmien välinen ero säilyi pienenä etenkin eläkeikäisten joukossa (kuvio 6 ja taulukko 1). Lonkan nivelrikon yleisyys vaihteli työikäisillä miehillä etenkin 1970-luvun lopussa melko voimakkaasti koulutuksen mukaan, mutta työikäisillä naisilla ja eläkeikäisessä väestössä erot olivat vähäisiä. Miehillä lonkkanivelrikon esiintyvyyden ero koulutusryhmien välillä näytti supistuneen, mutta naisilla, joilla tämä ero oli vähäinen, siinä ei ollut havaittavissa muutosta kahden vuosikymmenen aikana (taulukko 1).

Kuvio 6. Polvinivelrikon ikävakioitu yleisyys (%) 30–64-vuotiailla ja 65 vuotta täyttäneillä koulutusasteen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



*** koulutusryhmien välinen ero erittäin merkitsevä $p < 0,001$

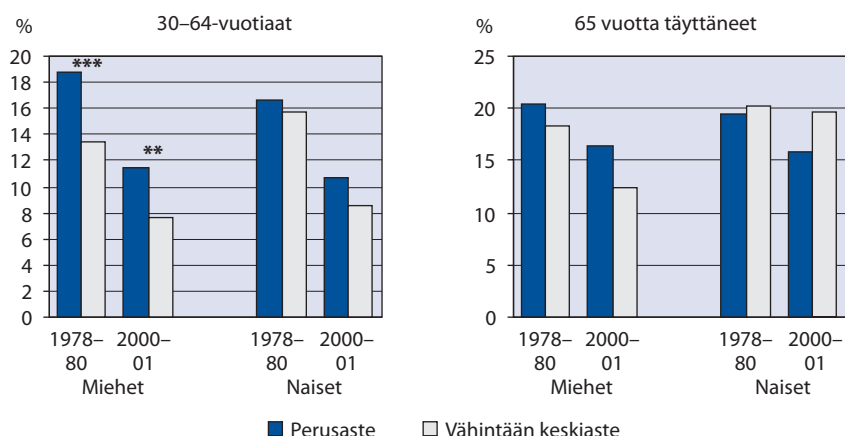
** koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,01$

* koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,05$

Selkäreuyhtymän yleisyys pienentyi etenkin työikäisessä väestössä 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun, suunnilleen yhtä nopeasti eri koulutusryhmissä. Työikäisillä miehillä selkäreuyhtymä oli selvästi tavallisempi alemmassa kuin ylemmässä koulutusryhmässä kumpanakin ajanjaksona. Työikäisillä naisilla ja eläkeikäisessä väestössä merkittäviä koulutusryhmittäisiä eroja ei havaittu (kuvio 7, taulukko 1). Niskareuyhtymä oli työikäisillä – sekä miehillä että naisilla – alemmassa koulutusryhmässä paljon tavallisempi kuin ylemmässä vielä 1970-

luvun lopussa, mutta ero supistui 2000-luvun alkuun mennessä. Eläkeikäisillä niskaoireyhtymän koulutusryhmittäiset erot olivat kumpanakin ajankohtana vähäisiä (taulukko 1).

Kuvio 7. Selkäoireyhtymän ikävakioitu yleisyys (%) 30–64-vuotiailla ja 65 vuotta täyttäneillä koulutusasteen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



*** koulutusryhmien välinen ero erittäin merkitsevä $p < 0,001$

** koulutusryhmien välinen ero merkitsevä $p < 0,01$

► Päätelmät

Useimpia pitkäaikaisia sairauksia esiintyy enemmän perusasteen koulutuksen suorittaneilla kuin pitempään opiskelleilla. Monissa taudeissa koulutusryhmien väliset suhteelliset erot ovat jyrkemmät työikäisessä väestössä kuin eläkeikäisten joukossa. Miehillä sydäninfarktin koulutusryhmittäinen vaihtelu oli vähäistä 1970-luvun lopussa, mutta erot muuttuivat selvästi jyrkemmiksi 2000-luvun alkuun mennessä, koska tauti harvinaistui etenkin yleisessä koulutusryhmässä. Muiden tautien esiintyvyydessä koulutusryhmittäiset erot muuttuivat vain vähän.

Vaikka kuolleisuuden koulutusryhmittäiset erot ovat melko nopeasti kasvaneet, kroonisten tautien esiintyvyydessä tällaista terveyserojen kärjistymistä ei – miesten sydäninfarktia lukuun ottamatta – ilmene. Tämä näennäinen ristiriita voi johtua kahdesta seikasta. Ensinnäkin monet krooniset sairaudet – kuten tuki- ja liikuntaelinten yleisimmät taudit – eivät vaikuta kuolemanvaaraan. Siksi ei voida olettaa, että kuolleisuuserojen jyrkkeminen automaattisesti merkitsisi sairastavuuserojen vastaavaa muutosta. Sydäninfarkti lisää

kuolemanvaaraa enemmän kuin muut tässä luvussa käsitellyt taudit, ja miehillä koulutusryhmittäiset taudin esiintyvyyden muutokset ovatkin olleet samantapaiset kuin kuolleisuudessa (ks. Valkonen ym. tässä raportissa).

Toinen mahdollinen tämän näennäisen ristiriidan selitys liittyy tautien enusteen koulutusryhmittäisiin eroihin. Jos taudin ennuste – esimerkiksi hoidon kehittymisen ansiosta – paranee nopeimmin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä, sosioekonomiset kuolleisuuserot voivat suurentua vaikka taudin yleisyyden vaihtelu koulutuksen mukaan säilyisi ennallaan. Aineksia tämän selityksen uskottavuuden arviointiin saadaan Manderbackan ym. luvusta (4.3 tässä raportissa), jossa käsitellään terveystalvelujen käytön ja hoidon vaikuttavuuden sosioekonomisia eroja ja niiden muutoksia.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Koskinen S ja projektiryhmä. Terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki, 103–125.
- Dalstra J, Kunst A, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts J, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach J. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:316–326.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystalveltyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005, Helsinki.
- Heliövaara M, Aromaa A, Klaukka T, Knekt P, Joukamaa M, Impivaara O. Reliability and validity of interview data on chronic diseases. The Mini-Finland Health Survey. *J Clin Epidemiol* 1993a; 46:181–191.
- Heliövaara M, Mäkelä M, Sievers K, Melkas T, Aromaa A, Knekt P, Impivaara O, Aho K, Isomäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35, 1993b, Helsinki.
- Jousilahti P, Salomaa V, Kuulasmaa K, Niemelä M, Vartiainen E. Total and cause specific mortality among participants and non-participants of population based health surveys: a comprehensive follow up of 54 372 Finnish men and women. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:310–315.
- Kattainen A, Reunanen A, Koskinen S, Martelin T, Knekt P, Sainio P, Härkänen T, Aromaa A. Secular changes in disability among middle-aged and elderly Finns with and without coronary heart disease from 1978–80 to 2000–01. *Annals of Epidemiology* 2004;14(7):479–485.
- Kattainen A, Salomaa V, Härkänen T, Jula A, Kaaja R, Kesäniemi YA, Kähönen M, Moilanen L, Nieminen MS, Aromaa A, Reunanen A. Coronary heart disease: from

- a disease of middle-aged men in the late 1970s to a disease of elderly women in the 2000s. *Eur Heart J* 2006;27:296–301.
- Kivelä K, Lahelma E, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, Elstad JI, Lissau I, Lundberg O, Rahkonen O, Rasmussen NK, Åberg Yngwe M. Sairastavuuden väestöryhmittäiset muutokset Pohjoismaissa 1980–90-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:155–161.
- Koskinen S, Laiho J, Rinne S, Kuosmanen N, Alha P, Rissanen H. Osallistuminen sekä täydentävä tietojenkeruu ja muut keinot osallistumisaktiivisuuden lisäämiseksi. Teoksessa Heistaro S, toim. Menetelmäraportti. *Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki, 133–148.
- Kuolemansyyt 2004. SVT *Terveys* 2005:1. Tilastokeskus, Helsinki 2005.
- Laitinen A, Koskinen S, Härkänen T, Reunanen A, Laatikainen L, Aromaa A. A nationwide population-based survey on visual acuity, near vision and self-reported visual function in the adult population in Finland. *Ophthalmology* 2005;112:2227–2237.
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. *Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki, 93–102.
- Rahkonen O, Lahelma E. Sosiaalinen rakenne ja väestön terveys. Teoksessa Piirainen T, Saari J, toim. *Yhteiskunnalliset jaot: 1990-luvun perintö?* Gaudeamus, Helsinki 2002, 273–290.
- Research Triangle Institute. SUDAAN User's Manual, Release 8.0. Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC 2001.
- Reunanen A. Diabetes. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. *Suomalaisten terveys*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2005, 222–225.
- Riihimäki H, Heliövaara M ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. *Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki, 47–50.
- Sainio P, Koskinen S, Heliövaara M, Martelin T, Härkänen T, Hurri H, Miilunpalo S, Aromaa A. Self-reported and test-based mobility limitations among Finns aged 30+. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;34:378–386.

3.4 Mielen terveys

Aini Ostamo, Taina Huurre, Kirsi Talala, Hillevi Aro ja Jouko Lönnqvist

Mielen terveyden häiriöt aiheuttavat länsimaissa yli viidenneksen kaikista terveyteen liittyvistä haitoista. Tutkimusten mukaan jostakin mielen terveyden häiriöstä kärsii lähes joka neljäs suomalainen. Vaikka mielen terveyden häiriöt kuuluvat suuriin kansantauteihimme ja ovat yleisin ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymisen syy (Pirkola ja Sohlman 2005), niihin liittyviä väestöryhmittäisiä eroja on tutkittu vähän eikä erojen muutoksista ole luotettavaa tietoa. Erityisesti pitkittäistutkimuksia, joissa sosioekonomisia eroja mielen terveydessä ja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa olisi tutkittu useissa eri elämänvaiheissa, on tehty sekä Suomessa että muualla maailmassa erittäin vähän. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääasiassa sairauden vallitsevuuteen eli prevalenssiin, joka kuvastaa sekä sairastamisen yleisyyttä että sen kestoa. Epidemiologiassa keskeistä ilmiötä, ihmisen siirtymistä terveestä sairaaseen väestönosaan, eli sairauden ilmaantuvuutta (insidenssiä) on kuitenkin mielen terveyden alueella tutkittu niukasti. Sekä mielen terveyttä että sosioekonomista asemaa mittaavien menetelmien kirjavuus samoin kuin mielen terveyden diagnostiikan ja tutkimusmenetelmien muuttuminen ajassa vaikeuttavat vertailuja eri tutkimustulosten kesken. Luotettava diagnoosi edellyttää yleensä kliinistä arviointia, joka on väestötutkimuksissa työläs toteuttaa.

Tässä luvussa esitetään taustaksi eräitä mielen terveyden häiriöiden ja niiden sosioekonomisen vaihtelun tutkimiseen liittyviä teoreettisia ja menetelmällisiä huomioita. Seuraavaksi esitellään tärkeimmät mielen terveyttä kartoittaneet tutkimukset sekä kuvataan tähänastisen tutkimustiedon perusteella työikäisten, nuorten ja eläkeikäisten mielen terveyden sosioekonomisia eroja ja niissä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia. Lopuksi pohditaan erojen syitä sekä tehdään joitakin ehdotuksia mielen terveyteen liittyvän sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi terveys- ja yhteiskuntapolitiikan sekä palvelujärjestelmän keinoin.

Sosioekonomisia terveyseroja on yleisimmin selitetty kahdesta suunnasta; joko sosiaalisten syiden tai valikoitumisen avulla (ks. myös Lahelma ym. tässä raportissa). Sosiaalisia syitä koskevan selitysmallin mukaan erot mielen terveydessä johtuvat siitä, että alemmassa sosiaalisessa asemassa olevat joutuvat kokemaan keskimääräistä enemmän vastoinkäymisiä, ongelmia ja stressitekijöitä, jotka heikentävät psyykkistä toimintakykyä ja mielen terveyttä. Nämä stressitekijät liittyvät erityisesti aineellisiin resursseihin, sosiaalisiin suhteisiin, kotiympäristöön, koulutukseen, työllisyyteen ja työoloihin. Myös elintavat, ku-

ten alkoholinkäyttö, voivat välittää sosiaalisen aseman vaikutuksia mielenterveyteen. Terveydellisen valikoitumisen selitysmallin mukaan mielenterveyden ei ajatella olevan seuraus sosiaalisesta asemasta ja siihen liittyvistä resurssi- ja stressitekijöistä vaan päinvastoin mielenterveys nähdään sosiaalisen aseman keskeisenä ”syynä”. Tällöin mielenterveysongelmaisia valikoituu tai vajoaa huomponpaan yhteiskunnalliseen asemaan ja vastaavasti hyvä mielenterveys auttaa nousemaan ylempiin luokkiin. Sosiaalisten syiden ja terveydellisen valikoitumisen merkitys mielenterveyserojen selittäjänä voi olla erilainen eri häiriöryhmissä (Aro ym. 1995) ja myös eri elämänvaiheissa.

Psykiatrisessa taudinmäärittämisessä käytetään Suomessa kahta diagnostista järjestelmää: Maailman Terveysjärjestön tautiluokitukseen (International Classification of Diseases, ICD) perustuvaa ICD-10-luokitusta (käytössä Suomessa vuodesta 1996) ja Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM-luokitusta (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, uusin suomenkielinen versio DSM-IV vuodelta 1997). Kansainvälisessä käytössä DSM-IV on saanut johtavan diagnoosijärjestelmän aseman. Psykiatrian luokituksissa käytetään kattavimpana ilmaisuna mielenterveyden häiriötä, josta mielisairaudet eli psykoosit muodostavat vain pienen osan (Lönngqvist ym. 2001). DSM-IV määrittelee mielenterveyden häiriön kliinisesti merkittäväksi oireyhtymäksi tai käyttäytymismuodoksi, johon liittyy kärsimystä tai toiminnan vajavuutta tai merkittävästi suurentunut kuoleman, kivun tai toiminnan vajavuuden riski tai huomattava vapauden menetys.

Erityisesti tutkimustyössä mutta myös kliinisen toiminnan tukena käytetään lisäksi mielenterveyttä kuvaavia standardoituja arviointimittareita. Kansainvälisesti laajalti käytetty on General Health Questionnaire (GHQ), joka arvioi ajankohtaista psyykkistä kuormittumista. Sen 12-osioinen versio (GHQ-12) mittaa luotettavasti erityisesti väestön ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden oireita (Goldberg 1972, Pevalin 2000). Standardoitua CIDI-haastattelua (Composite International Diagnostic Interview) käytetään tunnistamaan mahdolliset mielenterveyden häiriöt (WHO 1997, Wittchen ym. 1998).

Etenkin vakavien mielenterveyden häiriöiden on havaittu jakautuvan väestössä epätasaisesti siten, että ne ovat yleensä sitä yleisempiä mitä alemmasta sosioekonomisesta ryhmästä on kyse (Dohrenwend ym. 1992, Holzer ym. 1986, Lehtinen ym. 1991, Regier ym. 1993). Kuitenkin mielenterveyden häiriöiden ja sosioekonomisen aseman väliset yhteydet ovat muihin terveysongelmiin verrattuna monimuotoisempia ja osin erilaisia. Yhteys voi olla kaksisuuntainen ja usein myös epäselvä. Lisäksi mielenterveyshäiriöiden sosioekonomisten erojen suuruus, suunta ja luonne ovat erilaisia eri häiriöissä. Erityisesti vakavia mielenterveyden häiriöitä, kuten skitsofreniaa ja vakavaa masennusta

esiintyy monissa maissa tehdyissä tutkimuksissa selvästi yleisemmin alimmissa sosiaaliluokissa verrattuna ylempiin (Brown ja Harris 1978, Kessler ym. 1994, Henderson ym. 1998, Lorant ym. 2003, Meltzer ym. 2003). Skitsofreenisissa psykooseissa matala sosioekonominen asema lisää suhteellisen sairastumisriskin 2–3-kertaiseksi ja on yhteydessä pitempiin sairausjaksoihin, huonompaan hoitoon, huonompiin hoitotuloksiin sekä epäsuhtaan palveluiden käytössä (Thornicroft 1991, Regier ym. 1993). Sen sijaan sosioekonomisen aseman ja lievempien mielenterveyden häiriöiden, kuten ahdistuneisuushäiriöiden ja masennustilojen, välisestä yhteydestä on olemassa ristiriitaisia tuloksia. Osa tutkimuksia niidenkin on todettu olevan yhteydessä matalaan sosiaaliseen asemaan (Lewis ym. 1998, Araya ym. 2003, Fryers ym. 2003), mutta toisissa on havaittu korkean sosioekonomisen aseman olevan yhteydessä huonompaan mielenterveyteen (Stansfeld ym. 1992, Chandola ym. 2003).

Suomalaisten mielenterveyden tila hahmottuu muutamista laajoista väestötutkimuksista, joista viimeisin on vuosina 2000–01 Kansanterveyslaitoksen koordinoimana toteutettu väestöä edustava Terveys 2000 -tutkimus (Aromaa ja Koskinen 2002). Kansaneläkelaitos on toteuttanut kaksi huomattavaa tutkimushanketta. Mini-Suomi-terveystutkimuksen kattavassa väestötöksessä selvitettiin tärkeimpien kansantautien esiintyvyyttä ja taudeista aiheutuvan työkyvyn heikentymistä sekä hoidon tarvetta vuosina 1978–1980 (Aromaa ym. 1989, Lehtinen ym. 1991). UKKI-projektissa kerättiin ensimmäiset tiedot vuosina 1969–1972, minkä jälkeen seurattiin 16 vuoden ajan tutkittavien mielenterveyden kehittymistä (Lehtinen 1975, Väisänen 1975, Lehtinen ja Väisänen 1979, Lehtinen ym. 1993). Lisäksi maassamme on tehty epidemiologisia tutkimuksia mm. itsemurhasta (Lönnqvist ym. 1993) sekä mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä terveyskeskuspotilaiden (Joukamaa ym. 1994, Karlsson ym. 2000), vanhusväestön (Mattila ym. 1989) ja vankien joukossa (Joukamaa 1995).

► Työikäisen väestön mielenterveyden sosioekonomiset erot

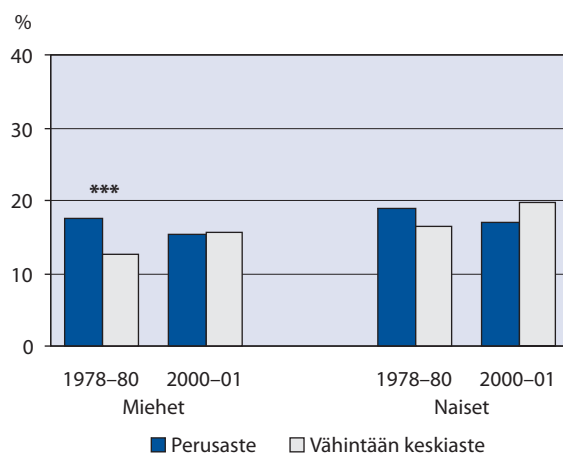
Terveys 2000 -tutkimuksessa aikuisväestön mielenterveyttä arvioitiin usealla menetelmällä (Pirkola ym. 2002 ja 2005). Psykkisiä oireita ja alkoholin käyttöä kartoitettiin kysymyssarjoilla. CIDI-haastattelulla pyrittiin tunnistamaan mahdolliset mielenterveyden häiriöt ja GHQ-12-kyselyllä selvitettiin tutkittavien arviota omasta psyykkisestä voinnistaan. Vakavassa masennuksessa, alkoholi-riippuvuudessa ja psyykkisessä oireilussa ei alustavien tulosten mukaan havaittu koulutusryhmien välillä eroja (Martelin ym. 2002, Pirkola ym. 2005). Sen sijaan tutkittavien pääasiallisella toiminnalla oli merkitystä siten, että työttömyys

ennusti alkoholin käyttöön liittyviä mielenterveyden häiriöitä, masennusta ja ahdistuneisuutta erityisesti yli 30-vuotiailla miehillä (Pirkola ym. 2005).

Terveys 2000 -tutkimuksen nuorilla (18–29-vuotiailla) aikuisilla mielenterveyden ongelmien esiintyvyyden sosioekonomiset erot olivat varsin selkeitä. Nuorilla naisilla psyykkinen kuormittuneisuus ja molemmilla sukupuolilla vakava masennus olivat perusasteen koulutuksen saaneilla noin kaksi kertaa niin yleisiä kuin muissa koulutusryhmissä. Perusasteen koulutuksen saaneista nuorista naisista lähes kolmasosa (31 %) oli joskus yrittänyt itsemurhaa, kun kaikilla samanikäisillä naisilla vastaava osuus oli noin 4 % (Martelin ym. 2005).

Mini-Suomi-tutkimuksessa kaikkien mielenterveyden häiriöiden ikävakioidu esiintyvyys oli 17,4 % (Lehtinen ym. 1991). Naisilla häiriöitä esiintyi yleisemmin kuin miehillä. Kaikkien psykiatristen tapausten esiintyvyys oli selvästi yhteydessä sosiaaliryhmään. Ylimmän ja keskimmäisen sosiaaliryhmän välillä ei kuitenkaan juuri ollut eroa, mutta alimmassa sosiaaliryhmässä esiintyvyys oli lähes kaksinkertainen muihin verrattuna. Tuloviidennesten mukaiset tulokset olivat samansuuntaisia: mitä alempi tuloviidennes, sitä yleisempiä olivat psyykkiset oireet. Kun alimmassa tuloviidennöksessä oireilevia oli kaksi viidesosaa, ylimmässä tuloviidennöksessä oireilevia oli vajaa neljäsosa. Myös koulutustaso koskevat tulokset olivat samansuuntaiset koko aineistossa: mitä vähemmän koulutusta, sitä yleisempää oli oireisuus.

Kuvio 1. Psykkisesti oireilevien (GHQ > 3) ikävakioidu osuus (%) 30–64-vuotiaista koulutuksen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



*** koulutusryhmien välinen ero tilastollisesti erittäin merkitsevä $p < 0,001$

Lähde: Koskinen ym. 2004

Psyykkisessä oireilussa on kuitenkin GHQ-mittarilla arvioituna tapahtunut muutosta, kun verrataan Mini-Suomi ja Terveys 2000 -aineistojen yli 30-vuotiaita (kuvio 1). Aiemmat koulutusryhmien väliset erot ovat tasoittuneet ainakin miehillä.

Helsingin kaupungin keski-ikäisiä työntekijöitä koskevassa tutkimuksessa havaittiin vaihtelevat erot eri sosioekonomisen aseman osoittimien ja psyykkisen oireilun (GHQ-12 \geq 3) välillä. Kotitalouden pienillä tuloilla oli heikko positiivinen yhteys naisten mielenterveyden häiriöihin, mutta omalla koulutustasolla ei ollut merkitystä. Tutkittavan alhainen ammattiasema ja myös hänen vanhempiansa matala koulutustaso olivat jopa lievässä käänteisessä yhteydessä psyykkiseen oireiluun. Tämä viittaa siihen, että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla olisi enemmän lieviä mielenterveysongelmia. Sen sijaan niin naisilla kuin miehilläkin sekä lapsuudenaikaiset että ajankohtaiset taloudelliset vaikeudet liittyivät vahvasti mielenterveysongelmiin (Lahelma ym. 2006).

Vuonna 1996 CIDI-menetelmällä (UM-CIDI Short Form) toteutetussa väestöhaastattelututkimuksessa ei havaittu koulutusryhmittäisiä eroja vakavan masennuksen esiintymisessä, mutta tulojen pienuus ja työttömyys olivat depression riskitekijöitä molemmilla sukupuolilla (Lindeman ym. 2000).

Psykoosien eli mielisairauksien elämänaikainen esiintyvyys on maassamme yli 3 % (Perälä ym. 2007). Sukupuolten välillä ei ole suuria eroja esiintyvyydessä. Kolmasosa psykooseista on skitsofreniaa. Kaksikymmentä vuotta aiemmin toteutetussa Mini-Suomi-tutkimuksessa skitsofrenia ja muut psykoosit kasautuivat miehillä alimpaan sosiaaliryhmään, naisilla yhteys sosiaaliryhmään oli hieman heikompi (Lehtinen ym. 1991). Ylimmän ja keskimmäisen sosiaaliryhmän välillä ei juuri todettu esiintyvyyden eroja. Sen sijaan tulotaso oli merkityksellinen molemmilla sukupuolilla ja psykoosit olivat yleisimpiä alimmissa tuloryhmissä. Myös UKKI-tutkimuksessa psykoosit olivat yleisempiä alimmissa sosiaaliryhmissä, ja erityisesti naimattomilla ja eronneilla (Lehtinen ja Väisänen 1979, Lehtinen ym. 1993). Tätä yhteyttä on tulkittu niin, että vakava, yleensä nuorella iällä alkava häiriö voi haitata ammatillista kehittymistä, johtaa työkyvyttömyyteen ja heikentää perheen perustamisen mahdollisuuksia. Sairastumisen jälkeen potilaan sosiaalinen asema huononee muutaman vuoden kuluessa. Skitsofreniaa sairastavilla on todettu suurempi alttius sosioekonomisen aseman huononemiseen kuin vakavaa mielialahäiriötä sairastavilla. (Aro ym. 1995).

Mielenterveyspalvelujen tarpeen ja niiden käytön voidaan olettaa heijastavan mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä väestössä. Sekä koettu että kliinisesti arvioitu hoidon tarve oli Mini-Suomi-tutkimuksessa molemmilla sukupuolilla yleisintä alimmassa sosiaaliryhmässä (Lehtinen ym. 1991). Huomattavia eroja

psykiatristen sairaalapalvelujen käytössä eri koulutusryhmien välillä havaittiin vuodet 1991–96 kattaneessa tutkimuksessa (Ostamo ym. 2005). Vähiten koulutusta saaneilla oli väestöön suhteutettuna moninkertainen määrä psykiatrisin diagnoosein toteutuneita sairaalajaksoja verrattuna korkeimmin koulutettuihin. Tutkitun kuuden vuoden aikana erot koulutusryhmien välillä kasvoivat.

UKKI-tutkimuksen tulokset eivät ole menetelmistä johtuvien erojen takia suoraan verrattavissa muihin mielenterveyttä kartoittaneisiin väestötutkimuksiin, mutta tutkimusaineistosta saatiin kuitenkin jonkin verran tietoa väestöryhmittäisistä muutoksista. Viisivuotisseurannassa 1970-luvun alussa luokiteltiin sekä miehiä että naisia kahdessa ylimmässä sosiaaliryhmässä terveiksi suhteellisesti enemmän kuin heitä oli ollut tutkimuksen alkutilanteessa, kun taas kahdessa alimmassa ryhmässä mielenterveyden häiriöistä kärsivien osuus oli kasvanut (Lehtinen ja Väisänen 1979). Tutkijat arvelivat psyykkisistä häiriöistä kärsivien sosiaalisen aseman hieman heikentyneen tai terveiden sosiaalisen aseman parantuneen. Kun perustutkimuksesta oli kulunut 16 vuotta (1985–87), havaittiin, että mitä alhaisempi lähtötilanteessa mitattu sosiaalinen asema oli, sitä suurempi oli sairastuneiden osuus miehillä (Lehtinen ym. 1993). Naisilla tällaista yhteyttä ei esiintynyt. Pienin terveityneiden osuus oli niillä, joiden sosiaaliluokka ei ollut muuttunut ja suurin niillä, joiden sosiaaliluokka oli noussut. Tutkijat viittaavatkin eräänlaiseen polarisoitumiseen: väestö oli 1980-luvulla jakautumassa yhä selvemmin psyykkisesti hyvinvoiviin ja huonosti selviytyviin.

Kansaneläkelaitoksen tekemässä terveydenhuollon väestötutkimuksessa havaittiin psyykkisten oireiden esiintymisen kaikkiaan lisääntyneen huomattavasti työikäisessä väestössä vuosina 1995–96 verrattuna vuoden 1987 tilanteeseen. Vuosien 1995–96 tutkimuksessa alakuloisuuden tai masentuneisuuden, voimattomuuden tai väsymyksen sekä hermostuneisuuden ja jännittyneisyyden raportoitiin olevan puolitoistakertaista alimmassa tuloviidenneksessä verrattuna muihin (Arinen ym. 1998). Tarkasteltaessa runsaampaa psyykkistä oireilua kolmen oireen samanaikaisen esiintymisen avulla tuloryhmittäistä vaihtelua ei esiintynyt, mutta oireista kärsivien työikäisten miesten ja naisten osuus oli kaksinkertaistunut vuodesta 1987 vuoteen 1995–96.

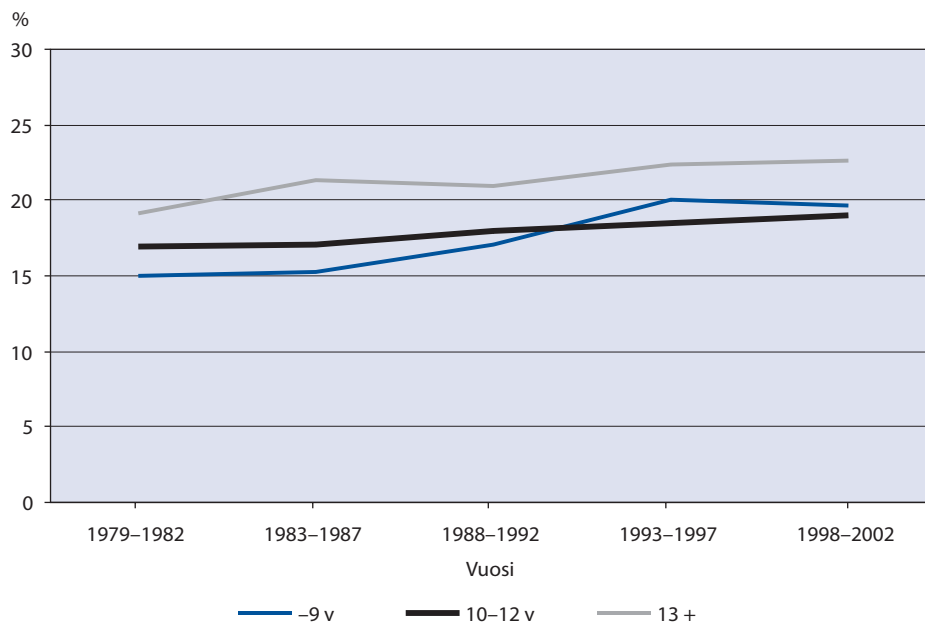
Kansanterveyslaitoksen vuosittaisessa Aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys (AVTK) -tutkimuksessa on otokseen valituilta kysytty stressaantuneisuuden kokemista. Stressaantuneiden (eli niiden, jotka arvioivat kokeneensa stressiä ”melkoisesti enemmän kuin ihmiset yleensä”) osuus näyttää jonkin verran kasvaneen sekä miehillä (kuvio 2) että naisilla (kuvio 3) vuodesta 1979 vuoteen 2002. Stressin kokeminen on ollut yleisintä eniten koulutettuneilla ja harvinaisinta vähiten koulutusta saaneilla lähes kahdenkymmenen

vuoden ajan. Laman jälkeisenä aikana stressin esiintyvyys näyttää kasvaneen vähiten koulutetuilla miehillä suuremmaksi kuin keskiasteen koulutuksen saaneilla miehillä. Vähiten koulutetuilla naisilla stressin esiintyvyys on kuitenkin kasvanut jyrkimmin, erityisesti vuosituhanen vaihteessa, ja alimman koulutusryhmän naiset näyttävät tämän tutkimuksen valossa muuttuneen vähiten stressaantuneista eniten stressaantuneiksi. Kun tarkastellaan edellistä vakaampaa stressiä (mitattuna osiolla ”Elämäntilanteeni on melkein sietämätön”), jota raportoi 2–3 % vastaajista, koulutuserot eivät olleet kovin selkeitä tarkastelujakson alkupuolella, mutta jaksolla 1993–2002 vähiten koulutusta saaneet osoittautuivat selvästi stressaantuneemmiksi kuin muut koulutusryhmät (Tilastokeskuksen tutkintorekisterin koulutusluokitusta käyttäen; julkaisemattomia tietoja).

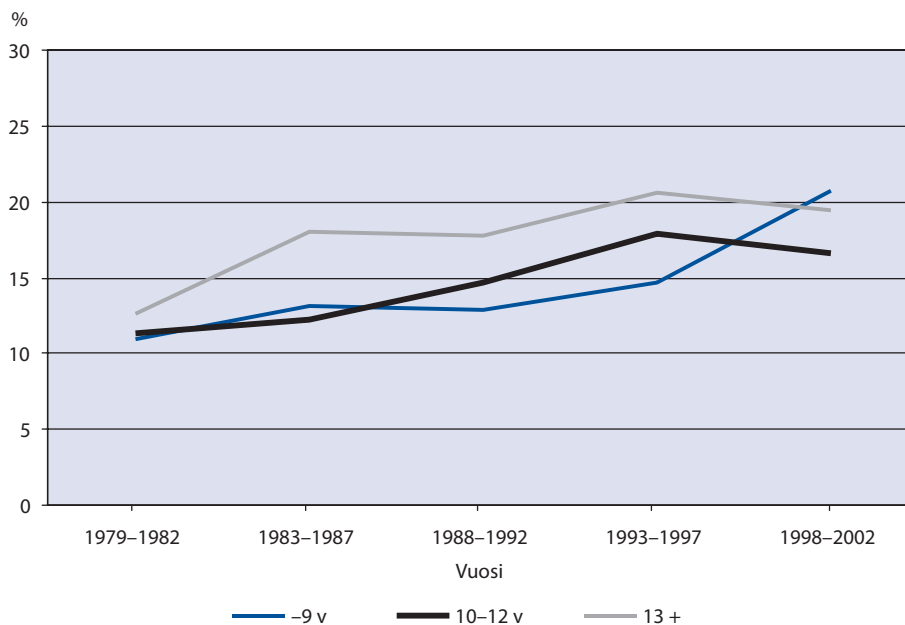
Päihteisiin liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat suomalaisilla yleisiä ja ne ovat yleistyneet viime vuosina. Alkoholiin ja muihin päihdyttäviin aineisiin liittyvien häiriöiden ja haittojen jakautumista väestössä kuvaavat parhaiten alkoholikuolleisuuteen liittyvät tutkimukset (Mäkelä 1999, Valkonen ym. tässä raportissa). Sekä alkoholimyrkytyksissä että alkoholisairauksissa sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat suuret. Alkoholiin liittyvä kuolleisuus lisääntyi 1990-luvun lopulla, ja se vaikutti haitallisemmin työntekijöiden kuin toimihenkilöiden elinajanodotteeseen (Valkonen ym. tässä raportissa). Psykiatrisen diagnoosin perusteella sairaalahoitoon vuosina 1991–96 otettujen potilaiden aineistosta tehty tutkimus osoitti huomattavia eroja psykiatristen sairaalapalvelujen käytössä eri koulutusryhmien välillä myös päihteiden aiheuttamissa mielenterveyden häiriöissä (Ostamo ym. 2005). Koulutusvuosien ja häiriöiden välinen yhteys oli suoraviivainen ja koulutuksen merkitys kasvoi tutkitun kuuden vuoden aikana.

Kaikkiaan vakavien mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys näyttäisi olevan jokseenkin samalla tasolla kuin 20 vuotta sitten ja vakavat häiriöt ovat tutkimuksissa johdonmukaisesti olleet yhteydessä alempaan sosiaaliseen asemaan. Työikäisen väestön psyykkinen oireilu ja stressikokemukset näyttävät hieman lisääntyneen parin vuosikymmenen aikana. Näiden lievempien mielenterveyden osoittimien yhteys sosioekonomiseen asemaan on epäselvempi ja osin vastakkainen kuin vakavissa häiriöissä.

Kuvio 2. Stressiä kokeneiden ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista miehistä koulutusvuosien mukaan, 1979–2002 (AVTK).



Kuvio 3. Stressiä kokeneiden ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista naisista koulutusvuosien mukaan, 1979–2002 (AVTK).



► Nuorten mielenterveyden sosioekonomiset erot

Nuorten hyvinvoinnin eroja on tutkittu väestötasolla verraten vähän. Muutamissa tutkimuksissa on todettu sosiaaliluokkaerojen olevan nuoruudessa pääosin pienempiä kuin lapsuudessa ja aikuisuudessa niin psyykkisessä kuin somaattisessakin terveydentilassa. Vähäisten erojen on arveltu johtuvan osaltaan koulun, ikätovereiden ja nuorisokulttuurin lisääntyvästä vaikutuksesta nuoruusiässä. Toisaalta on viitattu terveyttä kuluttavien olosuhteiden ja sairauksien ilmaantumisen väliseen viiveeseen. Myös tutkittavien valikoitumisen ja nuorten luokka-aseman määrittämisen ongelmallisuuden on arveltu voivan häivyttää yhteyttä (West 1997).

Monet psyykkiset sairaudet alkavat nuoruusiässä. Nuorilla mielenterveyshäiriöitä esiintyy kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla ja suurin piirtein saman verran kuin aikuisilla. Erityisesti mielialahäiriöt yleistyvät nuoruusvuosina. Nuoria koskevissa epidemiologisissa tutkimuksissa jostakin mielenterveyden häiriöstä kärsivien osuus on ollut yleensä 15–25 % (Marttunen ja Rantanen 2001). On viitteitä siitä, että lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt olisivat lisääntyneet (Tamminen ja Räsänen 2004).

Varsinaisten mielenterveyden häiriöiden sosiaaliluokkaeroista nuorilla tiedetään erittäin vähän. Lievempiasteisessa oireilussa on havaittu sekä 1980- että 1990-luvulla suhteellisen vähäisiä vanhempien sosioekonomisen aseman mukaisia eroja, tai eroja ei ole esiintynyt lainkaan (Eriksson ym. 1992, Koivusilta ym. 2002). Psykosomaattisen oireilun on todettu olevan jonkin verran yleisempää niillä tytöillä, jotka ovat työntekijäperheistä (Huurre ym. 2003a) tai joiden äidin koulutusaste on matala ja jotka ovat kokeneet perheen taloudellisen tilanteen huonoksi (Välimaa 2000). Pojilla runsaampi, viikoittainen oireilu on yhteydessä perheen huonoksi koettuun taloudelliseen tilanteeseen (Välimaa 2000). Sekä tyttöjen että poikien masennusoireiden on havaittu olevan yhteydessä perheen taloudellisiin vaikeuksiin (Fröjd ym. 2006).

Vaikka vanhempien sosioekonomisen aseman mukaiset erot oireilussa olivat tutkimusten mukaan 1980- ja 1990-luvuilla suhteellisen vähäisiä, nuorten perhetaustan ja vanhempien sosioekonomisen aseman on todettu vaikuttavan moniin koulunkäyntiin ja sosiaalisen aseman muodostumiseen liittyviin tekijöihin (esim. Savolainen 2001, Kauppinen 2004), jotka puolestaan voivat lisätä psyykkisiä ongelmia. Useissa tutkimuksissa on todettu, että huono koulunestys, lyhyt koulutusura, koulutuksen ulkopuolelle jääminen ja koulutuksellinen syrjäytyminen ovat yhteydessä psyykkiseen oireiluun ja ongelmiin (Aro ym. 1987, Rintanen 2000, Välimaa 2000, Koivusilta ym. 2002, Huurre ym. 2003b). Samoin erilaisten koulunkäyntiongelmien on todettu voivan lisätä riskiä sairas-

tua mielenterveyshäiriöihin myöhemmin elämässä (Isohanni 2000). Lapsuus- ja nuoruusiässä ilmenevät psyykkisen terveyden ongelmat voivat myös osaltaan vaikeuttaa koulunkäyntiä ja vaikuttaa heikentävästi koulutusuraan (Rintanen 2000, Isohanni 2000, Huurre ym. 2005).

Vanhempien sosiaalisen aseman on todettu olevan yhteydessä nuorten elämäntyyliin ja terveystottumuksiin (Karvonen ja Rahkonen 2000, Huurre ym. 2003b, Fröjd ym. 2006). Epäterveelliset terveystottumukset puolestaan ovat yhteydessä nuorten psyykkiseen terveyteen ja koulunkäyntiin (Rimpelä ym. 1982, Rantakallio 1983) sekä aikuisiän terveyteen ja sosioekonomiseen asemaan (Isohanni 2000, Koivusilta ym. 2002).

Yhteenvetona voidaan todeta, että nuorten mielenterveyden sosioekonomiset erot tulevat esiin, kun nuori siirtyy lapsuuden perheen kasvuympäristöstä kohti omaa elämää. Tässä kehitysprosessissa erityisesti koulunkäyntiin ja koulutukseen liittyvät tekijät ovat keskeisiä. Koulunkäynnin vaikeudet voivat lisätä psyykkisiä ongelmia ja nuoruusiän mielenterveysongelmat puolestaan haitata koulunkäyntiä. Nämä tekijät vaikuttavat hyvinvointierojen syntymiseen myös aikuisiässä.

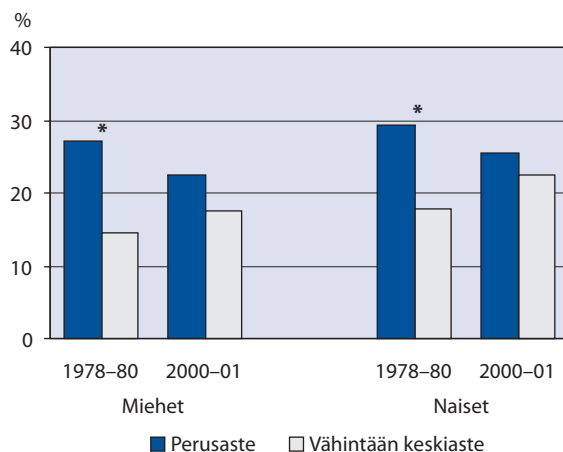
► Mielenterveyden väestöryhmittäiset erot ikääntyneillä

Ikääntyneiden mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, mutta harvinaisempia kuin keski-ikäisillä. Tutkimusten mukaan 16–30 % yli 60-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä (Koponen ja Leinonen 2001). Tavallisten mielenterveyden häiriöiden lisäksi vanhuksilla esiintyy usein elimellisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä oireita. Ikääntyneen väestönosan sosioekonomisista eroista mielenterveydessä on erityisen vähän tutkittua tietoa.

Koulutusryhmien väliset erot yli 65-vuotiaiden psyykkisessä oireilussa näyttävät jonkin verran tasoittuneen viimeisten parinkymmenen vuoden aikana Mini-Suomi-tutkimuksen ja Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksien perusteella (kuvio 4). Vähän koulutusta saaneiden oireilu on kuitenkin edelleen yleisempää kuin pitemmälle koulutettujen, toisin kuin työikäisillä.

Vuonna 1982 aloitetussa 61-vuotiaisiin kohdistetussa ns. Turva-projektissa, jossa strukturoiduin haastatteluin ja kyselylomakkein seurattiin eläkkeelle siirtymisen ja psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä neljän vuoden välein, ei eläkkeelle siirtymisen havaittu olevan kovin kuormittava elämäntapahtuma, monissa tapauksissa jopa päinvastoin. Sen sijaan huono taloudellinen tilanne yhdessä monen muun tekijän kanssa oli selvästi yhteydessä GHQ:lla mitattuun mielenterveyteen (Mattila ym. 1989).

Kuvio 4. Psykkisesti oireilevien (GHQ > 3) ikävakioitu osuus (%) 65 vuotta täyttäneistä koulutuksen mukaan vuosina 1978–80 ja 2000–01.



* koulutusryhmien välinen ero tilastollisesti merkitsevä $p < 0.05$

Lähde: Koskinen ym. 2004

► Johtopäätökset

Väestön mielenterveyden tilan katsotaan valtaosin pysyneen ennallaan viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana, kun tarkastellaan diagnosoitavia häiriöitä. Samaan aikaan on ollut nähtävissä suuria muutoksia mielenterveyspalveluiden tarjonnassa ja käytössä. Mikäli psykiatristen sairaalapalvelujen käyttökukujen ajatellaan heijastelevan sairaalahoidon tarvetta, alimman koulutusryhmän hoidontarve oli suurinta ja kasvoi eniten lähes kaikissa mielenterveyden häiriöryhmissä 1990-luvun alkupuolella. Mielenterveyden sosioekonomisten erojen lisääntymisestä kahdenkymmenen viime vuoden ajalta ei ole varmuudella näyttöä, mutta vaikuttaa siltä, että havaitut erot ovat olleet vähintäänkin pysyviä.

Väestön mielenterveyteen liittyvistä tunnetuista tekijöistä osa lienee todellisia riskitekijöitä, osa saattaa yhtä hyvin ilmentää mielenterveyden häiriön seurauksia kuin sen syytä. Systemaattisten mielenterveyden epidemiologiaa koskevien pitkittäistutkimusten puuttumisen vuoksi mielenterveyden sosioekonomisten erojen ja erityisesti näiden erojen muutosten kuvaaminen Suomessa jää suppeaksi ja johtopäätökset epäsuorasti pääteltäviksi.

Väestön mielenterveyden edistäminen ja samalla sosiaalisen eriarvoisuuden vähentäminen ja ehkäiseminen myös mielenterveyden häiriöissä edellyttäisivät mielenterveyskysymyksen nostamista yhteiskuntapoliittisen keskustelun koh-

teeksi. Keskustelua tarvittaisiin mm. mielenterveyteen kohdistuvista asenteista, psykiatrian ja mielenterveyspalveluiden julkisuuskuvasta, mielenterveystyön vetovoimaisuudesta, alan koulutuksen riittävydestä nopeasti muuttuvan yhteiskunnan aiheuttamien sosiaalisten ja psyykkisten ongelmien kohtaamiseen sekä mielenterveyspalvelujen yhteistyö- ja vastuukysymyksistä.

Mielenterveydessä ilmenevien erojen keskeiset syyt ovat paljolti samoja kuin muidenkin sosioekonomisten terveyserojen syyt. Näitä ovat varhaiset ja nykyiset sosiaaliset ja taloudelliset elinolot, terveyskäyttäytyminen ja terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen. Lapsuudenaikaiset puutteelliset elinolot ja ajankohtaiset taloudelliset ongelmat ennakoivat useiden tutkimusten mukaan mielenterveysongelmia. Mielenterveyden sosioekonomiset erot on havaittu suuremmiksi varhaisaikuisuudessa ja aikuisuudessa kuin nuoruusiässä. Nuorten mielenterveyden sosioekonomisten erojen kehitysprosessissa erityisesti koulunkäyntiin ja koulutukseen liittyvät tekijät ovat keskeisiä. Nuorella iällä alkava mielenterveyden häiriö voi haitata ammatillista kehittymistä, johtaa työkyvyttömyyteen ja syrjäytymiseen. Suuressa vaarassa ovat myös vaikean kotitaustan omaavat lapset ja ne nuoret, joilla ei ole riittävästi kodin ja lähipiirin tukea opiskeluun. Siksi nuoruusiästä varhaisaikuisuuteen siirtymisen vaiheeseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota mietittäessä keinoja ehkäistä sosioekonomisia terveyseroja.

Sosiaalihuollon toimeentuloasiakkaat ovat Heikkilän (1990) mukaan mielenterveyden riskiryhmä heillä ilmenevän psyykkisen kuormituksen takia. Mannilan ja Peltoniemen (1997) tulokset osoittavat, että pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivät olivat terveydeltään heikkokuntoisesta väestöstä syrjäytyneimpiä kaikilla tavanomaisilla syrjäytymisen ulottuvuuksilla sekä 1980- että 1990-luvulla. Tutkimuksessa ei voitu selvittää, olivatko mielenterveysongelmat syrjäytymisen syynä vai oliko syrjäytyminen johtanut niihin. Kyse on joka tapauksessa siitä, että väestön mielenterveyden erojen pysyvyyttä – mikä mekanismi ne on tuottanutkin – ruokkii heikkoon mielenterveyteen liittyvä kasautuva sosiaalinen syrjäytyminen (Mannila 2002). Vakaviin psyykkisiin sairauksiin kuten psykooseihin sairastuneilla on huomattava määrä fyysisiä sairauksia ja oireita, jotka viittaavat fyysisen terveyden laiminlyöntiin tässä potilasryhmässä (Suvisaari ym. 2007). Nämä potilaat ansaitsevat hyvän psykiatrisen hoidon lisäksi myös asianmukaisen somaattisen hoidon.

Hyvän mielenterveyden ylläpitämiseksi yhtäläisesti kaikissa väestöryhmissä tarvitaan mielenterveyden tilan jatkuvaa seurantatietoa ja tutkimustietoa mahdollisten terveyserojen syntyprosesseista ja seurauksista. Yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun kaivataan asennemuutosta siten, että mielenterveyden häiriöt koettaisiin osaksi muita terveysongelmia. Mielenterveyden häiriöiden ja syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen katkaisemiseksi tulisi syrjäytymi-

sen ehkäisyn ulottua läpi ihmisen elämänkaaren. Erityisesti psyykkisesti sairastuneiden lapset, nuoruusiässä sairastuneet, koulutuksesta putoajat ja työttömät tarvitsevat tiiviimpää tukiverkostoa. Psykkiseen sairastumiseen liittyvän eriarvoistumisen ehkäisemiseen tulisi kiinnittää huomiota aina potilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Kaikkien väestöryhmien hyvän mielenterveyden merkitys suomalaiselle yhteiskunnalle tulisi tiedostaa entistä paremmin, ja mielenterveyspotilaiden haavoittuvuus tulisi ottaa erityishuomion kohteeksi palvelujärjestelmän resurssien kohdentamisessa.

Kirjallisuus

- Araya R, Lewis G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:327–332.
- Arinen S-S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveystieteiden käyttö. Terveystieteiden väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 5. Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.
- Aro H, Paronen O, Aro S. Psychosomatic symptoms among 14–16 year old Finnish adolescents. *Social Psychiatry* 1987;22:171–176.
- Aro S, Aro H, Keskimäki I. Socioeconomic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1995;166:759–767.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio E, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki, 1989.
- Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, Helsinki 2002.
- AVTK. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Kansanterveyslaitoksen B-sarjan julkaisuja vuosilta 1979–2002. Helsinki 1979–2002.
- Brown GW ja Harris TO. *Social Origins of Depression*. Free Press, New York 1978.
- Chandola T, Bartley M, Sacker A, Jenkinson C, Marmot M. Health selection in the Whitehall II study, UK. *Social Science & Medicine* 2003;56:2059–2072.
- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992;255:946–952.
- DSM-IV Diagnostiset kriteerit. Suomen Psykiatriyhdistys (American Psychiatric Associationin luvalla). Orion, Finnreklama, Espoo 1997.

- Eriksson M, Lahelma E, Rahkonen O. Nuorten ja nuorten aikuisten psyykkisen oireilun sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1992;29:89–95.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38:229–237.
- Fröjd S, Marttunen M, Pelkonen M, von der Pahlen B, Kaltiala-Heino R. Perceived financial difficulties and maladjustment outcomes in adolescence. *European Journal of Public Health*. 2006;16(5):542–8.
- Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph No 22. Oxford University Press, Oxford 1972.
- Heikkilä M. Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointiyhteiskunnassa. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 8. Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1990.
- Henderson C, Thornicroft G, Clover G. Inequalities in mental health. *British Journal of Psychiatry* 1998;173:105–109.
- Holzer CE, Shea BM, Swanson JW, Leaf PJ, Myers JK, George L, Weissman MM, Bednarski P. The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socio-economic status. Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *American Journal of Social Psychiatry* 1986;VI(4):259–271.
- Huurre T, Aro H, Rahkonen O. Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. A Follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003a;38:249–255.
- Huurre T, Rahkonen O, Aro H. Terveystilanteen ja terveyskäytännön sosioekonomiset erot nuoruudesta aikuisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2003b;40:154–162.
- Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E, Aro H. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:580–587.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva 1992.
- Isohanni I. Education and mental disorders. A 31-year follow-up in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Department of Psychiatry and Department of Public Health Science and General Practice. University of Oulu, Oulu 2000.
- Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H, Rouhe E. SCL-25 and recognition of mental disorders reported by primary health care physicians. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:320–323.
- Joukamaa M. Psychiatric morbidity among Finnish prisoners with special reference to socio-demographic factors: results of the Health Survey of Finnish Prisoners (Wattu Project). *Forensic Science International* 1995;73:85–91.
- Karlsson H, Joukamaa M, Lehtinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102:354–358.
- Karvonen S, Rahkonen O. Nuorten elämäntyylin ja terveyskäytännön kulttuurinen vaihtelu. *Yhteiskuntapolitiikka* 2000;65:135–145.

- Kauppinen TM. Asuinalueen ja perhetaustan vaikutukset helsinkiläisnuorten keskiasteen tutkintojen suorittamiseen. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuksia 6, 2004.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8–19.
- Koivusilta L, Karvonen S, Rimpelä M, Rimpelä A. Nuorten terveyden sosioekonomisten erojen muutokset 1980- ja 1990-luvuilla. Teoksessa Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Jyväskylä 2002.
- Koponen H, Leinonen E. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria. Duodecim, Helsinki 2001.
- Koskinen S, Sainio P, Heliövaara M, Martelin T. Socioeconomic health disparities in Finland: increasing or decreasing. 3rd Nordic Conference in Epidemiology, Kuopio 17.-19.6.2004, esitelmä.
- Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine* 2006;63(5):1383–99.
- Lehtinen V. Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:3*, Turku 1975.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J, Aromaa A. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33*, Turku ja Helsinki 1991.
- Lehtinen V, Veijola J, Lindholm T, Väisänen E, Moring J, Puukka P. Mielenterveyden muutokset ja pysyvyys suomalaisilla aikuisilla. UKKI-tutkimuksen 16-vuotisseurannan päätulokset. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:36*, Turku 1993.
- Lehtinen V, Väisänen E. Psykiatrisen sairastavuus ja hoidon tarve Suomessa. Vertaileva sosiaalipsykiatrisen seurantatutkimus. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:12*, Turku 1979.
- Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet* 1998;352:605–609.
- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, Aro H. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102:178–184.
- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 2003;157:98–112.
- Lönnqvist J, Aro H, Marttunen M, toim. Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti. Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Stakes, tutkimuksia 25, 1993.
- Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2001.

- Mannila S. Köyhyys ja terveyserot. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tas-arvoa. Edita, Helsinki 2002.
- Mannila S, Peltoniemi J. Köyhiä ja kipeitä. Tutkimuksia 57. Kuntoutussäätiö, Helsinki 1997.
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki 2005.
- Marttunen M, Rantanen P. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria. Duodecim, Helsinki, 2001.
- Mattila VJ, Joukamaa MI, Salokangas RK. Retirement, aging, psychosocial adaptation and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;80(4):356–367.
- Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability. Estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38: 238–243.
- Mäkelä P. Alkoholiiin liittyvät kuolemat. Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. Väitöskirjatutkimus, Helsingin yliopisto. Stakes, Tutkimuksia 105, 1999.
- Ostamo A, Aro H, Keskimäki I, Henriksson M, Lönnqvist J. Koulutustaso ja psykiatristen sairaalapaalvelujen käyttö. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauskirja* 2005;42:266–280.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kiesepää T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(1):14–16.
- Pevalin DJ. Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000;35:508–512.
- Pirkola S, Lönnqvist J ja mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, Helsinki 2002.
- Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:1–10.

- Rantakallio P. Family background to and personal characteristics underlying teenage smoking. Background to teenage smoking. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1983;11:17–22.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;88:35–47.
- Rimpelä M, Rimpelä A, Pasanen M. Koetut oireet 12–18-vuotiailla suomalaisilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1982;19:219–233.
- Rintanen H. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäkulussa. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. Tampereen yliopisto, Tampere 2000.
- Savolainen H. Explaining mechanisms of educational career choice. A follow-up study of the educational career choices of a group of youths that finished compulsory education in 1990. *Publications in Education* N:o 69. University of Joensuu, Joensuu 2001.
- Stansfeld SA, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in British civil servants: a validated screening survey using the general health questionnaire. *Psychological Medicine* 1992;22:739–749.
- Suvisaari JM, Saarni SI, Perälä J, Suvisaari JVJ, Härkänen T, Lönnqvist J, Reunanen A. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007 (painossa).
- Tamminen T, Räsänen E. Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. *Duodecim*, Helsinki 2004.
- Thornicroft G. Social Deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *British Journal of Psychiatry* 1991;158:475–484.
- Väisänen E. Mielenterveyden häiriöt Suomessa. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:2*, Helsinki 1975.
- Välimaa R. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. *Studies in sport, physical education and health* 68. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2000.
- West P. Health inequalities in the early years: is there equalization in youth? *Social Science & Medicine* 1997;44:833–858.
- WHO. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1). World Health Organization, Geneva 1997.
- Wittchen H-U, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H. Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1998;33:568–567.

3.5 Toimintakyky

Tuija Martelin, Päivi Sainio, Tommi Sulander, Satu Helakorpi, Kaija Tuomi ja Seppo Koskinen

Suomalaisten terveys on parin viime vuosikymmenen aikana kehittynyt pääosin myönteisesti. Samanaikaisesti myös väestön toimintakyky on parantunut: erilaisia liikkumiseen, päivittäisiin askareisiin, itsestä ja kodista huolehtimiseen liittyviä vaikeuksia kokee aiempaa pienempi osuus (Aromaa ja Koskinen 2002a). Erilaiset toimintarajoitteet ovat kuitenkin edelleen keskeinen ongelma etenkin iäkkäillä, ja jo työikäisillä voidaan havaita elämänlaatua ja työkykyä heikentäviä vaikeuksia toiminnoissa (Helakorpi ym. 2005, Aromaa ja Koskinen 2002, Kauppinen ym. 2004). Odotettavissa olevat väestörakenteen muutokset korostavat väestön toimintakyvyn ylläpitämisen ja kohentamisen tärkeyttä kaikissa ikäryhmissä (esim. Martelin ym. 2004a).

Toimintakyvyn rajoitteet eivät jakaudu väestössä tasaisesti. Kuten lähes kaikilla terveyden ulottuvuuksilla, myös toimintakyvyssä on eri maissa havaittu johdonmukaisia sosioekonomisen aseman mukaisia eroja (esim. Deeg ym. 1992, Stuck ym. 1999, Guralnik ym. 1993, Rahkonen ja Takala 1997, Grundy ja Glaser 2000, Broese van Groenou ym. 2003, Huisman ym. 2003, Beydoun ja Popkin 2005, Rautio 2006). Tämä on odotettavissa, koska lääketieteellinen terveydentila on keskeinen toimintakyvyn määrittäjä. Sen ohella toimintakykyyn vaikuttavat myös muut yksilön ja ympäristön ominaisuudet, kuten asuinolot ja erilaisten palvelujen tarjonta (ICE, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004). Sosioekonomisten ryhmien välisten toimintakyvyn erojen tunteminen on monin tavoin hyödyksi etsittäessä keinoja väestön toimintakyvyn parantamiseksi. Toimintakyvyn heikkenemisen kannalta riskialttiiden väestöryhmien tunnistaminen on tarpeen esimerkiksi varhaiskuntoutuksen järkevälle kohdentamiselle. Erojen peruskuvauus toimii myös lähtökohtana jatkotutkimuksille, joilla pyritään löytämään selityksiä kansanterveyden kannalta keskeisimmille eroille ja edistämään niiden vähentämiseen tähtäävien toimenpiteiden suunnittelua. Lisäksi väestöryhmittäinen tarkastelu voi auttaa toimintakykyä koskevien konkreettisten tavoitteiden asettamisessa: päämääränä voidaan pitää esimerkiksi sitä, että koko väestö saavuttaisi sen tason, jolla edullisimmassa asemassa oleva väestöryhmä tällä hetkellä on.

Tässä luvussa kuvataan toimintakyvyn eri ulottuvuuksien sosioekonomisia eroja ja niiden muutoksia 10–20 viime vuoden aikana. Sosioekonomisen aseman mittarina käytetään koulutusta.

► Toimintakyvyn käsitteestä ja mittaamisesta

Toimintakyvyn käsitettä voidaan jäsentää erilaisten mallien avulla. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF, 2004) mukaan toimintakyky koostuu ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteesta, suorituksista ja osallistumisesta. Toimintakyvyn katsotaan olevan vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa. ICF-luokituksella on monia yhteisiä piirteitä Verbruggen ja Jetten (1994) muotoileman sosiaalilääketieteellisen toiminnanvajavuuden mallin (disablement process) kanssa. Tässä mallissa kuvataan toimintakyvyn rajoitteiden syntymistä prosessina, jonka ensimmäisessä vaiheessa sairaudet ja vammat aiheuttavat vaurioita eri elinjärjestelmien rakenteeseen ja toimintaan. Vauriot puolestaan aiheuttavat suorituskyvyn rajoituksia (functional limitation), eli rajoituksia fyysisissä ja psyykkisissä toiminnoissa, kuten liikkumisessa, aistitoiminnoissa ja kognitiivissa toiminnoissa. Nämä rajoitukset puolestaan voivat johtaa toiminnanvajaukseen (disability) eli haitata päivittäistoiminnoista selviytymistä, aktiivista osallistumista ja sosiaalista kanssakäymistä. Erilaiset yksilö- ja ympäristötekijät voivat joko nopeuttaa tai hidastaa toiminnanvajauksen kehittymistä.

Seuraava toimintakyvyn sosioekonomisten erojen tarkastelu etenee väljästi Verbruggen ja Jetten mallin mukaisesti suorituskyvyn rajoituksista päivittäisissä toiminnoissa ja osallistumisessa koettuihin rajoituksiin. Ensin tarkastellaan monien muiden toiminnanrajoitteiden syntyminen kannalta keskeisiä *liikkumiskyvyn* rajoitteita ja sitten rajoituksia *aistitoiminnoissa* ja *kognitiivisissa toiminnoissa*. Seuraavaksi kuvataan *päivittäistoimintojen* rajoitteissa ilmeneviä sosioekonomisia eroja, ja lopuksi esitetään havaintoja *sosiaalisen toimintakyvyn* ja *työkyvyn* eroista.

► Aineistot ja koulutuksen luokittelu

Tarkastelu perustuu useiden koko maata edustavien tutkimusten aineistoihin ja niiden pohjalta julkaistuihin raportteihin. Yksi tutkimuksista on vuosina 2000–01 toteutettu 18 vuotta täyttäneitä väestöä edustava Kansanterveyslaitoksen koordinoima Terveys 2000 -tutkimus (Aromaa ja Koskinen 2002b, Koskinen ym. 2005), jonka tuloksia voidaan 30 vuotta täyttäneiden osalta verrata 20 vuotta aikaisemmin Kansaneläkelaitoksen johdolla toteutetun Mini-Suomi-tutkimuksen tuloksiin (Aromaa ym. 1989). Toisena lähteenä ovat Kansanterveyslaitoksen vuodesta 1978 lähtien vuosittain toteuttamat 15–64-vuotiaita koskevat aikuisväestön terveystutkimukset (esim. Helakorpi ym. 2005) ja kolmantena vastaavat kahden vuoden välein tehdyt eläkeikäisten ter-

veyttä ja terveyskäyttäytymistä koskevat kyselyt (esim. Sulander ym. 2006a). Neljäntenä lähteenä käytetään Työterveyslaitoksen toteuttamia Työ ja terveys -haastattelututkimuksia vuosilta 1997, 2000 ja 2003 (esim. Kauppinen ym. 2004).

Koulutuksen luokittelu on erilainen eri tutkimuksissa. Terveys 2000- ja Mini-Suomi-tutkimuksiin perustuvissa ajallisissa vertailuissa vastaajat on luokiteltu kahteen ryhmään pohja- ja ammatillista koulutusta koskeneiden kysymysten perusteella pyrkien – alkuperäisten koulutusmuuttujien erilaisuudesta huolimatta – mahdollisimman samanlaisiin ryhmiin. Perusasteen koulutuksen saaneiksi (= alempi koulutusryhmä) luokiteltiin henkilöt, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa ja jotka olivat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen. Vähintään keskiasteen koulutuksen saaneilla (=ylempi koulutusryhmä) oli joko tätä enemmän ammattikoulutusta peruskoulutuksesta riippumatta tai he olivat ainakin suorittaneet ylioppilastutkinnon. Aikuis- ja eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymiskyselyissä (AVTK- ja EVTK-aineistot) koulutustaso perustuu kysymykseen koulutusvuosista. Työikäisiä koskevissa kuvauksissa käytetään suhteellista koulutusta, eli vastaajat on luokiteltu alimpaan, keskimmaiseen ja ylimpään koulutusryhmään kunkin syntymävuosikohortin koulutusvuosijakauman perusteella. Eläkeikäisiä tarkasteltaessa käytetään kahta luokkaa (enintään 8 vuotta ja vähintään 9 vuotta koulutusta). Työ ja terveys -tutkimukseen perustuvissa työkyvyn koulutusryhmittäisissä tarkasteluissa koulutus jaetaan kahteen ryhmään: alempaan luokitellaan ne henkilöt, jotka ovat suorittaneet kansa- tai peruskoulun ja enintään ammattikoulun, ja ylempi koulutusryhmä sisältää ne henkilöt, jotka ovat suorittaneet vähintään keskikoulun tai ammattiopiston.

► Liikkumiskyky

Liikkumiskyky on toimintakyvyn keskeinen ulottuvuus, jonka ongelmat heijastuvat moniin elämän alueisiin. Liikkumisongelmat rajoittavat mahdollisuuksia osallistua arkisiin askareisiin ja harrastuksiin ja siten heikentävät elämänlaatua. Vakavat liikkumisrajoitukset lisäävät ulkopuolisen avun tarvetta vaarantaen mahdollisuuden itsenäiseen elämiseen. Liikkumiskykyä voidaan kuvata esimerkiksi kyvyllä kävellä erimittaisia matkoja tai kulkea portaita. Näitä voidaan arvioida joko kysymällä henkilöiden mielipidettä selviytymisestään tällaisista toiminnoista tai mittaamalla heidän suoriutumistaan testin avulla.

Liikkumisongelmat yleistyvät huomattavasti iän myötä. Nuorista aikuisista (18–29-vuotiaista) vain parilla prosentilla ja 30–64-vuotiaista 7 prosentilla on vaikeuksia kävellä kaksi kilometriä, mutta eläkeikäisistä jo lähes puolet kokee

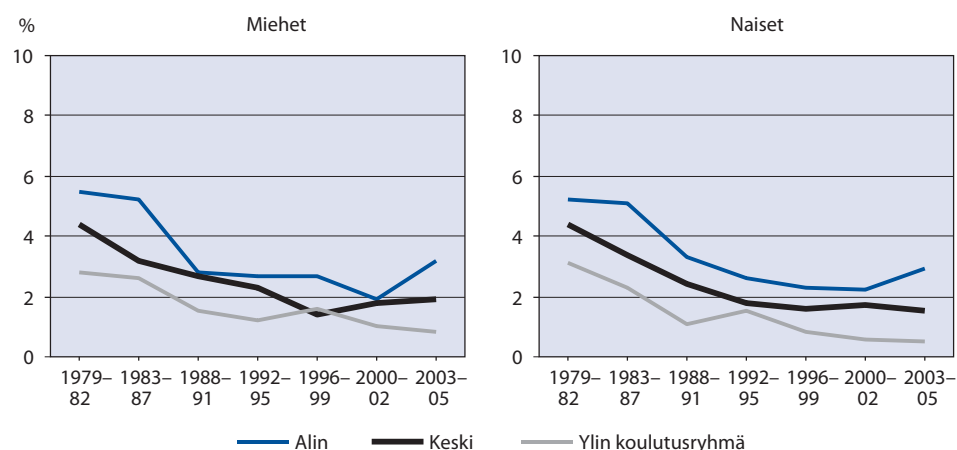
siinä vaikeuksia (Sainio ym. 2005, Sainio ym. 2006). Viime vuosikymmeninä liikkumisongelmien yleisyys on huomattavasti vähentynyt sekä työikäisillä että iäkkäillä, ehkä kaikkein vanhimpia ikäryhmiä lukuun ottamatta (Aromaa ja Koskinen 2002a, Martelin ym. 2004a).

Koulutusryhmittäiset erot ja niiden muutokset

Laajoihin väestötutkimuksiin perustuvat analyysit osoittavat yhdenmukaisesti, että liikkumisen vaikeudet ovat yleisempiä alemman koulutuksen saaneilla kuin korkeammin koulutetuilla (Martelin ym. 2005, Sainio ym. 2005, Martelin ym. 2004b, Sulander ym. 2006a, Helakorpi ym. 2005). Erot näkyvät jo nuorilla aikuisilla ja ovat hyvin selviä työikäisillä ja iäkkäillä.

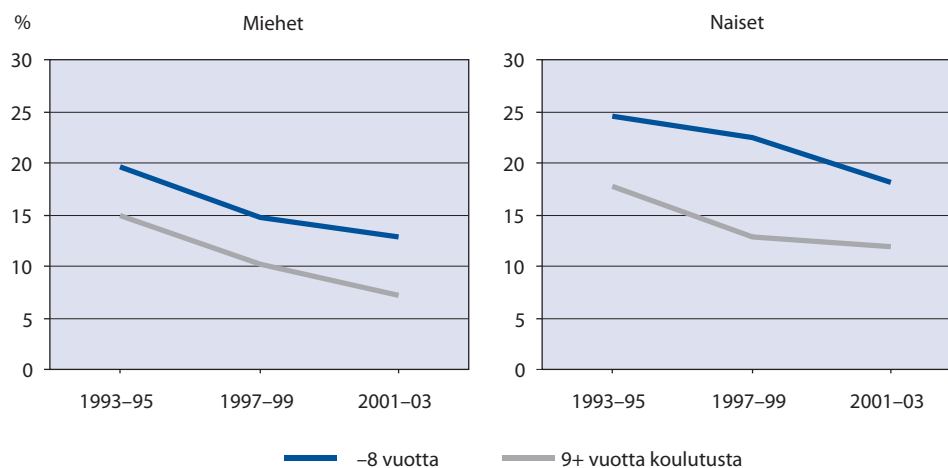
Koulutusryhmien välisten erojen muutoksesta on saatavilla niukemmin tietoa. Terveys 2000 -tutkimuksen ja vuosina 1978–80 toteutetun Mini-Suomi-terveystutkimuksen vertailu osoittaa, että esimerkiksi kävelyvaikeuksien koulutusryhmäerot ovat säilyneet ennallaan (taulukot 1 ja 2). Erojen muuttumista ei havaittu myöskään 65–74-vuotiailla, kun Mini-Suomi -tutkimuksen tuloksia verrattiin FINRISKI-97 -senioritutkimuksen tuloksiin (Martelin ym. 2002). Kuvio 1 esittää kävelyvaikeuksien koulutusryhmittäiset muutokset työikäisillä vuosina 1979–2005 ja kuvio 2 vastaavasti eläkeikäisillä vuosina 1993–2003. Kaikissa koulutusryhmissä liikkumisvaikeudet ovat vähentyneet melko tasaisesti.

Kuvio 1. Puolen kilometrin kävelystä suoriutumattomien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusryhmittäin vuosina 1979–2005¹.



¹ Aineisto: AVTK.

Kuvio 2. Ulkona liikkumisessa vaikeuksia kokevien ikävakioitu osuus (%) 65–84-vuotiaista koulutuksen mukaan vuosina 1993–2003¹.



¹ Aineisto: EVTK.

Koulutusryhmittäisten erojen syyt

Liikkumiskyvyssä todetut sosioekonomiset erot voivat johtua monista eri tekijöistä, jotka ovat jakautuneet koulutuksen mukaan epätasaisesti. Näitä voivat olla esimerkiksi sairaudet, elintavat, fyysinen työkuormitus tai psykososiaaliset tekijät. Tulokset eri tekijöiden merkityksestä ovat vaihtelevia; toisaalta luotettavia, edustaviin aineistoihin perustuvia tutkimuksia on tehty melko vähän. Terveys 2000 -tutkimuksen 55 vuotta täyttäneillä tarkasteltiin tekijöitä, jotka voisivat selittää portaiden nousemisvaikeuksien koulutusryhmittäisiä eroja (Sainio ym. 2007). Erot katosivat tai ainakin pienenevät selvästi, kun otettiin huomioon lihavuus, tupakointi, fyysinen työkuormitus ja krooniset sairaudet. Miehillä diabetes, työkuormitus, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, lihavuus ja tupakointi olivat tärkeitä koulutusryhmien välisten liikkumisrajoitteiden selittäjiä. Naisilla puolestaan merkittävin yksittäinen eroja selittävä tekijä oli lihavuus, minkä lisäksi myös fyysinen työkuormitus, polvi- ja lonkka-arthroosi sekä verenkiertoelinten sairaudet olivat tärkeitä selittäjiä. Vähäinen koulutus ei siten ole liikkumisvaikeuksien ”syy”, vaan koulutusryhmien välillä on elinoloihin, työhön, fyysiseen kuormitukseen ja sairauksiin liittyviä eroja, jotka vaikuttavat myös liikkumiskykyyn.

► Aistitoiminnot ja kognitiiviset toiminnot

Seuraavassa tarkastellaan näkö- ja kuulovaikeuksien yleisyyttä 30 vuotta täytäneessä väestössä koulutuksen mukaan 1970-luvun lopussa (Mini-Suomi-tutkimus) ja 2000-luvun alussa (Terveys 2000 -tutkimus). Lisäksi esitellään näöntarkkuuden, kuulokynnyksen ja kognitiivisen kyvykkyyden mittaustuloksia koulutusryhmittäin 2000-luvun alussa.

Näkö

Työikäisistä suomalaisista 4 %:lla ja eläkeikäisistä lähes joka kuudennella oli 2000-luvun alussa näön heikkoudesta johtuvia vaikeuksia sanomalehden lukemisessa. Verrattuna 1970-luvun lopun tilanteeseen näiden vaikeuksien yleisyys oli pienentynyt puoleen. Työikäisillä miehillä myönteinen kehitys oli suunnilleen yhtä nopeaa eri koulutusryhmissä, ja kumpanakin jaksona näköongelmat olivat lähes kolme kertaa niin yleisiä alemmassa koulutusryhmässä kuin ylemmässä (taulukko 1). Sen sijaan työikäisillä naisilla näköongelmien väheneminen oli nopeampaa alemmassa kuin ylemmässä koulutusryhmässä, ja koulutuksen mukaiset erot kapenivat säilyen kuitenkin tilastollisesti merkitsevinä.

Myös eläkeikäisillä sanomalehden lukemisen vaikeudet ovat yleisimpiä vähiten kouluja käyneiden ryhmässä (taulukko 2). Vaikeudet ovat harvinaistuneet kummallakin sukupuolella koulutuksesta riippumatta, eivätkä koulutusryhmien väliset erot ole muuttuneet merkittävästi.

Heikentynyt näöntarkkuus oli 2000-luvun alussa myös objektiivisten testitulosten mukaan harvinaisinta ylimmässä koulutusryhmässä sekä naisilla että miehillä, mutta erot olivat melko vähäisiä eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä (taulukko 3).

Kuulo

Keskustelun kuulemisen vaikeuksia ilmoittaa työikäisistä noin joka kymmenes, miehistä hieman useampi kuin naisista. Eläkeikäisessä väestössä kuulovaikeudet ovat selvästi yleisempiä: miehistä runsaat 40 % ja naisista noin joka kolmas kokee vaikeuksia usean henkilön välisen keskustelun kuulemisessa. Keskustelun kuulemisen vaikeudet eivät ole Suomessa olennaisesti vähentyneet, toisin kuin useimmat muut toimintakyvyn rajoitukset.

Taulukko 1. Koettujen toimintarajoitteiden yleisyys koulutusryhmittäin¹ (% , ikävakioitu), niiden suhteellinen yleisyys alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään (ikävakioitu OR², ylempi koulutusryhmä = 1,0) vuosina 1978–80 ja 2000–01, sekä tutkimusajankohtien välisen koulutuseron muutoksen tilastollinen merkitsevyys³, 30–64-vuotiailla sukupuolen mukaan.

	Rajoitteen yleisyys 1978–80			Rajoitteen yleisyys 2000–01			Eron muutos 1978–2000 (p) ³
	Ylempi koulutusryhmä (%)	Alempi koulutusryhmä (%)	OR ²	Ylempi koulutusryhmä (%)	Alempi koulutusryhmä (%)	OR ²	
LIIKKUMISKYKY							
Asunnossa liikkuminen							
- miehet	0,8	2,8	3,9**	0,5	1,1	2,2	0,404
- naiset	1,6	2,8	1,8	0,5	0,8	1,6	0,849
0,5 km:n kävely							
- miehet	3,4	7,1	2,2***	2,4	5,5	2,5***	0,710
- naiset	4,4	7,6	1,8**	2,5	4,5	1,8*	0,980
Portaiden nousu (mitattu)							
- miehet	3,3	5,2	1,6*	1,2	3,6	3,1*	0,241
- naiset	4,3	7,5	1,9*	2,2	3,8	1,8	0,956
Ostokassin kantaminen							
- miehet	4,7	8,1	1,8*	2,5	4,8	2,0**	0,795
- naiset	10,8	15,4	1,6**	8,9	10,4	1,2	0,200
AISTITOIMINNAT							
Sanomalehden lukeminen							
- miehet	4,4	11,7	2,9***	2,4	6,6	2,9***	0,972
- naiset	3,8	13,0	3,8***	2,9	5,9	2,1***	0,035
Keskustelun kuuleminen							
- miehet	10,0	15,8	1,7***	10,3	13,7	1,4**	0,240
- naiset	6,9	11,1	1,7***	7,7	9,3	1,2	0,095
PÄIVITTÄISTOIMINNAT							
Pukeutuminen ja riisuutuminen							
- miehet	1,4	4,6	3,4***	1,6	3,1	2,0*	0,207
- naiset	2,0	4,2	2,2*	2,5	3,9	1,6	0,469
Varpaankynsien leikkaaminen							
- miehet	2,3	6,9	3,3***	2,8	5,7	2,2***	0,212
- naiset	3,6	7,7	2,3**	3,4	5,6	1,8**	0,373
SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA TYÖKYKY							
Asioiden hoitaminen yhdessä muiden kanssa							
- miehet	8,9	19,4	2,5***	1,9	4,4	2,4***	0,966
- naiset	9,1	18,5	2,3***	1,4	3,9	2,8***	0,448
Koettu työkyky							
- miehet	15,6	27,7	2,3***	14,2	25,7	2,3***	0,981
- naiset	16,0	24,8	1,9***	14,7	24,7	2,1***	0,590

¹ Alempi koulutusryhmä: ei ylioppilastutkintoa, ammatillinen koulutus enintään ammattikurssi tai työpaikkakoulutus; ylempi koulutusryhmä: joko tätä enemmän ammattikoulutusta peruskoulutuksesta riippumatta tai pohjakoulutuksena ylioppilastutkinto

² OR = odds ratio eli ristitulosuhde kuvaa rajoitteen suhteellista yleisyyttä alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään (= 1,0); eron tilastollinen merkitsevyys: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

³ Ajankohdan ja koulutusryhmän välisen yhdysvaikutuksen tilastollista merkitsevyyttä osoittava p-arvo; jos p < 0,05, koulutusryhmien välisten erojen muutos vuosista 1978–80 vuosiin 2000–01 on tilastollisesti merkitsevä

Taulukko 2. Koettujen toimintarajoitteiden yleisyys koulutusryhmittäin¹ (% ikävakioidu), niiden suhteellinen yleisyys alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään (ikävakioitu OR², ylempi koulutusryhmä = 1,0) vuosina 1978–80 ja 2000–01, sekä tutkimusajankohtien välisen koulutuseron muutoksen tilastollinen merkitsevyys³, 65 vuotta täyttäneillä sukupuolen mukaan.

	Rajoitteen yleisyys 1978–80			Rajoitteen yleisyys 2000–01			Eron muutos 1978–2000 (p) ³
	Ylempi koulutusryhmä (%)	Alempi koulutusryhmä (%)	OR ²	Ylempi koulutusryhmä (%)	Alempi koulutusryhmä (%)	OR ²	
LIKKUMISKYKY							
Asunnossa liikkuminen							
- miehet	10,7	17,5	1,9	7,8	10,2	1,4	0,501
- naiset	13,8	22,5	2,0*	11,3	16,4	1,6*	0,564
0,5 km:n kävely							
- miehet	22,6	36,6	2,1**	15,3	31,7	2,8***	0,394
- naiset	33,2	41,1	1,5	30,2	39,2	1,6**	0,789
Portaiden nousu							
- miehet	14,0	21,8	1,8	10,2	24,6	3,3***	0,221
- naiset	34,2	34,7	1,0	35,1	36,7	1,1	0,861
Ostokassin kantaminen							
- miehet	24,6	40,6	2,3***	18,4	28,6	1,9**	0,564
- naiset	56,2	59,0	1,1	44,7	51,6	1,4*	0,439
AISTITOIMINNAT							
Sanomalehden lukeminen							
- miehet	17,9	31,8	2,3**	9,8	13,4	1,5	0,270
- naiset	28,9	34,5	1,3	14,6	21,3	1,7**	0,459
Keskustelun kuuleminen							
- miehet	36,4	50,3	1,8**	33,6	44,9	1,6*	0,721
- naiset	33,2	38,7	1,3	29,4	35,9	1,4*	0,817
PÄIVITTÄISTOIMINNAT							
Pukeutuminen ja riisuutuminen							
- miehet	7,7	20,4	3,3**	12,8	16,2	1,3	0,057
- naiset	16,7	24,2	1,7	13,2	17,1	1,4	0,580
Varpaankynsien leikkaaminen							
- miehet	24,2	35,8	1,9*	25,6	32,3	1,5	0,447
- naiset	33,0	44,1	1,7*	29,5	38,1	1,6**	0,771
SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY							
Asioiden hoitaminen yhdessä muiden kanssa							
- miehet	19,0	31,3	2,0*	9,0	11,7	1,4	0,344
- naiset	24,3	35,2	1,8	10,2	15,8	1,7**	0,902

¹ Alempi koulutusryhmä: ei ylioppilastutkintoa, ammatillinen koulutus enintään ammattikurssi tai työpaikkakoulutus; ylempi koulutusryhmä: joko tätä enemmän ammattikoulutusta peruskoulutuksesta riippumatta tai pohjakoulutuksena ylioppilastutkinto

² OR = odds ratio eli ristitulosuhde kuvaa rajoitteen suhteellista yleisyyttä alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään (= 1,0); eron tilastollinen merkitsevyys: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

³ Ajankohdan ja koulutusryhmän välisen yhdysvaikutuksen tilastollista merkitsevyyttä osoittava p-arvo; jos p < 0,05, koulutusryhmien välisten erojen muutos vuosista 1978–80 vuosiin 2000–01 on tilastollisesti merkitsevä

Itse ilmoitetut kuulovaikeudet – kuten lähes kaikki muutkin toimintakyvyn rajoitukset – ovat yleisempiä alemmassa kuin ylemmässä koulutusryhmässä, sekä ennen eläkeikää että sen jälkeen (taulukot 1 ja 2). Koulutusryhmien väliset erot ovat säilyneet suunnilleen ennallaan 1970-luvun lopun jälkeen. Työikäisillä koulutuksen mukaiset erot ovat kuulovaikeuksissa vähäisemmät kuin näkövaikeuksissa.

Vaikka itse ilmoitettujen kuulovaikeuksien koulutusryhmittäinen vaihtelu on osapuilleen samanlaista naisilla ja miehillä, kuulontarkkuuden mittaustulosten mukaan naisilla ei ole mainittavia koulutusryhmittäisiä eroja huonokuuloisuuden yleisyydessä, mutta miehillä erot ovat selvät. Vuosien 2000–01 tietojen mukaan paremmin kuulevan korvan kuulokynnys puheäänien taajuuksilla oli suurempi kuin 25 dB noin 12 %:lla perusasteen koulutuksen saaneista miehistä, mutta vain runsaalla 6 %:lla korkea-asteen koulutuksen saaneista (taulukko 3)

Taulukko 3. Näön ja kuulon rajoitusten ikävakioitu yleisyys (%) sekä kognitiivinen toimintakyky koulutusasteen mukaan 30 vuotta täyttäneessä väestössä vuosina 2000–01.

Muuttuja ²	Miehet					Naiset				
	Perus	Keski	Korkea	Yht	Ero (p) ⁴	Perus	Keski	Korkea	Yht	Ero (p) ⁴
Kaukonäkö heikentynyt	6,7	6,0	4,9	6,2	0,382	8,9	9,0	7,1	8,7	0,357 ⁵
Kuulo heikentynyt	11,8	8,7	6,4	10,2	<0,001	13,3	12,1	12,3	13,0	0,514
Kielellinen sujuvuus ³	21,0	23,5	27,1	23,4	<0,001 ⁵	21,6	23,2	26,4	23,5	<0,001 ⁵
Muisti ³	7,4	7,8	8,4	7,8	<0,001 ⁵	7,9	8,3	8,6	8,3	<0,001 ⁵

Lähde: Aromaa ja Koskinen 2002b, liitetaulukko 2

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille.

² Kaukonäkö heikentynyt: visus $\leq 0,5$ kaukonäkötutkimuksessa

Kuulo heikentynyt: paremmin kuulevan korvan keskiarvokuulokynnys > 25 dB

Kielellinen sujuvuus: lueteltujen eläinten lukumäärä minuutin aikana

Muisti: oikein muistettujen sanojen (max 10 sanaa) lukumäärä kolmannella toistokerralla

³ Keskiarvo (ikävakioitu)

⁴ Koulutusryhmien välisen eron tilastollinen merkitsevyys

⁵ Näissä tapauksissa koulutusryhmien välinen ero ei ole samanlainen kaikissa ikäryhmissä (tilastollisesti merkitsevä ikä–koulutusyhdysovaikutus, $p < 0,05$)

Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä havaita, ajatella, muistaa, oppia ja suoriutua kielellisistä tehtävistä. Niinpä sen kattava arvioiminen edellyttää monipuolisia mittauksia. Väestöä edustavia tietoja on kuitenkin käytettävissä vain eräistä kognitiivisen kyvykkyyden ulottuvuuksista. Terveys 2000 -tutkimuksessa mitattiin osallistujien kielellistä sujuvuutta ja muistia. Kielellisen sujuvuuden testissä tutkittavien tuli luetella minuutin aikana mahdollisimman monta eläintä. Muistitehtävässä tutkittavat opettelivat kymmenen sanan listan lukemalla sanat ääneen kolme kertaa ja luettelemalla muistamansa sanat jokaisen lukukerran jälkeen.

Sekä kielellisen sujuvuuden kokeessa että muistitehtävässä korkea-asteen koulutuksen saaneet suoriutuivat parhaiten, ja koulutusryhmien väliset erot olivat erittäin merkitsevät 30 vuotta täyttäneessä väestössä (taulukko 3). Myös Terveys 2000 -tutkimuksen 18–29-vuotiailla oli koulutusryhmien välillä huomattavia eroja kognitiivisessa kyvykkyydessä, jota heillä arvioitiin kielellistä sujuvuutta ja numeromuistia mittaavilla testeillä (Koskinen ym. 2005). Koulutusryhmien välisten erojen ajallisista muutoksista ei ole olemassa tietoja.

► Päivittäistoiminnoista selviytyminen

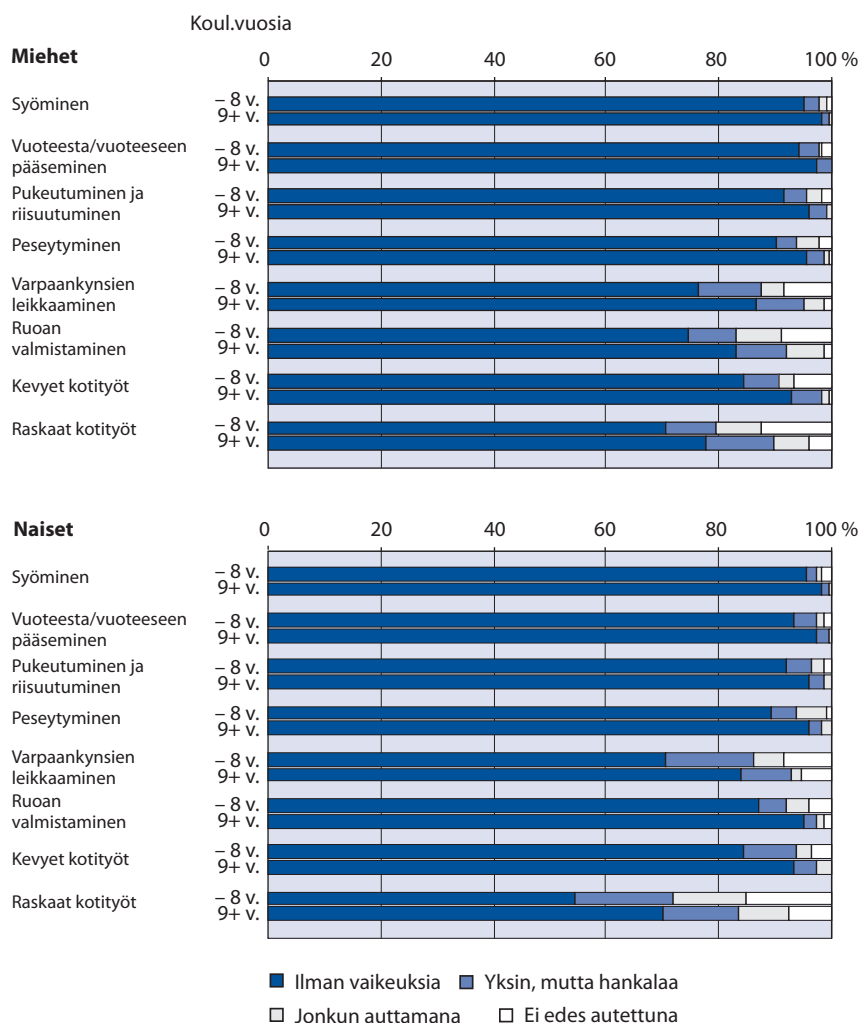
Henkilön kyky suoriutua erilaisista päivittäisistä toiminnoista (ADL-toiminnot, activities of daily life) on yksi keskeisistä toimintakyvyn osoittimista. Nämä toiminnot jaetaan usein perustoimintoihin ja välinetoimintoihin eli asioiden hoitamiskykyyn (IADL). Perustoimintoja ovat esimerkiksi kyky pukeutua, peseytyä, nousta sängystä ja syödä. Asioiden hoitamiskykyä kuvaavat puolestaan toiminnot, jotka mahdollistavat itsenäisen selviytymisen. Tällaisia ovat mm. ruoanlaitto, kaupassa käynti ja kotitöiden tekeminen.

Suoriutuminen päivittäistoiminnoista on kohentunut parin viime vuosikymmenen aikana Suomen eläkeikäisessä väestössä (Aromaa ja Koskinen 2002a, Sulander ym. 2003). Tämä myönteinen kehitys on ollut nopeinta 65–74-vuotiailla. Erityisesti perustoimintojen rajoitusten yleisyyden on todettu alentuneen myös vanhemmissa ikäryhmissä (Sulander ym. 2006b).

Päivittäistoimintojen rajoitukset ovat alempan koulutusryhmään kuuluvilla selvästi yleisempiä kuin ylempään koulutusryhmään kuuluvilla (taulukot 1 ja 2). EVTK-aineistoihin perustuvassa tarkastelussa (Sulander ym. 2006a) selkeitä eroja havaitaan mm. kyvyssä peseytyä, pukeutua, päästä vuoteeseen/vuoteesta, leikata varpaankynnet, syödä, valmistaa ruokaa ja tehdä kotitöitä (kuvio 3). Muiden tutkimusten tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Terveys

2000 -aineistoon perustuvassa analyysissä työikäisilläkin on huomattavia eroja mm. pukeutumisesta, varpaankynsien leikkaamisesta, kaupassa asiointista ja raskaasta siivoustyöstä suoriutumisessa (taulukko 1, Martelin ym. 2005). Näistä toiminnoista enemmän koulutusta saaneet selviytyivät paremmin.

Kuvio 3. Vaikeudet eräissä päivittäistoiminnoissa sukupuolen ja koulutuksen mukaan 65–84-vuotiailla vuonna 2005 (ikävakioidut osuudet, %)¹.



¹ Aineisto: EVTK

Eläkeikäisten toimintakyvyn suotuisa kehitys on havaittu niin ylempään kuin alempaan koulutusryhmään kuuluvilla (Sulander ym. 2006b). Ryhmien väliset erot ovat kuitenkin olleet selkeät ja ne ovat säilyneet. Erityisen selvä tämä ero on ollut tarkasteltaessa perustoiminnoista selviytymistä viimeisten kymmenen vuoden aikana. Tutkittaessa päivittäistoiminnoista suoriutumista Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -aineistoissa havaitaan, että koulutusryhmien väliset erot pysyivät pääpiirteissään yhtä suurina, vaikka monien rajoitusten yleisyys väheni huomattavasti tarkastelujaksolla 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun (taulukot 1 ja 2). Iäkkäiden miesten pukeutumisvaikeuksien koulutusryhmittäiset erot näyttävät kuitenkin kaventuneen (taulukko 2).

► Sosiaalinen toimintakyky

Toimintakyvyn käsite kattaa edellä käsiteltyjen ulottuvuuksien lisäksi varsin monenlaisia muita toimintoja, kuten henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja koulutukseen sekä taloudelliseen, yhteisölliseen ja sosiaaliseen elämään osallistumisen. Tämänäyttävistä, yleensä muiden ihmisten kanssa toimimista edellyttävistä toiminnoista puhuttaessa käytetään usein sosiaalisen toimintakyvyn käsitettä, joka on tosin melko moniselitteinen ja kiistanalainenkin (esim. Heikkinen 1987, Mäkitalo 2001); ICF-luokituksessa nämä toiminnot sijoittuvat luokkaan, joka määrittää osallisuudeksi sosiaalisiin tilanteisiin. Tässä tarkastellaan kahta tätä ulottuvuutta kuvaavaa mittaria: henkilön omaa arviota siitä, kuinka hyvin hän tulee toimeen muiden kanssa ja kuinka hyvin hän pystyy hoitamaan asioita muiden kanssa.

Muiden kanssa toimeentulemistä selvitettiin AVTK-tutkimuksessa vuosina 1995–98 kysymyksellä ”Miten usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana olette tullut hyvin toimeen muiden kanssa?”. Keskimäärin 93–95 prosenttia vastaajista ilmoitti tulevansa muiden kanssa hyvin toimeen koko ajan tai suurimmaksi osaksi, eikä tämä osuus vaihdellut johdonmukaisesti koulutuksen mukaan. Mini-Suomi-tutkimuksessa 1970-luvun lopulla lähes viidennes alempaan koulutusryhmään kuuluneista 30–64-vuotiaista miehistä ja naisista ilmoitti kokevansa vaikeuksia asioiden hoitamisessa yhdessä muiden ihmisten kanssa, kun ylempään koulutusryhmässä tällaisia vaikeuksia koki alle 10 prosenttia (taulukko 1). Rajoitteita kokevien osuudet olivat molemmissa koulutusryhmissä selvästi pienemmät 20 vuotta myöhemmin, 2000-luvun alussa, mutta koulutusryhmien välinen ero oli säilynyt samana: rajoitteita koki alle kaksi prosenttia ylempään koulutusryhmään kuuluvista, kun taas alemmassa koulutusryhmässä vaikeuksia kokeneiden osuus oli yli kaksinkertainen. Eläkeikäisillä itsearvioidut vaikeudet hoitaa asioita yhdessä muiden kanssa olivat molempina ajankohtina

selvästi yleisempiä kuin nuoremmilla (taulukko 2). Koulutusryhmien välinen ero oli myös heillä samansuuntainen kuin nuoremmilla, joskin suhteellisesti hieman pienempi. Vaikeudet olivat vähentyneet 20 vuoden aikana molemmissa koulutusryhmissä ja molemmilla sukupuolilla, mutta koulutusryhmien välinen ero säilyi samana.

► Työkyky

Työllä on ihmiselle monenlaisia merkityksiä: se on useimmille keskeinen aineellisen toimeentulon lähde ja tärkeä sosiaalisen aseman määrittäjä, minkä lisäksi se kiinnittää ihmisen sosiaaliseen ympäristöönsä, antaa parhaimmillaan merkityksellisyyden kokemuksia ja mahdollistaa itsensä toteuttamisen. Yhteiskunnan kannalta puolestaan väestön työkyvyn ylläpitäminen ja kohentaminen on tärkeitä sekä työvoiman saatavuuden että sosiaaliturvan rahoituksen kannalta. Työssä jaksaminen on noussut yhdeksi keskeisimmistä yhteiskunnallisista kysymyksistä, ja esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on työkäisten työ- ja toimintakyvyn sekä työelämän olosuhteiden kehittyminen siten, että ne mahdollistavat työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

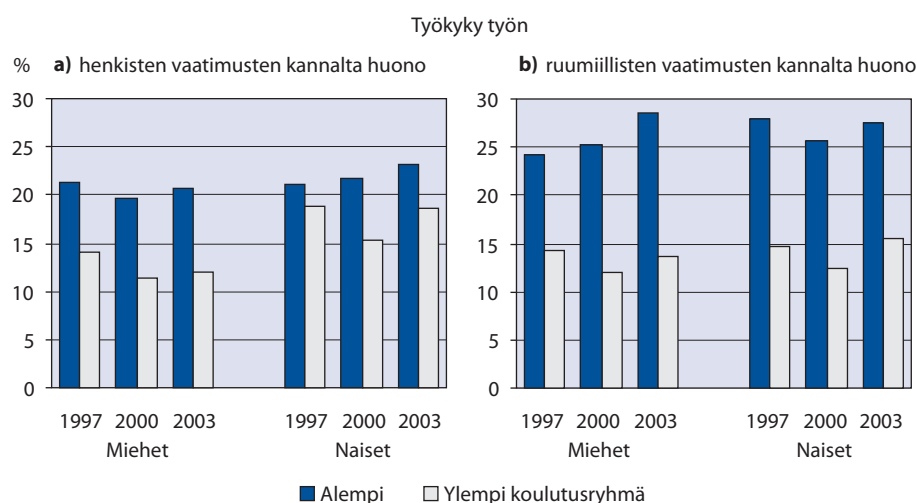
Työkyky voidaan määritellä monilla tavoilla. Sosiaalivakuutuksen kannalta kyse on tiettyjen eläkekriteerien täyttymisestä, jolloin keskeistä on yksilön toimintakyvyn ja työn vaatimusten suhde ja sairauden, vian tai vamman löytyminen toimintakyvyn heikkenemisen taustalta. Näkökulma on sairausidonnainen, ja se painottaa yksilön ominaisuuksia. Moniulotteisessa työkykykäsitteessä sen sijaan tarkastellaan työn tekemisen kokonaisuutta: yksilön voimavaroja (terveyttä ja toimintakykyä, osaamista, arvoja ja asenteita) sekä työhön ja työntekoon liittyviä tekijöitä, kuten työoloja, työn vaatimuksia, työyhteisöä ja johtamista. Lisäksi otetaan huomioon myös työn ulkopuolinen ympäristö kuten työterveyshuolto, lähiyhteisöt ja viime kädessä koko yhteiskunta, joka muodostaa työkyvyn makroympäristön. (Ilmarinen ym. 2006).

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa on todettu selkeitä sosioekonomisia eroja. Ammatissa toimivilla 40–59-vuotiailla työkyvyttömyyseläkkeen alkamisriski oli jaksolla 1976–1985 suurin työntekijöillä ja pienin ylemmillä toimihenkilöillä (Hytti 1993). Myös 1980- ja 1990-luvuilla varhaisen eläkkeelle siirtymisen riskin on todettu olevan vähän koulutetuilla ikääntyneillä työntekijöillä suurempi kuin enemmän koulutusta saaneilla (Hakola 2000, Rantala ja Romppanen 2004).

Myös koettu työkyky vaihtelee selvästi koulutuksen mukaan. Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan vähemmän koulutetut kokivat vuosina 1997, 2000 ja

2003 työkykynsä selvästi useammin huonoksi tai kohtalaiseksi kuin enemmän koulutetut sekä työn ruumiillisten että henkisen vaatimusten kannalta (kuvio 4). Myös Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan koettu työkyky oli eri osoittimien valossa selvästi sitä parempi, mitä enemmän koulutusta oli; erot olivat työsäkävyyllä pienemmät kuin koko väestössä, mutta samansuuntaiset (Martelin ym. 2006). Usko nykyisessä työssä jaksamiseen vielä kahden vuoden kuluttua vaihteli myös selvästi koulutustason mukaan: kun esimerkiksi 84 % 55–64-vuotiaista korkea-asteen koulutuksen saaneista naisista ja 88 % miehistä uskoi jaksavansa työssään vielä kahden vuoden päästä, vain 57 % perusasteen koulutuksen saaneista naisista ja 68 % miehistä koki samoin (Gould 2002). Työkyvyn koulutuserot liittyivät osittain yleisiin sosioekonomisen aseman mukaisiin terveyseroihin ja niiden taustatekijöihin. Koulutus voi vaikuttaa työkykyyn kuitenkin myös muita reittejä pitkin: se tuottaa ammatillisia valmiuksia, jotka tukevat työn hallintaa, työssä jaksamista ja työhön motivoitumista.

Kuvio 4. Huonon tai kohtalaisen työkyvyn ikävakioitu esiintyvyys (%) työn henkisten (kuvio a) ja ruumiillisten (kuvio b) vaatimusten kannalta koulutuksen ja sukupuolen mukaan 25–64-vuotiailla vuosina 1997, 2000 ja 2003¹.



¹ Aineisto: Työ ja terveys -tutkimus

Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus on vähentynyt jaksolla 1980–2000, ja myös koettu työkyky on parantunut: Mini-Suomi ja Terveys 2000 -tutkimusten valossa itsensä kokonaan tai osittain työkyvyttömäksi arvioineiden osuus pieneni vajaasta neljänneksestä hieman alle 20 prosenttiin (Koskinen ym. 2006a). Koulutusryhmien sisällä muutos oli kuitenkin melko vähäinen, ja ryhmien vä-

liset suuret erot koetussa työkyvyssä säilyivät ennallaan (taulukko 1). Itse asiassa koko väestössä näkyvä koetun työkyvyn kohentuminen voidaankin suurlta osin selittää koulutustason parantumisella: työkykynsä hyväksi kokevia, ylempiä koulutusasteita edustavia on väestöstä selvästi suurempi osuus kuin parikymmentä vuotta aiemmin. On kuitenkin epävarmaa, missä määrin tässä ilmiössä on kyse nimenomaan koulutuksen lisääntymisen vaikutuksista ja missä määrin pikemminkin ammattirakenteen ja työtehtävien muutoksista, joita koulutustason kohoaminen heijastaa.

► Lopuksi

Koulutusryhmien väliset erot ovat selviä toimintakyvyn eri ulottuvuuksilla: vähemmän koulutetut kokevat ikäryhmästä riippumatta yleisemmin esimerkiksi liikkumiskyvyn, aistitoimintojen, kognitiivisten toimintojen ja erilaisten päivittäistoimintojen rajoituksia kuin enemmän koulutetut, ja heidän työkykynsä on heikompi kuin ylempillä koulutusryhmillä. Tässä esiteltyjen toimintakyvyn mittareiden lisäksi sosioekonomisen aseman mukaisia eroja on todettu useilla muillakin ulottuvuuksilla. Esimerkiksi jyvaskyläläisen ikääntyneiden kohortin seurauutkimuksessa koulutus, tulot tai molemmat olivat yhteydessä lähes kaikkiin fyysisen toimintakyvyn mittareihin, kuten esimerkiksi kävelynopeuteen, vitaalikapasiteettiin ja käden puristusvoimaan (Rautio ym. 2005). Suomalaiset havainnot ovat samanlaisia kuin muissakin maissa (esim. Deeg ym. 1992, Stuck ym. 1999, Guralnik ym. 1993, Grundy ja Glaser 2000, Broese van Groenou ym. 2003, Huisman ym. 2003, Beydoun ja Popkin 2005). Toimintakyvyn sosioekonomisten erojen taustalla ovat muun muassa erot erilaisten toimintakykyä heikentävien sairauksien ja niitä aiheuttavien elinoloihin ja elintapoihin liittyvien vaaratekijöiden yleisyydessä. Myös elinympäristön erilaisuus voi aiheuttaa toimintakyvyn sosioekonomisia eroja, sillä esimerkiksi asunnon ja asuinympäristön liikuntaesteet ovat yhteydessä toimintakykyvaikeuksiin (Vaarama 2004).

Suomalaisten toimintakyky on useimpien mittareiden valossa parantunut viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana. Koulutusryhmien väliset erot eivät kuitenkaan ole juuri muuttuneet. Toimintakyvyn parantaminen on entistä tärkeämpää väestön ikääntyessä. Toimintakyvyn myönteisen trendin jatkuminen vähentäisi merkittävästi päivittäistä apua tarvitsevien määriä tulevaisuudessa verrattuna siihen tilanteeseen, että rajoitteiden yleisyys eri ikäryhmissä jäisi 2000-luvun alun tasolle (Koskinen ym. 2006b). Jos kaikki ryhmät saavuttaisivat nyt parhaimmassa asemassa olevien toimintakyvyn, koko väestön toimintakyky kohenisi huomattavasti. Tähän pääseminen riippuu siitä, miten onnistutaan

kaventamaan eroja toimintakyvyn rajoitteita aiheuttavissa tekijöissä: toisaalta sairauksissa ja niiden riskitekijöissä, kuten työ- ja elinoloissa sekä lihavuuden, tupakoinnin ja muiden terveyttä vaarantavien elintapojen yleisyydessä, ja toisaalta sekä sosiaalisen että fyysisen ympäristön toimintakyvylle asettamissa vaatimuksissa.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, 1989.
- Aromaa A, Koskinen S ja projektiryhmä. Terveiden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002a, 103–125. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>.
- Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002b. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>.
- Beydoun MA, Popkin BM. The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China. *Social Science & Medicine* 2005;60:2045–2057.
- Broese van Groenou MI, Deeg DJ, Penninx BW. Income differentials in functional disability in old age: relative risks of onset, recovery, decline, attrition and mortality. *Aging Clinical and Experimental Research* 2003;15(2):174-183.
- Deeg DJH, Haga H, Yasumura S, Suzuki T, Shichita K, Shibata H. Predictors of 10-year change in physical, cognitive and social function in Japanese elderly. *Archives in Gerontology and Geriatrics* 1992;15:163–179.
- Gould R. Suomalaisten työkyky . Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Kuntoutus* 2002(2):16–26.
- Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing* 2000;29:149–57.
- Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, et al. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *American Journal of Epidemiology* 1993;137:845–57.
- Hakola T. Varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat tekijät. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2000:11, Helsinki.
- Heikkinen R-L. Sosiaalinen toimintakyky I. *Gerontologia* 1987;1(2):32–43.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005. Helsinki. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b18.pdf

- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science & Medicine* 2003;57:861–873.
- Hytti H. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen yhteiskunnalliset taustatekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:87, Helsinki 1993.
- ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Maailman terveysjärjestö WHO/Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004.
- Ilmarinen J, Gould R, Järvisalo J, Järvisalo J. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, Kela, KTL ja TTL, Helsinki 2006, 17–34.
- Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A, toim. Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki 2005.
- Koskinen S, Sainio P, Martelin T, Gould R, Järvisalo J. Onko väestön työkyky parantunut? Teoksessa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, Kela, KTL ja TTL, Helsinki 2006a, 291–310.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Toimintarajoituksista kärsivien määrä uhkaa kasvaa lähes kaksinkertaiseksi 30 vuodessa. *Duodecim* 2006b;122:255–256.
- Martelin T, Koskinen S, Kattainen A, Sainio P, Reunanen A, Aromaa A. Changes and differentials in the prevalence of activity limitations among Finns aged 65–74: comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978–80) and the FINRISK-97 Senior Survey (1997). *Yearbook of Population Research in Finland*. 2002;38:55–75.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki 2004a, 117–131.
- Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Sulander T. Eroja iäkkäiden toimintakyvyssä. *Kansanterveys* 2004b:1:4–5.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S. Koulutuksen ja siviilisäädyn mukaiset erot 30–64-vuotiaiden suomalaisten toimintakyvyssä. *Kuntoutus* 2005:1:12–26.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S, Gould R. Työkyky koulutusryhmissä. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, Kela, KTL ja TTL 2006, 71–74.
- Mäkitalo J. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa Talo S, toim. Toimintakyky – viitekehystä arviointiin ja mittaamiseen. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, Turku 2001, 65–92.

- Rahkonen O, Takala P. Terveystilan ja toimintakyvyn sosiaaliset erot vanhoilla miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 1997;11(4):282-291.
- Rantala J, Romppanen A. Ikääntyvien työmarkkinoilla pysyminen. Eläketurvakeskuksen raportteja 35, Helsinki 2004.
- Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine* 2005;60:2405–2416.
- Rautio N. Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 113, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2006.
- Sainio P, Koskinen S ja toimintakykyryhmä. Liikkumiskyky. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T ja Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki 2005, 122–124.
- Sainio P, Koskinen S, Heliövaara M, Martelin T, Härkänen T, Hurri H, Miilunpalo S, Aromaa A. Self-reported and test-based mobility limitations in a representative sample of Finns aged 30+. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;34(4):378-386.
- Sainio P, Martelin T, Koskinen S, Heliövaara M: Educational differences in mobility: the contribution of physical workload, obesity, smoking and chronic conditions. *Journal of Epidemiology* 2007;61(5):401–408.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki.
- Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 1999;48:445–69.
- Sulander T, Rahkonen O, Uutela A. Functional ability in the elderly Finnish population: time period differences and associations, 1985–99. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31:100–106.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2006. Helsinki 2006a.
- Sulander T, Martelin T, Sainio P, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65-84 years. *International Journal of Epidemiology* 2006b;35(5):1255–1261.
- Vaarama M. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki 2004, 132–198.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Social Science & Medicine* 1994;38:1–14.

3.6 Terveet elinvuodet

Ari-Pekka Sihvonen, Seppo Koskinen ja Tuija Martelin

Väestön yleisen terveydentilan kuvaamiseen käytetään kansainvälisissä, ajallisissa ja väestöryhmittäisissä vertailuissa usein kuolleisuuteen perustuvia mittalukuja, koska useissa maissa luotettavia ja vertailukelpoisia kuolleisuustietoja on saatavissa pitkältä ajalta. Lisäksi kuolleisuuden katsotaan kuvaavan väestön terveyttä yleisemminkin: jos jossain väestössä kuolleisuus on suuri, ihmisillä on yleensä myös tavallista enemmän sairauksia ja toimintakyvyn vajeita. Kuolleisuusluvut eivät kuitenkaan tuo esiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, mielenterveyden häiriöiden ja muiden harvoin kuolemaan johtavien terveysongelmien merkitystä, vaikka nämä vaikuttavat huomattavasti ihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin.

Sairastavuuden tarkastelussa vaikeuksia voivat puolestaan aiheuttaa monien sairauksien ja toiminnanvajeiden yleisyyttä koskevien tietojen saatavuuteen, luotettavuuteen tai vertailukelpoisuuteen liittyvät ongelmat. Lisäksi sairastavuustiedot kuvaavat tietysti vain niitä, jotka ovat elossa tietyn ikäisinä. Mitä vanhempaa ikäryhmää tarkastellaan, sitä pienempi ja valikoituneempi ryhmä on kyseessä, koska eloon jääneet ovat usein alun perin syntymäkohorttinsa terveimpiä jäseniä. Vuoden 2004 kuolleisuustason mukaan esimerkiksi miehistä noin 60 prosenttia saavuttaisi 75 vuoden iän. Täten erityisesti vanhempien ikäluokkien terveyttä tarkasteltaessa on tärkeää muistaa, kuinka suuri osa alkupe räisestä syntymäkohortista terveysvertailuissa on ylipäänsä mukana.

Väestön terveyden yleiseksi osoittimeksi onkin kehitetty erilaisia mittalukuja, jotka ottavat kuolleisuuden ohella huomioon myös sairastavuuden tai toimintakyvyn rajoitukset. 1980-luvulla yleistyi kuolleisuus- ja eloonjäämistauluun perustuva menetelmä yhdistää ikäryhmittäisiä kuolleisuustietoja sairastavuutta tai toimintakykyä koskeviin tietoihin – terveiden tai toimintakykyisten elinvuosien määrää kuvaavaksi mittaluvuksi (Robine, Jagger ja Romieu 2001).

► Mitä ovat terveet elinvuodet?

Terveiden tai toimintakykyisten elinvuosien odote kuvaa, kuinka kauan tietyn ikäinen henkilö voisi odottaa keskimäärin elävänsä terveenä tai toimintakykyisenä, jos nykyiset kuolleisuus- ja terveysolosuhteet vallitsisivat tulevaisuudessaakin. Terveiden elinvuosien odote ei siis ole ennuste, vaan tarkasteluajan kohtaa kuvaava mittaluku elinajan odotteen tapaan. Toimintarajoitteisten tai sairaiden elinvuosien odote kuvaa vastaavasti, kuinka kauan tietyn ikäinen

henkilö voisi odottaa elävänsä sairaana tai toimintarajoitteisena. Tietyn ikäisen henkilön odotettavissa oleva elinaika jaetaan siis kahteen osaan: terveiden tai toimintakykyisten elinvuosien ja sairaiden tai toimintarajoitteisten elinvuosien odotteisiin (Sullivan 1971).

Terveiden elinvuosien odotteen laskemisen lähtökohta on tutkittavan väestön ja ajanjakson ikäryhmittäisiin kuolleisuuslukuihin perustuva kuolleisuus- ja eloonjäämistaulu eli elinajan taulu. Taulu kuvaa kuolleisuutta ja eloonjäämistä niin sanotussa hypoteettisessa vastasyntyneiden kohortissa eli kuvitellussa tietyssä vuonna syntyneiden ryhmässä. Elinajan taulu kertoo, mitä vauhtia kohortin elossa olevien ihmisten määrä vähenee kohortin ikääntyessä, kun se on alttiina tietyssä ajankohtana havaituille ikäryhmittäisille kuolemanvaaraluville. Tauluun sisältyvät muun muassa tiedot vastasyntyneen ja eri-ikäisten henkilöiden keskimääräisestä jäljellä olevasta elinajasta eli elinajan odotteesta sekä tietyn iän saavuttaneiden prosentuaalisesta osuudesta. Terveiden elinvuosien odotetta laskettaessa periaate on se, että kuolleisuus- ja eloonjäämistaulun hypoteettisen kohortin kullakin ikävälillä elämät vuodet jaetaan 'terveisiin' ja 'sairaisiin' vuosiin. Terveiden elinvuosien odote saadaan jakamalla hypoteettisen kohortin tietyn iän jälkeen elämien terveiden elinvuosien kokonaismäärä tässä tarkassa iässä elossa olevien määrällä.

Tässä luvussa tarkastellaan 25 vuotta täyttäneitä väestöä, joka jaetaan kolmeen koulutusryhmään ylimmän suoritettun tutkinnon mukaan: perusasteen koulutus (vastaa korkeintaan 9 vuotta koulutusta), keskiasteen koulutus (vastaa 10–12 vuotta) ja korkea-asteen koulutus (vastaa 13 vuotta tai enemmän).

Terveiden elinvuosien odotteen laskemiseksi tarvitaan ikäryhmittäiset tiedot kuolleisuudesta ja sairastavuudesta. Tässä käytettävät koulutusryhmittäiset kuolleisuustiedot perustuvat Tilastokeskuksen ns. Elinolot ja Kuolemansyyt (EKSY) aineiston osa-aineistoon, jossa vuoden 1990 väestölaskentaan on yhdistetty tiedot vuosina 1991–1993 kuolleista (Martikainen ja Valkonen 1995, ks. myös Valkonen ym. tässä raportissa). Koulutusryhmittäiset terveydentilätiedot perustuvat Tilastokeskuksen vuonna 1994 keräämään Elinolotutkimukseen, jonka kohteena oli laitoshoidon ulkopuolinen aikuisväestö (Huuhka ym. 1996).

Terveiden elinvuosien odote voidaan laskea useiden erilaisten terveyttä ja toimintakykyä kuvaavien osoittimien avulla. Toimintakykyisten tai terveiden elinvuosien määrä riippuu tietysti suuresti määrin siitä, miten sairastavuutta tai toimintakykyisyyttä mitataan. Jos elinajan odotteesta vähennetään vain vakavasti sairaana eletty aika, on terveiden elinvuosien määrä paljon suurempi kuin silloin, jos otetaan huomioon myös vähäisemmät toimintakyvyn rajoitukset (Sihvonen, Valkonen ja Lahelma 1994).

Seuraavassa terveydentilan mittarina käytetään koettua terveyttä (ks. myös Rahkonen ym. tässä raportissa, Manderbacka 1998). Itse arvioitua eli koettua terveyttä koskevan kysymyksen on todettu heijastavan sekä lääketieteellisesti arvioitua terveydentilaa että fyysistä kuntoa ja myös ennustavan kuolleisuutta ja toiminnanvajavuutta (Manderbacka 1998).

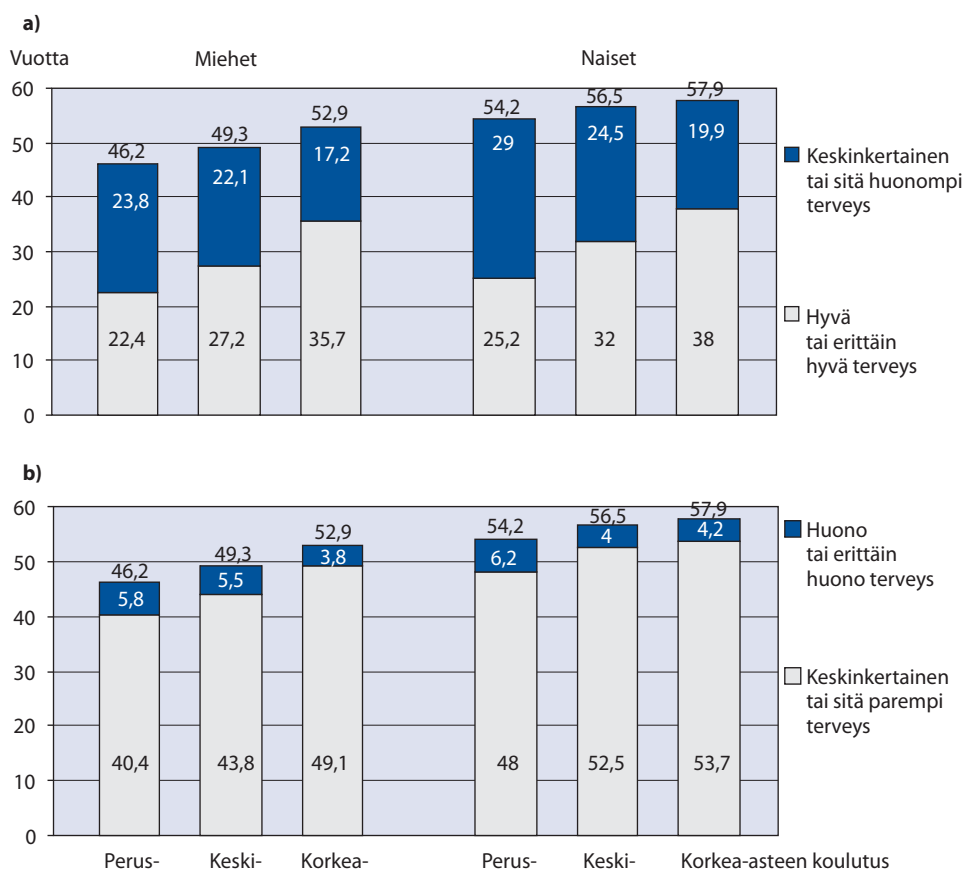
Koetun terveyden mittari perustuu haastateltavien arvioon omasta terveydestään viisiluokkaisen asteikon mukaan: erittäin hyvä, hyvä, keskinkertainen, huono, erittäin huono. Koetun terveyden mittaria käytetään tämän luvun laskelmissa hyväksi kahdella tavalla. Kun koettu terveys on ilmoitettu huonoksi tai erittäin huonoksi, sen tulkitaan kuvastavan sairauksien esiintymistä ja mahdollisesti toimintakyvyn rajoituksia. Toisessa tarkastelutavassa huonoon terveyteen on luettu sekä keskitasoiseksi että sitä huonommaksi ilmoitettu terveys. Tämän tulkitaan heijastavan keskimäärin lievempää sairastavuutta ja toimintarajoitteisuutta,

► Koulutusryhmien väliset terveen elinajan erot

Molempien huonon terveyden osoittimien mukaan naisilla on odotettavissa ainakin hieman enemmän sairaita elinvuosia kuin miehillä, joten terveiden elinvuosien määrä vaihtelee sukupuolten välillä vähemmän kuin kaikkien elinvuosien määrä.

Koulutusryhmittäiset erot odotettavissa olevan elinajan pituudessa ovat selvät molemmilla sukupuolilla: mitä korkeampi koulutus, sitä pidempi elinajan odote (kuvio 1, vrt. myös Valkonen ym. tässä raportissa). 1990-luvun alussa korkea-asteen koulutuksen hankkineiden miesten elinajan odote 25-vuotiaana oli 6,7 vuotta pidempi kuin vain perusasteen koulutuksen saaneiden. Keskiasteen koulutuksen saaneet ovat näiden ryhmien välillä. Naisilla odotettavissa olevan elinajan pituuden koulutusryhmittäiset erot ovat pienempiä, mutta silti huomattavia: 3,7 vuotta korkea- ja perusasteen koulutuksen saaneiden välillä. Silti huonoimmassa asemassa olevien naisten ja parhaimmalla asemassa olevien miesten välillä on selvä ero: perusasteen koulutuksen saaneiden naisten odotettavissa oleva elinaika on 1,3 vuotta pidempi kuin korkeasti koulutettujen miesten odotettavissa oleva elinaika.

Kuvio 1. 25-vuotiaiden miesten ja naisten elinajan odote ja terveiden elinvuosien odote koulutusryhmittäin a) keskinkertaisen tai sitä huonomman ja b) huonon tai erittäin huonon koetun terveyden mukaan 1990-luvun alkupuolella.



Kummankin koetun terveyden mittarin mukaan perusasteen koulutuksen saaneilla on odotettavissa enemmän toimintarajoitteisia elinvuosia kuin korkeasti koulutetuilla. Siksi terveiden elinvuosien koulutusryhmittäiset erot ovatkin vielä selvästi suuremmat kuin erot elinajan odotteessa. Kun sairaiden elinvuosien määrä lasketaan sen perusteella, kuinka monen vuoden ajan henkilön koettu terveys on huono tai erittäin huono, terveiden elinvuosien koulutusryhmittäinen ero on molemmilla sukupuolilla noin 2 vuotta suurempi kuin vastaava ero elinajan odotteessa (kuvion 1 alaosaa). Kun sairauden kriteerinä käytetään keskinkertaista tai sitä huonompaa koettua terveyttä, korkeasti koulutettujen ja perusasteen koulutuksen saaneiden terveiden elinvuosien odotteiden ero on

molemmilla sukupuolilla peräti 13 vuotta. Keskiasteen koulutuksen saaneet ovat näiden ryhmien välillä.

Korkea-asteen koulutuksen saaneilla ei ole pelkästään enemmän toimintakykyisiä elinvuosia ja vähemmän toimintarajoitteisia elinvuosia kuin muilla koulutusryhmillä, vaan heillä myös toimintakykyisten elinvuosien osuus koko elinajasta on muita suurempi.

Terveiden elinvuosien osalta sukupuolten väliset erot eivät ole aivan yhtä johdonmukaiset kuin elinajan odotteen erot: korkeasti koulutetut miehet elävät terveenä keskimäärin yhtä pitkään tai pitempään kuin perusasteen koulutuksen saaneet naiset. Kun sairauden kriteerinä käytetään keskinkertaista tai sitä huonompaa koettua terveyttä, korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla miehillä on terveitä elinvuosia melkein yhtä paljon kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla naisilla.

Edellä olevassa tarkastelussa sosioekonomisen aseman osoittimena on käytetty koulutusta, mutta ei ole perusteita olettaa, että tulokset olisivat olennaisesti erilaisia, vaikka sosioekonomista asemaa olisi mitattu muulla tavoin. Koulutusryhmien välisiä eroja koskevat päätulokset tuskin olennaisesti muuttuisivat myöskään silloin, jos käytettäisiin muita terveyden osoittimia kuin koettua terveyttä (Valkonen, Sihvonen ja Lahelma 1997, Sihvonen ym. 1998). Hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa olevat elävät pitempään kuin huonossa yhteiskunnallisessa asemassa olevat, minkä lisäksi heillä on enemmän terveitä elinvuosia ja vähemmän sairaita ja toimintarajoitteisia elinvuosia.

► Vertailuja ja päätelmiä

Kansainvälisiä vertailuja terveen elinajan pituuden sosioekonomisista eroista on tehty vähän.

Koulutusryhmien väliset erot toimintakykyisten elinvuosien määrässä olivat 1980-luvun puolivälissä Suomessa yhtä suuret kuin Norjassa (Sihvonen ym. 1998). Koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot olivat Suomessa suuremmat kuin Norjassa, mutta Norjassa sairastavuuserot puolestaan olivat suuremmat kuin Suomessa. Terveyden eriarvoisuuden kokonaisarvioinnin kannalta kuolleisuuseroja voitaneen pitää sairastavuuseroja tärkeämpinä, koska sairaanakin eletty aika on usein sekä henkilölle itselleen että hänen läheisilleen arvokasta. Tällä perusteella voidaan katsoa terveyden eriarvoisuuden olleen Suomessa korostuneempaa kuin Norjassa, vaikka terveiden elinvuosien koulutusryhmittäiset erot olivat yhtä suuret kummassakin maassa.

Elinajan pidentyminen on merkinnyt terveiden elinvuosien lisääntymistä: vaikka lievempien terveysongelmien vaivaamana elettävät vuodet ovatkin ehkä

hieman lisääntyneet, niin vakavampien terveysongelmien kuormittama aika ei juuri ole lisääntynyt (Sihvonen 2005, Sihvonen 1998, Sihvonen ym. 2003, Cambois ja Robin 1996).

1980-luvun puoliväliin verrattuna toimintakyisen elinajan koulutusryhmittäiset erot olivat 1990-luvun alkupuolella suurin piirtein samalla tasolla sekä miesten että naisten keskuudessa (Sihvonen 2005). Huonoksi tai melko huonoksi koetun terveyden mukaan korkea- ja perusasteen koulutuksen saaneiden välinen ero toimintakyisen elinajan pituudessa pienentyi hieman, mutta vähintään keskitasoiseksi koetun terveyden mukaan ero oli noin 13 vuotta jo 1980-luvun puolivälissä.

Toimintakyisten elinvuosien odotteen laskeminen sosioekonomisissa ryhmissä vertailukelpoisesti eri ajankohtina asettaa suhteellisen paljon vaatimuksia aineistoille, koska sosioekonomisen aseman osoittimien tulee olla täsmälleen samoin määriteltyjä ja muodostettuja eri ajankohtia koskevissa kuolleisuus- ja sairastavuusaineistoissa. Edellä esitetyt tiedot toimintakyisen elinajan pituuden koulutusryhmittäisistä eroista 1990-luvun alkupuoliskolla ovat tuoreimpia saatavilla olevia. Tässä raportissa esitettyjen tulosten mukaan koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot ovat tuntuvasti kasvaneet (Valkonen ym.) ja koetun terveyden erot ovat säilyneet ennallaan tai hivenen vähentyneet (Rahkonen ym.). Tämän perusteella voidaan arvioida, että terveen elinajan koulutusryhmittäiset erot olivat vuosituhannen vaihteessa vähintään yhtä suuret kuin 1990-luvun alussa.

Terveyden elinvuosien tutkimus yhdistää tietoja kuolleisuudesta ja terveydentilasta. Tämä auttaa kuvaamaan havainnollisesti sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen takia menetettyjen terveyden ja aktiivisten elinvuosien määrää. Yksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (Valtioneuvoston periaatepäätös ... 2001) tavoitteista on suomalaisten terveen elinajan odotteen lisääntyminen kahdella vuodella vuoteen 2015 mennessä, mikä velvoittaa seuraamaan väestön terveydentilaa myös tämän osoittimen valossa. Vaikka eriarvoisuuden vähenemistä koskeva konkreettinen tavoite koskeekin kuolleisuuserojen supistumista, olisi kansanterveysohjelmassa ilmaistun yleisen tasa-arvotavoitteen kannalta tärkeää seurata myös terveyden ja toimintakyisten elinvuosien väestöryhmittäisten erojen kehitystä.

Kirjallisuus

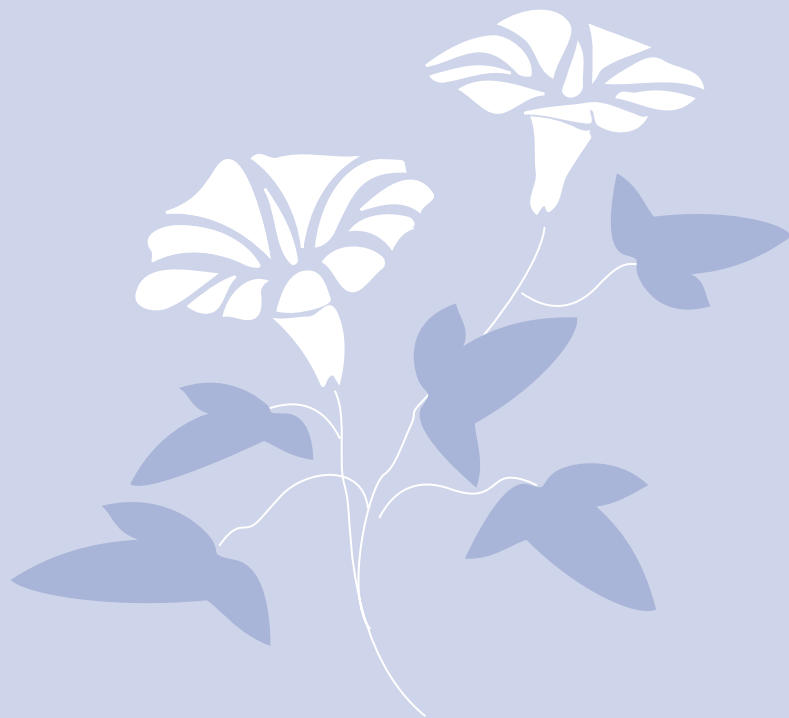
- Cambois E, Robin JM. An International comparison of trends in disability-free life expectancy. *Dev Health Econ Public Policy*. 1996;5:11–23.
- Huuhka M, Lahelma E, Manderbacka K, Mattila V, Karisto A, Rahkonen O. *Terveydentila ja sosiaalinen murros*. Tilastokeskus, Elinolot, Helsinki 1996.
- Manderbacka K. Questions on survey questions on health. Swedish Institute for Social Research 30. Akademitryck AB, Edsbruk 1998.
- Martikainen P, Valkonen T. Lama ja ennenaikainen kuolleisuus. Tilastokeskus, Väestö 1995:11. Helsinki 1995.
- Robine JM, Jagger C, Romieu I. Disability-free life expectancies in the European Union countries. *Genus* 2001;57(2):89–101.
- Sihvonen A-P, Valkonen T, Lahelma E. Miesten ja naisten toimintakykyiset elinvuodet Suomessa 1986. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1994;31(4):326–340.
- Sihvonen A-P. Miesten ja naisten elämänkaari ja terveet elinvuodet. Teoksessa Rahkonen O ja Lahelma E (toim.) *Elämänkaari ja terveys*. Gaudeamus, Helsinki 1998, s. 186–201.
- Sihvonen A-P, Kunst AE, Lahelma E, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. *Social Science & Medicine* 1998;47:303–315.
- Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Aromaa A. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2003, s. 48–59.
- Sihvonen, A-P. Toimintakykyiset elinvuodet. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) *Suomalaisten terveys*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2005, s. 149–151.
- Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971;86:347–354.
- Valkonen T, Sihvonen A-P, Lahelma E. Health expectancy by level of education in Finland. *Social Science & Medicine* 1997;44:801–808.
- Valtioneuvoston periaatepäätös *Terveys 2015 -ohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki.

4 SOSIOEKONOMISIIN TERVEYSEROIHIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT JA NIISSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET

4.1 Terveyskäyttäytyminen

4.2 Biologiset vaaratekijät

4.3 Terveyspalvelut



4.1 Terveyskäyttäytyminen

4.1.1 Johdanto

Ritva Prättälä

Sosioekonomisten terveyserojen syitä pohtineet tutkijat eivät aina ole täysin yksimielisiä siitä, mikä merkitys terveyskäyttäytymisellä (tai vaihtoehtoisesti elintavoilla) on terveyserojen syynä. Joissakin selitysmalleissa terveyskäyttäytymistä ja psykososiaalisia tekijöitä, kuten esimerkiksi sosiaalista tukea, elämäntilanteen tunnetta ja stressiä, on tarkasteltu samanlaisina sosioekonomisen aseman ja terveydentilan välissä olevina määreinä. Toisinaan taas terveyskäyttäytymiseen liittyvät selitykset on nähty psykososiaalisten selitysten vastakohtina, ja joissakin selitysmalleissa terveyskäyttäytyminen on lähes sivuutettu. Viime vuosina eriarvoisuuden tutkijat ovat kuitenkin kiinnittäneet huomiota terveyskäyttäytymiseen, sillä sen merkityksestä terveyserojen aiheuttajana on tutkimuksellista näyttöä (ks. myös Lahelma ym. luku 2 tässä raportissa).

Terveyskäyttäytymisen erilaiset muodot ja piirteet eivät synny tyhjästä, vaan niillä on yhteiskunnallinen ja kulttuurinen kasvualustansa kuten terveyseroilla ja niiden syytekijöillä yleisemminkin. Terveydelle haitallisen käyttäytymisen katsotaan olevan lenkki siinä ketjussa, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen. Vastaavasti hyvään sosioekonomiseen asemaan liittyy tiedollisia, taloudellisia ja sosiaalisia resursseja, jotka mahdollistavat terveyttä tukevan käyttäytymisen. Sosioekonomisen aseman oletetaan siis vaikuttavan terveyteen paljolti terveyskäyttäytymisen kautta. (Mackenbach ym. 2002.)

Tässä luvussa tarkastellaan terveyskäyttäytymisen sosioekonomisia eroja ja niiden muutoksia 1980-luvulta alkaen. Tarkoituksena on arvioida, missä määrin terveyteen vaikuttavat tavalliset arkiset käyttäytymismuodot (tai elintavat) vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan ja missä määrin hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat käyttäytyvät muita terveellisemmin. Lisäksi pohditaan, onko tällaisilla eroilla merkitystä sosioekonomisten kuolleisuus- ja sairastavuuserojen synnyssä ja voidaanko terveyskäyttäytymisen kautta syntyvien erojen odottaa tulevaisuudessa muuttuvan.

Tarkastelun kohteeksi valittiin tupakointi, alkoholinkäyttö, ruokatottumukset ja liikunta, koska näiden neljän elintavan tiedetään olevan keskeisten kansantautiemme riski- tai suojatekijöitä. Tarkastelu kohdistuu lähinnä työikäisiin suomalaisiin, sillä sosioekonomiset terveyserot ovat suurimmillaan

juuri työikäisten ryhmässä. Työikäisten terveyskäyttäytymisen sosioekonomisista eroista on saatavilla monipuolista tutkimustietoa yli kahdenkymmenen vuoden ajalta. Työikäisiä koskevaa tietoa täydennetään nuoria ja eläkeikäisiä koskevilla tutkimustuloksilla.

Sosioekonomisen aseman eri osoittimet, kuten koulutus, tulot ja ammatti-asema voivat olla yhteydessä terveyskäyttäytymiseen eri mekanismien kautta. Koulutus lisää ihmisten mahdollisuuksia hankkia ja omaksua tietoja terveellisistä elintavoista ja niiden ylläpitämisestä ja koulutusympäristö voi myös vaikuttaa koululiikunnan tai kouluruokailun kautta tarjota konkreettisia malleja terveyttä edistävästä elintavoista. Hyvätuloisen on pienituloista helpompi ostaa liikunta-palveluja ja -välineitä ja näin harrastaa monipuolista liikuntaa kustannuksista, säästä ja asuinpaikasta riippumatta. Hyvässä ammattiasemassa olevilla voi olla työnantajan järjestämiä monipuolisia liikunta- ja ruokailumahdollisuuksia sekä työterveyshuollon antamaa tukea esimerkiksi alkoholi- ja nikotiiniriippuvuuden hallintaan. Eri ammattialoilla on myös erilaisia terveyskulttuureita, toiset työyhteisöt kannustavat terveellisiin elintapoihin enemmän kuin toiset.

Koulutus, tulot ja ammatti-asema kuvaavat sosioekonomista asemaa eri tavoin eri elämänvaiheissa. Ammatti-asema on työikäisille sopiva mittari, mutta nuorten tai eläkeikäisten asemasta se kertoo vähemmän. Tuloilla on merkitystä työ- ja eläkeikäisille, mutta nuorissa ikäryhmissä vanhempien tulot ovat usein omia tuloja tärkeämpiä. Tässä luvussa sosioekonomisen aseman ensisijaiseksi osoittimeksi valittiin koulutus, koska elintapojen koulutusryhmäeroista on eniten tutkimustietoja ja koska koulutus soveltuu parhaiten eri-ikäisten ryhmien vertailuun. Koulutustaso on kuitenkin Suomessa parin viime vuosikymmenen aikana kohonnut, joten ylioppilastutkinnon merkitys sosioekonomisen aseman mittarina oli todennäköisesti suurempi 20 vuotta sitten kuin nykyään. Tästä syystä koulutusmittarina käytettiin ns. suhteellista koulutusta, silloin kun tämä mittari oli muodostettavissa. Se tehtiin siten, että tutkimukseen osallistuneet työikäiset sijoitettiin kolmeen yhtä suureen koulutusryhmään syntymävuotensa perusteella. Näin kukin vastaaja kuuluu joko ylimpään, keskimmäiseen tai alimpaan kolmannekseen koulutukseen käyttämiensä vuosien perusteella. Mikäli suhteellisen koulutuksen mittaria ei ollut käytettävissä, valittiin sellainen absoluuttisen koulutuksen mittari, joka mahdollisti kyseiseen tutkimukseen osallistuneiden jakamisen kolmeen koulutusryhmään: lyhyen, keskipitkän ja pitkän koulutuksen saaneisiin. Lyhyt koulutus tarkoitti tässä yhteydessä tyypillisesti kansa- tai peruskoulua, keskipitkä keskiasteen koulutusta ja pitkä ylioppilastutkinnon jälkeistä koulutusta. Muista sosioekonomisen aseman osoittimista yleisimmin käytettiin ammatti-asemaa: ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt ja työntekijät.

Terveyskäyttäytymisluvun eri jaksoissa on hyödynnetty valmiita tutkimusaineistoja ja -raportteja. Tärkeimmät aineistot ovat Aikuisväestön (AVTK) ja Eläkeikäisten (EVTK) terveyskäyttäytymiskyselyt ja Kouluterveyskysely. Kansanterveyslaitoksen Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimus on tehty postikyselynä noin 5000 15–64-vuotiaalle suomalaiselle vuosittain vuodesta 1978 alkaen. Vastausaktiivisuus on ollut noin 67–80 % ja se on vuosien mittaan pienentynyt. Lomakkeessa on tiedusteltu mm. päivittäistä tupakointia, tupakoinnin lopettamista ja aloittamista, erilaisten alkoholijuomien käyttöä edellisen viikon aikana, terveyden kannalta keskeisten elintarvikkeiden (kuten leipärasvat, maitolaatu, kasvikset) käyttöä sekä vapaa-ajan liikunnanharrastuksen useutta. EVTK-kysely on postitettu vuodesta 1985 alkaen joka toinen vuosi otokseen valituille 65–79-vuotiaalle suomalaisille (vuodesta 1989 alkaen 65–84-vuotiaalle). Vastausaktiivisuus on ollut yli 70 %. EVTK-kysely vastaa paljolti muodoltaan ja terveyskäyttäytymistä koskevilta alueiltaan AVTK-kyselyä.

Stakesin kouluterveyskyselyn kohteena ovat iältään 14–18-vuotiaat peruskoulun 8. ja 9. luokan sekä lukioiden oppilaat eri puolilla Suomea. Luokkakyselynä toteutettavassa tutkimuksessa kerätään tietoja terveyskäyttäytymisen keskeisistä osa-alueista, tupakoinnista, alkoholinkäytöstä, ruokatottumuksista ja liikunnasta. Näiden väestökyselyiden antamaa kuvaa täydennetään muilla tutkimuksilla, kuten Juomatapatutkimus, Finravintotutkimus ja Nuorten terveystapatutkimus (NTTT) (ks. myös Aineistoliite).

Kirjallisuus

Mackenbach J, Bakker M, Kunst A, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview. Kirjassa: Mackenbach J ja Bakker M, toim. Reducing inequalities in health. A European perspective. Routledge, London. 2002, 3–24.

4.1.2 Tupakointi

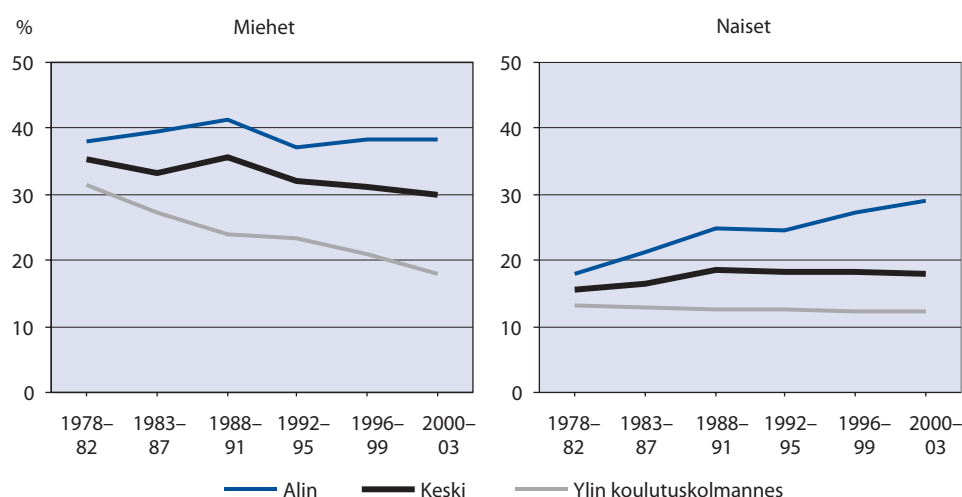
Mikko Laaksonen, Satu Helakorpi, Sakari Karvonen, Kristiina Patja ja Tommi Sulander

Työkäisten suomalaisten tupakointia on seurattu järjestelmällisesti vuodesta 1978 lähtien (Helakorpi ym. 2003). Miesten tupakointi on hiljalleen vähentynyt, naisten tupakointi ensin hieman yleistyi, mutta on 1980-luvun puolivälin jälkeen pysytellyt samalla tasolla. Nykyisin noin 27 prosenttia miehistä ja 20 prosenttia naisista tupakoi päivittäin. Lisäksi noin kuusi prosenttia miehistä ja naisista tupakoi satunnaisesti.

► Koulutusryhmittäiset erot työkäisillä

Kuviossa 1 on esitetty tupakoinnin yleisyys 25–64-vuotiailla suomalaisilla koulutusryhmittäin vuosina 1978–2003 (Helakorpi ym. 2003). Tarkastelussa koulutusryhmät on määritelty syntymävuosien mukaan siten, että jokainen syntymävuosi on jaettu kolmanneksiin koulutusvuosien perusteella. Ikävakiointi on laskettu suoralla menetelmällä 10-vuotisikäryhmittäin käyttäen vertailuväestönä miesten ja naisten yhdistettyä aineistoa.

Kuvio 1. Päivittäin tupakoivien 25–64-vuotiaiden ikävakioitu %-osuus suhteellisen koulutuksen mukaan (koulutuskolmannekset) v. 1978–2003.



Lähde: Helakorpi ym. 2003

Päivittäinen tupakointi on yleisempää alemmissä kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Tutkimusjakson aikana koulutusryhmien väliset tupakointierot ovat sekä miehillä että naisilla tasaisesti kasvaneet. Miehillä tupakoinnin yleisyys on pysynyt alimmassa koulutusryhmässä ennallaan, mutta vähentynyt keskimmaisessa ja etenkin ylimmässä koulutusryhmässä. Naisilla puolestaan tupakointi on pysynyt ylimmässä ja keskimmaisessa koulutusryhmässä ennallaan, mutta alimmassa koulutusryhmässä lisääntynyt. Tutkimusjakson aikana tupakoinnin yleisyys lisääntyi alimman koulutusryhmän naisilla 18 prosentista 29 prosenttiin. Myös muiden tutkimusten mukaan tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot ovat kasvaneet (Salomaa ym. 2003).

► Muut sosioekonomiset erot työikäisillä

Tupakointi aloitetaan Suomessa keskimäärin 14-vuotiaana, jolloin kouluympäristö määrittää paljolti nuoren ihmisen elinympäristöä ja ajankäyttöä. Koulunkäynnin lopettamisen ja työelämään siirtymisen jälkeen muilla sosioekonomisilla tekijöillä, kuten ammattiasemalla tai tuloilla, voi olla tupakoinnin kannalta suurempi merkitys. Aikuisiällä koulutustaso pysyy jokseenkin muuttumattomana (eikä ainakaan laske), joten koulutuksen saavutettu taso ei ilmaise sosiaalisessa ja taloudellisessa tilanteessa tapahtuvia muutoksia. Tupakoinnin kannalta voivat muut sosioekonomiset osoittimet kuin koulutus olla tärkeitä myös siksi, että ne voivat vaikuttaa tupakointiin toisenlaisten mekanismien välityksellä. Koulutus saattaa esimerkiksi kuvata tupakoinnin lopettamisessa tarvittavia tietoja ja taitoja, kun taas ammattiasema voi paremmin kuvata nykyistä elinympäristöä ja työhön liittyvien tekijöiden vaikutusta ja tulot aineellisia olosuhteita ja mahdollisuuksia.

Muiden sosioekonomisten osoittimien kuin koulutuksen mukaisia trendejä tupakoinnin yleisyydestä ei ole julkaistu. Aikuisväestön terveystyöikäisyminen ja terveys (AVTK) -raportista on poimittavissa ammattiaseman mukaiset luvut yksittäisiltä vuosilta. Työntekijöillä päivittäinen tupakointi on selvästi yleisempää kuin alemmilla tai ylemmillä toimihenkilöillä. Työnantajat ja yrittäjät tupakoivat jokseenkin yhtä yleisesti kuin alemmat toimihenkilöt (Helakorpi ym. 2003).

Helsingin kaupungin työntekijöiltä kerätyssä aineistossa tupakointia tarkasteltiin useiden eri sosioekonomisten osoittimien mukaan (Laaksonen ym. 2005). Tupakointi oli yhteydessä sekä alhaiseen koulutukseen, ammattiasemaan että kotitalouden käytettävissä oleviin tuloihin. Naisilla tulotaso liittyi tupakointiin heikommin kuin koulutus tai ammattiasema, miehillä kaikkien näiden yhteys tupakointiin oli suunnilleen samansuuruinen. Lisäksi taloudellinen

tyytymättömyys ja vuokra-asunnossa asuminen olivat yhteydessä tupakointiin näiden perinteisten sosioekonomisten osoittimien vakioinnin jälkeenkin.

► Tupakoinnin aloittamisen ja lopettamisen vaikutus sosioekonomisiin eroihin

Sosioekonomisten ryhmien välisiin tupakointieroihin voivat vaikuttaa erot sekä tupakoinnin aloittamisessa että lopettamisessa. Koulutusryhmien välisiä eroja tupakoinnin aloittamisessa selvitettiin FINRISKI-aineiston pohjalta tarkastelemalla niiden osuutta, jotka olivat joskus elämänsä aikana tupakoineet (Laaksonen ym. 1999). Tutkittavat jaettiin kahteen yhtä suureen koulutusryhmään syntymäkohortin mediaanin perusteella. Miehillä tupakoinnin aloittaminen väheni vuodesta 1972 vuoteen 1997 molemmissa koulutusryhmissä, mutta oli koko ajan hieman vähäisempää ylemmässä koulutusryhmässä. Naisilla tupakoinnin aloittaminen yleistyi molemmissa koulutusryhmissä, mutta 1950-luvulla ja sitä myöhemmin syntyneillä tupakoinnin aloittaminen oli pysyvästi yleisempää alemmassa koulutusryhmässä. Tämä sopii yhteen aiempien tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan vähemmän koulutusta saaneiden naisten tupakointi lisääntyi 1960-luvulta lähtien selvästi enemmän kuin runsaammin koulutusta saaneiden (Martelin 1984).

Myös tupakoinnin lopettamisessa havaittiin koulutusryhmittäiset erot, mutta ajallinen muutos eroissa oli vähäistä (Laaksonen ym. 1999). Tupakoinnin lopettaneiden osuus joskus tupakoineista kasvoi miehillä molemmissa koulutusryhmissä, mutta oli koko ajan hieman yleisempää paremmin koulutetuilla. Naisilla tupakoinnin lopettaminen yleistyi hieman enemmän ylemmässä kuin alemmassa koulutusryhmässä.

Tupakoinnin lopettamisen sosioekonomisia eroja on tarkasteltu kaksosaineistoon perustuvassa pitkittäistutkimuksessa (Broms ym. 2004). Yhdeksän vuoden seurannan aikana tupakoinnin lopetti 22 prosenttia miehistä ja 19 prosenttia naisista. Tupakasta luopuminen oli yleisempää enemmän koulutusta saaneilla kuin vähemmän koulutetuilla, mutta ammattiaseman mukaan erot tupakoinnin lopettamisessa olivat epäjohdonmukaiset.

► Nuoret

Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT) mukaan tupakoinnin kokeilussa on tapahtunut vain vähäisiä muutoksia viimeisten 25 vuoden aikana. Päivittäinen tupakan ja muiden tupakkatuotteiden käyttö on kuitenkin viime vuosina vähentynyt 14- ja 16-vuotiailla. Vuonna 2003 savukkeita tai muita tupakkatuot-

teita (lähinnä nuuskaa) käyttäviä oli 14–18-vuotiaista pojista 23 prosenttia ja tytöistä 26 prosenttia (Rimpelä ym. 2003).

Eri sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien nuorten tupakoinnin pitkän ajan kehityksestä ja tupakoinnin eroista ei ole saatavissa tuoreita tietoja. Kansainvälisessä ESPAD-tutkimuksessa on seurattu nuorten tupakointia heidän vanhempensa koulutuksen mukaan tarkasteltuna 1990-luvun lopulla ja vuonna 2003. Tutkimuksen mukaan tupakoinnissa on pieni, mutta pysyvä vanhempien koulutuksen mukainen ero niin, että vain peruskoulutuksen suorittaneiden vanhempien lapsista suurempi osa tupakoi kuin korkeakoulutettujen vanhempien lapsista (Ahlström ym. 2004). Pohjois-Karjalan Nuorisoprojektin tutkimuksessa ei havaittu yhteyttä vanhempien koulutuksen ja nuorten tupakoinnin välillä (Paavola ym. 2004).

Nuorten oma koulutus on sen sijaan selkeästi yhteydessä tupakointiin (taulukko 1). Kun lukion toisen luokan oppilaista tupakoi päivittäin noin joka viides, ammattioppilaitoksissa opiskelevista tupakoivia on lähes joka toinen. Lukioiden ja ammattioppilaitosten väliset erot johtuvat osittain valikoitumisesta erilaisille koulutusurille. Valikoituminen peruskoulun jälkeiseen koulutukseen heijastaa koulumenestystä, joka on yhteydessä myös tupakointiin. Vuoden 1997 ESPAD-tutkimuksen mukaan keskivertoa paremmin menestyvistä 9. luokan oppilaista joka viides oli tupakoinut useammin kuin 40 kertaa elämänsä aikana, kun keskivertoa huonommin menestyvistä vastaava osuus oli puolet.

Taulukko 1. Poikien ja tyttöjen tupakointi (%) kouluterveyskyselyn perusteella vuonna 2000.

	Peruskoulun 8. lk		Peruskoulun 9. lk		Lukion 1. lk		Lukion 2. lk		Ammatti- oppilaitoksen 2. vuosikurssi	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Päivittäin	22	21	29	27	17	20	19	21	48	45
Kerran viikossa tai useammin	5	7	5	7	5	7	5	8	5	4
Harvemmin	8	12	9	13	13	15	17	15	8	7
Lakossa tai lopettanut	18	15	19	17	22	20	22	20	18	21
Ei tupakoi	46	45	37	36	43	38	37	36	21	23
N	11 779	11 654	11 731	11 653	5 446	7 608	4 784	6 540	3 489	2 632

Lähde: Stakes. Kouluterveyskysely 2000.

► Eläkeikäiset

Eläkeikäisten (65–79-vuotiaiden) miesten päivittäinen tupakointi vähentyi hieman vuodesta 1985 vuoteen 2001 (Sulander ym. 2004a). Vastaavana aikana eläkeikäisten naisten päivittäinen tupakointi on pysynyt vähäisenä. Miehillä erot tupakoinnin yleisyydessä teollisuus-, toimisto- ja maataloustyössä toimineiden välillä olivat koko tutkimusjakson ajan pieniä. Naisilla maataloustyön parissa työskennelleiden tupakointi oli huomattavasti vähäisempää kuin teollisuus- ja toimistoammateissa toimineilla.

Tupakoinnin yleisyyden koulutusryhmittäisiä eroja on selvitetty Eläkeikäisen väestön terveystyöryhmäselvityksessä (Sulander ym. 2004b). Viimeisten kymmenen vuoden aikana koulutusryhmien väliset tupakointierot ovat olleet pieniä. Alemmaan koulutusryhmään kuuluvat naiset tosin ilmoittavat hieman ylempään ryhmään kuuluvia useammin etteivät ole tupakoineet elämänsä aikana lainkaan. Eläkeikäisten tupakoinnin sosioekonomisten erojen pienuuteen vaikuttaa naisilla se, että näihin syntymäkohortteihin kuuluvat ovat elämänsä aikana tupakoineet hyvin vähän. Miehillä puolestaan tupakoivien korkeampi kuolleisuus on voinut tasoittaa sosioekonomisia eroja eläkeiässä.

► Pohdinta

Sosioekonomisten ryhmien väliset erot tupakoinnin yleisyydessä ovat työikäisillä suomalaisilla selvät. Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana erot ovat kasvaneet sekä miehillä että naisilla. Miesten tupakointi on vähentynyt enemmän ylemmissä kuin alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä, kun taas naisten tupakointi on yleistynyt lähinnä alimmassa sosioekonomisessa ryhmässä (Helakorpi ym. 2003). Tupakointi selittää huomattavan osan sosioekonomista kuolleisuuseroista (Pekkanen ym. 1995, Schrijvers ym. 1999).

Tupakoinnin kehitystä tarkasteltaessa viitataan usein tupakoinnin epidemiamalliin (Lopez ym. 1994). Mallin mukaan tupakoinnin omaksuvat ensin ylemmien sosioekonomisten ryhmien miehet ja alemmat sosioekonomiset ryhmät seuraavat perässä hieman myöhemmin. Samaan aikaan ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä tupakointi alkaa jo vähentyä lopettamisen yleistyessä. Lopulta myös alemmat sosioekonomiset ryhmät seuraavat esimerkkiä tupakoinnin lopettamisessa, jolloin sosioekonomiset erot kapenevat tai häviävät. Naisilla tupakoinnin leviäminen tapahtuu vastaavalla tavalla 10–20 vuotta myöhemmin kuin miehillä. Tupakointiepidemian leviämisvaiheiden aikana sosioekonomiset erot siis kääntyvät päinvastaisiksi, ja alemmat sosioekonomiset ryhmät tupakoivat ylempiä sosioekonomisia ryhmiä useammin vasta tupakointiepidemian

myöhemmissä vaiheissa. Myös Suomessa tupakointi levisi ensin tämän mallin mukaisesti, mutta 1980-luvun jälkeen kehitys ei enää ole täysin vastannut sitä (Rahkonen ym. 1993). Näyttää siltä, että sosioekonomisten ryhmien väliset erot tupakoinnissa eivät ihan heti ole pienemässä. FINRISKI-tutkimuksessa tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot olivat naisilla suuremmat nuoremmissa ikäryhmissä, mikä viittaa pikemminkin erojen kasvuun (Salomaa ym. 2003). Myös vanhemmissa ikäryhmissä syntymäkohorttien tupakointihistoria vaikuttaa sosioekonomisten ryhmien välisiin tupakointieroihin tulevaisuudessa. Jos tupakoinnin lopettamisessa ei tapahdu merkittäviä sosioekonomisia muutoksia, myös eläkeikäisillä naisilla nähdään sosioekonomisia eroja tupakoinnissa suurten ikäluokkien tultua eläkeikään.

Tupakoinnin aloittaminen keskittyy muutama vuoteen. Nämä vuodet ovat luonnollisesti tärkeitä tupakoinnin aloittamisen ehkäisyn kannalta. Kouluterveyskyselyn tulokset viittaavat siihen, että sosioekonomiset tupakointierot syntyvät osittain valikoitumisen seurauksena. Esimerkiksi lukioon hakeutuvat tupakoivat keskimääräistä harvemmin. Tupakoinnin ja koulutustason välisen yhteyden taustalla onkin monimutkaisia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia mekanismeja. Siksi pelkästään tupakointiin kohdistuvilla toimilla voi olla vaikea ehkäistä sosioekonomisten tupakointierojen syntyä. Koska oppilaitosten väliset erot tupakoinnissa ovat huomattavat, tarvitaan ammattioppilaitosten tupakkavalistuksen tehostamista, mutta myös yleisemmin tupakointia ylläpitävien yhteisöjen huomioon ottamista. Esimerkiksi yleinen näköalattomuuden vastainen taistelu voi olla myös hyvää tupakkapolitiikkaa (Karvonen ja Rahkonen 2002).

Tulojen yhteys tupakointiin on samansuuntainen kuin koulutuksen ja ammattiasemankin. Tulotaso on siis ensisijaisesti sosioekonomisen aseman osoitin tupakoinnin kannalta. Hyvät tulot eivät suoraviivaisen talousteoreettisen ajattelun mukaisesti lisää kulutusta, eivätkä pienet tulot sinänsä ehkäise tupakointia. Tupakkatuotteiden hinnan nosto voi kuitenkin purra voimakkaammin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin, ja sen merkitys voi olla suurempi nuorilla kuin aikuisilla, joten tupakkatuotteiden hinnan nosto voisi ehkäistä eritoten vähävaraisia nuoria vakiinnuttamasta tupakointitapaansa (Townsend ym. 1994). Nikotiinikorvaushoidon (ja muiden palvelujen) hinnan laskun voidaan ajatella toimivan samaan suuntaan. Tupakasta vierotuksen tukikeinojen tuominen laajaan käyttöön saattaisi siten hyödyntää erityisesti alempia sosioekonomisia ryhmiä.

Suomessa tupakointia on pyritty vähentämään erilaisten lainsäädännöllisten keinojen avulla. Niiden merkitystä sosioekonomisten tupakointierojen kannalta ei kuitenkaan ole arvioitu riittävästi. Vuoden 1995 tupakkalain tiuken-

nus vähensi tupakointia työpaikoilla samoin kuin työntekijöiden altistumista passiiviselle tupakansavulle. Tupakoinnin vähentyminen oli lyhyellä aikavälillä hieman yleisempää vähemmän koulutettujen työntekijöiden keskuudessa (Heloma 2003). Vuonna 2000 työpaikkojen tupakointirajoitukset laajenivat koskemaan myös ravintoloita. Lain pääasiallinen tarkoitus oli ravintoloiden työntekijöiden suojeleminen, mutta sillä saattaa olla vaikutusta myös asiakkaiden passiiviseen ja aktiiviseen tupakointiin (Autio ym. 2001). Ravintoloiden välillä on ollut suuria eroja lain toteutumisessa. Lain tiukennus voi vaikuttaa sosioekonomisiin eroihin vain, mikäli muutos onnistuu tukemaan alempien sosioekonomisten ryhmien tupakointitottumusten muuttumista.

Tähän asti tupakoinnin vähentämiseen tähtäävillä toimilla ei ole pystytty pienentämään sosioekonomisten ryhmien välisiä tupakointieroja. Saattaa olla, että toimet ovat joskus jopa kasvattaneet eroja. Ylemmät sosioekonomiset ryhmät pystyvät parempien voimavarojensa turvin ehkä saamaan paremman hyödyn kaikille tasapuolisesti suunnatusta tupakoinnin ehkäisystä. Jotta sosioekonomiset erot pienenisivät, tarvitaan toimintaa, joka ottaa huomioon erityisesti voimavaroiltaan heikommassa asemassa olevien olosuhteet ja tarpeet. Tähän mennessä tällainen toiminta on ollut vähäistä (Karvonen ja Rahkonen 2002). Tällaisia suunnattuja toimia voisivat olla esimerkiksi tupakoinnin aloittamisen ehkäisykampanjat, joissa otetaan huomioon tiedollisten ja taidollisten tarpeiden erot sekä erilaiset kohderyhmät, tupakoimattomuuden edistäminen ja vierotus koulu- ja oppilasterveydenhuollossa, ja tupakasta vierotuksen tukeminen työterveydenhuollossa aloilla, joilla tupakointi on yleistä.

Kirjallisuus

- Autio L, Heloma A, Taskinen K, Reijula K. Ravintolatyöntekijöiden tupakointi ja tupakansavu-altistus – toteutuuko tupakkalaki? Suomen Lääkärilehti 2001;51:5289–92.
- Ahlström S, Metso L, Tuovinen EL. Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1999 ja 2003. ESPAD-tutkimuksen taulukkoraportti. Aiheita 32/2004. Stakes, Helsinki 2004.
- Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine and Tobacco Research* 2004;6:447–455.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003, Helsinki, 2003.
- Heloma A. Impact and implementation of the Finnish Tobacco Act in workplaces. *People and Work Research Reports* 57:2003, Helsinki, 2003.

- Karvonen S, Rahkonen O. Tupakka ja terveyden eriarvoisuus. Teoksessa: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Prättälä R, Lahelma E, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 2002, 83–99.
- Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking. Analysing inequalities with multiple indicators. *European Journal of Public Health* 2005;15:262–269.
- Laaksonen M, Uutela A, Vartiainen E, Jousilahti P, Helakorpi S, Puska P. Development of smoking by birth cohort in the adult population in eastern Finland 1972–97. *Tobacco Control* 1999;8:161–8.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994;3:242–247.
- Martelin T. Tupakointitapojen kehitys Suomessa haastattelu- ja kyselytutkimusten valossa. Lääkintöhallitus, Helsinki, 1984.
- Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood: the effects of parental and own socioeconomic status. *European Journal of Public Health* 2004;14:417–421.
- Pekkanen J, Tuomilehto J, Uutela A, Vartiainen E, Nissinen A. Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *British Medical Journal* 1995;311:589–593.
- Rahkonen O, Berg M-A, Puska P. Koulutusryhmien väliset erot tupakoinnissa 1978–1992. *Suomen Lääkärilehti* 1993;48:2345–2348.
- Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Rainio S, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käytön muutokset 1977–2003. Aiheita 13/2003, Stakes, Helsinki, 2003.
- Salomaa V, Laatikainen T, Tapanainen H, Jousilahti P, Vartiainen E. Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:3187–3191.
- Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health* 1999;89:535–540.
- Stakes. Kouluterveyskysely 2000. Valtakunnalliset tulokset. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/2000/index.html>, 12.5.2005.
- Sulander T, Helakorpi S, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Smoking and alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985–2001. *Preventive Medicine* 2004a;39:413–418.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystapojen muuttuminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2004b, Helsinki, 2004.
- Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal* 1994;309:923–927.

4.1.3 Alkoholinkäyttö

Satu Helakorpi, Pia Mäkelä, Ville Helasoja, Sakari Karvonen, Tommi Sulander ja Antti Uutela

Suomessa alkoholin kokonaiskulutus väkimäärään suhteutettuna on lähes kaksinkertaistunut 1970-luvun alusta vuoteen 2005 mennessä (Stakes 2006). Alkoholinkäytössä on siirrytty miedompiin juomiin, mutta alkoholijuomat ovat yhä harvinaisia aterioiden yhteydessä ja humalajuominen on edelleen suhteellisen yleistä (Mustonen ym. 2001, Mustonen ym. 2005). Raittiiden määrä on selvästi vähentynyt verrattuna 1980-luvun alkuun, etenkin naisilla (Mustonen ym. 2001, Helakorpi ym. 2005).

Vuonna 2004 alkoholin matkustajatuontikiintiöt muista EU-maista, toukuusta 2004 alkaen myös Virosta, poistettiin. Tähän liittyen alkoholiverotusta alennettiin keskimäärin kolmanneksella. Alkoholin arvioitu kokonaiskulutus lisääntyi tällöin noin kymmenellä prosentilla 9,4 litrasta 10,3 litraan asukasta kohden (Österberg 2005) ja on sen jälkeen pysynyt tällä aiempaa korkeammalla tasolla (Stakes 2006). Suomi ei ole enää pitkään aikaan ollut vähäisen kulutuksen maa, ja viimeaikaisen kulutuksen kasvun myötä Suomi on jo ohittanut eurooppalaisen keskitason. Esimerkiksi Ranskassa tilastoitu kulutus oli samaiset 10,3 litraa asukasta kohden (World Drink Trends 2004), joskin tähän päälle on arvioitu tulevan noin litran verran tilastoimatonta kulutusta (Leifman 2001). Koska kulutuksen kasvu Suomessa ilmeisesti liittyi pitkälti hintojen halpenemiseen, oli pelättävissä, että kulutus lisääntyisi eniten vähävaraisimmilla.

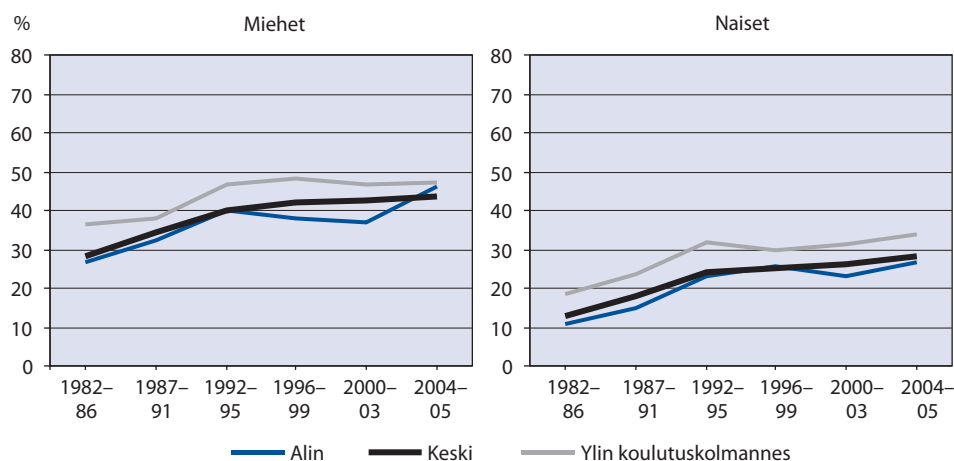
Vuoden 2004 kulutusmuutoksen on jo havaittu lisänneen erilaisia runsaaseen alkoholinkulutukseen liittyviä haittoja ja haittoihin viittaavia tapahtumia, kuten käyntejä A-klinikoilla ja katkaisuhoidoasemilla, päihtyneiden säilöönottoja, pahoinpitelyitä ja rattijuopumustapauksissa loukkaantuneiden määriä. Vuonna 2004 alkoholiehtoisten sairaalahoitajaksojen määrä kasvoi vajaalla kymmenennekseksi. Alkoholin aiheuttamista kuolemista maksasairauskuolemat lisääntyivät suhteellisesti eniten eli 30 prosenttia. Alkoholimyrkytyskuolemat samoin kuin kaikki alkoholisairaudet ja alkoholimyrkytykset keskimäärin lisääntyivät viidenneksellä (Mäkelä ja Österberg 2006). Alkoholikuolemien määrä kasvoi vuonna 2005 vielä noin kymmenennekseksi vuoden 2004 tasosta (Tilastokeskus 2006). Alkoholikuolemat lisääntyivät vuosina 2004–05 lähes yksinomaan työssäkäymättömillä. Kun ihmiset jaettiin ryhmiin viimeisimmän työn mukaan, alkoholikuolemat lisääntyivät eri työntekijäryhmistä ylivoimaisesti eniten erikoistumattomilla työntekijöillä (Herttua ym. 2007).

► Työikäiset

Alkoholinkulutuksen koulutusryhmittäisten erojen ajallisesta muutoksesta työikäisessä väestössä saatiin tietoja Kansanterveyslaitoksen AVTK-aineistosta. Alkoholien viikkokulutuskannat on saatu postikyselytutkimuksessa raportoidusta eri juomalajien viikkokulutuksesta.

Alkoholinkulutus on kasvanut kaikissa koulutusryhmissä 1980-luvun alusta vuoteen 2005 tultaessa (kuvio 1). Jo pitkään suurempi osa korkeimmin koulutetuista miehistä on ilmoittanut juovansa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa kuin vähemmän koulutetuista. Viimeisellä tutkimusjaksolla (2004–05), joka ajoittui veronalennusten jälkeiseen aikaan, alimman koulutusryhmän miehet olivat selvästi lisänneet kulutustaan, eikä koulutusryhmien välillä enää esiintynyt eroja. Naisilla taas ylimmässä koulutusryhmässä ilmoitettiin eniten vähintään viiden alkoholiannoksen viikkokulutusta myös viimeisellä tutkimusjaksolla (Helakorpi ym. 2005).

Kuvio 1. Viimeksi kuluneen viikon aikana vähintään 8 annosta alkoholia (miehet) tai vähintään 5 annosta alkoholia (naiset) juoneiden 25–64-vuotiaiden ikävakiointu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan (koulutuskolmannekset) vuosina 1982–2005.



Lähde: Helakorpi ym. 2005

Kulutuksen kasvun kohdentumisen tutkimiseksi tehty paneelitutkimus ei tuonut selvää näyttöä siitä, että muutos alkoholinkulutuksessa olisi ollut suoraviivaisessa yhteydessä tuloihin. Miehillä suurin kasvu havaittiin kyllä kahdessa

vähiten ansaitsevassa tuloluokassa (yhdeksästä), mutta muutoksen ero muihin verrattuna ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Mustonen ym. 2005).

Alkoholinkulutuksen koulutuseroja tarkasteltiin myös pienemmän ja yhtä ajankohtaa edustavan, mutta tarkempaa tietoa juomisesta sisältävän Stakesin Juomatapa 2000 -aineiston avulla. Tässä aineistossa koulutustieto tuli rekisteristä ja sitä käytettiin kolmiluokkaisena (alin = peruskoulu tai tuntematon, keski = keskiaste, ylin = alin korkea-aste tai enemmän), ja koulutusryhmien erilaisten ikärakenteiden vaikutus juomiseen kontrolloitiin ikävakiointilla.

Juomatapa 2000 -aineistossa vuosittaisten kulutuskertojen keskiarvo oli suurin ylimmässä koulutusryhmässä sekä miehillä että naisilla. Vuosikulutuksessa ei ollut yhtä systemaattisia koulutusryhmittäisiä eroja. Suurkuluttajien osuus ja humalakulutuksen tiheys sekä suurten kertakulutuspäämien juomistiheys sen sijaan olivat suurimmat alimmassa koulutusryhmässä (taulukko 1).

Taulukko 1. Alkoholinkäyttöä kuvaavia ikävakioituja keskiarvoja ja prosenttilukuja koulutusryhmittäin (alin = peruskoulu tai tuntematon, keski = keskiaste, ylin = alin korkea-aste tai enemmän) Juomatapa 2000 -aineiston 25–64-vuotiailla miehillä ja naisilla.

	Miehet			Naiset		
	Alin	Keski	Ylin	Alin	Keski	Ylin
Kulutustiheys, krt vuodessa	69	77	98	34	43	49
Vuosikulutus, cl vuodessa	691	615	642	208	184	175
Suurkulutus ¹ , %	7,4	3,7	4,9	6,7	3,5	3,8
Humalatiheys ² , krt vuodessa	11,3	8,9	8,0	3,8	2,5	1,6
6+ annosta ³ viikoittain, %	19,0	14,3	12,4	4,6	4,1	1,0
6+ kertoja ³ vuodessa	18,0	16,7	13,9	6,0	6,2	3,3
8+ kertoja ³ vuodessa	20,4	15,0	13,3	4,9	2,1	1,5
13+ kertoja ³ vuodessa	10,9	7,4	4,9	2,2	0,3	0,1
18+ kertoja ³ vuodessa	3,7	3,3	1,6			
N	197	324	231	179	286	267

¹ Suurkuluttajiksi määriteltiin eniten kuluttavat 5 prosenttia aineistosta sukupuolittain laskettuna

² Niiden kertojen määrä, jolloin vastaaja on juonut niin paljon alkoholia, että "se tuntuu oikein toden teolla"

³ Esim. 6+ annosta ja 6+ kerta: juomiskerta, jolloin vastaaja on nauttinut vähintään kuusi annosta alkoholia

► Nuoret

Nuorten raittiiden osuus on kasvanut 2000-luvulla. Puolet 14-vuotiaista oli vuoden 2003 Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan täysraittiita. Myös tosihumalaan juominen ja alkoholia vähintään kerran kuussa käyttävien osuudet

laskivat 14- ja 16-vuotiailla. Sen sijaan 18-vuotiaiden poikien alkoholin käyttö ei vähentynyt ja 18-vuotiaiden tyttöjen alkoholin käyttö ja tosihumalaan juominen yleistyivät vuoteen 2003 (Rimpelä ym. 2003). Vuoden 2004 alkoholiolojen muutosten yhteydessä yläasteikäisten raittiuden lisääntyminen ja juomistiheyden väheneminen jatkuivat, mutta toistuvan humalajuomisen laskeva trendi pysähtyi. Vanhemmissa koululaisryhmissä käytön väheneminen pysähtyi ja toistuva humalajuominen lisääntyi erityisesti pojilla (Rimpelä ym. 2005).

Lintosen ym. (2000) mukaan kuukausittain toistuva tosihumalaan juominen oli 14-vuotiailla yhteydessä huoltajan koulutukseen siten, että vain peruskoulutuksen tai keskiasteen koulutuksen saaneiden vanhempien tyttäristä humalaan juovien osuus oli puolitoistakertainen korkeakoulutettujen tyttäriin verrattuna. Yhteys pysyi samanlaisena koko 1980- ja 1990-luvun. Pojilla koulutuksen mukaista eroa ei esiintynyt. ESPAD-tutkimuksen tuoreimmat mittaukset (1997 ja 2003) viittaavat kuitenkin siihen, että myös pojilla huoltajan koulutus alkaisi erotella: korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden huoltajien pojista 15 prosenttia, mutta vain peruskoulutuksen suorittaneiden huoltajien pojista 22 prosenttia oli toistuvasti juonut runsaasti edeltävän kuukauden aikana. Tyttöillä vastaavat osuudet olivat 8 ja 17 prosenttia (Ahlström ym. 2004).

Taulukko 2. Nuorten humalajuomisen useus (%) vuoden 2000 Kouluterveyskyselyssä.

	Peruskoulun 8. lk.		Peruskoulun 9. lk.		Lukion 1. lk.		Lukion 2. lk.		Ammatti- oppilaitoksen 2. vuosikurssi	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Kerran viikossa	7	4	8	4	5	2	6	2	16	5
1–2 kertaa kuukaudessa	17	19	24	21	22	16	26	16	33	24
Harvemmin	30	33	37	43	43	51	46	57	40	55
Ei koskaan	46	44	31	32	30	32	22	25	12	16
N	11 901	11 717	11 831	11 735	5 512	7 672	4 863	6 628	3 537	2 658

Lähde: STAKES. Kouluterveyskysely 2000

Oman koulumenestyksen mukaiset alkoholinkulutuserot ovat kuitenkin vielä suuremmat. Vuonna 1997 runsaan toistuvan juomisen osuus keskivertoa paremmin menestyvillä pojilla oli 13 prosenttia, mutta keskivertoa huonommin menestyvillä 39 prosenttia. Tyttöillä erot olivat samaa tasoa: 12 ja 37 prosenttia (Ahlström ym. 1997). Myös nuoren oman koulutuksen mukainen ero alkoholin

käytössä on ilmeinen (taulukko 2). Lukion toista luokkaa käyvistä pojista 6 prosenttia ja tytöistä 2 prosenttia joi humalaan asti viikoittain, mutta samanikäistä ammattioppilaitoksissa opiskelevista pojista joi viikoittain humalaan asti 16 prosenttia ja tytöistäkin 5 prosenttia.

► Eläkeikäiset

Alkoholinkulutuksen kehitystä eläkeikäisessä väestössä voidaan seurata Kansanterveyslaitoksen EVTK-aineiston avulla. Alkoholien viikkokulutuskannat on saatu postikyselytutkimuksessa raportoidusta eri juomalajien viikkokulutuksesta. Raittiiden eläkeikäisten osuus on vähentynyt vuodesta 1985 vuoteen 2005. Vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa käyttävien 65–79-vuotiaiden miesten ja vähintään viisi annosta viikossa käyttävien samanikäisten naisten osuus on lisääntynyt selvästi 1980-luvun puolestavälistä tähän päivään (Sulander ym. 2004, Sulander ym. 2006). Miesten alkoholinkäyttö on ollut koko seurannan ajan runsaampaa kuin naisten alkoholinkäyttö. Vuoden 2005 EVTK-tietojen mukaan 65–84-vuotiaista miehistä 31 prosenttia ja naisista 16 prosenttia ilmoitti käyttävänsä alkoholia ainakin kerran viikossa, mutta ei päivittäin. Raittiiden miesten määrä väheni ja väkevää alkoholia käyttävien 65–69-vuotiaiden miesten määrä lisääntyi vuosien 2003 ja 2005 välillä (Sulander ym. 2006).

Alkoholinkäytön koulutusryhmittäiset erot ovat selkeitä. Vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa juoneiden miesten osuus ja vähintään viisi annosta viikossa juoneiden naisten osuus on suurempi korkeammilla koulutetuilla. Alkoholinkäyttö vähemmän koulutetuilla eläkeikäisillä naisilla on edelleen hyvin harvinaista. Vähemmän koulutusta saaneet miehet ja naiset ovat huomattavasti useammin raittiita kuin enemmän koulutusta saaneet. Vaikka eläkeikäisten alkoholinkäyttö on viimeisten parin vuosikymmenen aikana pysytellyt vähäisenä, kulutus on kuitenkin kasvanut tasaisesti (Sulander ym. 2006). Vuoden 2005 EVTK-tutkimuksen mukaan alkoholiveron alentaminen ei ole ainakaan toistaiseksi merkittävästi vaikuttanut eläkeikäisten keskimääräiseen alkoholin kulutukseen.

► Pohdinta

Alkoholinkäyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi 1980-luvulta tähän päivään. Vuonna 2004 kulutus lisääntyi vielä hintojen halpenemisen ja saataavuuden parantumisen vuoksi kymmenellä prosentilla ja säilyi tällä korkealla tasolla. Miehet juovat edelleen huomattavasti enemmän alkoholia kuin naiset,

vaikka naisten alkoholinkulutus onkin kasvanut viime vuosikymmeninä suhteellisesti enemmän. Vuoden 2004 kulutuksen kasvu näyttää olleen erityisen suurta alimman koulutusryhmän miehillä. Myös alkoholikuolemat lisääntyivät eniten alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Kulutus sinänsä on jakautunut eri sosioekonomisten ryhmien välillä melko tasaisesti, kun sitä mitataan esimerkiksi vuosikulutuksella tai niiden vastaajien osuudella, jotka juovat tietyn määrän alkoholia viikossa. Haittoihin selkeämmin yhteydessä olevat mittarit, kuten humala- ja suurkulutus, osoittavat kuitenkin jonkin verran runsaampaa kulutusta alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä sekä miehillä että naisilla.

Vakavien alkoholinkulutuksen haittavaikutusten kuten alkoholiin liittyvien kuolemien ja sairaalahoitojaksojen on havaittu olevan monta kertaa yleisempiä alemmissa kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä (Mäkelä 1999, Mäkelä ym. 2003, Mustonen ja Simpura 2005, Herttua ym. 2007). Alkoholiin liittyvien kuolemien onkin todettu selittävän neljäsosan työntekijämiesten ja ylempien toimihenkilömiesten välisestä elinajanodotteen erosta ja 50 prosenttia näiden ryhmien kuolleisuuserosta tapaturmaisissa ja väkivaltaisissa kuolemissa (Mäkelä ym. 1997).

Kyselytutkimuksissa todetut humala- ja suurkulutuksen sosioekonomiset erot ovat paljon pienempiä kuin alkoholihaittojen erot. Osittain kyselytutkimusten ja rekisteritutkimusten erot voivat johtua siitä, että samanlaisesta alkoholinkulutuksesta koituvat seuraukset voivat todella olla pahempia alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Esimerkiksi ylempien sosioekonomisten ryhmien edustajilla voi olla paremmat resurssit vaikuttaa kulutuksen vähentämiseen oireiden ilmaannuttua sekä parempi motivaatio saada muutos aikaan vaikkapa hyvän työaseman menettämisen vuoksi. Ylempien sosioekonomisten ryhmien miehet ovat useammin perheellisiä, joten on mahdollista, että he saavat myös läheisiltä enemmän tukea pyrkiessään muuttamaan juomatapojaan.

Osasy kyselytutkimusten ja rekisteritietojen eroihin on kyselytietojen puutteellisessa ulkoisessa validiteetissa. Asunnottomat ja laitosväestö jäävät kokonaan kyselytutkimusten otosten ulkopuolelle, ja tässä väestössä on myös tavanomaista enemmän alkoholin suurkuluttajia. Kyselytutkimusten otoksistakin jättää nykyisin usein noin 30 prosenttia vastaamatta, ja alkoholin suurkuluttajat ovat yliedustettuina kadossa. Tämä on yksi syy siihen, että kyselytutkimukset kattavat vain osan kaikesta kulutetusta alkoholista. Vieläkin tärkeämpi syy lienee se, että lähes kaikki kyselytutkimuksiin osallistuvat vastaajat aliarvioivat kulutustaan. Rekisterit alkoholikuolemista ja sairaalahoidoista taas kattavat kaikki kuolleet ja sairaaloissa hoidetut. Tällöin vastaavaa valikoitumisongelmaa ei synny. Huolimatta näistä kyselytutkimusten ongelmista

tässä esitettyjen trenditulosten voidaan olettaa olevan suhteellisen luotettavia, koska AVTK:n ja EVTK:n vastausaktiivisuus on kymmenen viime vuoden aikana säilynyt lähes samanlaisena.

Alkoholipolitiikan vanhoja keinoja, eli alkoholijuomien korkeita hintoja ja saatavuuden rajoittamista, ei ole enää mahdollista entisessä mitassa käyttää alkoholihaittojen rajoittamiseen. Tällöin on toimittava monella eri rintamalla ja sovellettava monentyyppisiä uusia keinoja (Mäkelä ym. 2002), joiden voidaan olettaa parantavan tilannetta eniten niissä ryhmissä, jotka haitoista eniten kärsivät, eli alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Humala- ja suurkulutusta ja alkoholihaittoja pitää pyrkiä vähentämään ja ehkäisemään paikallistasolla. Nuorten 2000-luvun hyviä alkoholinkulutuksen kehityssuuntia (jotka tosin vuosi 2004 osin pysäytti tai eräiden tietojen mukaan käännsikin) tulee pyrkiä vaalimaan kotien, koulujen, kouluterveydenhuollon ja muiden paikallisten toimijoiden yhteistyöllä. Varhaisen puuttumisen menetelmät tulee ottaa kattavammin käyttöön terveydenhuollossa, ja niitä voidaan soveltaa myös väestöön kohdistuvassa valistuksessa. Alkoholiongelmien käypää hoitoa täytyy järjestää kuntalaisten saataville riittävästi, ja kuntien terveys- ja sosiaalitoimissa pitäisi käyttää resursseja myös päihdeongelmaisten perheiden tukemiseen ja raskaana olevien päihdeongelmaisten hoitoon, jotta ongelmat eivät ”periytyisi” seuraaville sukupolville. Alkoholiverotusta olisi syytä maltillisesti nostaa. Alkoholijuomien alaikäisille ja humaltuneille myynnin sekä häiritsevän julkijuomisen valvontaan tulisi ohjata riittävästi voimavaroja ja ravintoloiden omavalvontaa tulisi kehittää. Eri keinoista suorimmin sosioekonomisten erojen haasteeseen voisi vastata terveyskasvatus ja terveyden seuranta ammatillisissa oppilaitoksissa ja toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jäävien parissa.

Kirjallisuus

- Ahlström S, Haavisto K, Tuovinen E-L, and Metso L. Finnish country report for the European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD). Themes 1/1997, Stakes, Helsinki 1997.
- Ahlström S, Metso L, Tuovinen EL. Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1999 ja 2003. ESPAD-tutkimuksen taulukkoraportti. Aiheita 32/2004. Helsinki, Stakes, 2004.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005, Helsinki.
- Herttua K, Martikainen P, Mäkelä P. Kun hinta halpeni, viina tappoi eniten yksinäisiä miehiä. *Dialogi* 2007;2:40–41.
- Korpi H, Huohvanainen M, toim. Kuolemansyyt 2005. Tilastokeskus 2006, Helsinki.

- Leifman H. Estimations of unrecorded alcohol consumption levels and trends in 14 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2001:18:54–70.
- Lintonen T, Rimpelä M, Vikat A, Rimpelä A. The effect of societal changes on drunkenness trends in early adolescence. *Health Education Research: Theory and Practice* 2000:15(3):261–269.
- Mustonen H, Mäkelä P, Metso L, Simpura J. Muutokset suomalaisten juomatavoissa: toiveet ja todellisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 2001:66(3):265–276.
- Mustonen H, Mäkelä P, Huhtanen P, Metso L, Raitasalo KM. Alkoholia ostetaan ja tuodaan enemmän kuin koskaan. Mihin se katoaa? *Yhteiskuntapolitiikka* 2005:70(3):239–251.
- Mustonen H, Simpura J. Alkoholin käyttö. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Saarijärvi, 2005.
- Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *British Medical Journal* 1997:315:211–216.
- Mäkelä P. Alkoholiin liittyvät kuolemat. Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. *Stakes, tutkimuksia* 105, Helsinki 1999.
- Mäkelä P, Jansson M, Keskimäki I, Koskinen S. What underlies the high alcohol-related mortality of the disadvantaged: high morbidity or poor survival? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003:57:981–986.
- Mäkelä P, Österberg E. Alkoholin kulutus kasvaa – lisääntyykö hyvinvointi? Teoksessa Mikko Kautto, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2006. *Stakes, Helsinki*, 306–328.
- Mäkelä P, Holmila M, Kaukonen O. Päihteet ja päihdepolitiikka. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti Terveyden Tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002, 101–122.
- Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Raunio S, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käytön muutokset 1977–2003. *Aiheita* 13/2003. *Stakes, Helsinki*.
- Rimpelä A, Rimpelä M, Lintonen T, Rahkonen O, Räsänen M, Pere L, Jokela J. Vaikuttiko alkoholiveron alennus nuorten alkoholinkäyttöön? *Suomen Lääkärilehti* 2005:60:2611–2617.
- STAKES. Kouluterveyskysely 2000 - Valtakunnalliset tulokset. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2000/kouluty00.htm>. (7.5.2007).
- STAKES. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, Alkoholi ja huumeet. *Sosiaaliturva* 2006.
- Sulander T, Helakorpi S, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Smoking and Alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985–2001. *Preventive Medicine* 2004:39:413–8.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 1/2006. Helsinki.
- World Drink Trends 2004. World Advertising Research Center, in association with the commission for distilled spirits. Oxfordshire, UK, 2004.
- Österberg E. Alkoholin kulutuksen kasvu Suomessa vuonna 2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005:70(3):283–294.

4.1.4 Ruokatottumukset

Eva Roos, Marja-Leena Ovaskainen, Susanna Raulio, Minna Pietikäinen, Tommi Sulander ja Ritva Prättälä

► Työikäinen väestö

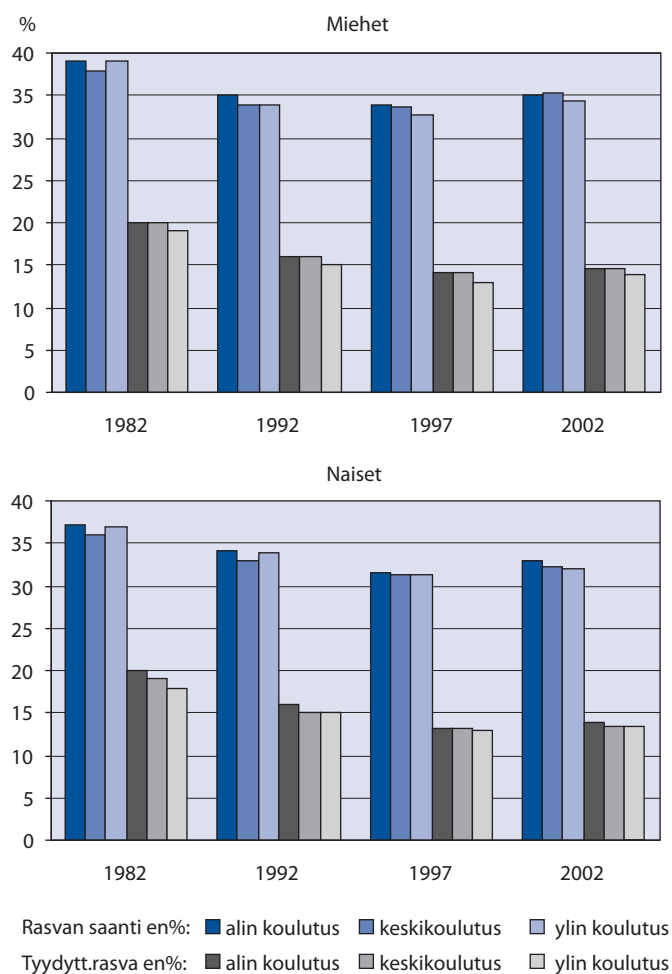
Tässä jaksossa kuvataan mitä eroja ruokatottumuksissa on eri sosioekonomisten ryhmien välillä työikäisessä väestössä ja miten ryhmien väliset erot ovat muuttuneet. Sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja ruokatottumuksissa on eri tutkimuksissa useimmiten selvitetty koulutusryhmittäin ja niin tehdään tässäkin. Vertailu on myös helpompaa, kun ruokatottumuksia suhteutetaan aina samaan sosioekonomisen aseman osoittimeen. Hyvin samansuuntaisia ruokatottumusten eroja on myös todettu ammattiluokan ja tulojen mukaisten ryhmien välillä, vaikkei niitä tässä erikseen selosteta.

Ruokatottumuksien kuvaamiseen valittiin seuraavat ravintoaineisiin ja ruokailuun liittyvät tekijät: energiaa tuottavat ravintoaineet, tyydyttyneen rasvan lähteet, kasvien kulutus, suositusten mukaiset ruokatottumukset ja ateriointi. Nämä tarkastelukohteet ovat kansanterveyden ja sairauksien ehkäisyn kannalta merkittäviä. Valintaan vaikuttivat myös ravitsemussuositukset (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 1998), joiden päämääränä on edistää suomalaisten hyvää terveyttä parantamalla suomalaisten ruokavaliota.

Energia- ja ravintoaineet

Energia saadaan rasvasta, hiilihydraateista, proteiinista ja alkoholista. Suomalaiset saavat nykyään ruokavaliostaan liian paljon rasvaa, erityisesti tyydytynyttä niin sanottua kovaa rasvaa, sekä liian vähän hiilihydraatteja. Suomessa on säännöllisesti tutkittu työikäisen väestön energia- ja ravintoaineiden saantia Finravintotutkimuksissa, jotka on tehty vuosina 1982, 1992, 1997 ja 2002. Ravintoaineiden saantitiedot on kerätty kolmen päivän ruokapäiväkirjalla (vuosina 1982 ja 1992), edellisen päivän ravintohaastattelulla (vuonna 1997) ja kahden edellisen päivän ravintohaastattelulla (vuonna 2002). Koulutusryhmittäiset erot energia- ja ravintoaineiden saannissa olivat vähäisiä kaikkina vuosina. (Kleemola ym. 1996, Finravinto-tutkimusryhmä 1998, Männistö ym. 2003). Rasvan ja tyydyttyneen rasvan osuus energiasaannista on ajanjakson aikana jatkuvasti vähentynyt, mutta osuus ei ole vaihdellut koulutusryhmittäin (kuviot 1).

Kuvio 1. Rasvan ja tyydyttyneen rasvan saanti energiaprocentteina (en%) miesten ja naisten eri koulutusryhmissä vuosina 1982, 1992, 1997 ja 2002 KTL:n Finravinto-tutkimuksissa.



Tyydyttyneen rasvan lähteet

Runsas tyydyttyneen rasvan määrä ruokavaliossa lisää sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen vaaraa. Tärkeitä tyydyttyneen rasvan lähteitä olivat aikaisemmin maito, voi ja liharuoat, nykyään tyydyttynyttä rasvaa saadaan eniten juustoista, liharuoista ja ravintorasvoista (Männistö ym. 2003).

1980-luvun alussa alimman koulutusryhmän naisista ja miehistä suurempi osa käytti voita leipärasvana kuin ylempien koulutusryhmien naisista ja miehistä

Aikuisväestön terveystietämiskyselyn (AVTK) tulosten mukaan. Voin käyttö leipärasvana väheni 1980-luvun lopussa kaikissa koulutusryhmissä. Samalla miesten koulutusryhmittäiset erot leipärasvan käytössä pienenevät ja naisten erot hävisivät kokonaan (Helakorpi ym. 2003). Myös Finravintotutkimuksessa, jossa voin kulutusta on mitattu grammamääräisesti ruokapäiväkirjojen avulla, havaitaan samanlainen kehitys. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvat söivät vielä vuonna 1980 selvästi vähemmän voita kuin muihin koulutusryhmiin kuuluvat, mutta vuonna 1992 koulutusryhmäerot olivat miehillä pienentyneet ja naisilla hävinneet kokonaan (Kleemola ym. 1996).

Juuston nauttimisen koulutusryhmittäiset erot ovat erisuuntaiset kuin voin. Mitä korkeampi koulutusaste sitä enemmän syödään juustoa grammamääräisesti (Kleemola ym. 1996). Tällaiset erot havaittiin jo 1980-luvun alussa eivätkä ne olleet hävinneet 1990-luvun puoliväliin mennessä (Valsta ym. 2000).

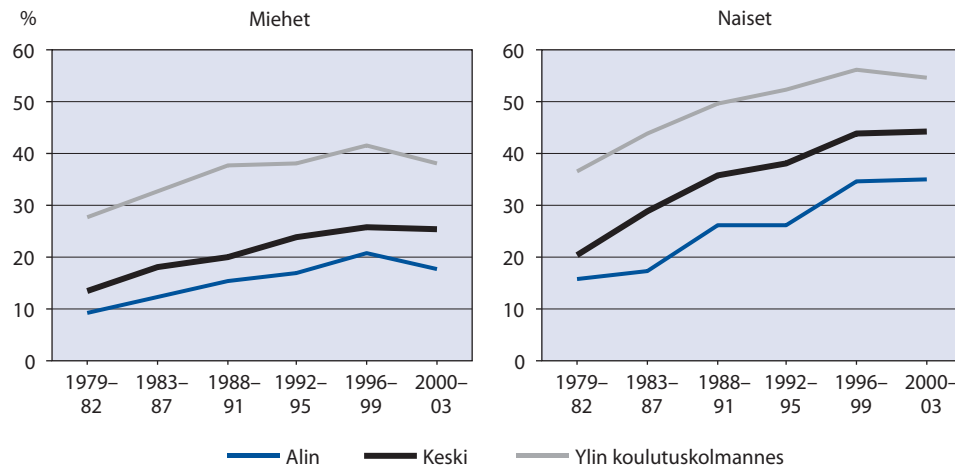
Ruokapäiväkirjalla tutkittuna tyydyttyneen rasvan lähteet vaihtelevat koulutusryhmittäin, mutta tyydyttyneen rasvan osuus ruokavalion energiasta ei sen sijaan vaihtele. Rasvan lähteet muuttuvat ajan myötä ja eri tahdissa eri koulutusryhmissä. (Roos ym. 1995, Roos 2000.)

Kasvien kulutus

Kasviksia tulee syödä runsaasti päivittäin ja niiden kulutusta tulisi suosituksen mukaan lisätä reilusti (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005). Kasviksista saadaan hiilihydraatteja ja ravintokuitua, paljon vitamiineja ja muita terveyttä edistäviä aineita, mutta vain vähän energiaa, rasvaa ja proteiinia.

Kasvien syönti on vuodesta 1979 alkaen lisääntynyt, mutta koulutusryhmittäiset erot kasvien päivittäisessä kulutuksessa ovat pysyneet selkeinä (kuvio 2). Mitä korkeampi koulutusryhmä, sitä enemmän ryhmässä on kasviksia päivittäin syöviä miehiä ja naisia. Päivittäin kasviksia syövien osuus on kuitenkin kasvanut kaikissa koulutusryhmissä 1980- ja 1990-luvulla (Helakorpi ym. 2003). Hyvin koulutetut söivät paitsi useammin myös grammamääräisesti enemmän kasviksia kuin alemmat koulutusryhmät (Kleemola ym. 1996, Valsta ym. 2000). Esimerkiksi vuonna 1992 ylimpään koulutusryhmään kuuluvat söivät keskimäärin 30 g enemmän kasviksia päivässä kuin alimpaan koulutusryhmään kuuluvat.

Kuvio 2. Päivittäin tuoreita kasviksia syövien ikävakioitu prosenttiosuus 25–64-vuotiaista suhteellisen koulutuksen mukaan (koulutuskolmannekset).

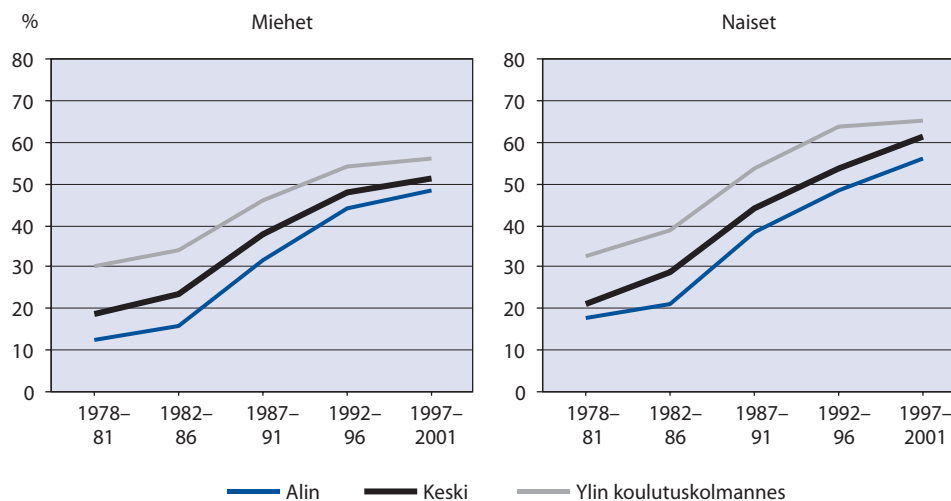


Lähde: Helakorpi ym. 2003

Suosituksien mukaiset ruokatottumukset

Ylimmässä koulutusryhmässä on selvästi eniten niitä, joilla on nykyisten ravintosuosituksien mukaiset ruokatottumukset – he syövät päivittäin kasviksia ja välttävät tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä ruokia (kuvio 3). Tämä on todettu monissa tutkimuksissa (Helakorpi ym. 1998, Roos ym. 1998, Prättälä ym. 1992). Ylin koulutusryhmä näyttää omaksuvan suosituksien mukaiset ruokatottumukset ensimmäisenä; muut ryhmät seuraavat ylimpiä koulutusryhmiä noin viiden vuoden viiveellä (Prättälä ym. 1992). Suositusten mukaisten ruokatottumusten noudattamista on tutkimuksissa käytetty terveellisen ruokavalion mittarina. Eri aikoina ja eri ruoista koostuvien mittareiden vertailu on kuitenkin ongelmallista, sillä mittareiden lisäksi myös itse suositukset muuttuvat. Tutkimuksesta ja ajankohdasta riippumatta ylimpään koulutusryhmään kuuluvat kuitenkin noudattavat muita useammin tutkimusajankohdan suosituksia, mutta tällaisen tiedon perusteella on vaikea varmasti sanoa ovatko koulutusryhmittäiset erot terveellisessä ruokavaliossa muuttuneet.

Kuvio 3. Terveellisten ruokatottumusten* ikävakioitu prosenttiosuus 25–64-vuotiaista suhteellisen koulutuksen mukaan (koulutuskolmannekset).



*Kolme neljästä vaihtoehdosta: kasviksia päivittäin, välttää rasvaista maitoa, ei käytä voita tai voi-kasviöljyseosta, syö leipää vähintään 6 viipaletta (miehet) / vähintään 5 viipaletta (naiset) päivässä

Lähde: Helakorpi ym. 2001

Aterioinnin sosioekonomiset erot

Suomessa on kannettu huolta säännöllisen, ns. perinteisen aterijärjestyksen, eli aamiaisen ja kahden lämpimän aterian, väistymisestä epäsäännöllisen välipalakuulttuurin tieltä. Kehityksen on epäilty johtavan ruokavalion yksipuolistumiseen, ravitsemuksellisesti huonojen välipalojen valintaan, naposteluun, painonhallinnan vaikeutumiseen ja hampaiden reikiintymiseen. Nykytiedon mukaan säännöllinen ateriarhythmi onkin terveyden kannalta suositeltavaa (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005).

Aterijärjestykseen vaikuttavat monet sosiaaliset tekijät ja mm. työelämän muutokset ovat yhteydessä aterijärjestyksen muutoksiin. Suomessa aterijärjestys on muuttunut 1920-luvulta alkaen siten, että neljän lämpimän aterian (aamiaisen mukaan lukien) mallista on siirrytty kolmen aterian kautta kahden lämpimän aterian malliin. Aterijärjestyksen muutoksen taustalla ovat olleet teollistuminen, kaupungistuminen, naisten siirtyminen työelämään sekä muut yhteiskunnan rakennemuutokset.

Koulutusryhmien väliset erot aterioinnissa ovat suomalaisilla vähäiset, pieniä eroja kuitenkin löytyy aamiaisen syömisessä, nautittujen lämpimien aterioiden lukumäärässä sekä lounaan syöntipaikan valinnassa. Hiukan alle puolet

kaikista suomalaista miehistä nauttii lämpimän aterian sekä lounaalla että päivällisellä, koulutusryhmittäisiä eroja miesten välillä ei ole. Naisista sen sijaan vain kolmannes syö sekä lämpimän lounaan että päivällisen ja korkeimmin koulutetut nauttivat matalimmin koulutettuja useammin vain yhden lämpimän aterian päivässä (AVTK 1986–2004).

Korkeimmin koulutetut nauttivat lounaansa henkilöstö- tai muussa ravintolassa muita koulutusryhmiä yleisemmin läpi koko tarkastelujakson (AVTK 1980–2001). Matalimmin koulutetut sen sijaan söivät lounaan muita yleisemmin kotona tai olivat kokonaan syömättä lounasta. Erot koulutusryhmien välillä ovat pysyneet lähes muuttumattomina 20 vuoden ajan (Raulio ym. 2004).

Aamiaisen syöntitiheydessä ei ole suuria eroja koulutusryhmien välillä. Korkeimmin koulutetut ovat kuitenkin nauttineet aamiaista hiukan yleisemmin kuin matalimmin koulutetut lähes koko tutkimusjakson ajan. Ero koulutusryhmien välillä kaventui sekä miehillä että naisilla 1990-luvun aikana, mutta 2000-luvulla se on naisten kohdalla jälleen kasvanut (AVTK 1986–2004). Korkeammin koulutetut söivät tutkimusjakson 1988–1995 alussa aamiaisen ohella yleisemmin myös lounasta, mutta harvemmin päivällistä kuin matalammin koulutetut. Tutkimusjakson lopussa erot koulutusryhmien välillä olivat miehillä lähes kadonneet, mutta pysyneet naisilla samoina (Mäkipää 1998).

► Nuoret

Nuorten ruoankäytön sosioekonomisia eroja on tutkittu melko vähän ja tutkimukset ovat lähinnä poikittaistutkimuksia. Korkeammin koulutettujen vanhempien lasten on todettu käyttävän enemmän kasviksia (Hirvonen ym. 1999, Roos ym. 2001, Haapalahti ym. 2003) ja hedelmiä (Laitinen ym. 1995, Hirvonen ym. 1999) verrattuna vähemmän koulutettujen vanhempien lapsiin. Laitisen ym. (1995) tutkimuksessa vanhempien koulutus oli yhteydessä lasten hedelmien ja marjojen käyttöön, mutta ei kasvisten käyttöön. Jos perheellä oli nuorten oman arvion mukaan talousvaikeuksia, tuoreiden kasvisten päivittäin syöminen oli harvinaisempaa kuin silloin kun perheen taloudellinen tilanne arvioitiin hyväksi (Hirvonen ym. 1999, Roos ym. 2001). Vähiten koulutettujen vanhempien lasten on todettu nauttivan runsaammin voita ja täysmaitoa sekä vähemmän margariinia ja vähärasvaista maitoa verrattuna korkeasti koulutettujen vanhempien lapsiin (Laitinen ym. 1995, Haapalahti ym. 2003). Erityisesti maanviljelijöiden lapset käyttivät enemmän voita kuin toimihenkilöiden lapset (Laitinen ym. 1995).

Nuorten kokonaisenergian saanti oli Laitisen ym. (1995) tutkimuksen mukaan jokseenkin samalla tasolla riippumatta isän koulutuksesta tai perheen tu-

loista. Sen sijaan rasvan saanti oli maanviljelijöiden lapsilla runsaampaa, 40 % kokonaisenergiasta, verrattuna työntekijöiden lapsiin (37–38 % kokonaisenergiasta). Myös rasvan laatu oli maanviljelijöiden lapsilla muita huonompi monitydyttymättömien ja tyydyttyneiden rasvahappojen suhteen ollessa selvästi korkein korkeasti koulutettujen vanhempien lapsilla (Laitinen ym. 1995).

Pikaruokaindeksi, joka kuvaa hampurilaisravintolaruokien, pizzan, virvoitusjuomien ja makeisten syömistiheyttä, oli Kouluterveyskyselyn aineistossa yhteydessä muihin terveyden kannalta haitallisiin tottumuksiin kuten tupakointiin, mutta ei vanhempien koulutukseen tai perheen taloudelliseen tilanteeseen (Hirvonen ym. 1999). Akateemisesti koulutettujen vanhempien lapset söivät säännöllisemmin suositeltavia ruoka-aineita (hedelmiä, kasviksia, ruisleipää ja hapanmaitotuotteita) verrattuna pelkän peruskoulun suorittaneiden vanhempien lapsiin (Roos ym. 2004). Vanhempien koulutus ei ollut yhteydessä pikaruokan tai makeiden tuotteiden syömisen useuteen. Terveellisten valintojen yhteys vanhempien koulutustasoon on todettu myös 10–11-vuotiailla lapsilla (Haapalahti ym. 2003).

► Eläkeikäiset

Ikääntyneiden ruokatottumusten ja etenkin niiden sosioekonomiset erojen tutkiminen on ollut vähäistä niin Suomessa kuin muissakin maissa. Kansanterveyslaitoksen kahden vuoden välein toteutettavan tutkimuksen mukaan koulutusryhmittäiset erot ruokatottumuksissa ovat säilyneet 1990-luvulta 2000-luvulle (Sulander ym. 2004). Korkeamman koulutustason omaavien rasvojen, rasvattoman maidon, vihannesten ja hedelmien käyttö on ollut lähempänä terveys-suosituksia verrattuna alempaan koulutusryhmään kuuluviin. Tämä ero on kuitenkin viime vuosina alkanut supistua. Kansanterveyslaitoksessa kerätyn aineiston pohjalta tehdyssä jatkotutkimuksessa todettiin, että terveelliset ruokatottumukset ovat yleistyneet hyvin voimakkaasti 1980-luvun puolesta välistä tähän päivään (Sulander ym. 2003). Samaisessa tutkimuksessa todettiin selviä ammattiryhmittäisiä eroja ruokatottumuksissa. Toimistotyötä tehneet eläkeikäiset, joiden koulutustaso on selkeästi muiden ammattiryhmien koulutustasoa korkeampi, noudattivat yleisimmin terveellisiä ruokatottumuksia. Entisissä maataloustyöntekijöissä oli vähiten terveys-suositusten mukaisia ruokatottumuksia noudattavia. Tästä huolimatta terveellisten ruokatottumusten noudattaminen yleistyi selvästi kaikissa ammattiryhmissä.

► Pohdinta

Ruokatottumukset ovat erilaisia väestön eri sosioekonomisissa ryhmissä. Ravintoaineiden saannissa erot ovat kuitenkin olleet paljon pienemmät kuin erot elintarvikkeiden kulutuksessa. Ravintoaineiden, esim. tyydyttyneen rasvan, lähteet vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Ruokatottumukset ovat yleisesti parantuneet kahden viime vuosikymmenen aikana, mutta ruokatottumusten sosioekonomiset erot ovat silti säilyneet. Selvimmät sosioekonomiset erot löytyvät kasvisten kulutuksessa: kasviksia syödään yleisemmin ylimmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Ateriointiin liittyvät erot, kuten työpaikkaravintolan lounaan nauttiminen voimistavat tätä eroa. Nuorten ja eläkeikäisten erot noudattavat samaa kehitystä kuin aikuisväestön erot.

Ravitsemustasoon liittyvää ylipainoisuutta ja lihavuutta käsitellään toisaalla tässä raportissa (Reunanen ym. luku 4.2). Todettakoon kuitenkin, että sosioekonomiset erot ylipainossa ja lihavuudessa ovat selvät (Lahti-Koski ym. 2000). Lihavuuden sosioekonomisia eroja on vaikea selittää pelkästään energiansaannin eroilla, koska energiatasapainon saavuttaminen ei riipu vain ravitsemuksesta vaan myös arkiliikunnasta. Arkiliikunnan sosioekonomisia eroja käsitellään puolestaan tämän luvun seuraavassa jaksossa (Borodulin ym. luku 4.1.5).

Ruokatottumusten sosioekonomiset erot ovat muuttuneet vain vähän kahden viime vuosikymmenen aikana. Leipärasvojen valinnan erot ovat kuitenkin selvästi kaventuneet, ja naisilla erot ovat jopa hävinneet kokonaan. Ei ole tutkimuksellista näyttöä, mitkä toimenpiteet ovat kaventaneet rasvankäytön eroja, mutta muutos on todennäköisesti saatu aikaan yleisellä ravitsemusvalituksella sekä tietoisilla ja ei-tietoisilla poliittisilla toimenpiteillä (Prättälä ym. 2002), kuten hinta-, vero- ja maatalouspolitiikalla. Ravinnonsaannin sosioekonomisten erojen kaventamisessa tehokkaimmalta toimintamallilta vaikuttaa perinteinen universalismi, se että toimenpiteet kohdistetaan kaikkiin väestöryhmiin eikä pelkästään ns. huono-osaisiin. Käytännössä tämä tarkoittaa koulujen ja päiväkotien ruokaloiden jatkuvaa ja lisääntyvää tukemista, kansallisia ravitsemussuosituksia ja laajoja terveyden edistämiskampanjoita. Kuitenkin erityisen tehokkaita voisivat olla sellaiset kaikkiin kohdistuvat universalistiset toimenpiteet, jotka samalla hyödyttäisivät erityisesti matalassa sosioekonomisessa asemassa olevia. Näistä esimerkkinä voisi olla kasvisten hinnan pitäminen riittävän alhaalla hinta- ja maatalouspolitiikan keinoin.

Tulevaisuudessa sosioekonomisia eroja tulisi pyrkiä kaventamaan sekä valtakunnallisella politiikalla, kuntatason toimenpiteillä että kansalaisjärjestöjen toiminnalla. Valtio on keskeisessä asemassa kun vaikutetaan elintarvikkeiden hintaan ja saatavuuteen ja annettaessa kansallisia ravintosuosituksia. Kunta on

keskeisessä asemassa huolehtiessaan ateriapalveluista ja kansalaisjärjestöillä on keskeinen merkitys terveyden edistämishojelmien suunnittelussa ja toteutuksessa (Prättälä ym. 2002).

Kirjallisuus

- Finravinto-tutkimusryhmä. Finravinto 1997 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/1998. Helsinki 1998.
- Haapalahti M, Mykkänen H, Tikkanen S, Kokkonen J. Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children. *Public Health Nutrition*. 2003;6:365–370.
- Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, kevät 1998. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/1998. Helsinki.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2001. Helsinki.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003. Helsinki.
- Hirvonen T, Lahti-Koski M, Roos E, Pietinen P, Rimpelä M. Yläasteen oppilaiden ruokavalinnat ja kouluruokailu. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1999;36:162–171.
- Kleemola P, Roos E, Pietinen P. Suomalaisten ravinnon muutokset eri koulutusryhmissä vuodesta 1982 vuoteen 1982. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1996;33:9–16.
- Lahti-Koski M, Vartiainen E, Männistö S, Pietinen P. Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2000;24:1669–76.
- Laitinen S, Räsänen L, Viikari J, Åkerblom H. Diet of Finnish children in relation to the family's socio-economic status. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995;2:88–94.
- Mäkipää E. Suomalainen aterijärjestys 1980–1995. Sosiaalisten tekijöiden yhteys aterijärjestyksen muutokseen ja vaihteluun [Pro gradu -tutkielma]. Helsingin yliopisto, Helsinki 1998.
- Männistö S, Ovaskainen M-L, Valsta L, toim. Finravinto 2002 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2003. Helsinki 2003.
- Prättälä R, Berg M-A, Puska P. Diminishing or increasing contrasts? Social class variation in Finnish food consumption patterns 1979–1990. *European Journal of Clinical Nutrition* 1992;46:279–87.
- Prättälä R, Roos E, Roos G. Ravitsemuspolitiikka ja sosioekonomiset erot. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita Prima Oy, Helsinki 2002.

- Raulio S, Mukala K, Ovaskainen M-L, Lahti-Koski M, Sirén M, Prättälä R. Työaikainen ruokailu Suomessa. Kolmen valtakunnallisen seurantatutkimuksen tuloksia (PDF). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2004. Helsinki. URL:http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b3.pdf; 2004.
- Roos E, Kleemola P, Pietinen P. Tyydyttyneen rasvan lähteet eri väestöryhmien ravinnossa. Suomen Lääkärilehti 1995;50:1735–9.
- Roos E, Lahelma E, Virtanen M, Prättälä R, Pietinen P. Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. *Social Science & Medicine* 1998; 46:1519–1529.
- Roos E. Sosiaaliryhmittäisiä eroja suomalaisten ravitsemuksessa. Suomen Lääkärilehti 2000;55:3934–35.
- Roos E, Hirvonen T, Mikkilä V, Karvonen S, Rimpelä M. Household educational level as a determinant of consumption of raw vegetables among male and female adolescents. *Preventive Medicine* 2001;33:282–291.
- Roos E, Karvonen S, Rahkonen O. Lifestyles, social background and eating patterns of 15-year-old boys and girls in Finland. *Journal of Youth Studies* 2004;3:331–349.
- Sulander T, Helakorpi S, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Changes and associations in healthy diet among the Finnish elderly, 1985–2001. *Age and Ageing* 2003;32:394–400.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2004. Helsinki.
- Suomalaiset ravitsemussuosituksien 1998. Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Helsinki.
- Suomalaiset ravitsemussuosituksien 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Helsinki.
- Valsta LM, Tapanainen H, Männistö S, Lahti-Koski M, Pietinen P. Differences in food consumption and nutritional quality of diet in Finland by age and education. Conference abstract. *Scandinavian Journal of Nutrition* 2000; 44:124.

4.1.5 Liikunta

Katja Borodulin, Satu Helakorpi, Tommi Sulander, Riikka Puusniekka ja Ritva Prättälä

► Työikäiset

Työikäisten liikunnan sosioekonomisia eroja on Suomessa tutkittu varsin vähän eikä erojen muutoksista ole juuri väestötasoisista tutkimustietoa. Vapaa-ajan liikunnan sosioekonomisista eroista on julkaistu tutkimuksia, jotka perustuvat yleensä alueellisesti tai muutoin rajattuihin aineistoihin. Liikuntaa on myös useimmiten mitattu karkeasti, jolloin liikunnan osa-alueiden (esim. kuntoliikunta, hyötyliikunta) ja niiden määrän, keston ja rasittavuuden mukainen tarkastelu ei ole ollut mahdollista.

Tutkimustulokset sosioekonomisten ryhmien välisten erojen muutoksesta ovat siten puutteellisia ja ristiriitaisiakin, riippuen tutkimusaineistosta ja käytetyistä mittausten menetelmistä. Tähänastisen tiedon perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että hyvä sosioekonominen asema mitattuna koulutuksen, ammattiaseman tai tulotason mukaan on yhteydessä liikunnan harrastamiseen, kunto- ja työmatkaliikuntaan, sekä aerobiseen kuntoon (Lakka ym. 1996, Helakorpi ym. 2003, Borodulin ym. 2006).

Kansanterveyslaitoksen Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys-tutkimuksen (AVTK) mukaan 15–64-vuotiaiden vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt. Vähintään kahdesti viikossa vapaa-ajan liikuntaa raportoi harrastaneensa noin 40 prosenttia vuonna 1978, kun vastaava luku vuonna 2004 oli yli 60 prosenttia (Helakorpi ym. 2004). Miesten ja naisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä 1970-luvun lopulta alkaen, mutta ylimmän koulutusryhmän miehet harrastavat vapaa-ajan liikuntaa useammin kuin alemmissa koulutusryhmissä, ja erot koulutusryhmien välillä ovat säilyneet muuttumattomina tutkimusjakson aikana. Naisilla vastaavaa koulutusryhmien eroa vapaa-ajan liikunnassa ei havaittu. (Helakorpi ym. 2003.) Itäsuomalaisten vapaa-ajan liikuntaa tutkittaessa on saatu tuloksia, joiden mukaan vapaa-ajan liikunta lisääntyi enemmän matalammassa koulutus- ja tuloluokassa kuin korkeammassa (Marti ym. 1988). Päivittäisen työmatkaliikunnan määrä väheni 1990-luvulle tultaessa, mutta on sen jälkeen säilynyt jokseenkin 90-luvun alun tasolla (Helakorpi ym. 2004). Vertailuja työmatkaliikunnan tai työaikaisen liikunnan sosioekonomisten erojen muutoksista ei ole tehty.

► Nuoret

Sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuuteen on selvitetty useissa tutkimuksissa, joissa sosioekonomisen aseman mittareina on usein ollut vanhempien ammatti, koulutus tai tulotaso. Liikuntaa on useimmiten mitattu vapaa-ajan liikunnan määrällä tai rasittavuusasteella. Aiempien tutkimusten mukaan lapsuuden perheen heikko sosioekonominen asema on yhteydessä vähäiseen liikunnan harrastamiseen ja osallistumiseen urheilu- ja liikuntaseuraliikuntaan (Telama ja Laakso 1983, Rimpelä ym. 1990, Hämäläinen ym. 2002, Tammelin ym. 2003, Tammelin 2003). Maanviljelijöiden ja ammattitaidottomien työntekijöiden lapset osallistuvat urheiluseuran järjestämään liikuntaan muita harvemmin (Telama ja Laakso 1983, Rimpelä ym. 1990). Myös vastakkaisia tuloksia on julkaistu, joissa perheen sosioekonomisen aseman ja liikunnan tai sen rasittavuuden välillä ei ole löydetty yhteyttä (Hämäläinen ym. 2002, Tammelin 2003).

Koulussa huonosti menestyvät ja opintonsa keskeyttäneet nuoret harrastavat vähemmän liikuntaa (Aarnio 2002, Tammelin 2003, Karvonen ja Rimpelä 1997) kuin pitkälle koulutusuralle hakeutuneet tai sitä suunnitelleet (Hämäläinen ym. 2002). Peruskoulua ja lukiota käyvät nuoret harrastavat enemmän liikuntaa kuin ammattikoululaiset (Aarnio 2002). Huonon koulumenestyksen on havaittu olevan yhteydessä vähäiseen liikunnan harrastamiseen myös myöhemmin elämässä (Hämäläinen ym. 2002). Koulutus sekä koulusaavutukset näyttäisivätkin olevan lapsuuden perhetaustaa tärkeämpiä tekijöitä myös aikuisiän fyysisen aktiivisuuden kannalta (Tammelin 2003, Tammelin ym. 2003).

Yleisesti tiedetään, että nuorten vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana (Vuori ym. 2004), mutta liikunnan ja sosioekonomisten erojen välisiä muutoksia ajassa ei ole tutkittu.

► Eläkeikäiset

Eläkeikäisen väestön liikunnasta tai siitä, miten se vaihtelee eri sosiaaliryhmissä, on kertynyt varsin niukasti väestötasoista tietoa menneiden vuosien aikana. Myös liikunnan mittaaminen ikääntyneillä on haasteellinen tehtävä, sillä liikunta liittyy heillä olennaisesti päivittäisiin toimintoihin ja niistä selviytymiseen. Kansanterveyslaitoksen Eläkeikäisen väestön terveystutkimuskyselyn (EVTK) mukaan kävely on yksi suosituimmista liikuntamuodoista vanhusväestössä, sillä noin puolet 65–84-vuotiaista suomalaisista ilmoittaa kävelevänsä päivittäin vähintään puoli tuntia. Kävelyä on harrastettu aktiivisesti koko EVTK-seurannan ajan, eikä mainittavia muutoksia kävelyn yleisyydessä

tai systemaattisia koulutusryhmittäisiä eroja ole havaittu. (Sulander ym. 2003.)

Muuta liikuntaa (esim. pyöräily, uinti, voimistelu, liikuntapelit) raportoi harrastavansa päivittäin noin 15 prosenttia vuoden 2003 EVTK-aineistossa. Kyky harrastaa muuta liikuntaa kuin kävelyä on parempi ylimmässä koulutusryhmässä verrattuna alempiin koulutusryhmiin. Vuoden 2003 tietojen mukaan 20 % alemman ja 8 % ylemmän koulutusryhmän naisista ilmoittaa, ettei harrasta muuta liikuntaa kävelyn ohella. Miehillä vastaavat osuudet ovat 15 % ja 5 %. Vaikka väestötasoinen tieto ikäihmisten kuntoliikunnasta onkin vähäistä, tulos kävelyn yleisyydestä ja sen harrastamisesta kaikissa sosioekonomisissa luokissa on rohkaiseva. (Sulander ym. 2003.)

► Pohdinta

Korkeampi koulutus on yhteydessä aktiivisempaan liikunnanharrastamiseen. Eri liikuntamuotojen, kuten työmatka- tai terveystoiminnan harrastamisen useudesta, määrästä tai intensiteetistä eri sosioekonomisissa ryhmissä ei ole tarpeeksi tutkimustietoa pitävien johtopäätösten tekemiseen.

Viime vuosikymmenien aikana liikunnan harrastamisessa on tapahtunut huomattavia muutoksia, sillä vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, kun taas työmatka- ja työliikunta ovat vähentyneet. Ihmiset ovat muuttaneet yhä useammin tiheästi asutetuille kaupunkialueille, joissa liikunnanharrastamisen mahdollisuudet ovat erilaiset kuin haja-asutusalueilla. Näistä muutoksista tärkeimpiä saattaa olla työliikunnan vähentyminen, sillä työ on muuttunut yhä kevyemmäksi automaation myötä. Tämä koskee erityisesti matalammin koulutettua väestöryhmää, joka perinteisesti on tehnyt ruumiillisesti vaativaa työtä. Työn fyysisten vaatimusten keveneminen on toisaalta merkinnyt kuluttavien työasentojen vähenemistä ja ergonomian paranemista, mutta toisaalta energiankulutuksen vähenemistä eli lisännyt lihomisriskiä. Näyttää siltä, että vapaa-ajan liikunnan määrä ei ole ollut riittävää korvaamaan työliikunnan vähentymisestä aiheutunutta lihomisriskiä aikuisväestössä (Fogelholm ym. 1996, Borodulin ym. 2007).

Vapaa-ajan liikunnan lisääntyminen on ollut toivottu muutos terveyskäyttäytymisessä, ja oletettavasti liikunnan lisääntymistä on tapahtunut tasaisesti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Silti väestöstä noin kolmannes on fyysisesti inaktiivisia. Olisi hyödyllistä tietää, mihin ryhmiin fyysisesti passiiviset henkilöt pääosin kuuluvat, jotta heidät voitaisiin ottaa paremmin huomioon terveys- ja liikuntapoliittisissa suunnitelmissa. Lisäksi tulisi selvittää missä määrin työaikainen liikunta, työmatkaliikunta ja erityyppiset vapaa-ajan liikuntamuodot (eri liikuntalajit vs. hyötyliikunta) vaihtelevat eri sosioekonomisissa

ryhmissä ja mitä mahdollisia muutoksia näissä on tapahtunut ikäryhmittäin, jotta liikuntapoliittisten toimien vaikutuksia voitaisiin arvioida (Opetusministeriö 2005).

Kirjallisuus

- Aarnio M. Leisure-Time Physical Activity in Late Adolescence. A Cohort Study of Stability, Correlates and Familial Aggregation in Twin Boys and Girls. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 2002:292.
- Borodulin K, Laatikainen T, Lahti-Koski M, Jousilahti P, Lakka TA. Association of age and education with types of leisure time physical activity among 4437 Finnish adults. *Journal of Physical Activity and Health* 2006:painossa.
- Borodulin K, Mäkinen T, Fogelholm M, Lahti-Koski M, Prättälä R. Trends and socioeconomic differences in overweight among physically active and inactive Finns in 1978–2002. *Preventive Medicine* 2007;45(2–3):157–162.
- Fogelholm M, Mannisto S, Vartiainen, E, Pietinen P, Determinants of energy balance and overweight in Finland 1982 and 1992. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 1996;20(12):1097–104.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2003. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003*. Helsinki.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2004. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004*. Helsinki.
- Hämäläinen P, Lintonen T, Rimpelä M. Sosiodemografisten taustatekijöiden ja terveystietäytymisen yhteydet 16-vuotaiden liikunnan harrastamiseen. *Liikunta ja Tiede* 2002: 39(1), 41–46.
- Karvonen S, Rimpelä A. Urban small area variation in adolescents' health behaviour. *Social Science & Medicine* 1997;45(7):1089 –1098.
- Lakka TA, Kauhanen J, Salonen JT. Conditioning leisure time physical activity and cardiorespiratory fitness in sociodemographic groups of middle-ages men in eastern Finland. *International Journal of Epidemiology* 1996;25(1):86–93.
- Marti B, Salonen JT, Tuomilehto J, Puska P. 10-year trends in physical activity in the eastern Finnish adult population: relationship to socioeconomic and lifestyle characteristics. *Acta Medica Scandinavica* 1988;224(3):195–203.
- Opetusministeriö. Tutkimus väestön liikuntakyvyn, liikuntahalun ja liikuntataitojen edistäjänä. Liikuntatutkimuksen suunta vuoteen 2010. Opetusministeriön julkaisuja 2005:16. Helsinki 2005.
- Rimpelä A, Karvonen S, Rimpelä M, Siivola, M. Nuorten terveystottumusten väestöryhmittäiset erot ja elinolot 1977–1987. *Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveiden edistäminen Sarja tutkimukset 1/1990*.

- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2004. Helsinki.
- Tammelin T. Physical activity from adolescence to adulthood and health-related fitness at age 31. Oulu Regional Institute of Occupational Health; Department of Public Health Science and General Practice. University of Oulu 2003.
- Tammelin T, Näyhä S, Laitinen J, Rintamäki H, Järvelin M-R. Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Preventive Medicine* 2003;37:375–381.
- Telama R, Laakso L. Liikuntaharrastus. Teoksessa Rimpelä M, Rimpelä A, Ahlström S, Honkala E, Kannas L, Laakso L, Paronen O, Rajala M, Telama R. toim. Nuorten terveystavat Suomessa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 4/1983.
- Vuori M, Kannas L, Tynjälä J. Nuorten liikuntaharrastaneisuuden muutoksia 1986–2002. Teoksessa Kannas L. toim. Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystieteen edistämisen tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto 2004, 113–139.

4.1.6 Yhteenveto ja johtopäätökset terveystietäytymisen muutoksista

Ritva Prättälä

Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevien suomalaisten elintavat ovat yleensä terveellisemmät kuin muihin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla. Näiden ryhmien väliset erot elintavoissa ja terveystietäytymisessä eivät kuitenkaan ole täysin johdonmukaisia. Taulukkoon 1 on koottu keskeiset nykytiedon mukaiset havainnot. Koska elintapalukujen tärkeimmäksi sosioekonomisen aseman osoittimeksi valittiin koulutus, on yhteenvetotaulukkoonkin kerätty nimenomaan koulutuksen mukaisia eroja. Muut sosioekonomiset erot, silloin kun niistä on yksittäisissä luvuissa esitetty tietoa, ovat pääpiirteissään sopusoinnussa koulutuserojen kanssa. Seuraavassa puhutaankin yleisesti sosioekonomista eroista.

Taulukko 1. Epäterveelliset elintavat, jotka ovat yleisempiä vähän koulutusta saaneilla miehillä ja naisilla työikäisessä väestössä, nuorilla ja eläkeikäisillä, koonti-taulukko.

Elintapa	Työikäiset		Nuoret		Eläkeikäiset	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Tupakointi						
Päivittäistupakointi	Y ▶	Y ▶	Y	Y	ns.	ns.
Aloittaminen	Y	Y	?	?	?	?
Lopettaminen	Y	Y	?	?	?	?
Alkoholinkäyttö						
Suurkulutus	Y	Y	?	?	?	?
Humalajuominen	Y	Y	Y	Y	?	?
Ruokatottumukset						
Voin käyttö	Y ◀	Y ◀	Y ◀	Y ◀	Y ◀	Y ◀
Kasvikset/marjat/hedelmät	Y	Y	Y	Y	Y ◀	Y ◀
Terveelliset ruokatottumukset	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Työpaikkalounas	Y	Y	?	?	?	?
Liikunta						
Vähäinen vapaa-ajan liikunnan-harrastus	Y	ns.	Y	Y	ns.	ns.
Liikkumiskyky	?	?	?	?	Y	Y

Y epäterveellinen elintapa yleisempi vähän koulutetuilla

Y ▶ epäterveellinen elintapa yleisempi vähän koulutetuilla ja koulutusero kasvaa

Y ◀ epäterveellinen elintapa yleisempi vähän koulutetuilla, mutta ero kaventuu

ns. vähän koulutettujen ja pitkälle koulutettujen välillä ei ole eroa (not significant)

? ei tietoa

Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat työkäiset tupakoivat harvemmin kuin huonossa sosioekonomisessa asemassa olevat. Nuorten tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat samanlaisia kuin työkäisten. Erityisen voimakkaasti nuorten tupakointi vaihtelee nuoren oman koulutuksen tai koulumenestyksen mukaan, ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat polttavat kaksi kertaa yleisemmin kuin lukiolaiset. Tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet. (Laaksonen ym. 4.1.2 tässä raportissa)

Työiässä alkoholin suurkulutus ja humalajuominen ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Eläkeikäisistä ei ole vastaavia tietoja, mutta miesten yli 8 viikkoannoksen ja naisten yli 5 viikkoannoksen kulutustaso on kuitenkin yleisempi enemmän koulutusta saaneilla. Nuortenkin alkoholin käyttö vaihtelee joko nuoren oman tai hänen vanhempiansa sosioekonomisen aseman mukaan. Humalajuominen on keskimääräistä yleisempää koulussa huonosti menestyvien ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien keskuudessa. (Helakorpi ym. 4.1.3 tässä raportissa)

Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat syövät useammin kasviksia tai marjoja ja hedelmiä ja harvemmin voita kuin huonossa sosioekonomisessa asemassa olevat, ja heidän ruokatottumuksensa ovat kokonaisuudessaan lähempänä suosituksia kuin muiden. Nuorilla ja eläkeikäisillä erot ovat samansuuntaiset. Ruokatottumusten väestöryhmittäinen kehitys on ollut erilaista kuin tupakoinnin. Samanaikaisesti ruokatottumusten yleisen parantumisen kanssa sosioekonomiset erot ovat ainakin rasvankäytössä kaventuneet. Tosin tutkimustiedot erojen muutossuunnista ovat suhteellisen vajavaisia ja osittain ristiriitaisia eikä ammattikoululaisten ja lukiolaisten ruokatottumuksia vertailevia tutkimuksia ole (Roos ym. 4.1.4 tässä raportissa).

Liikunnan sosioekonomisista eroista ja niiden muutoksista on tietoja melko niukasti. Työiässä hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat liikkuvat useammin vapaa-ajallaan kuin muut. Matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat tai huonosti koulussa menestyvät nuoret harrastavat muita nuoria vähemmän vapaa-ajan liikuntaa, ammattikoululaiset vähemmän kuin lukiolaiset. Eläkeikäisistä hyvin koulutetut kykenevät harrastamaan vähän koulutettuja paremmin muitakin liikuntalajeja kuin kävelyä, mutta muutoin sosioekonomisia eroja ei ole havaittu (Borodulin ym. 4.1.5 tässä raportissa).

Suomea koskevat tulokset eivät suuresti poikkea muiden maiden tuloksista. Tupakoinnin suuret sosioekonomiset erot on havaittu monissa eurooppalaisissa tutkimuksissa (Puska ym. 2003, Giskes ym. 2005). Tutkimustiedot tupakointierojen muutossuunnista ovat vähäisiä, mutta viittaavat siihen, että joissakin Euroopan maissa sosioekonomiset erot kasvavat, toisissa kaventuvat.

Kasvavia eroja on Suomen lisäksi todettu Ruotsissa, Tanskassa, Saksassa ja Italiassa (Giskes ym. 2005).

Myös suomalaisten alkoholinkäyttöä koskevat tulokset ovat sopusoinnussa eurooppalaisten tutkimusten kanssa. Käytön useutta tarkasteltaessa näyttää usein kysely- ja haastattelututkimuksien perusteella siltä, että hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat juovat alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevia useammin alkoholia. Sen sijaan suurkulutus tai humalajuominen on yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä (Hupkens ym. 1993, Helasoja ym. 2007).

Ruokatottumusten sosioekonomiset erot näyttävät olevan erilaisia Etelä- ja Pohjois-Euroopassa. Suomessa erot ovat samanlaisia kuin muualla Pohjois-Euroopassa. Toistakymmentä EU-maata kattaneessa tutkimuksessa kävi ilmi, että kasvisten käytön sosioekonomiset erot ovat selkeitä Pohjois- ja Keski-Euroopassa, mutta pieniä Välimeren maissa. Voin ja rasvaisen maidon käyttö vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan Pohjois-Euroopassa. Välimeren maissa voin käyttö leipärasvana on sen verran harvinaista, että mahdolliset sosioekonomiset erot eivät tule esiin. Juuston käytön sosioekonomiset erot sen sijaan ovat varsin johdonmukaisia kaikkialla: juusto on maasta riippumatta ylempien sosioekonomisten ryhmien suosima elintarvike. (Roos ym. 2000, Prättälä ym. 2003). Eurooppalaisten tutkimusten mukaan vapaa-ajan liikunnassakin on sosioekonomia eroja; hyvässä asemassa olevat liikkuvat enemmän (Martinez-Gonzalez ym. 2001, Inchley ym. 2005).

Suomalaisten tupakoinnissa, alkoholinkäytössä, ruokatottumuksissa ja liikunnassa on sellaisia sosioekonomisia eroja, jotka voivat ylläpitää ja kasvattaa terveyden eriarvoisuutta. Elintapojen sosioekonomisia eroja on kaikissa ikäryhmissä, mutta useimmin työikäisessä väestössä, osittain ehkä sen vuoksi, että työikäisistä on eniten tutkimustietoja. Työikäiset miehet ovat ongelmallisin ryhmä: heidän keskuudessaan kaikki tarkastelun kohteena olleet elintavat vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Työikäiset miehet ovat myös se väestöryhmä, jossa kuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat suurimmillaan. Työikäisillä naisillakin elintapojen sosioekonomiset erot ovat hyvin johdonmukaisia.

Eläkeikäisillä elintapojen sosioekonomiset erot ovat epäjohdonmukaisempia kuin muilla. Nuoriin kohdistuneista tarkasteluista pistävät silmään erityisesti ammatillisissa oppilaitoksissa olevien lukiolaisia epäterveellisemmät elintavat. Valitettavasti lukiolaisten ja ammattikoululaisten välisistä eroista on niukalti tutkimustietoa. Vielä vähemmän on tietoa siitä pienestä ryhmästä, joka ei hakeudu peruskoulun jälkeen mihinkään koulutukseen. Lyhyelle koulutusrallalle hakeutuneiden tai huonosti koulussa menestyvien elintapojen muut-

tuminen terveelliseen suuntaan olisi jo nykytiedonkin valossa erittäin tärkeää terveyden tasa-arvoon pyrittäessä.

Tupakkaa ja ruokatottumuksia koskevat tulokset tarjoavat lähtökohtia terveyserojen kaventamistoimien suunnitteluun. Tupakoinnin koulutusryhmäerot ovat paitsi johdonmukaisia myös kasvavia. Sen sijaan ruokatottumukset ovat esimerkki myönteisestä kehityksestä: voimien käytön sosioekonomiset erot ovat kaventuneet ja kasvistenkin käytössä on viitteitä kaventumisesta. Muutokset osoittavat, että erot eivät ole ikuisia, ja että erojen kaventuminenkin on mahdollista. Jatkossa olisi analysoitava nykyistä tarkemmin, mikä on kasvattanut tupakoinnin sosioekonomisia eroja ja mikä taas kaventanut ruokatottumusten eroja. Ovatko kysymyksessä samat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset prosessit vai muuttuvatko ruokatottumusten ja tupakoinnin erot eri tekijöiden vaikutuksesta?

Tulevaisuuden kuolleisuus- ja sairastavuuserojen pienentämiseksi on erityisen tärkeää pyrkiä ehkäisemään elintapaerojen syntyminen eli kohdistaa terveellisen käyttäytymisen omaksumista edistävää tukea lapsille ja nuorille. Vuosituhannen vaihteen tutkimustulokset viittaavat valitettavasti siihen, että ilman tehokkaita toimenpiteitä epäterveellisten elintapojen, erityisesti tupakoinnin ja humalajuomisen aiheuttamat terveyshaitat keskittyvät tulevaisuudessa entistä voimakkaammin matalan sosioekonomisen aseman ryhmiin.

Kirjallisuus

- Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Petkeviciene J, Pudule I, Tekkel M. The sociodemographic patterning of drinking and binge drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland, 1994–2002. *BMC Public Health* 2007;7:241 (13 Sep 2007). www.biomedcentral.com/1471-2458/7/241.
- Hupkens C, Knibbe R, Drop M. Alcohol consumption in the European community: uniformity and diversity of drinking patterns. *Addiction* 1993;88:1391–1404.
- Inchley JC, Currie DB, Todd JM, Akhtar PC, Currie CE. Persistent socio-demographic differences in physical activity among Scottish schoolchildren 1990–2002. *European Journal of Public Health* 2005;15:386–388.
- Giskes K, Kunst A, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, Dalstra A, Federico B, Helmert U, Judge K, Lahelma E, Moussa K, Ostergren P, Platt S, Prättälä R, Rasmussen N, Mackenbach J. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59(5):395–401.
- Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De Irala J, Gibney M, Kearney J, Martinez JA. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2001;33:1142–1146.
- Prättälä R, Groth M, Oltersdorf U, Roos G, Sekula W, Tuomainen H. Use of butter and cheese in 10 European countries: a case of contrasting educational differences. *European Journal of Public Health* 2003;13:124–132.
- Puska P, Helasoja V, Prättälä V, Kasmel A, Klumbiene J. Health Behaviour in Estonia, Finland and Lithuania 1994–1998. Standardized comparison. *European Journal of Public Health* 2003;13:11–17.
- Roos G, Johansson L, Kasmel A, Klumbiene J, Prättälä R. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*. 2000;4(1):35–43.

4.2 Biologiset vaaratekijät

Antti Reunanen, Anna Kattainen ja Veikko Salomaa

Useimpien kroonisten sairauksien tarkka synty tapa on toistaiseksi tuntematon, mutta varsin monien yksilöön ja ympäristöön liittyvien tekijöiden tiedetään lisäävän sairastumisvaaraa. Näistä biologisilla vaaratekijöillä tarkoitetaan yksilön fysiologisia, rakenteellisia tai biokemiallisesti määritettäviä tekijöitä. Useiden tekijöiden perustaso määräytyy perinnöllisistä tekijöistä, mutta hyvin monen biologisen vaaratekijän tasoon vaikuttavat erilaiset elintavat. Elintapojen keskimääräinen erilaisuus puolestaan vaihtelee sosiaaliryhmittäin.

Tässä luvussa käsitellään erityisesti verenkiertoelinsairauksien ja tyypin 2 diabeteksen kannalta keskeisimpiä biologisia vaaratekijöitä. Verenkiertoelinsairauksien vaaratekijöitä on tunnistettu useita satoja, mutta muita selvästi tärkeämpiä pidetään kohonnutta verenpainetta, suurta veren rasvapitoisuutta ja tupakointia. Diabeteksen tiedetään puolestaan huomattavasti lisäävän verenkiertoelinsairastuvuutta. Yleisimmän diabetestyyppin, aikuisiällä alkavan ns. tyypin 2 diabeteksen, kiistattomin vaaratekijä on lihavuus. Niinpä seuraavassa kuvataan verenpaineen, veren rasvapitoisuuden ja lihavuuden vaihtelua sosioekonomisen tason mukaan suomalaisissa väestötutkimuksissa. Monen kroonisen sairauden vaaratekijäksi tunnettua tupakointia on käsitelty tässä raportissa terveyskäyttäytymisen kuvauksen yhteydessä (ks. Laaksonen ym. luku 4.1.2).

Vaaratekijöiden tasoa kuvataan erikseen viiden vuoden välein toteutetun FINRISKI-tutkimuksen ja lisäksi vuosina 2000–01 toteutetun Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan. Erillinen tarkastelu johtuu siitä, että väestötökset ja tutkimusmenetelmät erosivat näissä kahdessa tutkimuksessa.

► FINRISKI-tutkimus

FINRISKI-tutkimus on Kansanterveyslaitoksen viiden vuoden välein toteuttama väestötutkimus, jossa on standardoiduin menetelmin tutkittu 25–64-vuotiaan väestön sydän- ja verisuonitautien keskeiset vaaratekijät tietyillä maantieteellisillä alueilla (Salomaa ym. 2003). Väestöä edustavat aineistot on kerätty vuosina 1992, 1997 ja 2002 entisistä Pohjois-Karjalan ja Kuopion lääneistä Itä-Suomessa, Turun/Loimaan alueelta Lounais-Suomessa ja pääkaupunkiseudulta Etelä-Suomessa. Osallistuneiden määrät on esitetty taulukossa 1 koulutuksen pituuden mukaisesti syntymäkohorttikolmanneksiin jaettuna. Kutsuttujen osallistumisprosentti vaihteli eri tutkimusvuosina 76 %:sta 65 %:iin.

Taulukko1. FINRISKI-tutkimuksiin osallistuneiden¹ 25–64-vuotiaiden miesten ja naisten lukumäärät tutkimusvuoden ja koulutuksen pituuden (koulutuskolmannekset) mukaan tarkasteltuna.

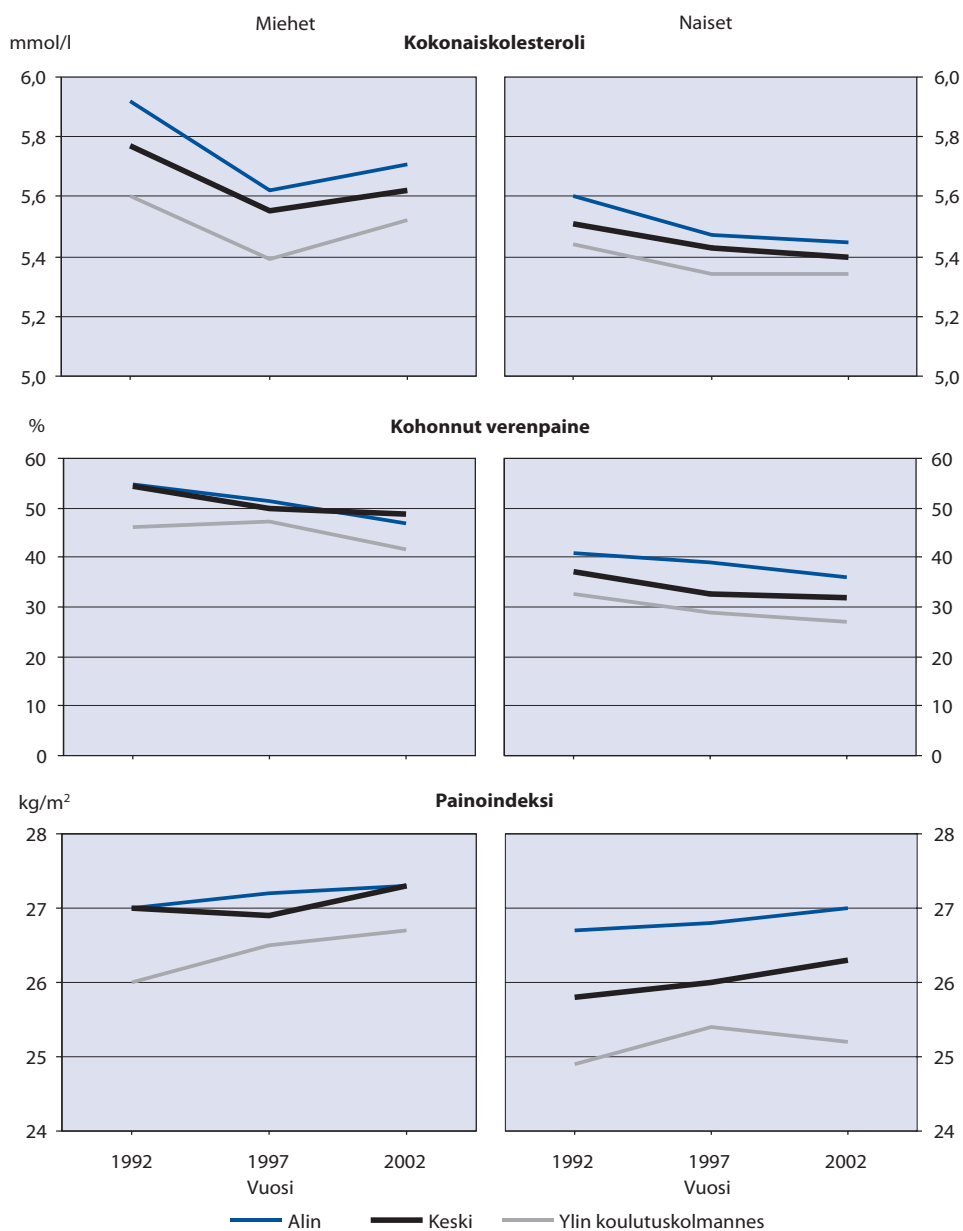
Tutkimusvuosi ja koulutusryhmä	Miehet	Naiset
1992		
Alin kolmannes	974	1 099
Keskikolmannes	946	1 000
Ylin kolmannes	914	1 075
1997		
Alin kolmannes	860	937
Keskikolmannes	880	1 080
Ylin kolmannes	973	973
2002		
Alin kolmannes	803	899
Keskikolmannes	743	866
Ylin kolmannes	790	985

¹ Mukana Pohjois-Karjalan, Kuopion, pääkaupunkiseudun ja Turku/Loimaan tutkimusalueet, joilla tutkimus toteutettiin kaikkina tarkasteluvuosina.

Henkilöllä, jonka systolinen verenpaine oli > 140 mmHg tai diastolinen verenpaine > 90 mmHg tai joka käytti verenpainelääkkeitä, katsottiin olevan korkea verenpaine. Kokonaiskolesterolipitoisuus mitattiin tuoreista seeruminäytteistä käyttäen kaupallista entsyymattista menetelmää (CHOD-PAP, Monotest, Boehringer-Mannheim, Saksa). Pituus mitattiin ja paino punnittiin keveissä vaatteissa ilman kenkiä. Painoindeksi (Body Mass Index, BMI) laskettiin jakamalla paino pituuden neliöllä (kg/m²).

Keskeisimpien biologisten vaaratekijöiden kehityssuunnat koulutuksen pituuden mukaan jaetuissa väestökolmanneksissa on esitetty kuviossa 1. Lähes kaikissa vaaratekijöissä todettiin molemmilla sukupuolilla selvät ja tilastolliset merkitsevät ($p < 0.0001$) tasoerot koulutusryhmien välillä. Ainoa poikkeus oli kohonneen verenpaineen vallitsevuus miehillä, jossa merkitsevää tasoeroa ei havaittu. Systolisen ja diastolisen verenpaineen vallitsevuutta koskevat tulokset olivat yhdenmukaisia kohonneen verenpaineen vallitsevuutta koskevien tulosten kanssa.

Kuvio 1. Sepelvaltimotaudin tärkeimpiä riskitekijöitä (kokonaiskolesteroli mmol/l, kohonnut verenpaine = systolinen > 140 mmHg tai diastolinen > 90 mmHg tai verenpainelääkitys, painoindeksi kg/m²) koulutuksen mukaan FINRISKI-tutkimuksiin 1992, 1997 ja 2002 osallistuneilla 25–64-vuotiailla miehillä ja naisilla (keskiarvot tai prosenttiosuus).



Naisten painoindeksin keskiarvo vaihteli huomattavasti koulutusryhmittäin. Esimerkiksi vuonna 2002 vähiten koulutetun ja eniten koulutetun kolmanneksen ero oli 1.8 kg/m², mikä merkitsee 165 cm pitkällä naisella lähes viiden kilon painoeroa. Tilastollisesti merkitseviä muutoksia koulutusryhmien välisissä vaaratekijäeroissa ei tässä tarkasteltuna ajanjaksona todettu. Näin ollen koulutuksen pituuden mukaan muodostettujen väestöryhmien väliset erot biologisissa vaaratekijöissä eivät ole ajanjaksolla 1992–2002 supistuneet, jos eivät merkitsevästi leventyneetkään.

► Terveys 2000

Vuosina 2000–01 toteutettu Terveys 2000 -tutkimus täydentää FINRISKI-tutkimuksen antamaa kuvaa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden esiintyvyydestä. Terveys 2000 -tutkimus perustui valtakunnallisesti edustavaan 30 vuotta täyttäneitä väestöä koskevaan otokseen, joka kattoi myös 65 vuotta täyttäneen väestön. Tutkimukseen valituista 8028 henkilön otoksesta (taulukko 2) 85 % osallistui joko laajaan terveystarkastukseen tai suppeampaan kotiterveystarkastukseen (Aromaa ym. 2002). Terveystarkastuksiin osallistuneilta mitattiin verenpaine, paino, pituus ja vyötärön ympäryys sekä otettiin verinäytteitä, joista analysoitiin mm. seerumin kolesterolipitoisuus. Lisäksi Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättiin tietoja 18–29-vuotiailta nuorilta. Nuorten otokseen kuului 1 894 henkilöä, joista haastateltiin 79 %. Niille, joita ei saatu haastateltua, lähetettiin jälkikysely, jonka palautti 11 %. Tärkeimpiin haastattelukysymyksiin vastasi kaikkiaan noin 90 % otokseen kuuluvista.

Taulukko 2. Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneiden 30 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten lukumäärät koulutusasteen ja iän mukaan tarkasteltuna.

Koulutus	Miehet		Naiset	
	30–64 v.	65 + v.	30–64 v.	65 + v.
Perusaste	735	439	758	802
Keskiaste	983	116	820	165
Korkea-aste	645	57	1 031	103

Terveys 2000 -tutkimuksessa lihaviksi katsottiin ne, joilla painoindeksi oli 30 kg/m² tai enemmän. WHO:n mukaan miehillä vyötärön ympärysmitta 102 cm tai enemmän ja naisilla 88 cm tai enemmän merkitsee huomattavasti lisääntynyttä riskiä lihavuuden aiheuttamiin metabolisiin komplikaatioihin (WHO 1998).

Sekä työ- että eläkeikäisistä miehistä noin viidesosa oli lihavia. Työikäisistä naisista reilu viidesosa ja eläkeikäisistä lähes kolmasosa oli lihavia (taulukko 3). Sekä työ- että eläkeikäisillä miehillä ja naisilla lihavuus näytti olevan yleisempää vähemmän koulutettujen keskuudessa kuin korkeammin koulutetuilla, vaikkakaan eläkeikäisillä miehillä koulutusryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Noin kolmasosalla työikäisistä ja 40 %:lla eläkeikäisistä miehistä oli suuri vyötärön ympärysmitta. Reilulla 40 %:lla työikäisistä naisista ja kahdella kolmasosalla eläkeikäisistä vyötärön ympäryksen raja-arvo ylittyi. Vyötärön ympärysmittaa koskevat tulokset antoivat saman tuloksen kuin painoindeksi eli eläkeikäisiä miehiä lukuun ottamatta koulutusryhmien välillä oli havaittavissa selvä ero.

Taulukko 3. Lihavuuden (BMI \geq 30) ja keskivartalolihavuuden (vyötärön ympärysmiehillä \geq 102 cm ja naisilla \geq 88 cm) ikävakioitu esiintyvyys (%) koulutusryhmittäin (Terveys 2000 -aineisto).

Koulutus	Miehet			Naiset		
	30–64 v.	65 + v.	30 + v.	30–64 v.	65 + v.	30 + v.
BMI \geq 30 (%)						
Perusaste	25,4	23,7	25,3	26,0	34,1	29,0
Keskiaste	20,3	15,4	19,6	21,9	26,5	22,9
Korkea-aste	15,2	19,0	15,2	17,8	16,2	17,7
Yhteensä *	20,6	21,7	20,7	21,7	31,0	24,0
p	<0,001	0,227	<0,001	0,001	0,004	<0,001
Vyötärön ympäryys (%)						
		\geq 102 cm		\geq 88 cm		
Perusaste	35,8	41,5	36,9	47,2	69,3	53,5
Keskiaste	31,0	37,0	31,9	43,8	59,8	47,9
Korkea-aste	27,8	38,4	29,1	36,3	52,1	40,2
Yhteensä *	31,7	40,3	33,2	41,9	66,0	47,6
p	0,004	0,692	0,002	<0,001	0,003	<0,001

*Ikävakioimattomat luvut

Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneille 18–29-vuotiaille tehtiin vain terveyshaastattelu, joten terveystarkastukseen perustuvia mitattuja pituus- ja painotietoja ei ollut käytettävissä. Nuorten painoindeksi laskettiin haastateltujen ilmoittamien pituuden ja painon perusteella. Nuorten lihavuuden rajana käytettiin samaa 30 kg/m² rajaa kuin vanhemmillakin. Nuorten aikuisten koulutusluokitus poikkeaa hieman 30 vuotta täyttäneillä käytetystä luokituksesta. Alle 30-vuotiaiden oletettiin valmistuvan siitä koulutuksesta, jota he tutkimuksen aikaan olivat suorittamassa ja heidät on sijoitettu tämän mukaisesti eri koulu-

tusryhmiin. Lisäksi korkea-asteen koulutus on jaettu kahteen osaan: ammatilliseen korkea-asteeseen ja muuhun korkea-asteeseen.

18–29-vuotiaista miehistä 8 % ja naisista 7 % oli lihavia (taulukko 4). Koulutusryhmien väliset erot lihavuudessa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä nuorilla miehillä, vaikkakin perusasteen suorittaneista miehistä 11 %, muun keskiasteen 9 %, ammatillisen korkea-asteen 7 % ja muun korkea-asteen suorittaneista vain 5 % oli lihavia. Nuorilla naisilla sen sijaan koulutusryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Erityisen huonossa asemassa olivat perusasteen koulutusryhmään kuuluvat nuoret naiset, joista 17 % oli lihavia. Lihavuus oli naisilla perusasteen koulutusryhmässä yli 7 kertaa niin yleistä kuin muun korkea-asteen ryhmässä.

Taulukko 4. Lihavuuden (BMI ≥ 30) esiintyvyyys 18–29-vuotiaille (%) sekä osallistuneiden lukumäärä (N) koulutusryhmittäin (Terveys 2000 -aineisto).

Koulutus	Miehet		Naiset	
	N	%	N	%
Perusaste	86	11,3	67	16,6
Keskiaste	446	9,1	324	6,9
Ammatillinen korkea-aste	198	6,9	281	6,6
Muu korkea-aste	123	4,6	168	2,3
Yhteensä	853	8,1	840	6,6
p		0,233		0,003

Nykyisen Käypä hoito -suosituksen mukaan verenpaine on normaali, mikäli mittauksessa systolinen paine on alle 130 mmHg ja diastolinen paine alle 85 mmHg. Suosituksen mukaan verenpaine on kohonnut, mikäli vähintään neljänä eri päivänä tehdyn kaksoismittauksen keski-arvo ylittää rajan 140/90. Tässä tutkimuksessa verenpainetta ei mitattu eri päivinä ja sen takia käytettiin korkeampia raja-arvoja. Verenpaine katsottiin kertamittauksen perusteella kohonneeksi, mikäli systolinen paine oli 160 mmHg tai yli tai diastolinen 95 mmHg tai yli. Näin tarkasteltuna verenpaine oli kohonnut viidesosalla työikäisistä ja reilulla kolmasosalla eläkeikäisistä miehistä (taulukko 5). Työikäisistä naisista 14 %:lla ja eläkeikäisistä lähes 40 %:lla verenpaine oli kohonnut. Sekä miehillä että naisilla kohonnut verenpaine oli yleisempää vähemmän koulutetuilla kuin enemmän koulutetuilla työiässä, mutta eläkeikäisillä vastaavaa eroa ei ollut havaittavissa.

Taulukko 5. Kohonneen verenpaineen (systolinen verenpaine ≥ 160 mmHg tai diastolinen verenpaine ≥ 95 mmHg) ikävakioitu esiintyvyys (%) koulutusryhmittäin (Terveys 2000 -aineisto).

Koulutus	Miehet (%)			Naiset (%)		
	30–64 v.	65 + v.	30 + v.	30–64 v.	65 + v.	30 + v.
Perusaste	24,8	36,4	27,0	15,2	39,3	21,3
Keskiaste	21,0	31,8	22,8	14,4	39,1	20,1
Korkea-aste	17,7	28,3	19,4	10,7	38,7	15,9
Yhteensä *	21,4	34,7	23,7	13,5	39,2	19,6
p	0,007	0,421	0,003	0,031	0,992	0,014

* Ikävakiomattomat luvut

Taulukko 6. Selvästi kohonneen kokonaiskolesterolipitoisuuden ($\geq 6,5$ mmol/l) ja kohonneen LDL-kolesterolipitoisuuden ($\geq 3,0$ mmol/l) ikävakioitu esiintyvyys (%) koulutusryhmittäin (Terveys 2000 -aineisto).

Koulutus	Miehet			Naiset		
	30–64 v.	65 + v.	30 + v.	30–64 v.	65 + v.	30 + v.
Kokonaiskolesterolipitoisuus $\geq 6,5$ mmol/l (%)						
Perusaste	34,1	25,1	32,3	29,0	40,6	33,2
Keskiaste	32,1	26,9	30,8	26,0	33,5	27,9
Korkea-aste	26,8	27,4	26,2	23,9	33,5	25,2
Yhteensä *	31,3	25,6	30,3	26,3	38,7	29,5
p	0,006	0,880	0,017	0,062	0,134	<0,001
LDL-kolesterolipitoisuus $\geq 3,0$ mmol/l (%)						
Perusaste	84,1	83,5	84,6	82,6	86,4	83,6
Keskiaste	86,3	77,6	85,0	82,5	88,1	84,0
Korkea-aste	83,9	84,7	83,6	76,7	85,1	77,9
Yhteensä *	85,0	82,5	84,5	80,0	86,5	81,6
p	0,296	0,324	0,695	0,001	0,762	<0,001

* Ikävakiomattomat luvut

Käypä hoito -suosituksen mukaan tavoitteena pidetään seerumin kokonaiskolesterolipitoisuuden arvoa alle 5.0 mmol/l ja LDL-kolesteroliarvoa alle 3.0 mmol/l. Tällä kriteerillä noin 80 %:lla suomalaisista on kohonnut kokonaiskolesterolipitoisuus. Terveys 2000-tutkimuksessa kokonaiskolesterolipi-

toisuus 6,5 mmol/l tai korkeampi katsottiin selvästi kohonneeksi. Arvo valittiin sitä silmälläpitäen, että tällä tasolla jokseenkin kaikille arvon ylittävälle tulisi tehdä korjaavia toimenpiteitä. Lähes kolmasosalla työikäisistä ja neljäsosalla eläkeikäisistä miehistä kokonaiskolesterolipitoisuus oli vähintään 6,5 mmol/l (taulukko 6). Työikäisistä naisista reilu neljäsosa ja eläkeikäisistä lähes 40 % ylitti tämän raja-arvon. Työikäisillä miehillä raja-arvo ylittyi useammin vähän koulutettujen joukossa kuin korkeammin koulutetuilla. Esiintyvyyksilukuja tarkasteltaessa näytti siltä, että naisillakin työiässä olisi ollut samansuuntainen ero koulutusryhmien välillä, mutta se ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Eläkeiässä koulutusryhmien välillä ei ollut eroja kummallakaan sukupuolella. Kohonnut LDL-kolesterolipitoisuus (3 mmol/l tai yli) oli 85 %:lla työikäisistä ja 83 %:lla eläkeikäisistä miehistä. Naisilla vastaavat osuudet olivat 80 % ja 87 %. Miehillä ei ollut havaittavissa eroja koulutusryhmien välillä työiässä eikä eläkeiässä. Työikäisillä naisilla sen sijaan kohonnut LDL-pitoisuus näytti olevan yleisempää vähemmän koulutettujen keskuudessa kuin korkeammin koulutetuilla. Vastaavaa eroa ei ollut havaittavissa enää eläkeiässä.

Koulutusryhmittäisiä eroja oli useiden eri riskitekijöiden kohdalla havaittavissa työikäisillä, mutta harvemmin eläkeikäisillä. Osittain erojen puuttumista eläkeiässä saattaa selittää valikoiva kuolleisuus; kaikkein korkeimman riskitekijätason omanneet ovat kuolleet jo ennen eläkeikää. On myös mahdollista, että syntymäkohortit olivat aikoinaan homogeenisempia, eikä heille ollut tarjolla sellaisia elintapainterventioita, jotka olisivat osaltaan voineet kasvattaa eroja. Eläkkeellä myös palkkaan, asemaan ja vaikutusvaltaan liittyvät erot saattavat vähitellen tasoittua. Eläkeikäisten tutkittujen lukumäärät eri koulutusryhmissä, erityisesti korkea-asteen ja keskiasteen ryhmissä, olivat melko pieniä ja tämä saattaa joissain tapauksissa selittää tilastollisen merkitsevyyden puuttumista.

► Päätelmät

Kuvatuista kahdesta viimeaikaisesta väestötutkimuksesta voi tutkimuskohdeiden ja menetelmien eroavuuksista huolimatta tehdä kiistattomia päätelmiä biologisten vaaratekijöiden eroista suomalaisilla.

Lihavuus vaihtelee sosiaaliryhmittäin etenkin naisilla ja se on selvästi harvinaisempaa korkeammin koulutetuilla. Pulman tekee erityisen merkittäväksi se, että vuosien varrella sosioekonomiset erot eivät ole vähenneet vaan pikemminkin kasvaneet ja erot tulevat selvästi esiin jo nuorilla aikuisilla. Miehillä lihavuuden esiintyvyyden erot sosiaaliryhmittäin eivät ole yhtä suuret kuin naisilla, mutta tulevat esiin kuitenkin kiistattomasti etenkin työikäisillä.

Kohonnut verenpaine oli yleisempää vähemmän koulutetuilla ja erot olivat selvimmät työikäisillä.

Suuri kokonais- ja LDL-kolesterolipitoisuus on myös yleisempi vähemmän koulutettujen ryhmässä. Erot ovat selvimmät työiässä ja tulevat esiin erityisesti miehillä.

Näin ollen kaikkien esillä olleiden keskeisten biologisten vaaratekijöiden yleisyys näyttää olevan yleisempää vähemmän kuin enemmän koulutetuilla. Erojen suuruus ja ilmeneminen vaihtelevat sukupuolittain ja ikäryhmittäin, mutta yleissuunta on selvä. Tulokset vastaavat suurelta osin niitä eroja, joita on havaittu muissa teollistuneissa maissa tehdyissä väestötutkimuksissa (Bennet 1995, Manhem ym. 2000, Panagiotakos ym. 2005). Joidenkin tutkijoiden näkemyksen mukaan vaaratekijöiden vähentäminen on selvästi ensisijainen toimintalinja sepelvaltimotautiin sairastuvuudessa todettujen sosioekonomisten erojen vähentämiseksi (Emberson ym. 2004), niin vaikealta kuin se saattaakin tuntua. Toisten näkemysten mukaan yksinomaan klassisiin vaaratekijöihin suunnattu ehkäisy ei riitä, vaan on pyrittävä syvällisemmin puuttumaan sosioekonomisten sairastuvuuserojen syihin (Marmot 2004). On todennäköistä, että kumpaaakin lähestymistapaa tarvitaan. Ensisijaisesti on suunnattava voimavarat tunnettujen vaaratekijöiden vähentämiseen ja tätä kautta sosioekonomisten sairastuvuuserojen vähentämiseen, mutta samanaikaisesti on avoimin mielin etsittävä monipuolisempia keinoja, joiden vaikutustapa ei välity tunnettujen vaaratekijöiden kautta.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf
- Bennet S. Cardiovascular risk factors in Australia: trends in socio-economic inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:363–72.
- Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Social class differences in coronary heart disease in middle-aged British men: implications for prevention. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:289–96.
- Manhem K, Dotevall A, Wilhelmsen L, Rosengren A. Social gradients in cardiovascular risk factors and symptoms of Swedish men and women: the Goteborg MONICA Study 1995. *Journal of Cardiovascular Risk* 2000;7:359–68.
- Marmot M. Commentary: Risk factors or social causes? *International Journal of Epidemiology* 2004;33:297–8.

- Panagiotakos DB, Pitsavos C, Manios Y, Polychronopoulos E, Chrysoshoou CA, Stefanadis C. Socio-economic status in relation to risk factors associated with cardiovascular disease, in healthy individuals from the ATTICA study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2005;12:68–74.
- Salomaa V, Laatikainen T, Tapanainen H, Jousilahti P, Vartiainen E. Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden sosioekonomiset erot. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:3187–90.
- WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3–5 June 1997, 1998.

4.3 Terveyspalvelut

Kristiina Manderbacka, Unto Häkkinen, Lien Nguyen, Sami Pirkola, Aini Ostamo ja Ilmo Keskimäki

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen terveyspolitiikan keskeisistä tavoitteista. Peruseriaatteena on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Tavoite on kirjattu myös perustuslakiin, jonka 6. §:ssä todetaan, että ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (Suomen perustuslaki 1999). Pykälään 19 on kirjattu periaate, jonka mukaan ”julkisen vallan on turvattava [...] jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut”. Tarveperiaate on kirjattu lakiin potilaan oikeuksista, jossa todetaan että potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään ja laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Terveydenhuollossa onkin nykyisin useita rakenteellisia tekijöitä, jotka tukevat tätä tavoitetta. Palvelujärjestelmä on alueellisesti kattava ja kaikki Suomessa asuvat henkilöt ovat oikeutettuja käyttämään palveluita. Hammashoito muodosti kuitenkin vuoteen 2002 asti poikkeuksen tästä säännöstä ja vain lapset ja nuoret sekä eräät erityisryhmät olivat oikeutettuja käyttämään julkisia palveluja. Terveyspalvelut rahoitetaan pääasiassa verovaroin, mikä tasaa niistä aiheutuneita kustannuksia. Vaikka asiakasmaksut kohosivatkin 1990-luvun aikana ja kasvattivat potilaiden maksuosuutta, ovat monet palvelumaksut suhteellisen alhaisia ja osa palveluista on edelleen käyttäjilleen maksuttomia. Lisäksi koko väestön kattava sairausvakuutusjärjestelmä korvaa sairastumisesta aiheutuvia kuluja ja tulonmenetyksiä. Hammashoitoa alettiin korvata sairausvakuutuksesta 1980-luvun puolivälissä ja 2000-luvun alussa korvaukset ulotettiin koko väestöön. Alueellisia eroja terveyspalvelujen tarjonnassa on kavennettu 1970- ja 1980-luvuilla keskitetysti ohjatun suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän avulla sekä 1990-luvulla kohdentamalla valtion rahoitusta väestörakenteen perusteella arvioidun palvelujen tarpeen ja kuntien taloudellisen aseman mukaan.

Tiedot terveyspalvelujen käytön sosioekonomisista eroista Suomessa ovat puutteellisia. Suurin osa tiedoista perustuu yksittäistutkimuksiin, eikä pysyviä seurantajärjestelmiä juuri ole. Ainoastaan Kansaneläkelaitoksen sekä lääkintö-

hallituksen ja sittemmin Stakesin toteuttamalla terveydenhuollon väestötutkimuksilla on seurattu pitkällä aikavälillä terveyspalvelujen ja lääkkeiden käyttöä sekä niissä olevia sosioekonomisia eroja. Ensimmäinen Kansaneläkelaitoksen väestöhaastattelu tehtiin 1964 ja tutkimus on toistettu 1968, 1976 ja 1987. Viimeisin väestöhaastattelu toteutettiin 1995 ja 1996. Lisäksi Stakes on tutkinut aikuisväestön terveyspalvelujen käyttöä vuosina 1991–94 tehdyillä Cati-puhe-
linhaastatteluilla. Vuonna 2004 tehtiin ensimmäinen Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kysely, joka sisältää myös joitakin terveyspalvelujen käyttöä koskevia kysymyksiä. Myös Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimus sisältää terveyspalvelujen käyttöä koskevan osion. Näiden väestötutkimusten antamaa kuvaa terveyspalvelujen käytöstä on mahdollista täydentää väestönlaskenta- ja sairaaloiden hoitoilmoitusaineistojen yhdistelyjen avulla saaduilla tiedoilla sairaalapalvelujen käytöstä eri sosioekonomisissa ryhmissä 1980-luvun lopun ja 1990-luvun puolivälin osalta (Keskimäki 1997, Keskimäki 2003) sekä vuosien 1992–2003 osalta käynnissä olevan REDD-hankkeen (<http://groups.stakes.fi/THP/FI/hankkeet/REDD.htm>) alustavien tulosten perusteella (Manderbacka ym. 2006). Psykiatristen diagnoosien perusteella sairaalahoitoon otettujen potilaiden hoitajaksoja ja niissä tapahtuneita muutoksia vuosina 1991–96 on tutkittu vastaavanlaisella rekisteriaineistolla (Ostamo ym. 2005).

Terveyspalvelujen käytön sosioekonomisia eroja koskevan tiedon puute johtuu osittain terveydenhuollon tutkimukseen liittyvistä menetelmäongelmista. Terveydenhuollon toiminta on monimuotoista ja koostuu muun muassa terveyttä edistävästä ja sairauksia ehkäisevästä toiminnasta sekä avosairaanhoidosta, sairaalapalveluista, kuntoutuksesta ja erilaisista hoivapalveluista. Kat-tavan kuvan saaminen palvelujen käytöstä on tämänkin takia vaikeaa. Lisäksi suuri osa käytettävissä olevista tiedoista koskee vain palvelujen käyttöä eikä tämän perusteella voi suoraan tehdä päätelmiä palvelujen oikeudenmukaisesta kohdentumisesta, kun tiedot palvelujen tarpeesta puuttuvat. Mielenterveys-palveluita koskevan tiedon erityinen ongelma on, että osa avohoitopalveluista ja toisaalta monet asumiseen liittyvät tuki- ja kuntoutuspalvelut jäävät syste-maattisen tiedonkeruun ulkopuolelle. Tietosuojan ja hoitoon hakeutumiskyn-nyksen kannalta on perinteisesti pidetty tärkeänä, ettei avun hakemista mie-lenterveysongelmiin kirjata perusterveydenhuollossa mielenterveyskäynniksi. Tälle käytännölle on tärkeitä perusteita, mutta se vaikeuttaa kokonaiskuvan saamista mielenterveyspalveluiden käytöstä. Epäsuoria, mutta palvelujärjestel-män kehittämisen kannalta asianmukaisia päätelmiä voidaan kuitenkin tehdä myös olemassa olevista tiedoista.

Tässä luvussa käsitellään suomalaisten tutkimusten tuloksia terveyspalve-lujen käytön ja saatavuuden sosioekonomisista eroista lähinnä 1980-luvun ja 1990-luvun loppupuolelta sekä 2000-luvun alusta. Luvussa pyritään myös ar-

voimaan, miten hyvin terveydenhuoltojärjestelmä on onnistunut takaamaan kaikille sosiaaliryhmille tasa-arvoiset mahdollisuudet palvelujen käyttöön.

► Avosairaanhoitopalvelut

Suomalainen avohoidon palvelujärjestelmä on useimpien muiden maiden järjestelmiin verrattuna omaleimainen. Se sisältää useita rahoittamis- ja järjestämistapoja, jotka eroavat sekä käyttäjämaksujen että palvelumaksujen osalta. Nämä erilaiset järjestelyt vaikuttavat palvelujen käytön jakaantumiseen sosioekonomisten ryhmien välillä. Terveyskeskuskäynnit ovat pääosin käyntejä yleislääkärin vastaanotolla, jotka muuttuivat useissa kunnissa maksullisiksi vuoden 1993 jälkeen. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyntien osuus kaikista lääkärin vastaanotolla käynneistä on 2000-luvulla pienentynyt 45 %:sta 40 %:iin (ks. taulukko 1). Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat pääosin maksullisia käyntejä erikoislääkärin vastaanotolla, jotka yleensä edellyttävät lähetteen terveyskeskuslääkäriltä. Ne ovat viime vuosikymmenten aikana muodostaneet noin viidennes osan kaikista käynneistä lääkärin vastaanotolla. Yksityislääkärissäkäynnit, joissa potilaiden maksu-osuus on suurin, ovat suurelta osin käyntejä erikoislääkärin vastaanotolla. Niiden osuus kaikista käynneistä on ollut 15–20 %. Viime vuosina selvimmin ovat osuudeltaan lisääntyneet käynnit työterveyslääkärin vastaanotolla, jotka ovat käyttäjille maksuttomia. Niitä voivat käyttää vain henkilöt, joille työnantaja vapaaehtoisesti tarjoaa sairaanhoitopalveluja.

Väestön tulotasoon liittyvää terveyspalvelujen käytön eriarvoisuutta on usein mitattu horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä, jossa palvelujen käyttö suhteutetaan sairastavuuden ja ikä- ja sukupuolirakenteen perusteella arvioituun tarpeeseen (Häkkinen 1991, van Doorslaer ym. 2004). Indeksi vaihtelee arvojen -1 ja +1 välillä. Jos indeksi on positiivinen, eriarvoisuus on suurituloisia suosivaa, kun taas negatiivinen arvo suosii pienituloisia. Positiivinen lukuarvo on sitä suurempi mitä enemmän suurituloiset käyttävät palveluja suhteessa arvioituun tarpeeseen, ja negatiivinen lukuarvo on sitä lähempänä arvoa -1 mitä enemmän pienituloiset käyttävät palveluja. Indeksien nolla-arvo kuvaa tasa-arvoa palvelujen käytössä. Taulukossa 1 on myös esitetty Terveystutkimuksen väestötutkimuksista 1987 ja 1996 sekä Terveys 2000 -tutkimuksesta lasketut horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit kaikille lääkärisäkäynneille sekä erikseen käyntisektorin mukaan¹.

¹ Käytetty menetelmä on kuvattu mm. OECD-julkaisussa van Doorslaer ym. 2004. Taulukon 1 oikeudenmukaisuuden indeksien laskelmissa on palvelun tarpeen määrittämiseen käytetty ikää, sukupuolta, pitkäaikaissairastavuutta ja koettua terveydentilaa.

Kokonaisuudessaan lääkärin vastaanotolla käynnit ovat Suomessa viime vuosikymmeninä jakautuneet hieman suurituloisia suosivasti. Vuonna 2001 kaikkien lääkarissäkäyntien indeksi oli 0,04. OECD:n vuoden 2000 aineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan kaikkien lääkarissäkäyntien horisontaalista eriarvoisuutta kuvaava indeksi (0,073) oli Suomessa suurin ja samaa tasoa kuin Yhdysvalloissa ja Portugalissa (van Doorslaer ym. 2004).

Sektoreittain lasketut eriarvoisuusindeksit eivät juuri ole muuttuneet vuoden 1987 jälkeen. 2000-luvulla tosin pienituloiset näyttävät suhteessa muihin hieman lisänneen käyntejään lääkärin vastaanotolla lähes kaikilla sektoreilla. Tämä ilmenee indeksien arvojen pienenemisenä, mutta muutokset eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat jakautuneet suurin piirtein tasaisesti tuloluokittain. Käynnit terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti, kun taas käynnit yksityislääkärin vastaanotolla ja erityisesti työterveyshuollon käynnit ovat jakautuneet suurituloisia suosivasti. Tämä sektorikohtainen eriytyminen näyttääkin olevan varsin pysyvä palvelujen käytön eriarvoisuutta tuottava rakenteellinen tekijä suomalaisessa järjestelmässä.

► Hammashoito

Jo puolen vuosisadan ajan on maassamme ollut tarjolla julkisin varoin tuettuja, pääasiassa terveyskeskuksien tuottamia suun terveydenhuoltopalveluja. Vuodesta 1986 lähtien yksityisten hammashuoltopalvelujen kustannuksia on ryhdytty subventoimaan osalle väestöstä alkaen nuorista ikäluokista (0–25-vuotiaat). Kunnalliset hammashoitopalvelut koskivat vuoteen 2000 asti suurimmassa osassa maata vain nuorta väestöä (0–44-vuotiaita). Joulukuussa 2002 kansanterveyslain muutos poisti kaikki ikärajoitukset kunnallisesta hammashoidosta, ja siitä lähtien kaikenikäiset ihmiset ovat voineet hakeutua terveyskeskuksien hammashoitoon. Samalla yksityisestä hammashoidosta maksettavat sairausvakuutuskorvaukset ovat laajentuneet koskemaan koko väestöä. Nämä muutokset näkyvät hammaslääkärin vastaanotolla käyntien rakenteessa siten, että terveyskeskusten osuus lisääntyi vuosien 1987–2004 välillä 30 %:sta 40 %:iin ja vastaavasti yksityishammaslääkärin vastaanotolla käyntien osuus pienentyi 65 %:sta 55 %:iin (taulukko 2). Tosin suuri osa tästä muutoksesta tapahtui jo 1990-luvun ensimmäisellä puoliskolla.

Hammashoidon eriarvoisuutta voidaan myös arvioida horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä². Taulukossa 2 on esitetty indeksin kehitys Suomessa vuodesta 1987 lähtien käyttäen samoja aineistoja kuin edellä lääkäripalveluja tarkasteltaessa. Lisäksi hammaslääkäripalveluista saadaan tietoa vuonna 2004 tehdystä Stakesin Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselystä. Näin on mahdollista arvioida vuoden 2002 lopulla toteutetun hammashoitouudistuksen vaikutuksia. Myös hammaslääkärin vastaanotolla käyntien eriarvoisuudessa ovat ajalliset muutokset pieniä. Käynnit kokonaisuudessaan ja yksityisen puolen käynnit ovat viime vuosikymmeninä jakautuneet suurituloisia suosivasti, kun taas terveyskeskuskäynnit ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti. Suurin eriarvoisuuden pieneneminen hammaslääkäripalvelujen kokonaiskäytössä tapahtui 1990-luvun puoliväliin mennessä lähinnä sen takia, että pienituloisille kohdentuneiden terveyskeskuskäyntien suhteellinen osuus lisääntyi.

Vuoden 2002 lopussa toteutettu hammashoitouudistus näyttää vähentäneen tuloihin liittyvää eriarvoisuutta varsin vähän. Vaikka hammaslääkäripalvelujen kokonaiskäyttöä koskeva horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi oli vuonna 2004 pienempi kuin vuosina 2000–01 (0,071), terveyskeskuspalvelujen käyttö suosi aiempaa enemmän pienituloisia ja yksityishammaslääkäripalvelujen käyttö suosi aiempaa voimakkaammin suurituloisia. OECD-tutkimuksen (van Doorslaer ym. 2004) mukaan lähes kaikissa kehittyneissä maissa tulo-ryhmien välillä oli eriarvoisuutta hammaslääkäripalvelujen kokonaiskäytössä vuonna 2000, eikä Suomi tässä suhteessa juuri poikennut muista maista. Kuten avosairaanhoidtopalvelujen käytön, myös hammaslääkäripalvelujen käytön sektorikohtainen eriytyminen näyttää olevan varsin pysyvä ilmiö suomalaisessa järjestelmässä.

² Hammashoidon tarpeen arvioinnissa mittarina on käytetty ikää, sukupuolta ja hammassärkyä.

Taulukko 1. Lääkärin vastaanotolla käyntien¹ tarvevakioidu määrä 18 vuotta täyttäneitä kohti eri tuloiluokissa ja palvelusektoreilla sekä käyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi² vuosina 1987, 1996 ja 2000–01.

Tulo- viidennes	Kaikki			Terveyskeskukset			Työterveyshuolto			Sairaaloiden poliklinikat			Yksityinen sektori		
	1987	1996	2000	1987	1996	2000	1987	1996	2000	1987	1996	2000	1987	1996	2000
I Alin	1,11	1,33	2,55	0,66	0,76	1,47	0,05	0,08	0,14	0,20	0,29	0,49	0,15	0,13	0,29
II	1,30	1,56	2,92	0,71	0,81	1,28	0,12	0,10	0,48	0,22	0,41	0,56	0,21	0,19	0,48
III	1,30	1,64	2,98	0,63	0,82	1,28	0,16	0,15	0,47	0,24	0,34	0,61	0,24	0,24	0,52
IV	1,46	1,74	3,17	0,62	0,75	1,17	0,25	0,24	0,69	0,24	0,37	0,63	0,30	0,33	0,54
V Ylin	1,60	1,86	3,22	0,49	0,65	0,94	0,31	0,31	0,82	0,28	0,40	0,50	0,46	0,47	0,78
Käyntien keskiarvo	1,35	1,63	2,97	0,62	0,76	1,23	0,18	0,18	0,52	0,23	0,36	0,56	0,27	0,27	0,52
Indeksi	0,07 ***	0,06 ***	0,04 ***	-0,06 ***	-0,03 *	-0,08 ***	0,30 ***	0,28 ***	0,25 ***	0,06 **	0,04	0,01	0,22 ***	0,25 ***	0,17 ***

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

¹ Kaikki = työterveyshuollon lääkärin vastaanotolla käynnit + sairaaloiden poliklinikakäynnit + yksityisen sektorin käynnit + käynnit terveyskeskuksissa ja muualla. Koska muualla käyntien määrä oli pieni, sen horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksejä ei laskettu.

² Oikeudenmukaisuusindeksien laskelmissa on tarpeen indikaattoreina käytetty ikää, sukupuolta, pitkäikäisyyttä ja koettua terveydentilaa.

Taulukko 2. Hammaslääkärin vastaanotolla käyntien¹ tarvevakioitu määrä 18 vuotta täyttäneitä kohti eri tuloiluokissa ja palvelusektoreilla sekä käyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit² vuosina 1987, 1996, 2000–01 ja 2004.

Tulo- viidennes	Kaikki				Terveyskeskukset				Yksityinen sektori			
	1987	1996	2000	2004	1987	1996	2000	2004	1987	1996	2000	2004
I Alin	0,35	0,56	1,10	1,29	0,18	0,29	0,59	0,72	0,15	0,23	0,45	0,48
II	0,40	0,66	1,24	1,14	0,15	0,29	0,50	0,63	0,24	0,31	0,69	0,48
III	0,52	0,67	1,38	1,31	0,18	0,29	0,54	0,53	0,32	0,35	0,77	0,75
IV	0,55	0,71	1,35	1,47	0,15	0,24	0,47	0,46	0,38	0,45	0,82	0,97
V Ylin	0,67	0,86	1,60	1,54	0,09	0,19	0,36	0,40	0,54	0,64	1,19	1,10
Käyntien keskiarvo	0,50	0,69	1,33	1,35	0,15	0,26	0,49	0,55	0,33	0,39	0,78	0,76
Indeksi	0,14***	0,08***	0,07***	0,05***	-0,09***	-0,09***	-0,08***	-0,12***	0,25***	0,20***	0,18***	0,19***

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

¹ Kaikki = yksityisen sektorin käynnit + käynnit terveyskeskuksissa ja muualla. Koska muissa hammaslääkäreissä käyntien määrä oli pieni, sen horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksejä ei laskettu.

² Hammaslääkärin tarpeen mittarina on käytetty ikää, sukupuolta ja hammaslääkärin määrää.

► Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyden avopalvelut koostuvat pääosin vastaanottokäynneistä perusterveydenhuollossa, psykiatrisilla poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa sekä pitkäaikaissairaiden päivätöimintaan ja kuntoutukseen liittyvistä erilaisista tukipalveluista. Lisäksi kuntouttavaa ja hoitavaa psykoterapiaa on ollut jonkin verran tarjolla niille, joiden on arvioitu siitä hyötyvän. Aiemmin psykoterapiaa tarjottiin myös julkisella sektorilla, mutta avohoidon voimavarojen vähentyessä se on muuttunut käytännössä yksityissektorin tuottamaksi toiminnaksi, jota Kela voi tukea harkinnanvaraisena kuntoutuksena tai jota voidaan rahoittaa erillismäärärahoihin tai terveysturvakuutusten kautta. Yksityisten psykoterapiapalvelujen käytön jakaumasta sosioekonomisen aseman mukaan ei juuri ole tutkimustietoa, mutta potilaiden valikoituminen psykoterapiaan liittyy tekijöihin, jotka lienevät yhteydessä myös pärjäämiseen työssä ja sosiaalisessa elämässä. Kelan psykoterapiaa varten myöntämän kuntoutustuen yhtenä perusteena on työkyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen, joten työelämästä syrjäytyneiden päätyminen kuntouttavaan psykoterapiaan lienee harvinaista. Lisäksi on hyvä muistaa, että pitkäaikainen psykiatrinen sairastavuus on merkittävä sosiaaliseen laskuun ja syrjäytymiseen vaikuttava tekijä muun muassa työkyvyn ja sosiaalisten taitojen heikentymisen kautta ja että mielenterveyden häiriöihin sairastutaan usein nuorena, mikä voi vaikuttaa siihen, millaiseen sosiaaliseen asemaan sairastunut päätyy.

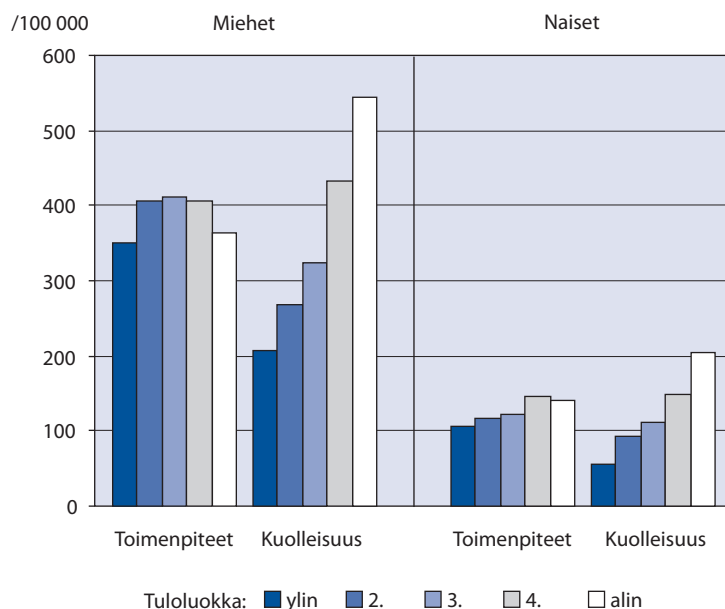
Tuoreessa Terveys 2000 -projektin osatutkimuksessa todettiin, että masennustiloista kärsivien erityyppiseen hoitoon ohjautumiseen vaikuttivat lähinnä tilan aiheuttama subjektiivinen haitta ja masennustilan vaikeusaste, eikä sosiodemografisilla tekijöillä – koulutus ja ammatti mukaan lukien – näyttänyt olevan vaikutusta (Hämäläinen ym. 2007).

► Sairaalapalvelut

Yleissairaalahoito on vaihdellut Suomessa sosiaaliryhmittäin samalla tavalla kuin sairastavuus. Ainakin 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun puolivälissä pienituloiset käyttivät sairaalapalveluja enemmän kuin suurituloiset. Hoidon sisällössä oli kuitenkin kumpanakin ajankohtana eroja, jotka eivät näytä liittyvän palvelujen tarpeeseen. Alempien tuloryhmien hoitajaksoista oli suurempi osa ei-toimenpiteellisiä kuin ylempien. Sen sijaan ylemmille ryhmille suoritettiin enemmän kirurgisia toimenpiteitä (Keskimäki 2003). Sairastavuustietojen perusteella ei ole syytä olettaa, että erot kirurgisessa hoidossa vastaisivat palvelujen tarpeen tuloryhmäeroja.

Eräiden sairausryhmien kohdalla erot ovat tutkimusten mukaan olleet varsin selvät. Sepelvaltimotaudin hoitoeroja on raportoitu useissa suomalaisissa tutkimuksissa. FINMONICA-tutkimuksen tulosten mukaan 1980–90-lukujen vaihteessa ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevia ensimmäistä kertaa sydäninfarktiin sairastuneita miehiä hoidettiin taudin akuutissa vaiheessa liuotushoidolla muita ryhmiä useammin. Sairaalahoitajakson päättyessä suurituloisimpaan kolmannekseen lukeutuville miehille määrättiin uusien infarktien ehkäisyyn suositeltu lääkitys useammin kuin pienituloisille. Lisäksi infarktin jälkeisen vuoden aikana suurituloisille tehtiin sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennus muita ryhmiä useammin (Salomaa ym. 2001). Sepelvaltimotoimenpiteiden yleistyminen 1990-luvulla tasoitti sairaalahoidon käytön ja hoidon laadun sosioekonomisia eroja jonkin verran (Hetemaa ym. 2003), mutta ei kuitenkaan tarpeen mukaisiksi. Esimerkiksi vuonna 1996 ensimmäiseen sydäninfarktiinsa sairastuneilla potilailla todettiin sepelvaltimotoimenpiteissä samansuuntaiset erot (Hetemaa ym. 2004). Myös angina pectoris -oirein alkaneissa sepelvaltimotaudivaiheissa tulokset olivat 1990-luvun loppupuolella samansuuntaiset (Hetemaa ym. 2006). Kuvio 1 osoittaa toimenpiteiden jakauman

Kuvio 1. Sepelvaltimotoimenpiteet (pallolaajennus tai ohitusleikkaus) ja sepelvaltimotautikuolleisuus tulojen ja sukupuolen mukaan 25–84-vuotiailla Suomessa 100 000 asukasta kohti vuonna 2003.



Lähde: HILMO, julkaisemattomia tietoja

tasoittuneen edelleen vuoteen 2003. Kuviossa on esitetty paitsi toimenpiteiden määrä myös sepelvaltimotautikuolleisuus kuvaamaan tarve-eroja. Ne olivat vielä 2003 selvät ja läpäisivät koko tulohierarkian. Sepelvaltimotautia sairastavilla miehillä on myös todettu uusien tautitapahtumien ehkäisyyn suositellussa statiinilääkehoidossa sosiaaliryhmittäisiä eroja vielä vuonna 2002 (Keskimäki ym. 2004). Naisilla vastaavaa eroa ei statiinien käytössä ollut. Antitrombootisten lääkkeiden ja beetasalpaajien käytössä merkitseviä eroja ei todettu kummallakaan sukupuolella.

Ei-kiireelliset kirurgiset toimenpiteet sisältävät varsin paljon järjestelmässä tapahtuvaa harkintaa toimenpiteen tarpeellisuudesta ja ovat sikäli mielenkiintoinen tarkastelun kohde terveydenhuollon toimintaa arvioitaessa. Taulukossa 3 tarkastellaan sosioekonomisia eroja eräissä kirurgisissa toimenpiteissä 1992, 1996 ja 2003 konsentraatioindeksien avulla (Manderbacka ym. 2006). Näiden konsentraatioindeksien tulkinta vastaa oikeudenmukaisuusindeksien tulkintaa, mutta niissä ei ole vakioitu tarvetta, vaan pelkästään ikä. Tehtyjen toimenpiteiden lukumäärät lisääntyivät erityisesti sepelvaltimotoimenpiteissä sekä polven ja lonkan endoproteesileikkauksissa. Sen sijaan kohdun poistojen määrä pysyi melkein ennallaan. Miehillä 1990-luvun alussa operaatiot olivat jakautuneet suurituloisia suosivasti melkein kaikissa tarkastelluissa toimenpiteissä. Vuoteen 1996 eriarvoisuus lisääntyi tai pysyi ennallaan kaikissa toimenpiteissä, mutta vuonna 2003 operaatiot olivat kääntyneet pienituloisia suosiviksi lonkan endoproteesileikkauksissa, sepelvaltimotoimenpiteissä ja selän välilevytyrän poistoleikkauksissa. Naisilla erojen kehitys oli samansuuntaista, mutta 2003 suurituloisia suosivia olivat enää selän välilevytyrän ja kohdunpoistoleikkaukset. Näyttääkin siltä, että 1990-luvun alun toimenpidemäärien kasvu suosi hyväosaisia, mutta 1990-luvun lopun ja 2000-luvun alun toimenpiteiden määrien kasvu on tasannut sosioekonomisia eroja ainakin joidenkin kirurgisten palvelujen käytössä. On kuitenkin tarpeen muistaa, että ainakaan kaikki näiden toimenpiteiden tarpeeseen johtavat sairaudet eivät jakaudu väestössä tasaisesti, kuten aiemmin todettiin sepelvaltimotaudin kohdalla. Esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksessa todettiin suurempi sydäninfarktin ja selkäoireyhtymän esiintyvyys miehillä ja polven nivelrikossa naisilla alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tulokset olivat samansuuntaiset myös sydäninfarktin ja selkäoireyhtymän esiintyvyydessä naisilla, polven nivelrikossa miehillä ja lonkan nivelrikossa molemmilla sukupuolilla (Aromaa ja Koskinen 2002).

Taulukko 3. Eräiden ei-käireellisten kirurgisten toimenpiteiden tuloryhmittäisten erojen muutokset 1992–2003 25 vuotta täyttäneillä suomalaisilla. Tuloviidenmesten perusteella lasketut konsentraatioindeksit (CI) ja niiden muutokset, riskiväestönä käytetty koko Suomen samankäistä väestöä.

	Naiset						Miehet					
	1992		1996		2003		1992		1996		2003	
	CI	Muutos	CI	Muutos	CI	Muutos	CI	Muutos	CI	Muutos	CI	Muutos
Lonkan endoproteesi	-0,033	0,005	-0,044	0,039	-0,050	0,003	0,011	-0,010	0,008	-0,021	0,002	0,002
Polven endoproteesi	-0,028	-0,025	-0,048	0,003	-0,023	-0,044	0,022	0,024	0,066	0,002	0,002	0,002
Sepelvaltimotoimenpide	0,038	0,020	-0,068	-0,018	-0,088	0,076	0,076	-0,010	0,000	-0,086	0,000	-0,086
Selän välilevytyrän poisto	0,072	0,058	0,046	-0,014	-0,012	0,052	0,077	0,065	0,025	-0,012	0,025	-0,012
Kohdunpoisto	0,060	0,061	0,053	0,001	-0,008	0,001	-0,003	0,032	-0,004	0,035	-0,004	0,035
Eturauhasen poisto												

Lähde Manderbacka ym. 2006

Vastaavanlaisia tuloksia on raportoitu mm. kaihileikkausten yleisyydestä 1990-luvun puolivälissä: ylimpään tuloviidennekseen kuuluneille miehille tehtiin 50 % enemmän kaihileikkauksia kuin alimpaan tuloviidennekseen kuuluneille (Keskimäki 2003). Naisilla vastaava ero oli 43 %. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös lasten kirurgisessa hoidossa. Yhden vuoden aikana tärykalvoputkia asetettiin alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien perheiden lapsille melkein kolmannes vähemmän kuin ylimpään viidennekseen kuuluvien lapsille.

Psykiatristen sairaalapalvelujen käytössä on myös todettu huomattavia eroja eri koulutusryhmien välillä. Psykiatriset sairaalahoitajat olivat vähiten koulutusta saaneilla monin verroin yleisempiä kuin korkeimmin koulutetuilla. Tämä saattaa ilmentää vaikeamman, sairaalahoitoa vaativan psykiatrisen sairastavuuden merkittävää vaikutusta ammatillisiin ja koulutuksellisiin saavutuksiin. Eron on todettu olevan häiriöryhmästä ja vuodesta riippuen 2–10-kertainen. Erot koulutusryhmien välillä kasvoivat 1990-luvun alusta vuoteen 1996. Jos päihdehäiriöiden takia toteutuneet hoitajat jätetään tarkastelun ulkopuolelle, tapahtui hoitajien pituudessa samanaikaisesti kuitenkin päinvastainen muutos. Vähiten koulutettujen hoitajat lyhenivät, mutta korkeasteen koulutuksen saaneiden hoitajat pitenivät tai niiden pituus säilyi ennallaan. Myös vähiten koulutusta saaneiden suhteelliset osuudet psykiatrian erikoisalalla toteutuneista hoitajista pienenevät 1990-luvun alkupuolella. (Ostamo ym. 2005) Tämä saattaa osaltaan heijastaa sairaalahoitojen sisällöllistä muutosta monipuolisempaan suuntaan, jolloin lyhyiden hoitajien osuus on kaiken kaikkiaan lisääntynyt.

► Hoidon laatu ja hoitotulokset

Hoidon laadun vaikutuksia potilaiden ennusteeseen on vaikea arvioida, eikä sosioekonomisia eroja hoidon vaikuttavuudessa ole Suomessa juuri tutkittu. Edellä kuvatuilla eroilla sydäninfarktipotilaiden hoidon laadussa voi kuitenkin olla vaikutuksensa siihen, että 1990-luvun alussa pienituloisista miehistä kuoli infarktin jälkeisen vuoden aikana melkein puolet, kun suurituloisista kuoli vain vähän yli neljännes (Salomaa ym. 2001).

Myös eräät muut kuolleisuustutkimukset viittaavat eroihin hoidon laadussa. Tällaisia tutkimuksia on tehty mm. terveydenhuollon keinoin estettävissä olevista kuolinsyistä (Poikolainen ja Eskola 1995) sekä syöpäpotilaiden kuolleisuudesta (Auvinen ja Karjalainen 1995). Molemmissa tutkimuksissa kuolleisuus oli korkein alimmissa sosiaaliryhmissä, mutta tiedot koskevat 1980-lukua, minkä jälkeen terveydenhuollossa on tapahtunut huomattavia muutoksia.

Diabeetikoiden kuolleisuudessa ei ollut selkeitä sosiaaliryhmäeroja 1980-luvulla (Koskinen ym. 1996), mutta erot kasvoivat 1990-luvulla, kun diabetesta sairastavien työntekijöiden kuolleisuus laski selvästi vähemmän kuin diabetesta sairastavien toimihenkilöiden tai koko väestön kuolleisuus (Forssas ym. 2003). Tutkijoiden mukaan erot voivat johtua esimerkiksi siitä, että 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa tehostuneesta diabeteksen hoidosta hyötyivät erityisesti paremmassa sosiaalisessa asemassa olevat potilaat.

Mielenterveyden häiriöiden hoidon toteutumisesta on vähän tutkimuksia, mutta tämänhetkisen tiedon mukaan osa hoidon tarpeesta jää hoitamatta tai hoito on puutteellista. Masennus johtavana ennenaikaisen työttömyyden syynä (Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos 2006) sekä psykiatristen potilaiden ylikuolleisuus (Joukamaa ym. 2001) viittaavat osin hoidon puutteellisuuteen. Psykiatrisen palvelujärjestelmän dramaattinen muutos kahden viime vuosikymmenen aikana johti siihen, että yhä vaikeammista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita hoidetaan avopalveluissa. Psykiatrinen avohoito ei kuitenkaan ole toiminut parhaalla tavalla muun muassa pitkäaikaisen psykiatripulan vuoksi. Etenkin vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä huonoon sosiaaliseen asemaan, vähäiseen koulutukseen, työttömyyteen ja yksinasumiseen (Ostamo ym. 3.4 tässä raportissa). Kun mielenterveyspalveluihin pääsy yleensäkin on vaikeaa, on se erityisryhmille sekä sosiaalisesti ja taloudellisesti huono-osaisille erityisen ongelmallista.

► Tulevaisuuden haasteita

Terveydenhuollossa viime vuosikymmenen aikana tapahtuneet muutokset ovat olleet tasa-arvon kannalta ristiriitaisia. Avosairaanhoidopalvelujen käytössä sosiaaliryhmien väliset erot ovat pysyneet jokseenkin ennallaan. Palvelujen tehottomuus vähensi sosiaaliryhmien välisiä eroja palvelujen käytössä muun muassa eräissä kirurgisissa sairaalatoimenpiteissä. Toisaalta 1990-luvun talouslaman aikana terveydenhuollossa toteutetut voimavarojen vähennykset heikensivät ainakin joidenkin sairauksien osalta erityisesti huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevien mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa hoitoa.

Terveydenhuollossa perittävien suorien asiakasmaksujen korotus siirsi terveydenhuollon kustannusrasitetta palvelujen käyttäjille ja alempiin sosiaaliryhmiin, joissa sairastavuus on keskimääräistä yleisempää. Korotusten seurauksena hyvätuloisten suhteellinen osuus terveydenhuollon rahoituksesta laski laman aikana pienituloisiin verrattuna. (Kapiainen ja Klavus 2007.)

Taloudelliset leikkaukset puolestaan kohdistuivat muuta terveydenhuoltoa voimakkaammin psykiatriseen sairaanhoitoon, jonka palvelut supistuivat voimakkaasti 1990-luvun alkupuolella. Palvelutarjonnan heikennyksestä kärsivät erityisesti huonossa sosiaalisessa asemassa olevat, joilla mielenterveyden ongelmat ovat muita sosiaaliryhmiä yleisempiä ja joiden mahdollisuudet käyttää yksityisiä mielenterveyspalveluja ovat muita ryhmiä heikommat.

Sairaalahoidossa potilaita eriarvoistavia piirteitä on edelleen erityisesti kirurgisessa sairaanhoidossa. Joissakin toimenpiteissä, kuten kaihileikkauksissa 1990-luvulla, erot selittyivät osin yksityissairaalapalvelujen käytöllä (Keskimäki 2003). Tämän lisäksi palvelujen saatavuudessa ilmeneviin eroihin on vaikuttanut kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokka, jossa potilailla on säännösten mukaan ollut lisämaksusta oikeus valita heitä hoitava lääkäri, joskaan lisämaksujen ei muuten pitäisi vaikuttaa hoitoon. Eräiden selvitysten mukaan näyttää kuitenkin siltä, että erityismaksuluokan potilaat pääsivät yleisen maksuluokan potilaita nopeammin kirurgisiin toimenpiteisiin (Keskimäki 1997). Osin tällä perusteella kesällä 2004 hyväksytyyn lakiesityksen mukaan erikoismaksuluokajärjestelmä lakkautetaan siirtymäajan jälkeen.

Tärkeitä kirurgisen sairaalahoidon eroja selittäviä tekijöitä voivat myös olla avopalveluiden rakenne ja niiden käytön sosioekonomiset erot. Suomessa yksityislääkäreillä on suuri merkitys potilaiden lähettämisenä sairaalahoitoon. Esimerkiksi vuonna 1996 viidenneksen kunnallisissa sairaaloissa olleista potilaista oli saanut lähetteen yksityislääkäriltä. Ei-kiireellisissä kirurgisissa toimenpiteissä yksityislääkärin kirjoittamien läheteiden osuus oli huomattavasti suurempi. Tilanne on säilynyt ennallaan ainakin joidenkin ei-kiireellisten kirurgisten toi-

menpiteiden osalta 2000-luvun alussa. Hoitoilmoitusrekisterin tietojen mukaan vuonna 2003 kaihileikkauspotilaista 80 % tuli leikkaukseen yksityislääkärin läheteellä, kohdunpoistoissa yksityislääkärin lähettämänä tulleiden osuus oli noin puolet, ja polven ja lonkan tekonivelleikkauksessa vajaa kolmannes, kun taas sepelvaltimotoimenpiteissä vain noin 7 %. Näyttääkin siltä, että sosioekonomiset erot avopalvelujen käytössä heijastuvat erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön.

Sosioekonomisten ryhmien väliset erot esimerkiksi kuolleisuudessa ja koettussa terveydessä ovat olleet Suomessa suuremmat kuin monissa yhtä vauraisissa teollisuusmaissa (Valkonen ym. 3.1 ja Rahkonen ym. 3.2 tässä raportissa), ja monien muidenkin osoittimien valossa sosioekonomiset terveyserot ovat Suomessa vähintään yhtä suuret kuin muissa maissa (Koskinen ym. 3.3 tässä raportissa). Terveyserot eivät ole suoraan seurausta terveydenhuollossa olevista eroista, vaan niiden syntyyn vaikuttavat monenlaiset hyvinvoinnin yleisiin edellytyksiin liittyvät tekijät, kuten sosioekonomiset erot työoloissa ja sosiaalisessa ympäristössä sekä elintavoissa. Terveydenhuolto saattaa kuitenkin ylläpitää tai jopa kasvattaa terveyseroja, mikäli huonoimmassa terveydellisessä ja sosiaalisessa asemassa olevilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia käyttää tarvitsemiin terveyspalveluita kuin muilla ryhmillä. Toisaalta useilla terveydenhuollon toimilla on onnistuttu kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja. Suomessa hyviä esimerkkejä ovat neuvolapalvelujen vaikutus suuriin alueellisiin ja sosiaaliryhmien välisiin eroihin lasten kuolleisuudessa ja terveydentilassa (Kannisto 1988) sekä seulontojen vaikutus kohdunkaulan syövän sairastavuuseroihin (Hakama ym. 1995).

Monilla terveydenhuollon hoitotoimilla voidaan tehokkaasti vaikuttaa potilaiden ennusteeseen, toimintakykyyn ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Erityisenä haasteena onkin taata, että koko väestö, myös huonossa taloudellisessa ja sosiaalisessa asemassa olevat, saadaan palvelujen piiriin ja varmistetaan, että heillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet hyötyä tarvitsemistaan terveyspalveluista. Tällä tavoin terveydenhuolto voisi osaltaan myötävaikuttaa siihen, että kansallisessa Terveys 2015 -ohjelmassa ilmaistu väestöryhmien välisen terveyserojen kaventamista koskeva tavoite kyetään saavuttamaan.

Suomen muuttuminen monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi tuo uusia haasteita palvelujen järjestämiselle. Ulkomailla syntyneiden ja muiden etnisten ryhmien osuus on Suomessa edelleen poikkeuksellisen pieni, mutta siirtolaisuuden lisääntyessä etniset erot tulevat muokkaamaan sosioekonomisia eroja, mikäli maahanmuuttajat sijoittuvat muuta väestöä useammin matalapalkkisiin työtehtäviin. Terveydenhuollon olisi huolehdittava siitä, etteivät etniset erot kasvata terveyspalvelujen saatavuuden eriarvoisuutta.

Terveyden tasa-arvon näkökulmasta terveydenhuollolla on useita haasteita, jotka liittyvät muun muassa huonossa sosiaalisessa asemassa olevien tarpeiden parempaan huomioimiseen terveyspalvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä sekä hoito- ja toimintakäytännöissä. Terveystuotojärjestelmässä on rakenteellisia piirteitä, jotka näyttävät olevan yhteydessä palvelujen käytön sosiaaliryhmäeroihin. Tällaisia ovat avoterveydenhuollon palvelujen tuottaminen kolmessa erillisessä tuotantjärjestelmässä, kotitalouksien korkeahko rahoitusosuus ja erikoislääkäripalvelujen tarjonnan puutteet suhteessa kysyntään julkisella sektorilla. Niinpä palvelujen järjestämisen ohella on tarpeen kehittää myös terveydenhuollon rakenteita.

Palvelujen tarjontaa on tarpeen tehostaa erityisesti psykiatrian mutta myös muun erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen sekä hammashuollon osalta siten, että edistetään etenkin taloudellisesti ja sosiaalisesti huonossa asemassa olevien mahdollisuuksia näiden palvelujen käyttöön. Mielenterveyden hoidossa on paneuduttava myös erityisesti moniongelmaisten (mielenterveysongelmien ohella esimerkiksi päihde- ja sosiaalisista ongelmista kärsivien) potilaiden saavuttamiseen, hoidon vaatimaan erityisosaamiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön. Mielenterveysongelmien ehkäisy, varhainen tunnistaminen ja hoitoon pääsyn kynnyksen madaltaminen edellyttää muidenkin palvelutahojen, kuten koulujen oppilashuollon, poliisitoimen ja sosiaalitoimen alaan kuuluvien lastensuojelun ja perheneuvolatyön aktivoitumista. Kaikille avoin kunnallinen perusterveydenhuolto on avainasemassa hoidon kattavuuden ja laadun varmistamisessa. Avoterveydenhuollossa olisi tärkeää kehittää julkisia palveluita ja lisätä eri sektorien integraatiota. Sairaalapalvelujen käytössä on tarpeen koordinoita tehokkaammin erikoissairaanhoidon hoitoon ohjausta. Asiakasmaksujen suuruutta arvioitaessa on tarpeen ottaa huomioon terveyspolitiikan tavoitteet ja varmistaa palvelujen saatavuus myös huonossa taloudellisessa asemassa oleville.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Koskinen S. toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3, Helsinki 2002.
- Auvinen A, Karjalainen S. Sosiaaliluokka ja syöpäpotilaan eloonjääminen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1995;4:341–348.
- van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa OECD, toim. The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OECD, Paris 2004.
- Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2005. SVT Sosiaaliturva 2006. Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=41214&Item=57929> [haettu 09.05.2007]
- Forssas E, Keskimäki I, Reunanen A, Koskinen S. Widening socioeconomic mortality disparity among diabetic people in Finland. *European Journal of Public Health* 2003;13:(1)38–43.
- Hakama M, Kallio M, Pukkala E. Kohdunkaulan syövän seulonnat - vaikuttavia vai oikeudenmukaisia? *Suomen Lääkärilehti* 1995;50(25)2527.
- Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57(3)178–185.
- Hetemaa T, Keskimäki I, Salomaa V, Mähönen M, Manderbacka K, Koskinen S. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland in 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 2004;57:301–8.
- Hetemaa T, Manderbacka K, Reunanen A, Koskinen S, Keskimäki I. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;34:116–123.
- Häkkinen U. Terveiden ja terveyspalvelujen tarpeen mukaisen käytön tasa-arvo Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991;28:233–297.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist, J. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety* 2007. (käsikirjoitus, lähetetty julkaistavaksi).
- Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry* 2001;179:498–502.
- Kannisto V. Imeväiskuolleisuuden alueellisista eroista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1988;25:108–117.
- Kapiainen S, Klavus J. Terveystuhojen rahoituksen progressiivisuus ja toimeentuloaikutukset Suomessa 1990-2001. 2007 (käsikirjoitus, lähetetty julkaistavaksi).

- Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. Stakes, Research Reports 84, Jyväskylä 1997.
- Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine* 2003;56(7):1517–30.
- Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U, Klaukka T, Manderbacka K, Reunanen A, Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Stakes, Raportteja 286, Gummerus, Saarijärvi 2004.
- Koskinen S, Martelin T, Valkonen T. Socioeconomic differences in mortality among diabetic people in Finland: five year follow up. *British Medical Journal* 1996;313:975–978.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Manderbacka K, Gissler M, Husman K, Husman P, Häkkinen U, Keskimäki I, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Wahlbeck K, Widström E. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I, toim. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006.
- Ostamo A, Aro H, Keskimäki I, Henriksson M, Lönnqvist J. Koulutustaso ja psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2005;12:266–280.
- Poikolainen K, Eskola J. Regional and social class variation in the relative risk of death from amenable causes in the city of Helsinki, 1980-1986. *International Journal of Epidemiology* 1995;1:114–118.
- Salomaa V, Miettinen H, Niemelä M, Ketonen M, Mähönen M, Immonen-Räihä P, Lehto S, Vuorenmaa T, Koskinen S, Palomäki P, Mustaniemi H, Kaarsalo E, Arstila M, Torppa J, Kuulasmaa K, Puska P, Pyörälä K, Tuomilehto J. Relation of socioeconomic position to the case fatality, prognosis and treatment of myocardial infarction events; the FINMONICA MI Register Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55(7):475–82.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4, 2001.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

5 SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN ONGELMIA JA MAHDOLLISUUKSIA SUOMESSA

Marita Sihto, Hannele Palosuo ja Eila Linnanmäki

► Johdanto

Suomalaisista tilasto- ja tutkimustiedoista saa varsin hyvän kuvan sosioekonomisten terveyserojen laajuudesta ja kehityssuunnista, kuten tämän raportin luvuista käy ilmi. Terveyserojen tutkimuksessa on useimmiten tarkasteltu sitä, miten sosioekonominen asema ja sen osatekijät (ammattiasema, koulutustaso ja tulotaso) vaikuttavat terveyteen, mutta vähemmälle huomiolle ovat jääneet tekijät, jotka vaikuttavat itse sosioekonomiseen asemaan ja jotka välittyvät sosioekonomisen aseman kautta terveyseroiksi (Graham 2002). Tällä tarkoitetaan sitä, että terveyserojen taustalla olevia syyketjuja ja terveyserojen syntymisen mekanismeja tunnetaan varsinkin yhteiskunnallisten tekijöiden osalta puutteellisesti. Vaikka tutkimusta on varsin runsaasti sosioekonomisten terveyserojen laajuudesta, ilmenemismuodoista ja ajallisesta kehityksestä sekä Suomesta että muista maista, tietoa on edelleen niukasti syistä ja sellaisista vaikuttamisen keinoista, joita voitaisiin tarjota terveys- ja yhteiskuntapoliittisen päätöksen tueksi.

Myös yhteiskunta- ja terveystalouden tutkimuksessa on Suomessa kiinnitetty varsin vähän huomiota väestöryhmien välisiin terveyseroihin verrattuna esimerkiksi brittiläiseen tutkimukseen. Yhteiskunnallisten toimien ja politiikkojen vaikutuksia terveyteen ja terveyseroihin ei ole juuri arvioitu arviointitutkimuksen keinoin, eikä arvioita ole liioin tehty lukuisien erillisten terveystalouden hankkeiden vaikutuksista. Nämä politiikkatutkimuksen vajeet ja rajallinen tietämys terveyserojen yksityiskohtaisista syntymekanismeista sekä syihin vaikuttamisen tavoista voivat myös osaltaan olla syynä siihen, että suomalaisessa terveystaloudessa on varsin vähän keskusteltu terveyserojen kaventamisen keinoista - ja ehkä siihenkin, että terveyseroja ei ole onnistuttu kaventamaan.

Tutkimustiedon hyödyntäminen on kuitenkin vain yksi osa politiikkaprosessia. Tieteellinen tieto on tarpeen, jotta terveyserojen kaventamisen tavoite ylipäättään voidaan asettaa uskottavasti. Tämä ei kuitenkaan riitä, vaan tavoitteen on oltava poliittisesti hyväksyttävä ja toimenpiteiden oltava toteuttamis-

kelpoisia (Nutbeam 2003, 156). Viimeksi mainitut seikat ovat osoittautuneet erityisen haasteellisiksi sekä Suomessa että muualla.

Yleisimmällä tasolla voidaan todeta terveyserojen vähentämisen edellyttävän sosiaalista eriarvoisuutta vähentävää yhteiskuntapolitiikkaa. Hyvinvointivaltiolle ominaisten, yhteiskunnallista epätasa-arvoa vähentävien toimien on nimittäin arvioitu vähentävän myös terveydessä ilmenevää sosiaalista eriarvoisuutta (esim. Dahl ym. 2006, 193). Periaatteessa väestön terveyden ja terveyseroihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan suorilla terveyshallinnon eri tasojen toimilla tai epäsuorasti monien muiden hallinnonalojen toimilla. Terveyserojen kaventamisen keinoja etsittäessä on kuitenkin lisäksi otettava huomioon, että terveyden vaikuttavia poliittisia ja taloudellisia päätöksiä tehdään kansallisen, alueellisen ja kunnallisen tason lisäksi enenevästi myös EU-tasolla ja globaalisti.

Seuraavassa tarkastellaan Suomen terveyspolitiikan keskeisissä asiakirjoissa ilmaistuja terveyserojen kaventamisen lähtökohtia ja tavoitteita. Myös laajempien yhteiskuntapoliittisten toimien merkitystä terveyserojen kaventamisessa sivutaan muiden maiden kokemuksiin ja aiheesta käydyn keskustelun pohjalta. Lisäksi arvioidaan terveyserojen kaventamisen ongelmakohtia ja pohditaan terveyserojen vähentämisen mahdollisuuksia.

TERVEYSEROJEN VÄHENTÄMISEN TAVOITTEET SUOMEN TERVEYSPOLITIIKASSA

► Terveyspoliittiset ohjelmat

Väestön terveydellinen tasa-arvoisuus eli terveyden tasainen jakautuminen on ollut Suomessa tavoitteena jo 1960- ja 1970-luvuilla (esim. Talousneuvosto, terveyspolitiikan jaoston mietintö 1972). Pyrkimys terveyserojen kaventamiseen on ilmaistu myös kaikissa terveyspoliittisissa ohjelmissa. Vuonna 1986 julkistetun Suomen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelman terveyserojen kaventamistavoite pohjautui väestöryhmien välisiä kuolleisuuseroja koskeviin tietoihin. Suomi oli 1980-luvulla Hollannin ohella ensimmäisiä Euroopan maita, joissa väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen asetettiin selvästi terveyspoliittiseksi tavoitteeksi.

Kansanterveysohjelmiin sisältyvissä terveyserojen vähentämistavoitteissa on selvimmin korostunut kaksi aluetta: terveyspalveluiden toiminta sekä terveellisten elämäntapojen ja terveyden edistäminen (STM 1986, STM 1993, STM 2001a). Toimintalinjaukset eivät ole oleellisesti muuttuneet kahden viime vuosikymmenen aikana.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa (STM 1986) tavoitetta pyrittiin konkretisoimaan kahden toimintalinjan avulla, jotka koskivat juuri terveydenhuoltoa ja terveellisten elämäntapojen edistämistä. Uudistetussa yhteistyöohjelmassa (STM 1993) esitettiin 12 toimintalinjaa terveyserojen kaventamiseksi.

Uusimmassa, *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmassa (STM 2001a) terveyserojen kaventaminen on keskeinen päämäärä. Ohjelmassa edellytetään, että sen kaikkiin ”tavoitteisiin pyritään siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat”. Lisäksi ohjelmassa on asetettu määrällinen tavoite sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentymisestä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteenasettelu sisältää siten pyrkimyksen vaikuttaa sekä huono-osaisiin ryhmiin että terveyden väestöryhmittäiseen vaihteluun. Ohjelman muotoiluista on pääteltävissä, että myös sosiaalista eriarvoisuutta halutaan vähentää, kun pyritään edistämään väestön hyvinvointia. Viimesijaisena tavoitteena on parempi tasa-arvo terveydessä.

Terveys 2015 -ohjelman 36 toimintalinjasta kahdessa viitataan selvästi terveyden tasa-arvotavoitteeseen (STM 2001a, 28). Toimintalinjan 16 mukaan ”terveydenhuoltoa kehitetään kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut turvaavalla tavalla siten, että alueellinen ja sosioekonominen asema ei rajoita tarvittavien palvelujen käyttöä”. Toimintalinjassa 17 todetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitettävän siten, että ”kaikilla on sosioekonomisesta asemasta tai syntyperästä huolimatta mahdollisuus saada ymmärrettävää tietoa terveydestä ja sen edistämisestä, sekä mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon”.

Mainittuihin toimintalinjoihin liittyy läheisesti vuonna 2001 käynnistynyt kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2001b). Hankkeessa asetettiin lakisäätteiset määräajat hoitoon pääsyssä. Haasteeksi kirjattiin myös väestöryhmien väliset terveyserot terveystaloustieteen osalta. Toimenpide-ehdotuksissa ei kuitenkaan ole viitattu muihin suoriin toimiin terveyserojen vähentämiseksi kuin sairaaloiden erikoismaksuluokasta luopumiseen (STM 2002a, 18). Sitä koskeva päätös voikin toteutuessaan vähentää potilaiden maksukykyyn perustuvaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Olennaisia terveystaloustieteen osia on hankkeessa kuitenkin jäänyt huomiotta, kuten hoitotuloksen ja hoidon laadun erot (ks. Keskimäki ym. 2002, Teperi 2004, Manderbacka ym. tässä raportissa). Myös *Terveys 2015* -ohjelman 17. toimintalinjassa (ja osin myös 18. toimintalinjassa) tähdennetyt terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy jäävät kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimenpidesuosituksissa sairaanhoitopalvelujen varjoon (STM 2002b, vrt. Rimpelä 2004, 127).

► Terveyserojen vähentäminen hallitusohjelmissa

Väestöryhmien väliset terveyserot on mainittu myös kahdessa viimeisimmässä hallitusohjelmassa. Pääministeri Vanhasen ensimmäisen hallituksen ohjelmassa todetaan, että *”väestön terveyseroja pyritään kaventamaan määrätietoisin terveys- ja sosiaalipoliittisin toimin sekä vahvistamalla terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmaa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa”* (Valtioneuvoston kanslia 2003, 15). Hallitusohjelman otetta terveyseroihin voi tämän perusteella pitää laaja-alaisempaa ja toiminnallisesti vaativampaa kuin missään tähänastisessa terveystieteellisessä ohjelmassa, koska siinä katsotaan terveyserojen kaventamisen edellyttävän muitakin toimia kuin palvelujärjestelmän kehittämistä. Hallitusohjelman painotuksen voikin tulkita olevan lähellä laaja-alaisen terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan lähestymistapaa (vrt. Sihto ym. 2006) ja siihen sisältyy terveystieteellisten ohjelmien johtoajatus tavoitella paitsi terveyden hyvää tasoa myös terveyden tasaista jakautumista (ks. myös WHO 1998). Terveyseroja lähestytään strategisesta perspektiivistä viittaamalla terveys- ja sosiaalipolitiikan rooliin ja laajemmin yhteiskunnallisen päätöksenteon merkitykseen terveyden ja terveyserojen kannalta. Vanhasen ensimmäisen hallituksen loppupuolen strategia-asiakirjassa puolestaan nähtiin terveyserot yhteiskunnallisena ongelmana ja todettiin tarvittavan terveyserojen kaventamiseksi erityinen siihen kohdistuva strategia ja toimintasuunnitelma (Valtioneuvoston kanslia 2006, 81). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelu aloitettiin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön alaisessa Kansanterveyden neuvottelukunnassa syksyllä 2006.

Vanhasen toisen hallituksen ohjelmassa todetaan terveiden ja hyvinvoivien ihmisten oleva Suomen taloudellisen menestyksen ja kilpailukykyyn perusta. Terveyserot nähdään edelleen ongelmana. Hallitusohjelman mukaan *”sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteena on edistää terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tämän lisäksi on huolehdittava kohtuullisesta toimeentuloturvasta ja työkyvyn ylläpidosta sekä varmistettava toimivat peruspalvelut kansalaisten saataville asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.”* (Valtioneuvoston kanslia 2007.)

Vanhasen toisen hallituksen ohjelmaan sisältyy myös hallituskauden ajan kestävä terveyden edistämisen politiikkaohjelma, jonka tavoitteina ovat *”väestön terveydentilan parantaminen ja terveyserojen kaventaminen.”*

LÄHTÖKOHTIA TERVEYSEROJEN KAVENTAMISTOIMILLE

Väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen yhteiskunta- ja terveyspolitiikan toimin on vaativaa muun muassa siksi, että terveyserojen syntyyn ja jatkumiseen vaikuttavat samanaikaisesti monet eritasoiset tekijät. Jo syy- ja seuraussuhteiden moninaisuuden takia on vaikeampi löytää täsmällisiä rakenteellisia keinoja terveyserojen kaventamiseksi kuin esimerkiksi köyhyyden vähentämiseksi. Terveys ei ole ”uudelleenjaettavissa” kuten esimerkiksi tulot (Fritzell ym. 2005, 181), joiden jakautumiseen voidaan vaikuttaa erilaisilla sosiaalisilla tulonsiirroilla. Dahl työtovereineen (2006, 215) toteaaakin, että jos terveyden jakautumiseen on vaikeaa vaikuttaa suoraan, niin siihen voi pyrkiä vaikuttamaan epäsuorasti terveyseroja määrittävien tekijöiden (determinanttien) kautta.

Terveyseroja synnyttävät eritasoiset tekijät liittyvät yhteiskunnan rakenteisiin (esimerkiksi tulonjakoon ja koulutusjärjestelmään), työ- ja asumisoloihin, elintapoihin ja psykososiaalisiin tekijöihin (ks. esim. Lahelma ym. tässä raportissa). Terveyseroja ei tulisikaan käsittää ensisijaisesti *terveysongelmana*¹ vaan *sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmana*. Kyse on pohjimmiltaan epätasa-arvoisesta vallan ja muiden resurssien saatavuudesta ja käytöstä, mikä johtaa eriarvoisuuteen muilla alueilla, esimerkiksi koulutuksessa, asumisessa, työllisyudessa ja ravitsemuksessa (Munro 2006, 187). Myös Graham ja Kelly (2004, 5) painottavat *terveyseroihin vaikuttavien tekijöiden* (determinanttien) epätasaista jakautumista terveyserojen taustalla ja syynä.

Väestöryhmien välisiä terveyseroja voidaan pyrkiä tasoittamaan sosiaali- ja talouspolitiikalla ja muilla eriarvoisuutta vähentävillä rakenteellisella (’upstream’²) toimilla (esim. Whitehead ym. 2001, Mackenbach ym. 2002, Stronks 2002, Diderichsen ym. 2001). Terveyserot kansainväliseen keskusteluun nostaneen vuonna 1980 valmistuneen Englannin hallituksen tilaaman ns. Black Reportin suosituksissa ehdotettiin toimenpiteitä, jotka koskivat pääosin muita kuin terveydenhuollon alaan kuuluvia toimia (Townsend & Davidson 1982). Myös Dahlgren ja Whitehead (1992) ovat korostaneet sosiaalisiin ja materiaalsiin tekijöihin kuten työ- ja elinolosuhteisiin vaikuttamista. Englannin

¹ ”At root, health inequality is not really a problem of health, or health care, or medicine. It is a problem of inequality. It is social inequality – inequality of access to power and resources – which results in health inequality, and the whole range of other inequality besides: inequality in education, housing, employment, nutrition and so on.” (Munro 2006)

² ’Upstream’-taso -käsitteellä viitataan terveyseroihin vaikuttaviin perimmäisiin syihin, esim. sosiaali- ja talouspoliittisiin ratkaisuihin.

hallituksen tilaamassa, Britannian terveystalitiikkaan merkittävästi vaikuttaneessa toisessa asiantuntijaraportissa (ns. Achesonin raportti 1998) esitettiin 39 suositusta, joiden arvioidaan kattavan merkittävän osan terveyseroihin vaikuttavista rakenteellisista tekijöistä (Acheson 1998). Raportin tärkeä johtopäätös oli, ettei yksittäisillä, välittömästi terveyteen vaikuttavilla interventioilla voida olennaisesti vähentää terveyseroja, jollei voimavaroja siirretä enenevästi vähäosaisille. Suurin osa raportissa esitetyistä terveyserojen vähentämiseen tähtäävistä toimista koskee muita kuin välittömien terveysongelmien ratkaisuehdotuksia. Achesonin raportin rakenteelliseen eriarvoisuuteen pureutuvaa terveystalitiittista lähestymistapaa onkin nimitetty sosioekonomiseksi malliksi (Sassi 2005, 76).

Viime aikoina terveyden edistämistä ja terveyseroja koskevassa kansainvälisessä keskustelussa, esimerkiksi WHO:n terveyden sosiaalisia determinantteja käsittelevässä komissiossa on esitetty, että väestön terveyden edistämiseksi ja terveyserojen vähentämiseksi olisi tarpeen lieventää yhteiskunnan sosiaalista kerrostuneisuutta (stratifikaatiota) mm. tulonjaon, koulutuksen ja työelämän osalta (WHO 2005). Lisäksi on ehdotettu huomion kohdistamista muihinkin terveyden sosiaalisiin determinantteihin kuten elinoloihin ja palvelujärjestelmän toimintaan (WHO 2005).

Esitellyt lähestymistavat tarjoavat käsitteellisiä *lähtökohtia* terveyserojen kaventamistoimien suunnittelulle. Ongelmana on, että puuttuu tutkimuksellista näyttöä, mitkä politiikat voisivat vähentää terveyseroja (esim. Lewis ym. 2006, Mackenbach ym. 2002). Keskustelua käydään siitä, mikä on välittömästi terveyteen vaikuttavien tekijöiden ('downstream') ja rakenteellisiin syytekijöihin liittyvän ('upstream') lähestymistavan osuus ja merkitys terveyserojen vähentämisessä. On tähdennetty, että huomiota tulisi kiinnittää myös terveyserojen perimmäisiin syihin (esim. terveyttä vaarantaviin työoloihin, työttömyyteen ja köyhyyteen) ja sosiaalisia eroja tuottaviin tekijöihin eikä vain terveyserojen ilmenemismuotoon tai välittömiin riskitekijöihin (esimerkiksi terveyttä vahingoittavaan käyttäytymiseen ja riski- ja altistustasoihin). Laajasti hyväksytty käsitys lienee kuitenkin, että terveyserojen kaventamisessa tarpeen ovat molemmat lähestymistavat.

► Universalistinen terveystalitiikka ja jakautumatavoitteen ongelma

Suomessa on pitkään ollut pyrkimyksenä vaikuttaa koko väestön terveyteen universalismin periaatteita noudattaen. Viimeaikainen eriarvoistumiskehitys herättää kuitenkin kysymyksen, onko universalistista yhteiskuntapolitiikkaa toteutettu eri väestöryhmien tarpeiden mukaisesti. Tämän raportin tulosten

perusteella näyttää siltä, että terveyseroaspekti ei ole ollut tarpeeksi esillä tasa-arvoisuuteen tähtäävässä yhteiskuntapolitiikassa.

Universalismia onkin arvosteltu siitä, ettei siihen sisältyvä samanlaisuuden lähtökohta ota huomioon jo olemassa olevaa eriarvoisuutta (esim. Williams 1992). Grahamin (2004a, 110) mukaan monet yleistä terveyden tason kohentamista edistävät yhteiskuntapoliittiset ratkaisut voivat vaikuttaa päinvastaiseen suuntaan joissakin väestöryhmissä. Hän arvioi, ettei yleisillä toimilla ole pystytty katkaisemaan sosiaalisen huono-osaisuuden ja ennenaikaisen kuolleisuuden välistä yhteyttä. Huomautus antaa aihetta pohdintoihin erityisesti Pohjoismaissa ja Suomessa. Kun sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseen sekä hyvinvoinnin ja terveyden parantamiseen tähtäävillä toimilla on onnistuttu kohentamaan väestön keskimääräistä terveyden tasoa juuri Pohjoismaissa (esim. Navarro ym. 2001), on mahdollisesti oletettu, että nämä samat toimet vaikuttaisivat yhtä lailla suotuisasti myös terveyden jakautumiseen. Näin ei kuitenkaan ole käynyt eivätkä terveyserot ole pienempiä pohjoismaisissa sosiaalidemokraattisen järjestelmän maissa kuin konservatiivisissa ja liberaalisen järjestelmän maissa (Dahl ym. 2006, 203–210). Suomessa absoluuttiset ja suhteelliset kuolleisuuserot ovat verrattain suuret verrattuna Norjaan, Tanskaan tai Ruotsiin (Dahl ym. 2006, 212). Vaikka suomalaisessa terveystaloudessa on tähdätty sekä mahdollisuuksien tasa-arvoon että lopputuloksen tasa-arvoon, kaikki väestöryhmät eivät ole hyötynyt yhtä paljon terveyden suotuisasta kehityksestä.

Hyvään tasoon pyrkiminen voi siis jopa olla ristiriidassa terveyden tasaisen jakautumisen kanssa (esim. Crombie ym. 2005, 44). Näin voi käydä, jos voimavaroja suunnataan etupäässä sinne, mistä on odotettavissa helpoimmin hyviä tuloksia kuolleisuuden ja sairastavuuden vähentämisessä. Toisaalta, jos resursseja suunnataan ainoastaan heikoimmassa sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin, niin kokonaistulos jää todennäköisesti heikommaksi kuin suunnattaessa resursseja koko väestöön (Crombie ym. 2005). Taso- ja jakautumalähestymistapojen jännite voi näkyä myös siinä, että samoja keinoja käytetään sekä tason että tasaisen jakautumisen saavuttamiseksi. Keinoja olisi osittain eriytettävä, sillä samat menetelmät eivät todennäköisesti tehoa terveydeltään erilaisiin ryhmiin. Pulmana on usein, että käytössä ei ylipäätään ole hyviä ja vaikuttavaksi tiedettyjä keinoja terveyserojen kaventamiseksi. Joskus taas kansanterveysongelmaan ei voida puuttua, kun vaikuttavia keinoja ei ole poliittisesti mahdollista käyttää. Esimerkkinä tästä on Suomen alkoholipolitiikka, josta päätösvalta on paljolti siirtynyt ylikansalliselle EU-tasolle. Terveystalouden keinovalikoimaan näyttää Suomessa tällöin jäävän perinteinen elintapoihin kohdistuva ter-

veysvalistus³, jonka vaikuttavuudesta ei ole näyttöä terveyserojen vähentämisessä (Gepkens ym. 1996).

Graham (2004a, 113) on tähdentänyt, että eri väestöryhmät ovat jo lähtökohdiltaan eriarvoisia sekä sosiaalisen aseman että terveyden suhteen. Heikosta sosiaalisesta asemasta seuraa myös terveydellistä huono-osaisuutta. Paremmassa sosiaalisessa asemassa olevilla ryhmillä puolestaan on jo määritelmän mukaan enemmän erilaisia resursseja ja sitä kautta myös parhaat mahdollisuudet välttää riskejä, sairauksia ja niiden seuraamuksia sekä ylläpitää terveyttä. Tähän yhteiskunnallisten voimavarojen jakautumiseen tulisi vaikuttaa, jotta terveyseroja olisi mahdollista kaventaa. (Graham 2004a, 111–112; viittaus Link ym. 1995)

On siten ilmeistä, että universaalien toimien lisäksi tarvitaan erityisiä toimia heikoimman terveyden ryhmien tilanteen kohentamiseksi. Sosiaalipoliittisessa ajattelussa on heikommassa asemassa olevien tilanteen korjaamiseksi ehdotettu positiivisen diskriminaation mallia, jossa koko väestölle suunnattujen toimien lisäksi tarjotaan kohdennettuja toimia tai etuuksia (Titmuss 1976). Toimenpiteiden ei tulisi olla leimaavia, vaan vastata paremmin eri ryhmien tarpeita ja tässä tapauksessa nostaa heikommassa asemassa olevia ryhmiä lähemmäksi parhaan terveyden ryhmää.

► Terveyskuilu ja terveysgradientti

Terveyserojen kaventamisen strategiaa valittaessa voidaan huomiota kiinnittää yhtäältä huonoimmassa asemassa olevien ja parhaimmalla asemassa olevien välisiin terveyseroihin, jolloin näiden ryhmien välillä voidaan havaita joskus varsin syvä ”terveyskuilu” (health gap). Toisaalta monissa terveyden ja sen riskitekijöiden osoittimissa havaitaan säännöllinen asteittainen tai portaittainen muutos siten, että sosiaalisen resurssien lisääntyessä ja sosiaalisen aseman noustessa myös terveydentila on keskimäärin parempi (ja terveyteen liittyvät riskit ovat vastaavasti vähäisemmät). Tästä käytetään nimitystä terveysgradientti (ks. myös Lahelma ym. tässä raportissa).

Terveyspolitiikassa on yleensä syytä kiinnittää huomiota molempiin näkökohtiin. Kaikkien terveydestä on Suomessa jo perustuslainkin mukaan huolehdittava, mutta kansanterveys kohenee todennäköisesti parhaiten, jos heikommassa asemassa olevien suurehkojen ryhmien terveydentilaa saadaan

³ Vaikka monilla elintavoilla onkin merkitystä terveyserojen synnyssä, terveyskäytännön avulla ei kuitenkaan pystytä selittämään kuin osittain eroja terveyden vaihtelussa (Marmot ym. 1991, Lantz ym. 1998), mikä rajoittaa terveysvalistuksen mahdollisuuksia terveyserojen vähentämisen keinona.

parannettua lähemmäksi parhaiden ryhmien tasoa. Monet kansanterveysongelmat kasautuvat heikoimmassa sosiaalisessa asemassa oleville. Esimerkiksi 30 vuotta täyttäneistä diabeetikoista vain noin 10 % on korkea-asteen koulutuksen suorittaneita ja yli puolella on enintään perusasteen koulutus (Koskinen ym. 2005). Vastaavasti liikkumisvaikeudet ovat sitä tavallisempia mitä vähemmän koulutetusta ryhmästä on kyse (Sainio ym. 2007, Martelin ym. tässä raportissa).

Huono-osaisten terveyteen vaikuttaminen ja heidän terveytensä edellytysten parantaminen sivuaa läheisesti sosiaalisen syrjäytymisen vastaista toimintaa. Englannissa on terveyseroja koskevissa asiakirjoissa (esim. Secretary of State for Health 1999, Benzeval 2002) korostettu syrjäytymisen ja huonon terveyden välistä yhteyttä. Suomessakin olisi hyödyllistä avata keskustelua tästä yhteydestä ja ryhtyä aktiivisiin toimiin vähäosaisten terveyden edellytysten korjaamiseksi. Toimenpiteet voivat liittyä suoraan terveyssektorin toimintaan (esim. vankien terveydenhoito) tai olla terveyssektorin vaikutettavissa (esim. asunnottomien terveydenhuolto). Näitä toimia on syytä tarkastella myös kansallisen syrjäytymisen vastaisen toimintasuunnitelman (ks. STM 2003) yhteydessä ja ne voivat myös terveyssektoriin liittyvinä olla poliittisesti mahdollisia toimeenpantaviksi.

► Terveyssektori ja muut sektorit terveyserojen kaventamisen kenttänä

Terveyseroja voidaan pyrkiä kaventamaan sekä terveyshallinnon että muiden yhteiskuntapolitiikan alueiden ratkaisuilla. Terveydenhuollon olisi tarkoitukseenmukaista toimia terveyseroja vähentävästi ensin 'omalla tontillaan', jotta ehdotusten ja toimenpiteiden esittäminen muille sektoreille tai toimijoille olisi oikeutettua ja vakuuttavaa. Terveyssektorin ponnistuksin on Suomessa myös saavutettu tuloksia eriarvoisuuden vähentämisessä. Esimerkiksi 1960-luvulta lähtien on pyritty määrätietoisesti sairaudesta aiheutuvien kustannusten tasaukseen, terveyspalvelujen alueellisen saatavuuden parantamiseen ja väestön terveystottumuksien kohentamiseen. Terveyspalvelujen käytön alue-erot ovat pienentyneet, imeväis- ja lapsikuolleisuuden alue-erot ovat hävinneet (Kannisto 1988, Koskinen ja Martelin 1994, Koskinen ja Martelin 1998) ja terveyteen liittyvän käyttäytymisen suuret itä-länsi -erot ovat lieventyneet (Vartiainen ym. 1998, Vartiainen ym. 2003).

Terveyshallinnossa ja terveydenhuollon toimialueella olisi edelleen paljon tehtävissä. Esimerkiksi erilaisissa terveyden edistämistä koskevissa toimintasuunnitelmissa ei useinkaan ole paneuduttu jakautumatavoitteen mukaisiin toimiin (Prättälä ym. 1999). Terveyden edistämisen ohjelma-asiakirjoissa, jot-

ka koskevat terveyteen liittyvää käyttäytymistä, ei ole selvästi tuotu esiin sosioekonomisia terveyseroja eikä ole pohdittu tai ehdotettu toimia vaikuttaa väestöryhmien välisiin terveyseroihin (Linnanmäki 2006). Suomessa ei kaikkiaan ole keskusteltu kovin paljon terveydenhuollon roolista terveyden edistämässä eikä myöskään terveyserojen kaventamisesta terveyden edistämisen osana (vrt. STM 2002c). Terveyden edistämisen merkitystä terveyserojen vähentämisessä on kuitenkin painotettu viime aikoina kansainvälisessä keskustelussa (esim. Catford 2002). Muun muassa Ruotsissa on tähdennetty terveydenhuollon vastuuta terveyden edistämässä ja terveyserojen kaventamisessa (National Institute of Public Health 2007). Sama pyrkimys on ilmaistu Englannin ja Walesin kansallista terveyspalvelujärjestelmän kehittämistä koskevassa terveyden edistämisarportissa (NHS Wales GIG Cymru 2005).

Terveydenhuollolle kuuluu terveysasiantuntemuksensa kautta 'asianajajan' tai 'puolestapuhujan' rooli (McKee 2002) puuttua terveyseroihin sekä omalla toimialueellaan että suhteessa muihin hallinnollisiin sektoreihin. Rooli voi olla kahtalainen: yhtäältä terveydenhuollon tulisi perustehtävänsä mukaisesti huolehtia koko väestön ja myös kaikkein heikoimmassa asemassa olevien sairauksien hoitamisesta ja terveyden edistämisestä, ja toisaalta terveydenhuolto voi vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon tuomalla esiin asiantuntijanäkemystään eri väestöryhmien erityisistä tarpeista, joista terveydenhuollossa saadaan ensikäden tietoa.

Kanadalaisessa raportissa (Her Majesty the Queen.. 2005) on edellä luonnehdittuun tapaan arvioitu terveysjärjestelmän (*health system*) olevan kansanterveystyön avaintekijä. Jos terveydenhuolto ja kansanterveysohjelmat eivät kohdenna heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien yksilöiden, väestöryhmien tai yhteisöjen tarpeisiin, on suuri vaara, että terveyserot kasvavat. Terveyssektori voi lieventää muiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden terveysseuraamuksia juuri puuttumalla heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien tilanteeseen (Her Majesty the Queen... 2005, 7–8).

Raportin mukaan terveyssektorin osuutta on tarkasteltu kahdesta eri suunnasta: terveyserojen vähentämisen pitäisi olla terveyssektorin prioriteetti ja samalla terveyserojen vähentämistavoite tulisi integroida kansanterveysohjelmiin ja palvelujärjestelmää koskeviin toimintoihin (Her Majesty the Queen... 2005, 7–8). Toimenpiteiksi ehdotetaan mm. seuraavia:

- terveyssektorin tulisi asettaa määrällisiä tavoitteita terveyserojen vähentämiseksi, kehitystä tulisi seurata ja edistymisestä tulisi raportoida

- tulisi kehittää integroitu strategia terveyserojen vähentämiseksi (terveyseronäkökulman tulisi olla kaikkien kansanterveysohjelmien suunnittelussa, toimeenpanossa ja arvioinnissa)
- tulisi arvioida terveyssektorin toiminnan nykyisiä ja tulevia vaikutuksia terveyserojen kannalta politiikan ja ohjelmapäätösten tekemistä varten.

Raportin suositukset ovat ajankohtaisia myös Suomessa. Periaatetasolla ehdotukset eivät ole uusia, mutta käytännössä niiden suuntaan on edetty hitaasti. Manderbacka ym. (luku 4.6 tässä raportissa) ovat identifioineet terveydenhuollon mahdollisuuksia vaikuttaa terveyseroihin suomalaisessa järjestelmässä. Erityisesti olisi turvattava huonossa taloudellisessa asemassa olevan väestön mahdollisuudet hyötyä sekä perus- että erikoissairaanhoidon palveluista samalla tavoin kuin muu väestö. Terveydenhuollon tehtäväksi on katsottu myös lieventää alemman sosioekonomisen aseman vaikutuksia terveyteen ja sairaudesta aiheutuneita seurauksia (Mackenbach ym. 2002, 33). Vähän koulutettujen, pienituloisten, työntekijäammateissa toimivien ja työelämän ulkopuolelle jääneiden terveystarpeiden tulisi olla terveystalouden suunnittelun ja palvelujen järjestämisen keskeinen lähtökohta. Olisi tärkeää myös arvioida palvelumaksuja sekä hoito- ja toimintakäytäntöjä sosiaaliselta asemaltaan heikoimpien ryhmien kannalta (Manderbacka ym. tässä raportissa).

Terveyspolitiikassa olisi myös tarpeen vahvistaa eri hallinnonalojen välistä yhteistyötä etsittäessä mahdollisuuksia vaikuttaa terveyserojen moniaineksisiin syihin ja toteutettaessa useiden hallinnonalojen vastuulla olevia toimia (vrt. Dahlgren 1995). Esimerkkinä voi mainita, että Englannissa valtiovarainministeriö on ollut aktiivisesti mukana terveyseroja koskevien suunnitelmien valmistelussa ja kaikki ministeriöt ovat osallistuneet terveyserojen vähentämiseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun (HM Treasury & Department of Health 2002, DH 2003).

Eri sektoreita koskettava ajankohtainen haaste Suomessa on pohtia toimenpiteitä kasvavien tuloerojen hillitsemiseksi ja erityisesti lapsiperheiden köyhyyden vähentämiseksi (ks. Moisio 2006). Aineellisilla elinoloilla ja tulotasolla on arvioitu olevan vahva yhteys terveyserojen syntymisessä (Lahelma ym. tässä raportissa, Laaksonen ym. 2005a). Lapsuuden sosiaaliset ja taloudelliset olot vaikuttavat puolestaan aikuisiän terveysongelmiin (Lahelma ym. tässä raportissa).

Erityisen vaativa eri sektoreita koskettava ja lisäksi terveyserojen kannalta paljolti laiminlyöty alue on mielenterveys. Mielenterveysongelmien sosioekonomiset kytkennät ovat osittain moniaineksisempia kuin fyysisen terveyden ja ne ovat myös erilaisia eriasteisissa mielenterveyden häiriöissä (Ostamo ym.

luku 3.5. tässä raportissa). Mielenterveysongelmien sosioekonomiset erot ovat suuremmat varhaisaikuisuudessa ja aikuisuudessa kuin nuoruusiässä. Tämän takia aikuisuuteen siirtymisen vaiheeseen olisi kiinnitettävä erityistä huomiota ongelmia ennaltaehkäisevässä mielessä ja nämä toimet menevät paljolti ohi terveyspalvelujärjestelmän alueen. Mielenterveyspalvelujen osalta erityisongelmanä on huomattava palvelujen tarjontaa koskeva vaje (Manderbacka ym. tässä raportissa).

Elintavat ovat erityisesti alue, johon voi vaikuttaa sekä terveydenhuollossa että muilla politiikan sektoreilla. Terveydelle haitalliset elintavat ovat osaltaan välittävä lenkki ketjussa, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen (Prättälä tässä raportissa). Epäterveellisillä elintavoilla on lisäksi taipumus kasautua heikossa sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin. Terveyspalveluilla on monia mahdollisuuksia vaikuttaa yksilötasolla terveyteen liittyvään käyttäytymiseen niin perusterveydenhuollossa (neuvoloissa, terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa) kuin erikoissairaanhoidossakin (mm. sairaaloissa). Elintapoja ja niihin vaikuttamista ei tulisi kuitenkaan terveyspolitiikassakaan tarkastella pelkästään yksilöllisinä valintoina tai riskeinä, vaan yhteydessä yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin.

Sosioekonomisten terveyserojen kannalta tärkeimpiä elintapoja ovat alkoholinkäyttö, tupakointi ja ruokailutottumukset (ks. tarkemmin luku 4.1. tässä raportissa). Alkoholista ja tupakoinnista aiheutuvien terveyshaittojen on arvioitu selittävän jopa noin puolet työntekijämiesten ja ylempien toimihenkilöiden välisestä elinajan odotteen erosta (Koskinen 2005).

Vuoden 2004 alkupuolella toteutetun alkoholiveron alentamisen ja sitä seuranneen kulutuksen kasvun myötä lisääntynyt alkoholikuolleisuus on Suomessa vuosina 2004 ja 2005 kohdistunut erityisesti heikoimman sosioekonomisen aseman ryhmiin ja yksin asuviin miehiin (Herttua ym. 2007, myös Valkonen ym. tässä raportissa). Kansanterveyden ja terveyserojen vähentämisen näkökulmasta alkoholinkulutusta olisi vähennettävä, mutta monet alkoholinkulutusta rajoittavat toimet sijoittuvat terveyssektorin ulkopuolelle. Esimerkiksi alkoholiveron tuntuva korottaminen on tärkeä yksittäinen toimenpide, jolla voitaisiin vaikuttaa vähentävästi alkoholiin liittyviin terveyseroihin. Alkoholin kokonaiskulutukseen voidaan lisäksi vaikuttaa esimerkiksi mainonnan rajoituksilla, anniskelusäännöksillä ja säilyttämällä vähittäismyyntimonopoli (ks. Helakorpi ym. 4.1.3 tässä raportissa).

Tupakointi on yleisintä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä sekä työikäisillä että nuorilla ja tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat lisäksi kasvaneet (Laaksonen ym. 4.1.2 tässä raportissa, Martelin ym. 2005). Ammatillisten oppilaitosten nuoret polttavat kaksi kertaa yleisemmin kuin lukiolaiset. Tupakoin-

nin vähentäminen olisi tärkeää juuri näissä ryhmissä. Keinovalikoima on laaja; esimerkiksi tupakkatuotteiden hintatason ja saatavuuden sääntely, mainontakielto ja savuttomien ympäristöjen edistäminen ovat tärkeitä keinoja tupakoinnin vähentämisessä. Tupakoinnin tehokas vähentäminen vaatii eri sektoreiden yhteistyötä.

Vastaavalla tavalla ravitsemukseen ja ruokatottumuksiin vaikuttamisessa osa toimista on yleisiä elinkeinopolitiikkaan, maatalouspolitiikkaan, hintapolitiikkaan ja verotukseen liittyviä toimia, osa taas on selvästi terveydenhuollon toimintakentällä (ks. luku 4.1 tässä raportissa),

Jotta muiden sektorien päätösten vaikutuksista eri väestöryhmien terveyteen saataisiin käsitys, tarvitaan jonkinlaista systemaattista terveysvaikutusten arviointia. Terveys 2015 -ohjelmassa (STM 2001a) ehdotetaan, että yhteiskunnallisten strategioiden, ohjelmien ja suunnitelmien kielteisiä ja myönteisiä vaikutuksia tulisi arvioida väestöryhmien terveyden kannalta. Terveysvaikutusten arviointiin tulisikin itsestään selvänä osana sisällyttää terveyserovaikutusten arviointi (Ritsatakis ym. 2002). Tavoitteena olisi siten pitää silmällä myös sitä, mitä mahdollisesti erilaisia vaikutuksia päätöksillä on eri väestöryhmiin. Terveyserot huomioon ottavaa vaikutusten arviointia tähdennettiin myös Achesonin raportissa (Acheson 1988), jossa ehdotettiin Englantia koskien, että kaikkien yhteiskunnallisten päätösten vaikutuksia tulisi arvioida terveyden jakautumisvaikutuksen kannalta. Kansallisten päätösten ja toimien lisäksi olisi tärkeää pyrkiä arvioimaan myös globaalien ja EU-päätösten vaikutuksia väestön ja sen osaryhmien terveyteen (esim. Bambra ym. 2005).

KOHTI TERVEYSEROSTRATEGIAA

Terveyserojen vähentämistavoite on mainittu terveystoimintapolitiittisissa ohjelma-asiakirjoissa johdonmukaisesti vuodesta 1986 lähtien. Ohjelmien toimintalinjauksissa on korostettu terveyspalvelujärjestelmän osuutta ja yksilöiden terveyteen liittyvän käyttäytymisen merkitystä. Tähänastisissa ohjelmissa ei ole esitetty riittäviä keinoja heikoimmassa asemassa olevien ryhmien aseman parantamiseksi, eikä välineitä väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi.

Jo vuoden 1993 uudistetussa yhteistyöohjelmassa todettiin keskeiseksi haasteeksi *”muuttaa terveyseroja ja niiden syitä koskeva tutkimustieto toimintapolitiikaksi sekä terveydenhuollossa että muilla sektoreilla”* (STM 1993). Samansuuntainen laaja-alaisiin toimenpiteisiin viittaava kannanotto esitettiin kymmenen vuotta myöhemmin pääministeri Vanhasen ensimmäisen hallituksen ohjelmassa.

Terveyspolitiikan asiakirjoissa on siis toistuvasti todettu terveyserojen vähentämistavoitteen vaativan uusia lähestymistapoja ja tähänastista laajempia keinoja. Tavoitteiden ja keinojen välinen yhteys on tullut entistä merkityksellisemmäksi, koska nykyisessä kansanterveysohjelmassa on ensi kertaa asetettu määrällinen tavoite vähentää väestöryhmien välisiä kuolleisuuseroja viidenneksellä. Tavoitteenasettelua koskevassa keskustelussa on tähdennetty sitä, että määrällisen tavoitteen asettamisen lähtökohtana tulisi olla tietämys tavoitteiden saavuttamiskeinoista (Leppo 1995). On myös huomautettu, ettei määrällisen tavoitteenasettelun tehokkuudesta ole näyttöä (Baum ym. 1995, Diderichsen 2003). Lisäksi on todettu, että tavoitteiden ja toimeenpanon välillä on usein 'kuilu' (Whitehead ym. 2001, 311). Suomessakin tällaista 'kuilua' voi olla vaikea ylittää, jos saatavilla ei ole tavoitteen saavuttamista edistäviä toimenpiteitä. Kansanterveysohjelmien potentiaalisilla toimeenpanijoilla on ollut käytössään niukasti toimintaohjeita ja tavoitteiden saavuttamista palvelevia keinoja. On myös ilmaistu huoli siitä, että epärealistiseksi koettu määrällinen tavoite voi jopa vähentää uskottavuutta strategisen tavoitteen saavuttamiselta, jos ohjaavaa strategiaa ei ole ja käytännön toimintalinjat jäävät puutteelliseksi (Koskinen ja Melkas 2002).

Vaikka terveyseroihin vaikuttavista tekijöistä ja erityisesti niiden kaventamiseen johtavista keinoista on niukasti tietoa, tämän ei tulisi johtaa siihen eettisesti arveluttavaan tilanteeseen, että terveyseroja ei lainkaan pyrittäisi vähentämään. Keskeiset terveyspoliittiset päämäärät ja tasa-arvoa koskevat lausumat perustuvat laaja-alaisesti ja yhteisesti laadittuihin asiakirjoihin ei vain Suomessa vaan myös kansainvälisesti. Terveyseroihin vaikuttavien tekijöiden lisäksi on tärkeää arvioida, millä keinoin todennäköisesti voidaan vähentää terveyseroja. Vaativa kysymys on, millä keinoin voitaisiin *tehokkaimmin* vähentää terveyseroja, mutta tarkoituksenmukaisempaa on aluksi selvittää, mitkä tekijät ylipäätään voivat vähentää niitä ja arvioida mitkä politiikan alueet ja toimenpiteet ovat tässä tarpeen. WHO:n arviossa Suomen terveyden edistämisen politiikasta huomautetaan, että terveyden tasa-arvoa lisäävä politiikka pitäisi nostaa keskeiseksi kehittämisen ja toimeenpanon alueeksi kansallisella tasolla ja eri hallinnonalojen yhteistyönä (STM 2002c, 44). Myös muissa kansainvälisissä arvioissa huomiota on kiinnitetty siihen, että Suomesta puuttuu terveyserojen kaventamisen strategia (Judge ym. 2005). Terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä hallinnollista että poliittista valmistelutyötä ja erityinen terveyserojen vähentämiseen tähtäävä strategia voikin olla tarpeen, jotta terveyden jakautumiseen vaikuttavien monien eri tason ja alueen tekijöitä ja terveyserojen vähentämistä edistäviä toimia voitaisiin tarkastella nykyistä jäsentyneemmin. Strategia tarjoaa mahdollisuuden hahmotella kattavasti suunnat ja konkreetti-

set toimintalinjat terveyserojen kaventamiselle suunnittelun eri tasoilla (strateginen, normatiivinen ja operatiivinen) samoin kuin toiminnan eri tasoilla (kansainvälinen, kansallinen alueellinen, kunnallinen ja kolmas sektori). Strategia on siten väline operationalisoida Terveys 2015 -ohjelman vaativaa määrällistä tavoitetta ja samalla toimeenpanna hallitusohjelmaa.

Terveyserojen kaventamisessa⁴ on siis kyse eräänlaisesta kaksoisstrategiasta. Yhtäältä tulisi kohentaa vähäosaisimman ryhmän asemaa, ja toisaalta tulisi voida tasoittaa terveyseroja eri ryhmien välillä. Huomion kiinnittäminen terveyseroihin koko väestössä merkitsee sitä, että terveyseroja koskevassa politiikassa tarkastellaan systemaattisia eroja elämisen mahdollisuuksissa, elintasossa ja elintavoissa sosioekonomisen hierarkian eri tasoilla. Toisin sanoen huomiota kiinnitetään sekä kaikkein heikoimmassa asemassa olevien tilanteeseen, mutta myös muihin ryhmiin tasa-arvoistamalla terveyden edellytyksiä eri sosioekonomisten ryhmien välillä. (Graham 2004b, 125–126)

Strategian laadinnassa ja toimeenpanon suunnittelussa voi olla hyödyllistä tarkastella kokemuksia niistä maissa, joissa on pitkäjänteisesti ja tavoitteellisesti etsitty politiikan välineitä terveyserojen kaventamiseksi (ks. Palosuo ym. 2004, Palosuo ym. 2006). Esimerkiksi Englannissa ja Ruotsissa on Suomea systemaattisemmin laadittu terveystaloudellisia ohjelmia ja esitelty politiikan suuntaviivoja sekä toimintasuunnitelmia, joilla voidaan käytännössä pyrkiä vähentämään terveyseroja eri tasoilla (esim. Statens folkhälsoinstitut 2005, DH 2003). Englannissa on myös pyritty arvioimaan ovatko esitetyt toimet tuottaneet haluttua tulosta ja muokattu toimintasuunnitelmia sen mukaisesti (HM Treasury & Department of Health 2002, DH 2005).

Pelkkä strategian laatiminen tai toimintalinjojen esittely ei tietenkään riitä. Rothstein (1994, 17; viittaus Miller 1987) on esittänyt, että sosiaalisen oikeudenmukaisuuden saavuttaminen rakentuu kahdelle perusolettamukselle. Ensimmäinen periaate on, että sosiaaliset prosessit ovat tietoisesti ohjattuja ja että poliittiset toimijat voivat vaikuttaa niihin ja pyrkiä siten tietoisesti muuttamaan yhteiskuntaa. Toinen edellytys on, että on löydettävissä jokin voima, jolla on kyky viedä eteenpäin muutosta.

⁴ On muistutettava, että sosioekonomiset terveyserot ja niiden kehityslinjat ovat joiltakin osin erilaisia eri sukupuolilla. Sukupuolten väliset terveyserot ovat myös niitä väestöryhmäeroja, joiden vähentämistä Terveys 2015 -ohjelmassa edellytetään. Tähän on terveyseroja koskevassa yleisessä keskustelussa kiinnitetty vähemmän huomiota kuin sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen (molemmilla sukupuolilla). Kun vaikuttamisen tavoista on niukasti yleensäkin tietoa, sukupuoliaspektin huomioon ottaminen entisestään monimutkaistaa keskustelua.

Niinpä terveyserojen kaventamishjelman sisällön rinnalla olisi tärkeää kiinnittää huomiota prosessiin, jolla politiikkaa viedään eteenpäin (Rothstein 1994, 88). Tämä lisäksi tarvitaan organisaatio, joka ottaa tästä vastuun. Poliitiikan toteutuksessa tarvitaan myös poliittista tahtoa nähdä terveyserot sosiaalisenä ongelmana. Tavoitteiden suuntainen toiminta ratkaisee viime kädessä voiko terveyseroja vähentää (Bullock ym. 2001).

Tärkeimmät tietoaikot on myös pyrittävä paikkaamaan suuntaamalla terveyseroihin liittyvää tutkimusta. Kansainvälisessä keskustelussa on painotettu kansanterveysjärjestelmän (public health regime) tutkimusta, jossa voitaisiin verrata ja analysoida eri maiden poliittisia, sosiaalisia, kulttuurisia, taloudellisia ja organisatorisia rakenteita sekä näiden merkitystä ja yhteyksiä terveyden jakautumiseen (Asthana ym. 2006). Lisää tutkimusta on todettu tarvittavan myös hyvinvointivaltiollisen järjestelmän ja terveyden välisestä yhteydestä ja vähäosaisten ryhmien asemasta eri hyvinvointijärjestelmissä (Dahl ym. 2006, 197, 215–216).

Näitä voi Suomessakin pitää tärkeinä terveyseroihin liittyvinä tutkimusaiheina. On lisäksi todettava, että terveyseroihin vaikuttamisen mahdollisuuksia on tutkittu niukasti. Siksi tarvitaan laajempaa politiikan arviointitutkimusta. Arviointitutkimuksella olisi mahdollista selvittää onko eri politiikoilla tai interventioilla yleensä voitu vaikuttaa terveyseroja vähentävästi (tulosarviointi) ja millä prosesseilla tulokseen on päästy (prosessiarviointi). Prosessiarviointi voi myös olla hyödyllinen politiikan muotoilun, toimeenpanon, tulosten ja politiikan uudelleen muotoilun arvioinnissa ja vaikuttavuuden varmistamisessa. Tällainen politiikan arviointi tulee nyt entistä tärkeämmäksi, kun Suomessa on valmisteilla useita terveyseroihin huomiota kiinnittäviä ohjelmia kuten terveyden edistämisen politiikkaohjelma ja erityinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma.

Kirjallisuus

- Acheson D. (puheenjohtaja). Independent inquiry into inequalities in health report. The Stationery Office, London 1998.
- Asthana S, Halliday J. Developing an evidence base for policies and interventions to address health inequalities: the analysis of “public health regimes”. *The Milbank Quarterly* 2006;84:3:579–584.
- Bambra C, Fox D, Scott-Samuel A. Towards a politics of health. *Health Promotion International* 2005;20:2:187–193.
- Baum F, Sanders D. Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International* 1995;10:2:149–160.
- Benzeval M. England. Teoksessa Mackenbach J, Bakker M, toim. Reducing inequalities in health. A European perspective. Routledge, London and New York 2002, 201–213.
- Bullock H, Mountford J, Stanley R. Better Policy-making 2001. London, Centre for Management and Policy Studies, 2001.
- Catford J. Reducing health inequalities - time for optimism. *Health Promotion International* 2002;17:2:101–104.
- Crombie I, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Closing the health inequalities gap: an international perspective. World Health Organization, Regional Office for Europe 2005.
- Dahl E, Fritzell J, Lahelma E, Martikainen P, Kunst A, Mackenbach J. Welfare state regimes and health inequalities. Teoksessa Siegrist J, Marmot M, toim. Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford University Press 2006.
- Dahlgren G. The need for intersectoral action for health. European health policy conference: opportunities for the future. Volume II. Teoksessa Harrington P, Ritsatakis A, toim. The policy framework to meet challenges: intersectoral action for health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1995.
- Dahlgren G, Whitehead M, Terveysten oikeudenmukaisuus - toimintapolitiikka ja strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö & WHO:n Euroopan aluetoimisto, Terveystieteiden keskus kirjasto. Painatuskeskus 1992.
- Department of Health (DH). Tackling health inequalities. A programme for action. Department of Health 2003.
- Department of Health (DH). Delivering choosing health: making healthier choices easier. Department of Health 2005.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M, The social basis of disparities in health. Teoksessa Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, toim. Challenging inequities in health. From ethics to action. The Rockefeller foundation, Oxford university press, New York 2001.

- Diderichsen F. Policies for health equity: an ethical and epidemiological framework and targets for a new national health policy in Sweden. Teoksessa Oliver A, toim. Health Care Priority Setting, Implications for Health Inequalities. Proceedings from a Meeting on the Health Equity Network. The Nuffield Trust (for Research and Policy Studies in Health Services) 2003, 57-65. (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/bookstore/index.php>)
- Fritzell J, Lundberg O. Fighting inequalities in health and income: one important road to welfare and social development. Teoksessa Kangas O, Palme J, toim. Social policy and economic development in the Nordic countries. United Nations Research Institute for Social Development, Palgrave Macmillan 2005, 164–185.
- Gepkens A, Gunning-Schepers L. Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. *European Journal of Public Health* 1996;6:218–226.
- Graham H. Building an interdisciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science & Medicine* 2002;55:2005–2016.
- Graham H. Social determinants and their unequal distribution: classifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 2004a;82:1:101–124.
- Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy* 2004b;33 1:115–131.
- Graham H, Kelly M P. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Health Development Agency, Briefing paper, 2004.
- Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health. Reducing health disparities - roles of the health sector: discussion paper. Cat. N HP5-4/2005.
- Herttua K, Martikainen P, Mäkelä P. Kun hinta halpeni, viina tappoi eniten yksinäisiä miehiä. *Dialogi* 2007;2:40–41.
- HM Treasury & Department of Health, Tackling Health Inequalities. Summary of the cross-cutting review, London 2002. (www.DH.gov.uk/healthinequalities/ccrsummaryreport.htm).
- Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. Health inequalities: a challenge for Europe. UK Presidency of the EU 2005. Produced by COI for the UK Presidency of the EU, 2005.
- Kannisto V. Imeväiskuolleisuuden alueellisista eroista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1988;25:108–117.
- Keskimäki I, Koskinen S, Teperi J. Terveyspalvelujärjestelmän mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas I, Keskimäki, I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002, 281–299.
- Koskinen S. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. *Kunnallislääkäri* 2004;19:6:16–19,
- Koskinen S, Martelin T. 1994 Kuolleisuus. Teoksessa Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Pitkänen K, toim. Suomen väestö. Gaudeamus, Helsinki 1994.

- Koskinen S, Martelin T. Viina tappaa keski-ikäisiä pääkaupunkiseudulla, Kuolleisuuden alue-erot 1990-luvulla. Kuntapuntari 1998.
- Koskinen S, Melkas T. Finland. Teoksessa Marinker M, toim. Health Targets in Europe: Polity, progress and promise. BMJ Books, London 2002, 117–129.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Koulutus ja väestön terveys. Alustus Väestötieteen jatko- ja täydennyskoulutusseminaarissa, Lammi, 21.10.2005.
- Lantz P, M, House J S, Lepkowski J M, Williams D R, Mero R P, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviours, and mortality. The Journal of the American Medical Association 1998; 279:1703–1708.
- Leppo, K. Health for All Policy in a Pilot Country: The Case of Finland. Teoksessa Harrington P, Ritsatakis A, toim. European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. III, WHO European Office, Copenhagen 1995, 70–82.
- Lewis S, Saulnier M, Renaud M. Reconfiguring health policy: simple truths, complex solutions. Teoksessa Albrecht G, Fitzpatrick, Scrimshaw S, toim. The handbook of social studies in health and medicine. London, Sage 2000.
- Linnanmäki E. Sosioekonomiset terveyserot terveyden edistämisen ohjelma-asiakirjoissa. Julkaisematon käsikirjoitus 2006.
- Mackenbach J, P, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa Mackenbach J, Bakker M, toim. Reducing inequalities in health. Routledge, London 2002, 25–29.
- Marmot, M, Davey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Lancet 1991;337:8:1387–1393.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja perhetyypin mukaan. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, 134–148.
- McKee, M. What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? Scandinavian Journal of Public Health 2002; 30(suppl 59):54–58.
- Moisio P, toim. Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990–2002. Stakes, Raportteja, Helsinki 2005.
- Munro J. Health inequalities 25 years after Black. Guest editorial. Public Health 2006;120:187–188.
- National Institute of Public Health. Towards more health-promoting health service. Summary of study material, government bills, parliamentary decisions, draft indicators and examples of application. Swedish National Institute of Public Health, R 2006:30, Vällingby 2007.
- Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. Social Science and Medicine 2001;52:481–491.

- NHS (National Health Service) GIG Cymru Health of Wales Information Service. Shaping the future of public health: promoting health in the NHS. Project report. The role of specialised health promotion staff in improving health. Delivering 'Choosing Health' and 'Health challenge in Wales.' July 2005.
- Nutbeam D. How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health Promotion Journal of Australia* 2003;14:3:154–158.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. Eriarvoisuus ja terveystieteet. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:12, Edita Prima Oy, Helsinki 2004.
- Palosuo H, Sihto M, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Keskimäki I, Manderbacka K. Sosioekonomiset terveyserot ja terveystieteet Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006;71:2:154–166.
- Prättälä R, Forssas E, Koskinen S, Sihto M. Eriarvoisuus ja terveyden edistäminen – suomalaisten terveystieteiden interventtioiden arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:3:296–300.
- Rimpelä M. Ehkäisevä työ terveyskeskuksissa: mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämisessä? Teoksessa Heikkilä M, Roos M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Gummerus kirjapaino, Saarijärvi 2004, 122–141.
- Ritsatakis A, Barnes R, Douglas M, Scott-Samuel A. Health Impact Assessment: An approach to promote intersectoral policies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa Mackenbach J, Bakker M, toim. Reducing inequalities in health. Routledge, London. 2002, 287–299.
- Rothstein B. Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. Vad bör staten göra. SNS Förlag, WSOY, Finland 1994.
- Sainio P, Martelin T, Koskinen S, Heliövaara M. Educational differences in mobility: the contribution of physical workload, obesity, smoking and chronic conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007 61:5:401–408.
- Sassi F. Tackling health inequalities. Teoksessa Hills J, & Stewart K, toim. A more equal society. New labour, poverty, inequality and exclusion. The Policy Press, University of Bristol 2005.
- Secretary of State for Health. Saving lives: our healthier nations. London, Stationery Office 1999.
- Sihto M, Ollila E, Koivusalo M: Principles and challenges of Health in All Policies. Teoksessa Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, toim. Health in All Policies, Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health 2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Terveystieteet kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1986.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), TK-2000 -johtoryhmä. Terveystieteet kaikille vuoteen 2000 uudistettu yhteistyöohjelma. Julkaisuja 1993: 2. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1993.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki 2001a.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Asettamispäätös STM 125:00/2001b.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi. Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. STM Muistio 15.1.2002a.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi - työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2002:3. STM, Helsinki 2002b.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdotukset. Selvityksiä 2002:18, Helsinki 2002c.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:23, Helsinki 2003.
- Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2005, Statens folkhälsoinstitut R 2005, EO Print, Stockholm 2005.
- Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002:30(suppl 59):20–25.
- Talousneuvosto. Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti, Helsinki, Talousneuvosto 1972.
- Teperi J. Kuka saa terveystalvuuja? Teoksessa Heikkilä M, Roos M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Gummerus kirjapaino, Saarijärvi 2004, 106–121.
- Titmuss R. A commitment to welfare. Allen and Unwin, London 1976.
- Townsend P, Davidson N, toim. Inequalities in Health. The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth 1982.
- Valtioneuvoston kanslia. Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003, Helsinki 2003.
- Valtioneuvoston kanslia. Hallituksen strategia-asiakirja 2006. Hallituksen poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 3/2006. Edita Prima Oy, Helsinki 2006.
- Valtioneuvoston kanslia 24.3.2007, Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Edita Prima Oy, Helsinki 2007.
- Vartiainen E, Jousilahti P, Alftan G, Sundvall J, Pietinen P & Puska P. Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden muutokset FINRISKI-tutkimuksessa 1972–1997. *Suomen Lääkärilehti* 1998:53:2013–2020.

- Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, Salomaa V, Jousilahti P, Sundval J, Salminen M, Männistö S, Valsta L. Suomalaisten sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:4099–4106.
- Williams F. Somewhere over the rainbow: universality and diversity in social policy. *Social Policy Review* 1992;4:200–219.
- Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. Teoksessa Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, toim. *Challenging inequities in health. From ethics to action.* The Rockefeller Foundation, New York 2001, 309–323.
- World Health Organization (WHO). Geneva. Health promotion glossary. Geneva 1998.
- World Health Organization (WHO), Geneva. Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Luonnos 5 May 2005.

6 YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT

Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Marita Sihto, Ilmo Keskimäki, Aini Ostamo, Tuija Martelin, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen ja Eila Linnanmäki

Tähän raporttiin on koottu tietoja sosioekonomisten ryhmien välisistä terveyseroista ja niiden muutoksista Suomessa noin 25 viime vuoden aikana. Terveyserojen kuvaukset perustuvat osittain aikaisemmin julkaistuihin tutkimuksiin, joita on täydennetty tuoreimmilla julkaisemattomilla tiedoilla. Lisäksi on tehty runsaasti uusia analyyskejä tätä raporttia varten muun muassa kuolleisuuden, pitkäaikaissairastavuuden, toimintakyvyn ja sairaalahoitojen kohdentumisen sosioekonomisista eroista. Huomio on kohdistunut pääosin työikäiseen väestöön, josta on eniten tietoja saatavilla, mutta mahdollisuuksien mukaan raportti kattaa myös eläkeikäisen väestön sekä lapset ja nuoret.

Sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuden, terveydentilan, toimintakyvyn, terveyteen vaikuttavien elintapojen ja riskitekijöiden erot ovat Suomessa yleensä varsin suuria. Myös terveyspalvelujen käytössä ja eräissä sairaanhoidon toimenpiteissä on sosioekonomisia eroja, jotka eivät täysin vastaa arvioitavissa olevaa hoidon tarvetta, vaan ilmentävät palvelujen ja hoitojen eri-arvoista kohdentumista.

Vain harvassa maassa on käytettävissä vastaavanlaisia väestön terveydentilan muutoksia koskevia tutkimusaineistoja kuin Suomessa. Terveyseroja onkin kartoitettu runsaasti, mutta tutkimus on silti ollut melko hajanaista. Ennen muuta on puuttunut vakiintunut terveyserojen seurantarjestelmä eikä edes kuolleisuuden sosiaaliryhmittäisiä eroja ole raportoitu säännöllisesti. Esimerkiksi Englannin tilastotoimi on raportoinut väestötilastoihin perustuvia tietoja sosiaaliryhmittäisistä kuolleisuuseroista jo yli 150 vuoden ajalta (Acheson 1998, 4).

Sosioekonomisen aseman moniulotteinen yläkäsite. Tässä raportissa sosioekonomisen aseman osoittimena on useimmiten käytetty henkilön koulutusta. Saavutettu koulutustaso on aikuisiällä melko pysyvä verrattuna vaikkapa tuloihin ja ammattiin, jotka voivat muuttua varttuneellakin iällä esimerkiksi urakehityksen tai sairauden takia. Koulutus on käyttökelpoinen sosioekonomisen aseman kuvaaja myös siksi, että sitä koskevat tiedot sisältyvät moniin eri tutkimusaineistoihin jokseenkin vertailukelpoisessa muodossa. Muista sosioekonomisen aseman kuvaajista käytetään mm. ammattiin ja ammattiin perustuvaa sosiaaliryhmää, joka ilmentää yksilön sijaintia yhteiskunnan

hierarkkisessa rakenteessa ja hänen työolojaan, sekä tulotasoa, joka heijastaa aineellisia olosuhteita ja kulutuskykyä. Joitakin tietoja on raportoitu myös työmarkkina-aseman mukaan.

Raportin aluksi on tarkasteltu terveyserojen syitä ja eri tutkimusperinteissä käytettyjä selitysmalleja. Selitysmallit ovat apuna, kun pyritään löytämään terveyserojen vähentämiseen sopivia terveys- ja yhteiskuntapolitiikan toimia. Tärkeimpiä terveyserojen syitä ovat nykytutkimuksen mukaan aineellisten elinolojen erot sekä eri väestöryhmien kulttuuriin ja käyttäytymiseen liittyvät erot. Aineelliset elinolot ilmentävät yhteiskunnan rakenteita ja muovaavat eri väestöryhmien terveyttä eri tavoin lapsuudesta aina vanhuuteen asti. Lisäksi terveyserojen taustalla arvellaan olevan erilaisia henkisiä, psykososiaalisia ja psykobiologisia esimerkiksi stressiin liittyviä tekijöitä, joita viime aikoina on tutkittu muun muassa työelämän muutoksien yhteydessä. Lopuksi on pohdittu sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia suomalaisessa terveys- ja yhteiskuntapolitiikassa.

Raportin kattama ajanjakso 1980-luvun alusta 2000-luvun alkuvuosiin on ollut suurten yhteiskunnallisten muutosten aikaa. Suomi saavutti lopullisesti vasta 1980-luvun nousukauden lopulla pohjoismaisen hyvinvointivaltion tason sille tyypillisine sosiaaliturvajärjestelmineen (esim. Julkunen 2001). Samoihin aikoihin toisen maailmansodan jälkeinen poliittisten valtajärjestelmien tasapaino muuttui: Neuvostoliitto ja Itä-Euroopan sosialistinen valtaryhmittymä hajosivat, kun taas läntisen Euroopan integraatiokehitys voimistui. 1990-luvun alkuvuosien talouslaman seurauksena työttömyys kasvoi Suomessa nopeasti noin 17 %:iin ja se on sittemmin vain hitaasti lähestynyt aikaisempaa melko alhaista tasoa. Laman jälkeen Suomen verrattain pienet tuloerot alkoivat kasvaa ja myös varallisuuserot kasvoivat. Sosiaaliset ongelmat, esimerkiksi lapsiperheiden köyhyys ja lasten huostaanotot, lisääntyivät. Näistä väestön eri osia epätasaisesti koskeneista muutoksista huolimatta kuolleisuudessa tai väestön terveydentilan muissa osoittimissa ei tapahtunut suuria muutoksia 1990-luvulla, ja suomalainen sosiaaliturvajärjestelmä näytti supistuksista huolimatta selviytyvän talouskriisistä ilman sellaisia sosiaalipoliittisia ja terveyskriisejä, joihin yhteiskuntajärjestelmän mullistuksia kokeneet Itä-Euroopan maat joutuivat (Jänntti ym. 2000).

Terveydentilan sosioekonomiset erot ovat kuitenkin säilyneet pääpiirtein samansuuruisina tässä tarkasteltuna 20–25 vuoden jaksona. Joidenkin terveyden osoittimien mukaan erot ovat kasvaneet ja joidenkin toisten mukaan taas hieman supistuneet.

► Kuolleisuus

Terveys 2015 -ohjelman (STM 2001) kahdeksannen päätavoitteen mukaan sosioekonomisten ryhmien elinajanodotteiden eron tulisi supistua vähintään viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Sosioekonomisia kuolleisuuseroja koskevasta luvusta käy ilmi, että 2000-luvun alkuun mennessä tätä tavoitetta ei lähestytty, vaan erot päinvastoin kasvoivat.

Ajanjaksolla 1983–2005 35-vuotiaiden miesten jäljellä olevan elinajan odote kasvoi 4,6 vuodella ja naisten 3,4 vuodella. Tämän mittapuun mukaan väestön terveydentila on siis kohentunut huomattavasti. Terveyserojen kaantumistavoitteiden vastaisesti ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteen ero kuitenkin kasvoi tuona aikana yhdellä vuodella molemmilla sukupuolilla. Vuosia 2003–2005 koskevien tietojen valossa 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilömiesten elinajanodote oli 6,1 vuotta pitempi kuin työntekijämiehillä. Naisilla vastaava ero oli 3,3 vuotta. Koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot ovat yhtä jyrkät ja nekin ovat suurentuneet.

Elinajanodotteen kasvuun on eniten vaikuttanut se, että sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on vähentynyt. Alkoholiin liittyvien kuolemien lisääntyminen on puolestaan hidastanut elinajanodotteen kasvua. Nämä kuolleisuuden muutokset kasvattivat merkittävästi sosiaaliryhmien välisiä elinajanodotteen eroja, sillä erityisesti 1980- ja 1990-luvulla sydän- ja verisuonitautikuolleisuus pieneni nopeimmin ylimmissä sosiaaliryhmissä, kun taas alkoholikuolleisuus lisääntyi eniten alimmissa ryhmissä.

Pelkästään sepelvaltimotautikuolleisuus aiheutti vuosina 2001–05 yli neljäsosan ylempien toimihenkilömiesten ja työntekijämiesten elinajanodotteiden 6,1 vuoden erosta, alkoholiin liittyvät kuolemat taas aiheuttivat 13 % ja muut käyttäytymiseen liittyvät ja tapaturmaiset kuolemansyyt (keuhkosityöpä, itsemurhat ja tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat) lähes neljäsosan. Naisilla verenkierroelinten sairauksien osuus oli suurempi ja käyttäytymiseen ja tapaturmiin liittyvien syiden osuus vähäisempi kuin miehillä. Ylempien toimihenkilönaisten suurempi rintasyöpäkuolleisuus vähensi hieman naisilla sosiaaliryhmien välisiä eroja, mutta työntekijänaisten suurempi kuolleisuus muihin syöpiin puolestaan kasvatti eroa.

Terveyspoliittisten toimien kannalta tärkeä havainto on myös se, että kuolleisuuden sosioekonomiset erot eivät tasaannu ennen vanhuusikää eivätkä poistu kokonaan vielä 85 vuotta täyttäneilläkään. 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilömiesten ja työntekijämiesten elinajanodotteen erosta yli 40 % johtuu 65 vuotta täyttäneiden kuolleisuuseroista. Naisilla peräti yli puolet vastaavasta erosta aiheutuu työiän jo ohittaneiden kuolleisuudesta.

Sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen muutoksille ei ole yhtä kaiken kattavaa selitystä. Tarkemman kuvan saamiseksi on tutkittava erilaisia elinoloihin, elintapoihin ja palvelujärjestelmän toimintaan liittyviä tekijöitä kuolemansyyryhmittäin.

► Koettu terveys

Keski-ikäisten suomalaisten koettu terveys kohentui kaikkiaan 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun, mutta nuorten aikuisten koettu terveys pysyi ennallaan lukuun ottamatta lamavuosia, jolloin se oli parempi kuin ennen ja jälkeen laman (Manderbacka 2006). Koulutusryhmien väliset erot olivat suurimmillaan 1980-luvun alussa mutta säilyivät suurina koko tarkastelujakson (1979–2004) ajan molemmilla sukupuolilla. Työmarkkina-aseman yhteys koettuun terveyteen oli myös vahva: työssä olevien terveys oli parempi kuin työtä vailla olevien koko tarkastelujakson ajan, mutta laman jälkeen työttömien ja työllisten terveydentilan ero jälleen kasvoi. Laman loppuvuosina työttömien terveys oli kuitenkin keskimäärin parempi kuin sitä ennen tai sen jälkeen. Eläkeiässäkin koulutuksella on selvä yhteys koettuun terveyteen: vähintään 9 vuotta koulutusta saaneet 65–84-vuotiaat kokevat terveytensä selvästi paremmaksi kuin enintään 8 vuotta koulutusta saaneet.

► Pitkäaikaissairastavuus

Pitkäaikaissairastavuuden sosioekonomisten erojen kehityksestä on vähemmän vertailukelpoista tietoa kuin kuolleisuudesta tai koetusta terveydestä. Vuosina 1978–80 kerätyn Mini-Suomi-aineiston ja 2000–01 kerätyn Terveys 2000-aineiston pohjalta on raporttiin analysoitu eräiden keskeisten kansantautien esiintyvyyden eroja työikäisillä ja eläkeikäisillä suomalaisilla.

Pitkäaikaissairautta sairastavien osuus oli 2000-luvun alussa hieman pienempi kuin 20 vuotta aiemmin. Vähintään yhden pitkäaikaissairauden sairastaminen oli noin 50 % yleisempää alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä kuin ylimmissä ryhmissä. Lähes kaikki yleiset pitkäaikaissairaudet olivat alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä vähintään hieman yleisempiä kuin ylempissä. Koulutusryhmien väliset pitkäaikaissairastavuuden erot hieman supistuivat työikäisessä väestössä, mutta eläkeikäisillä ne hieman kasvoivat.

Monet arkielämää haittaavat sairaudet ja oireyhtymät (esimerkiksi diabetes, krooninen bronkiitti, polven ja lonkan nivelrikko, niskaoireyhtymä ja selkäoireyhtymä) olivat sekä 1970-luvun lopussa että 2000-luvun alussa yleisempiä alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään. Joidenkin yksittäisten

sairauksien sosioekonomiset erot suurentuivat ja toisissa ne puolestaan supistuivat.

Kuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet, mutta sairastavuuden kehitys on ollut tasaisempaa. Tämä ero voi johtua muun muassa siitä, että monet pitkäaikaissairaudet, kuten tuki- ja liikuntaelinvaivat, eivät juuri vaikuta kuolemanvaaraan. Kuolleisuuserojen kasvu sairastavuuserojen säilyessä ennallaan voi johtua myös siitä, että monien tautien ennuste on parantunut muun muassa parempien hoitomenetelmien ansiosta, ja tästä lievenvät suurimman hyödyn saaneet ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat (ks. luku 4.3).

► Mielen terveys

Mielen terveyden väestöryhmittäisiä eroja on selvitetty varsin niukasti siitä huolimatta, että mielen terveyden häiriöt ovat Suomessa merkittävä kansanterveysongelma ja yleisin ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymisen syy. Mielen terveyden sosioekonomisten erojen tutkimus onkin erityisen haasteellista. Mielen terveyden häiriöiden tulkinta ja diagnostiset kriteerit ovat vahvasti sidoksissa yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin ja niiden muutoksiin. Lisäksi sosioekonomisen aseman ja terveyden väliset suhteet ovat usein monimutkaisemmat kuin monissa somaattisissa sairauksissa: yhtäältä elinoloihin liittyvät ongelmat ja vajeet altistavat mielen terveyden häiriöille, toisaalta varhain alkavat mielen terveyden häiriöt heikentävät kouluttautumisen-, työllistymisen- ja perheellistymismahdollisuuksia. Etenkin vakavat mielen terveyden häiriöt voivat vaikuttaa henkilön sosiaaliseen asemaan suuremmassa määrin kuin useimmat muut terveysongelmat.

Vakavien mielen terveyden häiriöiden esiintyvyys ei ole tutkimustietojen valossa olennaisesti muuttunut 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun. Suomessa ja muuallakin vakavat häiriöt ovat tavallisesti yleisimpiä vähiten koulutettujen, työntekijäammateissa toimivien, pienituloisten ja työttömien ryhmissä. Lievemmat häiriöt kuten psyykinen oireilu ja stressikokemukset näyttävät työikäisessä väestössä kuitenkin hieman lisääntyneen parin vuosikymmenen aikana. Lievempien häiriöiden yhteys sosioekonomiseen asemaan on epäselvempi ja saattaa olla jopa vastakkainen vakaviin häiriöihin verrattuna.

Terveys 2000 -tutkimuksen alustavien tulosten mukaan vakavassa masennuksessa ja alkoholiriippuvuudessa ei ollut eroja koulutusryhmien välillä, sen sijaan työttömyys liittyi näihin tiloihin erityisesti yli 30-vuotiailla miehillä. Samantapaisia tuloksia on saatu myös aiemmin vakavan masennuksen yhteydestä työttömyyteen ja pienituloisuuteen, mutta ei niinkään koulutukseen.

Nuorilla aikuisilla koulutuksen yhteys mielenterveyteen oli kuitenkin kiistan: perusasteen koulutuksen saaneilla 18–29-vuotiailla esiintyi Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan vakavaa masennusta noin kaksi kertaa niin paljon kuin muissa koulutusryhmissä. Alimman koulutusryhmän naisista lähes kolmannes oli joskus yrittänyt itsemurhaa, kun kaikkien samanikäisten naisten vastaava osuus oli noin 4 %.

Aikuisten psyykkisestä oireilusta ja stressikokemuksista on jossain määrin vaihtelevia tuloksia. Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimusten mukaan psyykinen oireilu oli 1970-luvun lopulla erityisesti perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä selvästi yleisempää kuin pitempään koulutetuilla miehillä, mutta 2000-luvun alussa koulutusryhmien väliset erot olivat pienentyneet.

Nuorten psyykkiset ja psykosomaattiset oireet eivät juuri olleet yhteydessä perheen sosioekonomiseen asemaan 1980- ja 1990-luvuilla. Perhetausta ja vanhempien sosioekonominen asema vaikuttavat kuitenkin koulunkäyntiin ja sosiaalisen aseman muodostumiseen liittyviin tekijöihin. Huono koulumenestys, lyhyt koulutusura ja koulutuksen ulkopuolelle jääminen ovat yhteydessä psyykkiseen oireiluun ja ongelmiin.

Psyykkisen oireilun koulutusryhmien väliset erot yli 65-vuotiaiden näyttävät hieman tasoittuneen viimeksi kuluneiden parinkymmenen vuoden aikana. Vähän koulutusta saaneiden oireilu oli kuitenkin edelleen yleisempää kuin pitemmälle koulutettujen.

► Toimintakyky

Väestön toimintakyky on viime vuosikymmeninä keskimäärin parantunut, mutta myös toimintakyvyn rajoitteet vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan.

Tavallinen arkiliikunta ja siihen liittyvät toimet samoin kuin monet omasta itsestä ja kodista huolehtimiseen kuuluvat päivittäiset toimet sujuvat helpommin ylempään koulutusryhmään kuuluvilla verrattuna perusasteen koulutuksen saaneisiin sekä työikäisillä että eläkeikäisillä. Erot ovat säilyneet samansuuruisina 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun.

Myös aistitoiminnoissa on sosiaaliryhmittäisiä eroja. Työikäisten näkökyky on kaikkiaan huomattavasti parantunut 1970-luvulta alkaen. Miehillä näkökyky parani suunnilleen yhtä paljon kaikissa koulutusryhmissä, mutta naisilla koulutusryhmien väliset erot kapenivat. Eläkeikäisten näkövaikeudet harvinaistuivat koulutuksesta riippumatta eivätkä koulutusryhmien väliset erot muuttuneet merkittävästi. Keskustelun kuulemisvaikeuksien koulutusryhmien väliset erot ovat työ- ja eläkeikäisillä samanlaisia kuin muissakin toimintakyvyn rajoituksissa eivätkä erot ole muuttuneet 1970-luvun lopun jälkeen.

Kognitiivisia kykyjä on ensi kertaa väestötason terveystutkimuksessa mitattu Terveys 2000 -tutkimuksessa. Kielellisen sujuvuuden ja muistin testeissä korkea-asteen koulutuksen saaneet suoriutuivat parhaiten niin yli 30-vuotiaiden kuin 18–29-vuotiaidenkin ryhmässä.

Myös sosiaalinen toimintakyky vaihtelee koulutusryhmittäin. Itse raportoidut vaikeudet hoitaa asioita yhdessä muiden kanssa ovat vähentyneet huomattavasti 20 vuoden aikana, mutta niiden yleisyys on pysynyt noin kaksinkertaisena alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään koulutusryhmään.

Työkyvyn käsite kattaa monia ulottuvuuksia, jotka liittyvät henkilön kuntoon ja toimintakykyyn, mutta myös työn vaativuuteen ja ympäristön ominaisuuksiin sekä vakuutusjärjestelmien kriteereihin. Itsensä työkyvyttömäksi arvioineiden osuus on vähentynyt vajaasta neljänneksestä hieman alle viidennekseen parinkymmenen vuoden aikana, mutta koulutusryhmien väliset suuret erot ovat säilyneet ennallaan.

► Terveet elinvuodet

Kuolleisuutta, terveyttä, sairastavuutta ja toimintakykyä voidaan tarkastella kootusti terveiden elinvuosien odotteen avulla. Terveiden elinvuosien odote kuvaa, kuinka kauan tietyn ikäiset voivat odottaa keskimäärin elävänsä terveenä tai toimintakykyisenä, jos nykyiset kuolleisuus- ja terveystilanteet vallitsevat tulevaisuudessakin. Odotettavissa oleva elinaika voidaan jakaa kahteen osaan: terveisiin tai toimintakykyisiin elinvuosiin ja sairaisiin tai toimintarajoitteisiin elinvuosiin. Raportissamme on tarkasteltu terveiden elinvuosien odotetta 25 vuotta täyttäneessä väestössä koulutusryhmittäin.

Terveen elinajan pituus vaihtelee koulutusryhmittäin vielä enemmän kuin elinajanodote. Kun sairauden kriteerinä käytetään keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi koettua terveyttä, korkeasti koulutettujen ja perusasteen koulutuksen saaneiden terveen elinajan ero on molemmilla sukupuolilla 13 vuotta.

► Elintavat

Työikäisten naisten ja miesten elintavoissa on varsin selviä eroja sen mukaan, mihin sosioekonomiseen ryhmään he kuuluvat. Sen sijaan eläkeikäisillä elintapojen erot eivät ole yhtä selkeitä. Toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien nuorten elintavat ovat paljon epäterveellisemmät kuin lukiolaisien. Erityisen huomion tarpeessa on peruskoulun jälkeisen koulutuksen ulkopuolelle jäävien nuorten ryhmä, jonka terveystottumuksista tiedetään vain vähän.

Viime vuosikymmeninä elintapojen sosiaaliryhmittäiset muutokset sisältävät sekä myönteisiä että kielteisiä kehityssuuntia. Vihannesten ja rasvojen käyttöä ei sosioekonominen asema määritä yhtä paljon kuin ennen, mutta tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö keskittyvät etenkin nuorten ja työikäisten keskuudessa entistä enemmän alempiin sosioekonomisiin ryhmiin.

Tupakointi

Tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet työikäisessä väestössä molemmilla sukupuolilla. Alimpaan koulutuskolmannekseen kuuluvien miesten keskuudessa tupakoivien osuus ei ole muuttunut, mutta enemmän koulutetut miehet ovat huomattavasti vähentäneet tupakointiaan. Alimman koulutusryhmän naisten päivittäinen tupakointi on puolestaan yleistynyt, mutta muissa koulutusryhmissä naisten tupakointi on säilynyt ennallaan. Tupakoinnin erot ilmenevät jo nuoruudessa. Tupakointi vaihtelee voimakkaasti nuoren oman koulutuksen tai koulumenestyksen mukaan. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat polttavat erityisen paljon, vähintään kaksi kertaa yleisemmin kuin lukiolaiset. Eläkeikäisten miesten tupakoinnissa ei sen sijaan ole parin viime vuosikymmenen aikana ollut suuria sosioekonomisia eroja. Sama pätee eläkeikäisiin naisiin, joista suurin osa ei ole koskaan säännöllisesti tupakoinut.

Alkoholinkäyttö

Alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa lähes kaksinkertaistunut 1970-luvun alun jälkeen. Työiässä alkoholin suurkulutus ja humalajuominen ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä, vaikka ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä alkoholia käytetään useammin. Alkoholiveron alentamiseen liittynyt vuosien 2004–05 alkoholikuolleisuuden lisääntyminen kohdistui lähes pelkästään työelämän ulkopuolisiin ryhmiin (Herttua ym. 2007). Nuorilla humalajuominen on keskimääräistä yleisempää koulussa huonosti menestyvien ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien keskuudessa. Eläkeiässä runsas juominen (miehillä yli 8 viikkoannoksen ja naisilla yli 5 viikkoannoksen kulutus) on yleisintä eniten koulutusta saaneiden ryhmässä.

Ruokatottumukset

Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevien työikäisten ruokatottumukset ovat lähempänä ravitsemussuosituksia kuin muiden. Eniten koulutusta saaneet

syövät useammin kasviksia tai marjoja ja hedelmiä ja harvemmin voita kuin pelkän peruskoulutuksen saaneet. Nuorilla ja eläkeikäisillä erot ovat samansuuntaiset. Ruokatottumukset ovat yleensä viime vuosikymmeninä kohentuneet ravitsemussuosituksien suuntaan ja myös sosioekonomiset erot ovat kaventuneet rasvan ja vihannesten käytössä.

Liikunta

Aikuisväestön vapaa-ajan liikunta on viimeksi kuluneiden 25 vuoden aikana lisääntynyt. Erityisesti ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat työikäiset miehet ovat harrastaneet vapaa-ajan liikuntaa useammin kuin muut, ja liikunnan sosioekonomiset erot ovat heillä säilyneet ennallaan. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ja huonosti koulussa menestyvät nuoret harrastavat muita nuoria vähemmän vapaa-ajan liikuntaa, ammattikoululaiset vähemmän kuin lukiolaiset. Hyvin koulutetut eläkeikäiset harrastavat kävelyä ja muutakin liikuntaa yleisemmin kuin vähän koulutetut eläkeikäiset.

► **Biologiset vaaratekijät**

Verenkiertoelinten sairaudet ovat tärkein elinajanodotteen sosiaaliryhmittäisiä eroja selittävä tautiryhmä. Keskeisimpiä verenkiertoelinsairauksien biologisia vaaratekijöitä ovat kohonnut verenpaine, suuri veren kolesterolipitoisuus ja ylipaino. Nämä vaaratekijät ja niihin vaikuttavat tekijät ovat keskeisiä myös kansantautina yleistyvän ja verenkiertosairauksien riskiä kasvattavan tyypin 2 diabeteksen kehittymisessä.

Koholla oleva verenpaine on työikäisillä yleisempää alemmissa koulutusryhmissä verrattuna ylimpään. Myös naisten painoindeksi vaihtelee koulutusryhmittäin selvästi. Miehistä erityisesti eniten koulutetut ovat muita hoikempia. Koulutusryhmien väliset erot säilyivät jokseenkin samansuuruisina vuodesta 1992 vuoteen 2002 FINRISKI-tutkimuksen mukaan. Terveys 2000-tutkimuksessa sekä suuri painoindeksi ($BMI \geq 30$) että keskivartalolihavuus olivat yleisimpiä vähiten koulutettujen ryhmässä. Jo 18–29-vuotiailla naisilla lihavuus oli sitä yleisempää, mitä vähemmän heillä oli koulutusta. Kokonaiskolesterolitason koulutusryhmittäiset erot ovat samoin selvät sekä miehillä että naisilla ja ne ovat pysyneet ennallaan tutkimuksesta toiseen.

Kaikkiaan biologisten vaaratekijöiden koulutusryhmittäiset erot työikäisessä väestössä eivät juuri muuttuneet jaksolla 1992–2002. Erot olivat 2000-luvun alun vertailussa selvempiä työikäisillä kuin eläkeikäisillä, mikä voi johtua mm. valikoivasta kuolleisuudesta ja syntymäkohorttien erilaisesta elämänhistoriasta.

► Terveyspalvelujen käyttö

Terveydenhuolto yhtäältä korjaa ja tasoittaa terveyseroja, mutta voi toisaalta myös ylläpitää ja vahvistaa niitä, jos terveydenhuollon toiminnassa ilmenee sosiaalista valikointia. Suomen lainsäädännön mukaan kaikille Suomessa asuville tulee turvata yhtäläiset ja laadukkaat palvelut sosioekonomisesta asemasta tai muista tekijöistä riippumatta. Terveyspalvelujen käytön sosioekonomisista eroista on tietoja, mutta palvelujen tarpeesta ja sen tyydyttymisestä eri sosioekonomisissa ryhmissä tiedetään hyvin vähän.

Avohoidon palvelujen käytössä on Suomessa väestöryhmittäisiä eroja, jotka ainakin osaksi johtuvat palvelujärjestelmän rakenteesta ja rahoittamistavoista. Työterveyshuollon palveluja käyttävät tarpeeseen nähden eniten hyvätuloiset, kun tarvetta arvioitaessa otetaan huomioon väestöryhmien ikä- ja sukupuoli-rakenne sekä sairastavuus. Hyvätuloiset käyttävät myös maksullisia yksityislääkärin palveluja eniten, kun otetaan huomioon palvelujen tarve, mutta terveyskeskuskäyntejä on pienituloisilla hyvätulaisia enemmän suhteessa arvioituun tarpeeseen.

Myös hammashuollon palvelujen käytössä on sosioekonomisia eroja. Hyvätuloiset käyttävät hammaslääkäripalveluja kaikkiaan tarpeeseen nähden enemmän kuin pienituloiset. Terveyskeskuskäynnit ovat kuitenkin kohdentuneet pienituloisia suosivasti. Vuonna 2002 kuntien hammashoidosta poistettiin ikärajoitukset ja sairausvakuutuskorvaukset ulotettiin koko väestöön. Terveyskeskusten osuus hammaslääkärikäynneistä kasvoi 30 %:sta 40 %:iin vuosina 1987–2004 ja yksityislääkärikäyntien osuus väheni. Hammaslääkäripalveluissa eriarvoisuus väheni tosin jo ennen vuoden 2002 uudistuksia, mutta hieman myös niiden jälkeen.

Mielenterveyden avopalvelujen käytön sosioekonomisesta jakautumisesta on niukasti tietoja. Esimerkiksi psykoterapiapalvelujen siirtyminen yksityissektorin tuottamiksi ja Kelan tuen sitominen työkyvyn ylläpitoon viittaavat siihen, ettei työelämästä syrjäytyneille ole riittävästi tarjolla kuntouttavaa psykoterapiaa. Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan masennustiloista kärsivien hoitoon ohjautumiseen eivät kuitenkaan vaikuttaneet sosiodemografiset tekijät vaan masennuksen vaikeusaste.

Sairaalahoitoissa on myös todettu sosiaaliryhmittäisiä eroja, jotka eivät aina liity palvelujen tarpeeseen. Yleissairaalahoitoja saivat pienituloiset 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun puolivälissä enemmän kuin suurituloiset, mikä vastaa myös väestön sairastavuuden sosioekonomista jakaumaa. Suurituloisille tehtiin kuitenkin enemmän kirurgisia toimenpiteitä. Erot ovat selkeimmät sepelvaltimotaudin hoidossa. Sepelvaltimoimenpiteiden määrän kasvu

1990-luvulla tosin tasoitti eroja, mutta 2000-luvun alussa suurituloisille tehtiin edelleen tarpeeseen nähden eniten sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia ja pallo-laajennuksia. Myös sydäninfarkteja ehkäisevän lääkityksen käytössä on samansuuntaisia sosiaaliryhmäeroja.

Muissakin ei-kiireellisissä toimenpiteissä on vastaavia eroja. Esimerkiksi polven ja lonkan tekonivelleikkauksia on tarve huomioon ottaen tehty useammin suurituloisille kuin pienituloisille. Kaihileikkauksia ja eräitä lasten kirurgisia hoitotoimenpiteitä on tehty enemmän hyvätuloisille ja heidän lapsilleen.

Psykiatriset sairaalahoitojaksot ovat olleet huomattavasti yleisempiä vähiten koulutusta saaneilla verrattuna paremmin koulutettuihin, ja erot kasvoivat 1990-luvun alkupuoliskolla. Tämän taustalla voi olla se, että vaikeammat sairaalahoitoa vaativat häiriöt ovat heikentäneet niistä kärsivien ammatillisia ja koulutuksellisia mahdollisuuksia ja saavutuksia. Vähiten koulutettujen hoitojaksot kuitenkin lyhenivät ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden jaksot pitenivät.

Hoidon vaikuttavuuden väestöryhmittäisiä eroja ei ole Suomessa juuri tutkittu, mutta esimerkiksi terveydenhuollon keinoin vaikutettavissa olevia kuolinsyitä koskevien tutkimustietojen mukaan hoidon laadussa voi olla eroja. Psykiatristen potilaiden ylikuolleisuus viittaa myös hoidon puutteisiin.

Palvelujärjestelmän muutokset 1990-luvulla ovat osaltaan lisänneet eriarvoisuutta. Suorien asiakasmaksujen korotus ja psykiatrisen hoidon palvelutarjonnan supistuminen 1990-luvulla kohdistuivat erityisesti vähävaraisiin ja huonossa sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin. Kirurgisen sairaalahoidon erojen taustalla on osaksi suomalaisten lääkäripalvelujen jakautuminen terveyskeskus-, työterveys- ja yksityissektoreille. Tämän rakenteen seurauksena lääkäripalvelut tavoittavat parhaiten ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat, mikä heijastuu sairaaloiden lähetepaineen kautta myös sairaalapalvelujen käyttöön erityisesti elektiivisissä toimenpiteissä. Esimerkiksi kunnallisten sairaaloiden kaihileikkauspotilaista 80 % tuli vuonna 2003 leikkaukseen yksityislääkärin lähetteellä.

► Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia Suomessa

Terveyserojen kaventaminen on Suomessa ollut tavoitteena kaikissa kansallisissa terveyspoliittisissa ohjelmissa vuoden 1986 *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelmasta lähtien. Viime vuosina terveyserot on lisäksi nähty sekä sosiaalipoliittisena ongelmana, mitä osoittaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat* -asiakirja (STM 2006), että yleisempänä poliittisena ongelmana (Vanhasen hallituksen ohjelmat 2003 ja 2007). Yhteiskunta- ja terveyspoliittisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole kovinkaan paljon selvitetty sitä, miten yhteiskunnan rakenteelliset muutokset tai poliittiset toimenpiteet ja uudistukset ovat vaikuttaneet väestöryhmien välisiin terveyseroihin. Tutkittua tietoa puuttuu myös siitä, mitkä keinot olisivat tuloksellisia terveyserojen kaventamisessa. Terveyserojen kaventaminen kuuluu siten terveyspolitiikan vaikeimpiin haasteisiin.

Terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä terveydenhuollon että muiden sektorien toimia ja yhteistyötä. Terveydenhuollolla on oman alueensa toiminnan kehittämisen ohella keskeinen asiantuntijan ja puolestapuhujan rooli terveyserojen saamisessa myös muiden hallinnonalojen toiminnan kohteeksi. Terveydenhuollon roolista terveyserojen kaventamisessa ei Suomessa ole kuitenkaan laajasti keskusteltu. Toisaalta erityisesti brittiläisissä terveyspolitiikan asiakirjoissa ja keskustelussa on usein korostettu enemmän muita kuin terveydenhuollon toimia terveyserojen kaventamisessa. Eri sektoreiden tehtäviä pohdittaessa on lisäksi otettava huomioon, että terveyteen vaikuttavia poliittisia ja taloudellisia päätöksiä tehdään enenevästi kansallisen, alueellisen ja kunnallisen tason lisäksi myös EU:ssa sekä maailmanlaajuisesti. Terveys 2015 -ohjelma edellyttää, että politiikan ja yhteiskunnallisten toimien vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja terveyteen sekä näiden väestöryhmittäiseen jakautumiseen tulisi järjestelmällisesti arvioida. Tällainen arviointi ja sen menetelmien kehittäminen on kuitenkin vielä alkuasteella.

Kansainvälisessä keskustelussa on pohdittu, missä määrin terveyserojen kaventamiseen tähtäävät toimet on syytä suunnata välittömästi terveyteen vaikuttaviin tekijöihin, kuten terveydelle haitallisiin elintapoihin ja riski- ja altistustasoihin, ja kuinka paljon on puolestaan kiinnitettävä huomiota rakenteellisiin syytekijöihin, kuten työttömyyteen, köyhyyteen ja työoloihin. Johtopäätöksenä on ollut, ja näin arvioidaan myös tässä raportissa, että huomiota on kiinnitettävä molempiin lähestymistapoihin. Myös universalistisen politiikan kykyä vastata eriarvoisuuden ongelmiin on pohdittu sekä kansainvälisessä kirjallisuudessa että Suomessa. Universaalien, kaikille suunnattujen toimien lisäksi tarvitaan osittain eriytettyjä keinoja eri tavoin huono-osaisten ryhmien terveystilanteen korjaamiseksi.

Eräissä Euroopan maissa on viime vuosina kehitetty terveyserojen kaventamiseen tähtääviä kansallisia strategioita ja toimintaohjelmia, joiden antamista kokemuksista voi olla hyötyä Suomenkin toimia suunniteltaessa. Myös WHO:n terveyden sosiaalisia määrittäjiä käsittelevä komissio on nostanut terveyserojen kaventamisen keskeiseksi terveyden edistämisen strategiaksi maailmanlaajuisesti (WHO 2005, Marmot 2007). On ilmeistä, että myös Suomessa tulisi tähdätä sekä kaikkein vähäosaisimpien että suurten keskiluokkaan kuuluvien ryhmien terveyden kohentamiseen lähemmäksi hyväosaisimpien jo saavuttamaa tasoa.

► Päätelmät

Tähän raporttiin on koottu aiempaa kattavammin tietoja suomalaisten sosioekonomisista terveyseroista ja niiden muutoksista. Edellä olevista jaksoista käy ilmi, että sosioekonomiset terveyserot ovat säilyneet suurina ja johdonmukaisina viime vuosikymmenien aikana. Erojen kaventumisesta ei ole moniakaan esimerkkejä. Sen sijaan kuolleisuuserot ovat nopeasti kasvaneet. Samoin terveyden vaaratekijöiden, tupakoinnin, runsaan juomisen ja ylipainoisuuden erot ovat kasvaneet, mutta ruokailutottumusten erot ovat kuitenkin tasoittuneet. Palvelujärjestelmä ei ole kaikilta osin pystynyt vastaamaan tasa-arvoisesti eri väestöryhmien tarpeisiin.

Raportissa on pyritty luomaan mahdollisimman monipuolinen kuva terveyseroista. Raportin perusteella voidaan lisäksi paikantaa tietoa aukkoja. Painavin näyttö terveyseroista saadaan kuolleisuustietojen ja niiden perusteella lasketujen elinajanodotteiden avulla. Kuolleisuuden sosioekonomisia eroja koskevat tiedot ovat Suomessa kansainvälisesti vertaillen maailman kärkitasoa: ne kattavat koko väestön ja ovat luotettavia. Terveystilaa, sairastavuutta, elintapoja ja riskitekijöitä koskevat tiedot saadaan pääasiassa haastattelu- ja kyselytutkimuksista, joiden kattavuus on aina puutteellinen. Esimerkiksi monet erityisryhmiin kuuluvat, kuten asunnottomat, laitospöytä, mielenterveyspotilaat, syrjäytyneet ja sairauden tai muun syyn takia vastaamaan kykenemättömät tai haluttomat jäävät usein tutkimusten ulkopuolelle. On todennäköistä, että sairastavuus- ja elintapaerot olisivat jonkin verran suuremmat, jos tutkimukset tavoittaisivat paremmin myös huono-osaiset ryhmät. Tällaisten ryhmien terveys- ja muita ongelmia tulisi kartoittaa erillistutkimuksin. Palvelujen tarpeen tyydyttymistä eri väestöryhmissä ei ole selvitetty.

Suomessa tarvittaisiin kuitenkin ennen muuta laajojen väestötutkimusten (ks. aineistoliite) vakiinnuttamista ja sosioekonomisten terveyserojen säännöllisen seurannan ja raportoinnin turvaamista. Terveyspoliittisten toi-

mien suuntaaminen ja terveydentilan muutosten seuranta mm. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden mukaisesti edellyttävät lisäpanostusta tietojärjestelmiin. Myös terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa on systemaattisesti seurattava ja terveyseroja on tutkittava hyvinvoinnin toteutumisen ja hyvinvointivaltion toimivuuden näkökulmasta.

Raportin perusteella voidaan myös hahmottaa joitakin toimintapoliittisia painoalueita ja ehdotuksia. Osa näistä liittyy yleisiin sosiaalipoliittisiin eriarvoisuutta tasaaviin toimiin, kuten köyhyyden ja lapsiköyhyyden vähentämiseen, tasa-arvoiseen koulutuspolitiikkaan, työllisyyspolitiikkaan ja työttömyyden vähentämiseen sekä työelämän kehittämistavoitteisiin. Osa taas liittyy terveyden edellytyksiä ja terveellisten elintapojen mahdollisuuksia tukeviin veropoliittisiin, elinkeinopoliittisiin ja kontrollipoliittisiin päätöksiin. Kuolleisuuden, sairastavuuden ja toimintakyvyn sosioekonomisten erojen kaventamiseksi olisi esimerkiksi tuettava terveellisten elintapojen omaksumista etenkin sellaisin keinoin, jotka vaikuttavat tehokkaasti vähän koulutettujen, pienituloisten ja työntekijäammateissa toimivien sekä heidän perheidensä keskuudessa. Lapsiin ja nuoriin on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä monet elintavat omaksutaan varhaisissa elämänvaiheissa ja ne vaikuttavat terveyteen koko myöhemmän elämän ajan. Olisi myös tärkeää kehittää keinoja, joilla huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevat ihmiset saadaan palvelujen piiriin. Huono-osaisen tarpeet olisi otettava huomioon jo terveydenhuollon suunnittelussa. Mielenterveyspalvelujen sekä muiden avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen tarjontaa olisi lisättävä etenkin niillä osa-alueilla, missä puutteet ovat ilmeisimpiä. Uusia haasteita asettaa myös monikulttuurisuuden lisääntyminen.

Nykyisessä toimintaympäristössä valtion poliittinen ohjausrooli on heikentynyt. Esimerkiksi Terveys 2015 -ohjelmassa korostetaan kuntien merkitystä terveyspolitiikan toteuttajana. Valtionhallinnon eri alueiden rooli on kuitenkin myös tärkeä, koska kuntien tehtävänä ei ole vastata kansallisen tason päätöksistä, jotka vaikuttavat terveyteen ja terveyseroihin. Esimerkiksi tulonjakopolitiikka, alkoholi- ja tupakkapolitiikka tai köyhyyden vähentäminen edellyttävät kansallisia toimia. Kaikkia väestön terveyteen vaikuttavia toimia ja rakenteita tulisi kehittää niin, että terveys paranee eniten niissä isoissa väestöryhmissä, joissa terveysongelmat ovat yleisimpiä. Näin voidaan samalla parhaiten kohentaa koko väestön keskimääräistä terveyttä.

Kirjallisuus

- Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. Report. Chaired by Sir Donald Acheson. The Stationery Office, London, 1998.
- Julkunen R. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Tampere, 2001
- Jäntti M, Martikainen P & Valkonen T. When the Welfare State Works: Unemployment and Mortality in Finland. Teoksessa Cornia G.A. ja Panicià R. (toim.) The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford University Press, Biddles Ltd, Guilford & King's Lynn, 2000.
- Manderbacka K. Perceived health and reported morbidity. Teoksessa: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J, toim. Health in Finland. KTL, Stakes ja STM 2006, s. 52–53.
- Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet 2007;370 (9593):1153-1163.
- STM 2006: Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14, Helsinki.
- World Health Organization (WHO), Geneva. Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft 5 May 2005.

RAPORTISSA KÄYTETYT AINEISTOT

Elisa Hyvönen, Seppo Koskinen ja Hannele Palosuo

► Terveystarkastustutkimukset

Terveys 2000 -tutkimus

Suomalaista aikuisväestöä edustavaan 10 000 henkilön otokseen kohdistetussa Kansanterveyslaitoksen koordinoimassa Terveys 2000 -tutkimuksessa kartoitettiin vuosina 2000–2001 perusteellisesti tutkittavien terveyttä, toimintakykyä, niihin liittyviä tekijöitä sekä palvelujen käyttöä ja tarvetta. Keskimäärin 1,5 tuntia kestäneen haastattelun lisäksi tutkittavat täyttivät useita kyselylomakkeita. 30 vuotta täyttäneille (N = 8 028) tehtiin lisäksi monipuolinen terveystarkastus, johon kuului yhdeksän vaihetta. 18–29-vuotiaille (N = 1 894) ei tehty terveystarkastusta. Osa tutkittavista osallistui erilaisiin syventäviin tutkimuksiin. Kenttätutkimuksessa koottuun aineistoon liitetään lisäksi monipuoliset tiedot useista eri rekistereistä. Osallistumisaktiivisuus pyrittiin saamaan mahdollisimman suureksi, ja tärkeimmät tiedot saatiin noin 93 prosentilta otokseen kuuluvista.

Tiedonkeruun vaiheet on esitetty liitekuviassa. Kaikki Terveys 2000 -hankkeessa käytetyt lomakkeet löytyvät hankkeen kotisivulta (www.ktl.fi/terveys2000).

Vuosina 1978–1980 tehty Mini-Suomi-tutkimus oli vastaava 30 vuotta täyttäneille suoritettu terveystarkastustutkimus. Seuraava vastaava monipuolinen terveystarkastustutkimus on tarkoitus toteuttaa noin vuonna 2012.

Mini-Suomi-tutkimus

Kela toteutti vuosina 1978–1980 suomalaista aikuisväestöä edustavaan 8 000 henkilön otokseen kohdistetun Mini-Suomi-terveystutkimuksen, jossa kartoitettiin perusteellisesti tutkittavien terveyttä, toimintakykyä, niihin liittyviä tekijöitä sekä palvelujen käyttöä ja tarvetta. Tietoja kerättiin haastattelun, kyselylomakkeiden ja monipuolisen terveystarkastuksen avulla. Osallistumisaktiivisuus oli poikkeuksellisen hyvä: 96 % osallistui haastatteluun ja 90 % terveystarkastukseen. Tutkittujen terveyttä on perustutkimuksen jälkeen seurattu rekisteritietojen avulla, ja vuonna 2001 tutkittiin Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä uudelleen runsaat tuhat Mini-Suomi-tutkimukseen osallistunutta.

FINRISKI-tutkimus

Kansanterveyslaitos tekee viiden vuoden välein FINRISKI-tutkimuksia noin 10 000 henkilön otokselle 25–64-vuotiaita suomalaisia. FINRISKI-tutkimusten tarkoituksena on kerätä tietoa suomalaisten kansantauteihin liittyvistä tekijöistä. Tutkimuksissa kartoitetaan väestön sairastuvuutta kroonisiin tauteihin, tärkeimpiä niihin liittyviä riskitekijöitä ja elintapoja sekä ympäristö- ja perintötekijöitä. Vuosina 1997 ja 2002 otokseen valittiin myös 65–74-vuotiaita henkilöitä.

Ensimmäiset tiedonkeruut tehtiin Pohjois-Karjala-projektiin liittyen vuosina 1972 ja 1977, jolloin otos poimittiin Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon maakunnista. 1980-luvulla mukana oli myös Turun ja Loimaan seutu, vuodesta 1992 alkaen lisäksi Helsinki ja Vantaa. Vuonna 1997 viidenneksi tutkimusalueeksi tuli Oulun lääni ja vuonna 2002 kuudentena Lapin lääni. Tutkimus on sisältänyt hieman Aikuisväestön terveystutkimuskyselyä (AVTK) laajemman kyselyn sekä suppeahkon terveystarkastuksen. Otoksen koko v. 2002 oli 13 500 ja osallistumisprosentti eri alueilla noin 60–68.

Kutsunta- ja tulotarkastukset

Puolustusvoimat kokoaa tietoa varusmiesten palveluskelpoisuudesta ja muista terveyteen liittyvistä tekijöistä kutsunta- ja tulotarkastuksien avulla. Kutsunnat pidetään maan kaikissa sotilaslääneissä vuosittain syys–marraskuussa. Ne koskevat nuorukaisia, jotka sinä vuonna täyttävät 18 vuotta, lukuun ottamatta niitä, jotka on hyväksytty palvelukseen vapaaehtoisena. Puolustusvoimien joukko-osastot (varuskunnat) järjestävät varusmiespalvelukseen astuneiden tulotarkastukset (saapumistarkastus) 14 päivän kuluessa palvelukseen astumisesta.

► Kysely- ja haastattelututkimukset

Suomalaisten terveys ja terveystutkimusten käyttö (TERVA)

Terveydenhuollon väestötutkimus arvioi väestön terveydentilaa, terveystutkimusten käyttöä ja perheiden sairauskuluja vuosina 1964, 1968, 1976, 1987 ja 1995–96. Poikkeuksena muista tässä esiteltävistä terveystutkimuksista TERVA-tutkimuksissa otannan perusyksikkönä ei ole henkilö vaan kotitalous, ja tutkimuksissa on koottu tiedot otoksen sisältämien kotitalouksien kaikista henkilöistä. Vuosina 1995–96 tiedot kerättiin henkilökohtaisina haastatteluina yli 13 000 suomalaiselta aikuiselta ja lapselta. TERVA-tutkimusten jatkamisesta ei ole tehty päätöstä.

Nuorten terveystapatutkimus

Tampereen yliopisto tekee joka toinen vuosi vuonna 1977 aloitetun Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT), jossa kootaan postikyselyn avulla tietoja koko maan 12–18-vuotiasta väestöstä edustavasta 10 000 henkilön otoksesta. Vuonna 2001 vastausprosentti oli 70. Kyselyssä selvitetään mm. nuorten terveydentilaa, elintapoja, suhdetta perheeseen ja kouluun sekä vapaa-ajan harrastuksia.

Kouluterveyskysely

Stakes on tehnyt vuodesta 1996 lähtien Kouluterveyskyselyn luokkakyselyinä peruskoulujen 8. ja 9. luokilla sekä lukioiden 1. ja 2. luokilla. Vuosina 1996–2000 koottiin tietoja myös ammattioppilaitoksissa opiskelevilta. Kouluterveyskyselyssä kootaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14–18-vuotiaiden elinoloista, koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista. Tarkoituksena on tukea nuorten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä, erityisesti koulujen oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon kehittämistä. Perustulokset raportoidaan kouluittain niille kunnille, jotka osallistuvat kyselyn kustannuksiin. Kyselyn avulla voidaan seurata 14–18-vuotiaiden koululaisten terveyteen liittyvien tekijöiden kehitystä kouluittain ja kunnittain sekä verrata tuloksia toisten koulujen ja kuntien tuloksiin. Parillisina vuosina kyselyyn osallistuvat Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnat ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänien kunnat.

WHO-koululaistutkimus

Jyväskylän yliopisto koordinoi Suomen osuutta WHO-koululaistutkimuksessa, jossa on kerätty kyselylomakkeilla koululuokissa koko maata edustavat aineistot vuosina 1984, 1986, 1990, 1994, 1998 ja 2002. Tutkimukseen kohteena ovat 11-, 13- ja 15-vuotiaat koululaiset. Vuonna 2002 vastanneita oli Suomessa noin 5 500.

Aikuisväestön terveyskäyttämiskysely

Kansanterveyslaitoksen Aikuisväestön terveyskäyttämiskysely (AVTK) on vuodesta 1978 alkaen tehty joka kevät valtakunnallisesti edustavalle 5 000 henkilön satunnaisotokselle. Viime vuosina noin 70 % otokseen kuuluvista on osallistunut tutkimukseen. AVTK-kyselyjen avulla on jo neljännesvuosisadan ajan seurattu terveyteen vaikuttavien tekijöiden esiintymistä ja muuttumista suomalaisilla 15–64-vuotiailla. Tietoa kerätään mm. tupakoinnista, ruokattomuksista, alkoholinkäytöstä, liikunnan harrastamisesta, pituudesta ja

painosta, terveydentilasta ja terveystalvvelujen käytöstä, suun terveydestä sekä liikenneturvallisuuteen liittyvistä asioista. Mukana on lisäksi kysymyksiä vastaajien sosiaalisesta ja perheasemasta, heidän terveyskäsituksesta, elintapojen muutoksista sekä eräiden valtakunnallisten terveyden edistämishjelmien havaitsemisesta.

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttätymiskysely

Kansanterveyslaitos on vuodesta 1985 lähtien, pääsääntöisesti kahden vuoden välein, toteuttanut eläkeikäisen väestön terveyskäyttätymiskyselyjä (EVTK), joiden kohteena on vuodesta 1993 alkaen ollut suomalaisia 65–84-vuotiaita edustava 2 400 henkilön otos. Runsaat 80 % otokseen kuuluvista on vastannut kyselyyn. Eläkeikäisille suunnatun kyselyn sisältö vastaa suurelta osin AVTK-kyselyn sisältöä, minkä lisäksi kartoitetaan toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, apuvälineitä sekä avun tarvetta ja saantia.

Työ ja terveys -haastattelu

Työterveyslaitoksen Työ ja terveys -haastattelu on työterveyden näkökulmasta toteutettava valtakunnallinen seurantajärjestelmä työoloista ja terveydestä. Se on noin 3 000:n Väestörekisteristä satunnaisotantana poimitun 25–64-vuotiaan henkilön strukturoitu tietokoneavusteisesti tehtävä puhelinhaastattelu, joka on tehty kolmen vuoden välein vuodesta 1997 alkaen.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kysely

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely on Stakesin osittain paneelimuotoinen kyselytutkimus, jossa yhdistetään puhelin- ja käyntihaastatteluja, postikyselyjä ja rekisteriaineistoja. Tiedonkeruu toteutetaan noin joka kolmas vuosi. Tutkimuksen tavoitteena on tarjota ajan tasalla olevaa, luotettavaa ja kattavaa tutkimusaineistoa suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointipalveluiden käytöstä. HYPA-tutkimuksen rungon muodostavat 18–79-vuotiaisiin Manner-Suomen asukkaisiin kohdistetut puhelinhaastattelut, joita täydennetään rekisteritiedoilla. Vuoden 2004 aallon puhelinhaastattelujen otoskoko oli 5 810 ja vastausprosentti 82,7 prosenttia. Puhelinhaastatelluilta kysyttiin myös lupaa lähettää erillinen postikyselylomake, johon oli sijoitettu lähinnä puhelinhaastatteluun sopimattomia psykometrisiä kysymyspattereita (ks. Moisio 2006). Lisäksi toteutettiin erillinen lisäotos ja tiedonkeruu 80 vuotta täyttäneille. Vuonna 2006 otoksessa oli 5 798 henkeä, joista puolet oli uusia, puolet oli mukana ensimmäisellä kierroksella 2004. Vastausosuus oli 83,7 prosenttia.

Tilastokeskuksen elinolotutkimus

Tilastokeskus on koonnut aikuisväestöä (yli 15-vuotiaat) edustavan haastatteleaineiston vuosina 1978 (ELO78), 1986 (ELO86) ja 1994 (ELO94). ELO86 ja ELO94 ovat samanlaisin menetelmin tehtyjä ja niiden tietosisällöt ovat paljolti samanlaiset. ELO86:ssa haastateltuja oli n. 12000 ja vastausprosentti 87 %. ELO94:ssa haastateltuja oli n. 8600 ja vastausprosentti 73 %. Elinolotutkimukset perustuvat pohjoismaiseen malliin ja vastaavat tutkimukset on tehty myös Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa. Tietosisällöt muodostuvat elinolojen osaluista, joihin kuuluvat mm. toimeentulo, asuminen, koulutus, työelämä, koti ja perhe, sosiaaliset suhteet, osallistuminen ja vapaa-aika sekä terveys. Terveystilan mittarit ovat koettu terveys, haittaava pitkäaikaissairastavuus, sairauspääluokat, liikuntakyvyn rajoitukset, päivittäistoimintojen rajoitukset sekä somaattiset ja psyykkiset oireet.

Juomatapatutkimus

Alun perin Alkoholipoliittisessa tutkimuslaitoksessa, nyttemmin Stakesissa kahdeksan vuoden välein tehtävä juomatapatutkimus selvittää monipuolisesti alkoholin käyttötilanteita, käytön motiiveja ja käyttöä. Tutkimukseen on vuodesta 1992 liitetty kysymyksiä myös huumeiden käytöstä. Tutkimus toteutetaan 15–69-vuotiaan väestön 4000 hengen otoksella, jota tutkitaan käyntihaastattelumenetelmällä.

Finravinto-tutkimus

Kansanterveyslaitoksen Finravinto-tutkimukset ovat viiden vuoden välein tehtäviä väestötutkimuksia, joiden avulla seurataan suomalaisen aikuisväestön (25–64-vuotiaat) ruoankäyttöä, ravinnonsaantia ja ravitsemustilaa. Tutkimus on osa suurempaa FINRISKI-tutkimusta. Tutkimus tuottaa tietoa elintarvikkeiden ja ruokaryhmien kulutuksesta, ateriarytmistä, suomalaisten suosikkielintarvikkeista, ravintoaineiden saannista, ruokavalion ongelmakohtaista suhteessa ravitsemussuosituksiin sekä ravintoaineiden tärkeimmistä saantilähteistä.

► Rekisteri- ja tilastoaineistot

EKSY-aineistot

Kuolleisuutta ja kuolinsyitä kuvaava Elinolot ja kuolleisuus -aineistokokonaisuus (EKSY) koostuu lukuisista eri aineistoista, jotka on muodostettu yhdistämällä Tilastokeskuksen väestölaskennoista (vuodesta 1970 alkaen) ja/tai työssäkäyntitilaston pitkäaikaisaineistoista (vuodesta 1987 alkaen) poimittuihin tietoihin kuolleisuuden seurantatietoja kuolemansyyrekisteristä. Joihinkin aineistoihin on lisäksi liitetty tietoja Kelan ja Stakesin rekistereistä. Aineisto mahdollistaa kuolleisuuden monipuolisen tutkimisen esimerkiksi sosioekonomisen aseman, perhe- ja työmarkkina-aseman sekä alueen mukaan (Valkonen ja Martelin 1998).

HILMO-rekisteri

HILMO on Stakesin ylläpitämä sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri. Tietoa kerätään somaattisesta erikoissairaanhoidosta, terveyskeskusten vuodeosastohoidosta, psykiatrian erikoisalain laitoshoidosta, toimenpiteellisistä hoitajaksoista ja kirurgiaa sekä päiväkirurgiaa käsittelevistä tilastotiedotteista. Tiedot perustuvat vuosittain kaikista Suomen sairaaloista henkilötunnuksella kerättäviin poisto-/hoitoilmoituksiin, jotka sisältävät tiedon potilaan kotikunnasta, palvelun tuottajasta, potilaan tulotiedot, hoitotiedot ja poistumistiedot. Psykiatrian erikoisalalla potilaasta ilmoitetaan näiden tietojen lisäksi psykiatrian lisälehdellä kerättävät tiedot, jotka käsittelevät lääkehoitoa, pakkotoimia ja psykkisen tilan arviointia.

KIRJALLISUUS

- Arinen, S, Häkkinen, U, Klaukka, T, Klavus, J. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes, Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveysstudion perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki 1989.
- Moisio, P. HYPÄ 2004 aineistokuvaus. Hyvinvointi & Palvelut 2004 -kyselyn aineistokuvaus. Työpapereita 6/2006, Stakes, Helsinki 2006.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J, Viitala J, toim. Terveyspalvelujen suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2004.
- Sauli H, Ahola A, Lahelma E, Savolainen J. Elinolot numeroina. Vuoden 1986 Elinolotutkimus. SVT, Elinolot 1989:1, Tilastokeskus, Helsinki 1989
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Väestön terveydentila -ryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:36, Helsinki 2003.
- Tilastokeskus. Elinolot numeroina 1994. SVT, Elinolot 1996:1, Tilastokeskus, Helsinki 1996
- Valkonen T, Martelin T. Sosiaaliset tekijät ja kuolleisuus: EKSU-aineistot ja niiden analyysitavat. Teoksessa Valkonen T, Koskinen S, Martelin T, toim. Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveysstudiossa. Gaudeamus, Helsinki 1998.

LISÄTIETOA

Terveys 2000: <http://www.ktl.fi/terveys2000>

FINRISKI: <http://www.ktl.fi/finriski>

Nuorten terveystapatutkimus: <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/nedis/nttt.html>

Kouluterveyskysely: <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/>

WHO-koululaistutkimus: <http://www.jyu.fi/liikunta/tervtiede/tervty/who.htm>

AVTK: http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/terveyden_edistamisen_yksikko/tutkimus/elintapaseurannat/aikuisvaeston_terveyskayttaytyminen/

EVTK: http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/terveyden_edistamisen_yksikko/tutkimus/elintapaseurannat/elakeikaisen_vaeston_terveyskayttaytyminen/

Työ ja terveys -haastattelut: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveyshuolto/Tiedonlahteet/Kirjallisuus/tyo+ja+terveys.htm>

Juomatapatutkimus: <http://groups.stakes.fi/AHTU/FI/Juomatapatutkimus.htm>

Suomalaisten Hyvinvointi ja Palvelut -kysely: <http://groups.stakes.fi/HYRY/FI/Hypa/index.htm>

Finravinto: http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/ravitsemusyksikko/finravinto_tutkimus/

HILMO: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/tausta/Laatuselosteet/hilmoraportit.htm>

Liitekuvio. Terveys 2000 -tutkimuksen aineistonkeruun vaiheet.KOTONA:

90 minuuttia HAASTATELU
 30 minuuttia KYSELYN 1 TÄYTTÄMINEN

TERVEYSKESKUKSESSA TMS.:

15 minuuttia 1 ILMOITTAUTUMINEN: informointi, oirehaastattelu ym.
 15 minuuttia 2 MITTAUKSET: pituus, ympärysmittat, ekg, verenpaine
 15 minuuttia 3 MITTAUKSET: spirometria, bioimpedanssi, kantaluun ultraääni
 15 minuuttia 4 LABORATORIO: verinäytteiden (100 ml) otto ja käsittely
 15 minuuttia 5 SUUN TUTKIMUS: suun kliininen tutkimus, ortopantomografia
 15 minuuttia VÄLIPALA, KYSELYN 2 TÄYTTÄMINEN
 30 minuuttia 6 TOIMINTAKYKYTUTKIMUS: fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky, näkö ja kuulo
 30 minuuttia 7 LÄÄKÄRINTUTKIMUS: anamneesi ja vakioitu kliininen tutkimus, neuvonta
 30 minuuttia 8 MIELENTERVEYSHAASTATELU: ahdistuneisuus-, ja mielialahäiriöt, päihderiippuvuus ja psykoosit
 15 minuuttia 9 LOPPUHAASTATELU: kyselyjen 1 ja 2 tarkistus, kyselyn 3 ja ravinnonkäyttökyselyn antaminen, jatkotutkimusten läpikäynti

KOTONA:

(100 min.) (TERVEYSKESKUSVAIHEESTA POISJÄÄNEIDEN TERVEYSTARKASTUS)
 40 minuuttia KYSELYN 3 JA RAVINNONKÄYTTÖKYSELYN TÄYTTÄMINEN

YO-SAIRAALOISSA, TUTKIMUSLAITOKSISSA:

ALAOTOSTEN SYVENTÄVÄT TUTKIMUKSET

REKISTEREISTÄ:

REKISTERITIEDOT

Lähde: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 9.

KIRJOITTAJAT

Raportin toimitusryhmä:

Hannele Palosuo, VTT, erikoistutkija, Stakes – *päätoimittaja*
Elisa Hyvönen, VTM, projektikoordinaattori, Kansanterveyslaitos
Ilmo Keskimäki, LT, dosentti, tulosaluejohtaja, Stakes
Seppo Koskinen, LT, VTM, MSc, dosentti, ylilääkäri, Kansanterveyslaitos
Eero Lahelma, VTT, professori, Helsingin yliopisto/kansanterveystieteen laitos
Eila Linnanmäki, VTT, FL, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos; erikoissuunnittelija, Sosiaali- ja terveysministeriö
Tuija Martelin, VTT, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Aini Ostamo, FT, VTL, dosentti, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Ritva Prättälä, ETT, dosentti, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Marita Sihto, VTT, erikoistutkija, Stakes
Kirsi Talala, VTM, tutkija, Kansanterveyslaitos – *sihteeri*

Muut kirjoittajat:

Hilkka Ahonen, yliaktuaari, Tilastokeskus
Hillevi Aro, LKT, professori, ylilääkäri, Kansanterveyslaitos
Katja Borodulin, FT, tutkija, Kansanterveyslaitos
Satu Helakorpi, VTM, tutkija, Kansanterveyslaitos
Ville Helasoja, VTM, tutkija, Kansanterveyslaitos
Markku Heliövaara, LKT, dosentti, ylilääkäri, Kansanterveyslaitos
Taina Huurre, FT, KL, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Unto Häkkinen, FT, tutkimusprofessori, Stakes
Sakari Karvonen, VTT, dosentti, ryhmäpäällikkö, Stakes
Anna Kattainen, LT, apulaisylilääkäri, Kansanterveyslaitos
Mikko Laaksonen, FT, dosentti, tutkija, Helsingin yliopisto/kansanterveystieteen laitos
Jouko Lönnqvist, LKT, tutkimusprofessori, Kansanterveyslaitos
Kristiina Manderbacka, VTT, dosentti, erikoistutkija, Stakes
Pekka Martikainen, PhD, dosentti, yliopistontutkija, Helsingin yliopisto/sosiologian laitos, tutkijakollegium
Pia Mäkelä, VTT, dosentti, erikoistutkija, Stakes
Lien Nguyen, VTM, tutkija, Stakes

Marja-Leena Ovaskainen, ETT, dosentti, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Kristiina Patja, LT, asiantuntijalääkäri, Kansanterveyslaitos
Minna Pietikäinen, FT, erikoistutkija, Stakes
Sami Pirkola, LT, dosentti, ylilääkäri, HUS/HYKS
Riikka Puusniekka, TtM, th, tutkija, Stakes
Ossi Rahkonen, VTT, dosentti, yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto/
kansanterveystieteen laitos
Susanna Raulio, ETM, tutkija, Kansanterveyslaitos
Hanna Remes, VTM, tutkija, Helsingin yliopisto/sosiologian laitos
Antti Reunanen, LKT, tutkimusprofessori, Kansanterveyslaitos
Eva Roos, ETT, dosentti, tutkija, Folkhälsanin tutkimuskeskus
Veikko Salomaa, LKT, tutkimusprofessori, Kansanterveyslaitos
Päivi Sainio, THM, fysioterapeutti, tutkija, Kansanterveyslaitos
Ari-Pekka Sihvonen, VTM, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Tommi Sulander, VTT, dosentti, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Kaija Tuomi, VTT, dosentti, vanhempi tutkija, Työterveyslaitos
Antti Uutela, VTT, dosentti, laboratorionjohtaja, Kansanterveyslaitos
Tapani Valkonen, VTT, professori, Helsingin yliopisto/sosiologian laitos

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
PUBLICATIONS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

ISSN 1236-2050

- 2007:**
- 1 Tasa-arvo valtatiellä. Hallituksen tasa-arvo-ohjelman 2004-2007 loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2258-7 (PDF) Ensipainos
ISBN 978-952-00-2414-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2415-4 (PDF)
 - 2 Men and Gender Equality Policy in Finland.
ISBN 978-952-00-2269-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2270-9 (PDF)
 - 3 Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita.
ISBN 978-952-00-2275-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2276-1 (PDF)
 - 4 HTP-arvot 2007. Haitallisiksi tunnetut pitoisuudet.
ISBN 978-952-00-2307-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2308-9 (PDF)
 - 5 Seulontaohjelmat. Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä. Screeningprogram. Handbok för kommuner om ordnande av screening som ett led i folkhälsoarbetet.
ISBN 978-952-00-2309-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2310-2 (PDF)
 - 6 Leena Tamminen-Peter, Maj-Britt Eloranta, Marja-Leena Kivivirta, Eija Mämmelä, Irma Salokoski, Arja Ylikangas. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja.
ISBN 978-952-00-2313-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2314-0 (PDF)
 - 7 Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä.
ISBN 978-952-00-2317-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2318-8 (PDF)
 - 8 Arbetsplatsen och företagshälsovården i samarbete om sjukskrivningspraxis
ISBN 978-952-00-2319-5 (inh.)
ISBN 978-952-00-2320-1 (PDF)
 - 9 Nationell beredskapsplan för en influensapandemi. (Publiceras bara på Internet www.stm.fi).
ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF)
 - 10 National preparedness plan for an influenza pandemic. (Published only at Internet www.stm.fi).
ISBN 978-952-00-2326-3 (PDF)
 - 11 Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille. 6. korj. p.
ISBN 978-952-00-2334-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2335-5 (PDF)

- 12 Utkomststöd. Handbok för tillämpning av lagen om utkomststöd.
ISBN 978-952-00-2336-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2337-9 (PDF)
- 13 Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus.
ISBN 978-952-00-2338-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2339-3 (PDF)
- 14 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Toim. Pirjo Sarvimäki, Aki Siltaniemi.
ISBN 978-952-00-2366-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2367-6 (PDF)
- 15 Säker läkemedelsbehandling. Nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården.
ISBN 978-952-00-2368-3 (inh.)
ISBN 978-952-00-2369-0 (PDF)
- 16 Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa.
ISBN 978-952-00-2372-0 (inh.)
ISBN 978-952-00-2373-7 (PDF)
- 17 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011.
ISBN 978-952-00-2376-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2377-5 (PDF)
- 18 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimukset valtio-, kunta- ja yksityissektorilla
ISBN 978-952-00-2392-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2393-5 (PDF)
- 19 Tietoturvaluussuunnitelman laatiminen. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille.
ISBN 978-952-00-2398-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2399-7 (PDF)
- 20 HTP-värden 2007. Koncentrationer som befunnits skadliga.
ISBN 978-952-00-2404-8 (inh.)
ISBN 978-952-00-2405-5 (PDF)
- 21 Behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården inom den statliga, kommunala och privata sektorn
ISBN 978-952-00-2446-8 (inh.)
ISBN 978-952-00-2447-5 (PDF)
- 22 Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008-2011. Statsrådets principbeslut om narkotikapolitiskt samarbete för åren 2008-2011.
ISBN 978-952-00-2470-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2471-0 (PDF)
- 23 Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Toim. Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma ym.
ISBN 978-952-00-2474-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2475-8 (PDF)