

Terveyserot

Katri Aaltonen, Sanni Kotimäki,

Laura Salonen & Essi Tenhunen

Kansanterveyden positiivisesta kehityksestä huolimatta

sosioekonomisten ryhmien terveydentilassa, hyvinvoinnissa,

kuolleisuudessa ja näihin vaikuttavissa tekijöissä

on kohtalaisen pysyviä eroja. Terveys- ja hyvinvointiongelmien

kasautuvat samoihin vaestoryhmiin ja heikentävät alempiin sosioekonomisiin

ryhmiin kuuluvien asemaa entisestään. Inhimillisen

karsimyksen lisäksi terveyseroista aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä

kustannuksia. Terveyseroihin voidaan vaikuttaa sekä ennaltaehkäisevästi

että pyrkimällä korjaavien keinoin siihen, etteivät

ilmenneet terveysongelmat vaikuttaisi toimeentuloon ja elinoloihin.

Terveyserojen juuret ulottuvat nykytiedon valossa lapsuuteen, joten

erityisesti lapsia ja lapsiperheitä koskevat poliittiset toimet ovat

avainasemassa. Sosioekonomisten ryhmien kuolleisuuserojen

taustalla merkittävä rooli on elintavoilla ja terveyskäyttämällä,

joilla puolestaan on sosiaalinen, kulttuurillinen ja taloudellinen

perusta. Yksilön ohjaamisen tueksi tarvitaan siksi yhteiskunnallisia

toimia. Koska terveyserojen syyt ovat sosiaalisessa eriarvoisuudessa,

tulisi terveysvaikutukset huomioida kautta linjan kaikessa politiikassa,

joilla vaikutetaan terveyden sosiaalisiin taustasyihin, kuten

työllisyyteen, työ-, asuin- ja elinolosuhteisiin sekä köyhyyteen.

66 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

Johdanto

Eriarvoisina pidetään sellaisia terveyseroja, jotka ovat vältettävissä

ja joita pidetaan epäoikeudenmukaisina. Tällaisia ovat erot, jotka johtuvat ymparistosta tai sellaisista olosuhteista, jotka ovat paaosin yksiloiden oman paatantavallan ulottumattomissa. Terveyspoliittisessa keskustelussa viitataan yleensa sosioekonomisiin terveyseroihin eli ammattiaseman, koulutustason, tulojen tai varallisuuden mukaisiin systemaattisiin eroihin terveydessä.

Sosioekonomisille terveyseroille ei ole vain yhtä syytä, vaan ne syntyvät monien tekijoiden yhteisvaikutuksesta. Materiaalinen niukkuus voi vaikuttaa esimerkiksi terveellisen ruoan, turvallisen asuinpaikan ja terveystalvelujen saatavuuteen. Niukkuus itsessaan, mutta myös koettu huono-osaisuus suhteessa muihin sekä vähäisiksi koetut vaikutusmahdollisuudet synnyttävät stressiä. Pitkäkestoinen stressi voi itsessaan heikentää terveyttä, tai se voi altistaa terveyden kannalta riskialttiille käyttäytymiselle ja elintavoille.¹ Myös elintapoihin liittyviä valintoja ohjaavat omat ja lapsuudenperheen sosioekonomiseen asemaan liittyvät arvot, tavat, asenteet ja normit.

Yleisemmalla tasolla yksilön terveyteen vaikuttavat myös yhteiskunnan vauraus sekä talous- ja sosiaalipoliittiset valinnat. Yhteiskunnan toimet vaikuttavat elinymparistoon, asumiseen ja työlöihin sekä saatavilla oleviin palveluihin. Lisäksi kasvu- ja elinolosuhteilla on vaikutuksia yksilön elintapoihin. Sosioekonomisten terveyserojen taustalla vaikuttavat siis olosuhteet, joihin yksilö syntyy, joissa hän kasvaa, elää, työskentelee ja ikaantyy. Terveyden eriarvoisuus kytkeytyy siten monin tavoin muihin eriarvoisuuden ulottuvuuksiin, kuten köyhyyteen, sosiaaliseen syrjäytymiseen ja syrjintaan.²

Terveyden ja sosioekonomisen aseman yhteys on osin kaksisuuntainen.

Terveys on yhtäältä tärkeä hyvinvoinnin osoitin, toisaalta voimavara,

jonka avulla yksilö voi hankkia hyvinvoinnin ja elintason kannalta tärkeitä resursseja, kuten koulutusta ja tuloja. Koulutus puolestaan määrittää ammattiasemaa, ja sekä koulutus että ammattiasema vaikuttavat tuloihin.

2. Terveyserot — 67

Koulutus vaikuttaa myös terveyteen liittyviin asenteisiin ja kykyyn käsitellä terveystietoa, tulot puolestaan vaikuttavat asuin- ja elinolosuhteisiin, kulutusmahdollisuuksiin ja mahdollisuuksiin ostaa terveystalveta.

Kaanteisesti terveyden riskitekijät, kuten matala koulutus, huonot työolosuhteet, pitkittynyt työttömyys, köyhyys, sosiaalisen tuen puute ja epäterveelliset elintavat, ovat myös yhteydessä toisiinsa.

Tässä luvussa tarkastellaan terveyserojen ilmenemistä ja niiden taustalla olevia syitä. Erot elintavoissa ja ammattiaseman kautta määrittyvissä työolosuhteissa edustavat syitä, erot kuolleisuudessa ja koetussa terveydessä puolestaan seurauksia. "Syiden syiksi" kutsutaan tekijöitä, jotka

vaikuttavat siihen, että terveys, sairaus ja niihin vaikuttavat syytekijät jakautuvat yhteiskunnassa eriarvoisesti aiheuttaen sekä hyvaosaisuuden että huono-osaisuuden ylisukupolvista periytymistä ja kasautumista.

Syiden syitä käsitellään tässä luvussa etenkin lapsuuden elinolojen nakokulmasta, mutta ne kytkeytyvät laajemmin kaikkeen eriarvoisuuteen.

Eriarvoisuutta käsitellään eri nakokulmista tämän teoksen muissakin luvuissa.

Sosioekonomiset erot terveydessä ja elintavoissa

Miesten keskinaiset erot kuolleisuudessa ja elinajanodotteessa suurempia kuin naisilla

Globaalisti eroja terveydessä ja hyvinvoinnissa mitataan usein kuolleisuudella ja siihen perustuvalla elinajanodotteella. OECD-maissa

vastasyntyneen elinajanodote oli vuonna 2017 keskimäärin 80,7 vuotta ja

Suomessa hieman pidempi, 81,7 vuotta.³ Pitkällä aikavälillä elinajanodote on Suomessa ja länssimaissa pidentynyt. Taustalla on kuolleisuuden lasku kaikissa ikäryhmissä, mutta merkittävää on ollut etenkin muutos imeväiskuolleisuudessa, joka Suomessa on nykyisin vähäisintä maailmassa.

Kehitystä selittää merkittävästi myös sydän- ja verisuonisairauskuolemien vähentyminen 1960-luvulta lähtien. Verenkiertoelimistön sairaudet ovat Suomessa edelleen yleisin kuolinsyy.

68 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

Naiset elävät keskimäärin pidempään kuin miehet ja korkeammin koulutetut pidempään kuin matalammin koulutetut. Naisilla myös sosioekonomiset erot kuolleisuudessa ovat pienemmät kuin miehillä. Suomessa vuonna 2017 vastasyntyneen tytön elinajanodote oli 84,5 vuotta ja pojan 78,9 vuotta. Sukupuolten välinen ero on 5,6 vuotta, mikä on hieman enemmän kuin OECD-maissa keskimäärin (5,3 vuotta). Korkeasti koulutetun 30-vuotiaan naisen elinajanodote on Suomessa 3,5 vuotta pidempi kuin matalasti koulutetun naisen ja korkeasti koulutetun miehen 5,6 vuotta pidempi kuin matalasti koulutetun miehen. OECD-maissa korkeasti ja matalasti koulutetun 30-vuotiaan elinajanodotteen ero on naisilla keskimäärin 4,0 vuotta ja miehillä 6,9 vuotta.

Suomessa tulo- ja koulutusryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun alusta 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopulle (kuvio 2.1). 2010-luvun taitteessa erojen kasvu pysähtyi. Miehillä tulo- ja koulutusryhmien väliset erot ovat läpi tarkastelun selvästi suurempia kuin naisilla. Erot kuolleisuudessa ja elinajanodotteessa ovat samansuuntaiset riippumatta siitä, miten sosioekonomista asemaa mitataan, mutta tuloryhmien välillä erot ovat paasaantoisesti hieman suuremmat kuin verrattaessa eri koulutusryhmiä tai ammattiasemia

keskenaan.4

2. Terveyserot — 69

Kuvio 2.1 25-vuotiaan elinajanodote (vuotta) ajanjaksoilla 1996–2014 tuloviidenneksittäin (alin ja ylimmät) sekä koulutusluokittain miehillä ja naisilla. Lähde: Suomalaisten kuolleisuuserot tulo- ja koulutusryhmittäin -raportti. THL:n Terveystemme.fi -palvelu.

Vuosien 1988 ja 2007 välillä elinajanodotteen kasvua selittää eniten sydänsairauksista johtuvan kuolleisuuden väheneminen. Myönteinen kehitys oli kuitenkin parempituloisilla nopeampaa kuin pienituloisimmilla. Erojen kasvua selittivät etenkin alimmassa tuloryhmässä lisääntyneet alkoholikuolemat. 2010-luvun taitteessa tuloryhmien välisten elinajanodotteen erojen kasvu pysähtyi, ja erot ovat sittemmin jopa hieman pienentyneet. Elinajanodotteen kasvua selittää edelleen sydänsairauksista johtuvan kuolleisuuden väheneminen. Erojen kaventumiseen vaikutti etenkin se, että alimman tuloryhmän miesten alkoholiperäiset kuolemat ja itsemurhat sekä tapaturmaiset ja vakivaltaiset kuolemat vähenivät.4

25-vuotiaan elinajanodote (vuotta)

1996–98

2004–06

2012–14

2000–02

2008–10

1998–00

2002–04

2006–08

2010–12

1996–98

2004–06

2012–14

2000–02

2008–10

1998–00

2002–04

2006–08

2010–12

70 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

Parempituloiset ja korkeammin koulutetut

kokevat terveytensä paremmaksi

Koettu terveys on laaja-alainen terveyttä, toimintakykyä ja naihin liittyvää

hyvinvointia kuvaava henkilön omaan arvioon perustuva subjektiivinen

mittari. Koettua terveyttä käytetään tutkimuksissa yleisesti terveydentilan

indikaattorina, ja sen on havaittu ennustavan yksilotasolla hyvin kuolleisuutta,

toimintakykyä, laitoshiitoon paatymista ja terveystalvelujen

kayttoa.

Vuonna 2017 noin kolmannes suomalaisista koki terveytensä keskitasoiseksi

tai sita huonommaksi. Lapset ja nuoret kokivat terveytensä

keskimaarin paremmaksi kuin tyoikaiset ja tyoikaiset paremmaksi kuin

elakeikaiset. Naiset kokivat terveytensä keskimaarin hieman paremmaksi

kuin miehet. Sosioekonomiset terveyserot nakyvat myos koetussa terveydessä.

Parempituloiset ja korkeammin koulutetut kokevat terveytensä

keskimaarin paremmaksi kuin pienempituloiset ja matalasti koulutetut,

toimihenkilot paremmaksi kuin tyontekijat ja tyolliset paremmaksi kuin

tyottomat.

Pitkalla aikavallilla, 1970-luvun lopulta nykypaivaan, tyoikaisten suomalaisten

koettu terveys on parantunut hieman (kuvio 2.2). Koulutusryhmien valiset erot ovat kuitenkin säilyneet suurina. Tarkempien analyysien mukaan koulutusryhmien valiset erot koetussa terveydessä kapenivat 1970-luvun lopulta 1990-luvun lopulle miehilla ja naisilla, mutta säilyivät sen jälkeen 2010-luvun puoliväliin saakka likipitään muuttumattomina.⁵ Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös tuloryhmien välillä, mutta erojen on raportoitu 2000- ja 2010-luvuilla jopa kasvaneen.⁶

2. Terveyserot — 71

Kuvio 2.2 Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) sukupuolen ja koulutuksen mukaan 20–64-vuotiaista 1979–2018.

Lähteet: THL: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen AVTK (1979–2012), Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH (2013–2017) ja FinSote (2018). Suhteellinen koulutustaso on laskettu kymmenvuotiskäluokittain tutkimukseen vastanneiden ilmoittamista koulutusvuosista.

Sosioekonomiset erot näkyvät elintavoissa

Elintavat, kuten tupakointi, alkoholin käyttö, ravitsemus ja liikunta sekä niihin liittyvät riskit, ovat keskeisimmät kuolleisuuseroja selittävät tekijät Suomessa. Viime vuosikymmeninä työikäisten suomalaisten elintavat ovat kehittyneet terveyden kannalta pääosin myönteisesti. Elintapasairauksista johtuvat kuolemat kasautuvat kuitenkin tilastollisesti useammin niille väestöryhmille, jotka kuuluvat matalampaan sosioekonomiseen asemaan. Myös sukupuolten välillä on merkittäviä eroja elintavoissa sekä niihin liittyvässä kuolleisuudessa.

Prosenttia

1979

1991

2003

2006

2018

1985

2012

1997

1982

1988

1994

2000

2009

2015

1979

1991

2003

2006

2018

1985

2012

1997

1982

1988

1994

2000

2009

2015

Tupakointi

Paivittainen tupakointi on vähentynyt 2000-luvun puolivälin jälkeen

kaikissa koulutusryhmissä sekä miehillä että naisilla (kuviokuva 2.3).

Miesten tupakointi on vähentynyt pidempään kuin naisten tupakointi,

jo 1970-luvulta lähtien, mutta miesten tupakointi on ollut lähtökohtaisesti

selvästi yleisempää. Vuonna 2017 työikäisistä miehistä 15 prosenttia ja naisista

12 prosenttia tupakoi päivittäin. Eläkeläisillä päivittäinen tupakointi

on harvinaisempää kuin työikäisillä.⁷ Matalammin koulutetut tupakoivat

selvästi yleisemmin kuin korkeammin koulutetut, ja pitkällä aikavälillä

koulutusryhmien väliset erot ovat entisestään kasvaneet.⁸

Myös nuorten tupakointi on viime vuosikymmeninä vähentynyt. Toisella

asteella on kuitenkin merkittäviä eroja päivittäisessä tupakoinnissa

oppilaitosten välillä. Vielä vuonna 2008 ammattikouluissa opiskelevista 40

prosenttia tupakoi päivittäin ja lukiolaisistakin yli 10 prosenttia.⁹ Vuonna

2017 lukioissa opiskelevista pojista päivittäin tupakoi 3 prosenttia ja

tytöistä 4 prosenttia, ammattikouluissa opiskelevista pojista 21 prosenttia

ja tytöistä 26 prosenttia.

2. Terveyserot — 73

Kuviokuva 2.3 Päivittäin tupakoivien osuus (%) sukupuolen ja koulutuksen

mukaan 20–64-vuotiaista 1978–2018.

Lähteet: THL: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen AVTK (1978–2012),

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH (2013–2017) ja FinSote (2018). Suhteellinen

koulutustaso on laskettu kymmenvuotiskäluokittain tutkimukseen vastanneiden ilmoittamista

koulutusvuosista.

Alkoholinkäyttö

Alkoholikuolleisuus on vahvasti painottunut matalampiin sosioekonomisiin

ryhmiin. Alkoholin kulutuksessa koulutuserot sen sijaan ovat eri

suuntaisia.¹⁰ Kuolleisuuserojen taustalla onkin todennakoisesti polarisoituneita eroja juomatavoissa, esimerkiksi humalahakuisessa alkoholinkäytössä, sekä samanaikaisia eroja muissakin elintavoissa.¹¹

Humalahakuinen juominen on vähentynyt 2000-luvun puolivälin jälkeen lahtien sekä miehillä että naisilla (kuvio 2.4). Miehet kuitenkin juovat humalahakuisesti naisia huomattavasti enemmän. Matalammin koulutetut juovat jossain määrin yleisemmin humalahakuisesti kuin korkeakoulutetut.

Samansuuntaisia, mutta suurempia tai jopa kasvavia eroja humalahakuisessa juomisessa on raportoitu tuloryhmittäin ja

Prosenttia

1978

1991

2003

2006

2018

1985

2012

1997

1982

1988

1994

2000

2009

2015

1978

1991

2003
2006
2018
1985
2012
1997
1982
1988
1994
2000
2009
2015

74 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

ammattiaseman mukaan. Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden valiset erot humalahakuisessa juomisessa ovat sitä suurempia, mitä rajumpaa humalakulutusta tarkastellaan.¹²

2010-luvulla eläkeläisten humalahakuisen juomisen on havaittu lisääntyneen.¹³ Nuorten alkoholinkulutuksesta on se sijaan raportoitu laskusuuntaisia trendejä Suomessa ja kansainvälisesti.¹⁴

Kuvio 2.4 Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%) sukupuolen ja koulutuksen mukaan 20–64-vuotiaista 1999–2018.

Lähteet: THL: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen AVTK (1999–2012), Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH (2013–2017) ja FinSote (2018). Suhteellinen koulutustaso on laskettu kymmenvuotiskäluokittain tutkimukseen vastanneiden ilmoittamista koulutusvuosista.

Muut elintavat

Ruokatottumukset ovat kehittyneet ravitsemussuositusten suuntaan ja vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on yleistynyt kaikissa koulutusryhmissä 1970-luvun lopulta 2000-luvulle. Koulutuserot ovat kuitenkin säilyneet samansuuntaisina kuin muissakin elintavoissa, eli korkeammin

Prosenttia

1999

2003

2006

2009

2012

2015

2018

1999

2003

2006

2009

2012

2015

2018

2. Terveyserot — 75

koulutetuista suurempi osa noudattaa ravitsemussuosituksia ja harrastaa vapaa-ajan liikuntaa. Naisilla vapaa-ajan liikunnassa ei tosin juuri havaittu eroja koulutusryhmien välillä ennen 2000-lukua. Ruokatottumuksissa on myös sukupuolieroja: naiset noudattavat suosituksia useammin kuin miehet. 2010-luvulla aikuisten ruokatottumukset ovat kuitenkin kaantyneet huonompaan suuntaan sekä miehillä että naisilla kaikissa koulutusryhmissä.15

Samansuuntaisia eroja koulutusryhmien välillä näkyy myös monissa muissa elintavoissa, kuten hampaiden harjaamisessa ja nukkumisessa.¹⁶ Koulutuserot näkyvät myös lasten elintavoissa. Korkeammin koulutetut äidit imettävät pidempään kuin matalammin koulutetut äidit, ja heidän lastensa ruoka-, liikunta- ja ulkoilutottumukset olivat useammin suositusten mukaisia. Myös lasten ruutuajassa sekä nuorten tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä on äidin koulutustason mukaisia eroja. Lapsuudessa opitut tavat ja tottumukset ovat terveyserojen kannalta merkittäviä, koska ne vaikuttavat läpi ihmisen elämän.¹⁷

Lihavuus yleisempää matalammin koulutetuilla

Ylipainon raja-arvoksi on kansainvälisesti sovittu painoindeksi (BMI) 25 kg/m², koska sen ylittyminen kasvattaa monien sairauksien riskiä. Lihavuuden raja-arvon (BMI 30 kg/m²) yläpuolella sairastumisriski on selvästi kohonnut. Lihavuus luokitellaan pitkäaikaissairaudeksi, jonka liitannaissairauksia ovat esimerkiksi tyypin 2 diabetes, sepelvaltimotauti, rasvamaksa, nivelrikko ja uniapnea. Lihavuus ja ylipaino vaikuttavat myös olevan yhteydessä huonommaksi koettuun elämänlaatuun, psyykkiseen huonovointisuuteen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin sekä, etenkin lapsilla, heikompaan itsetuntoon. Lihavat myös kokevat syrjintää, ennakkoluuloja ja kiusaamista.¹⁸

Lihavuus yleistyy jatkuvasti maailmanlaajuisesti.¹⁹ Myös Suomessa lihavuus on yleistynyt 1970-luvulta lähtien huomattavasti kaikissa koulutusryhmissä (kuviot 2.5). Vuonna 2017 suomalaisista 30 vuotta täyttäneistä miehistä lähes kolme neljäsosaa ja naisista kaksi kolmasosaa 76 — Eriarvoisuuden tila Suomessa oli ylipainoisia. Lihavia oli joka neljäs. Lihavuus on matalammin koulutetuilla hieman yleisempää kuin korkeammin koulutetuilla. Matalasti

koulutetuista lihavia on noin kolmannes, kun taas korkea-asteella heita on runsas viidennes.²⁰ Kouluterveydenhuollon ja neuvoloiden vuoden 2018 kayntitietojen perusteella 2 – 16-vuotiaista tytoista lahes viidennes ja pojista lahes neljannes oli vahintaan ylipainoisia.²¹ Ylipainon on havaittu olevan yleisempaa matalammin koulutettujen kuin korkeammin koulutettujen aitiens lapsilla.²²

Kuvio 2.5 Lihavien (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m²) osuus (%) sukupuolen ja koulutuksen mukaan 20–64-vuotiaista 1978–2018.

Lähde: THL: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen AVTK (1978–2012), Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH (2013–2017) ja FinSote (2018). Suhteellinen koulutustaso on laskettu kymmenvuotiskäluokittain tutkimukseen vastanneiden ilmoittamista koulutusvuosista.

Prosenttia

1978

1991

2003

2006

2018

1985

2012

1997

1982

1988

1994

2000

2009

2015

1978

1991

2003

2006

2018

1985

2012

1997

1982

1988

1994

2000

2009

2015

2. Terveyserot — 77

Korkeammin koulutetut tuntevat itsensa

matalammin koulutettuja tyokykyisemmiksi

Suomalaisten työhyvinvointi ja työkyky ovat viimeisen kahden vuosikymmenen

aikana monilla mittareilla parantuneet. Suurin osa työikäisestä

väestöstä kokee työkykynsä hyväksi ja itsensä täysin työkykyiseksi sekä

uskoo terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemaan nykyisessä

ammattissaan eläkeikään saakka. 23 Myönteinen kehitys ei kuitenkaan

ole hyödyttänyt kaikkia väestöryhmiä tasaisesti. Sosioekonomiset erot

työhyvinvoinnissa ja työssä jaksamisessa eivät ole pienentyneet, vaan

korkeasti koulutetut kokevat itsensä edelleen tyokykyisemmiksi kuin

matalasti koulutetut. Sukupuolittaiset erot ovat paikoin jopa kasvaneet,

mutta yleisesti naisten ja miesten erot työkyvyssä ovat pieniä ja vaihtelevat

tyokykymittarin mukaan.

Arviot työn raskaudesta ja tyokyvystä eivät ole muuttuneet

Enemmistö suomalaisista palkansaajista kokee työnsä ainakin jossain määrin henkisesti raskaaksi, ja kolmannes kokee työnsä fyysisesti raskaaksi.

Työn raskautta ja vaativuutta on kuitenkin tarkasteltava suhteessa tyokykyyn. Suurin osa kokee työnsä hyväksi suhteessa työn fyysisiin ja henkisiin vaatimuksiin. Arviot työn fyysisestä raskaudesta ja siihen suhteutetusta tyokyvystä eivät viimeisen 20 vuoden aikana ole juurikaan muuttuneet. Selkeää muutosta ei myöskään ole havaittavissa vaestoryhmittaisissa eroissa. Työntekijät kokevat työnsä fyysisesti raskaammaksi ja työnsä suhteessa työn fyysisiin vaatimuksiin huonommaksi kuin toimihenkilöt. Naiset kokevat työnsä fyysisesti raskaaksi miehiä useammin, mutta sukupuolittaiset erot koetussa fyysisessä tyokyvyssä ovat pieniä.

Työnsä henkisesti raskaaksi kokevien määrä on 2000-luvulla jonkin verran lisääntynyt. Arviot tyokyvystä suhteessa työn henkisiin vaatimuksiin ovat sen sijaan keskimäärin parantuneet, joskin vuonna 2018 huonoksi tai kohtalaiseksi työnsä arvioivien osuus oli hieman kasvanut.

Ylemmat toimihenkilöt kokevat työnsä henkisesti raskaaksi hieman

78 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

alempia toimihenkilöitä ja työntekijöitä useammin, ja naiset miehiä useammin.

Alemmilla toimihenkilöillä työnsä henkisesti raskaaksi kokevien osuus on 2000-luvulla kasvanut. Sosioekonomiset ja sukupuolittaiset erot tyokyvyssä suhteessa henkisiin vaatimuksiin ovat pieniä.

Työnsä heikentyneeksi arvioivien osuus on kasvanut vuosien 2013 ja 2017 välillä etenkin miehillä ja keskitason koulutetuilla.²⁴ Arviot tyokyvystä heijastuvat myös arvioihin jäljellä olevasta tyokyvystä.

Korkeakoulutetut uskovat jaksavansa työskennellä vanhuuseläkeikään

huomattavasti useammin kuin peruskoulutetut. Korkeasti ja matalasti koulutetuilla niiden osuus, jotka uskovat jaksavansa tyoskennella vanhuuselakkeelle asti, on vuosien 2016 ja 2017 aikana noussut, mutta keskiasteen koulutetuilla osuus on laskenut.²⁵ Myös yrittäjien itsearvioitu työkyky näyttäisi 2010-luvulla hieman heikentyneen, joskaan yrittäjien työhyvinvointia ei seurata yhtä järjestelmällisesti kuin palkansaajien. Vuonna 2019 yksinyrittäjäistä reilu puolet raportoi kokeneensa jossakin vaiheessa haasteita jaksamisessa.²⁶

Työkykyongelmat ovat yleisiä myös työttömillä. Heillä on usein työssäkäyviä heikompi terveys, koettu työkyky ja koettu elämänlaatu, enemmän mielenterveysongelmia ja koettua yksinäisyyttä. Etenkin ikaantyneimmat työttömät uskovat työllisiä ikätovereitaan harvemmin kykenevänsä työsken telemaan vanhuuseläkeikään asti. Pitkäaikaistyöttömistä jopa puolella on heikentynyt työkyky.²⁷ Toisaalta työkyvyn arvioiminen etenkin pitkäaikaistyöttömien kohdalla on haastavaa, sillä heillä ei ole työtä, johon peilata työkykyään. Samalla kuitenkin työttömistakin suurin osa kokee työkykynsä hyväksi – etenkin henkilöt, jotka kokevat ylipaansa terveytensä ja elämänlaatunsa hyväksi, ja joilla on takana lyhytkestoinen työttömyys.

Sairauspoissaolot kasvussa

Toinen tapa tarkastella työvoiman hyvinvointia ovat sairaudesta johtuvat poissaolot. Sairauspoissaolot ovat selkeästi lisääntyneet 2000-luvulla.

Naisilla sairauspoissaoloja on enemmän ja ne ovat pitkäkestoisempia

2. Terveyserot — 79

kuin miehillä. Myös sosioekonomiset erot ovat suuria. Alemmilla toimihenkilöillä lyhyitä sairauspoissaoloja on keskiarvallisesti enemmän, mutta työntekijöillä poissaolot ovat pidempia.²⁸ Toisaalta Kunta 10

-tutkimuksen mukaan työntekijäammateissa oli 3–4 kertaa enemmän sairauspoissaoloja kuin matalan sairastavuuden ammateissa (esim. laakari tai tekninen asiantuntija).²⁹

Kelan korvaamat sairauspaivarahakaudet ovat kaantyneet kasvuun vuoden 2015 jälkeen, etenkin mielenterveyden hairioiden osalta.³⁰ Mielenterveyden hairioiden perusteella sairauspaivarahaa saaneiden maara on kasvanut vuosien 2016 ja 2019 valilla perati 43 prosenttia (Kuvio 2.6). Kasvu on ollut jyrkinta nuorilla ja varhaiskeski-ikaisilla naisilla.³¹ Samankaltaisia trendeja on havaittavissa myos tyokyvyttomyyselakkeissa. Vaikka tyokyvyttomyyselakkeiden maara on jatkanut tasaisesti laskuaan 2010-luvulta saakka, on niidenkin maara lahtenyt kasvuun alle 35-vuotiaiden ikaryhmassa. Yleisesti, mutta eritoten nuorilla, mielenterveyden hairioiden perusteella myonnetyt tyokyvyttomyyselakkeet ovat nousseet suurimmaksi diagnoosiryhmaksi.³² Myos tyokyvyttomyyselakkeissa sosioekonomiset erot ovat suuria. Tyontekijäammateissa tyokyvyttomyyselakkeiden alkavuus on suurempaa kuin johtajien, erityisasiantuntijoiden ja asiantuntijoiden ammattiluokissa.³³

80 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

Kuvio 2.6 Vuosina 2000–2018 korvatut sairauspäivarahapäivät sairauspäoryhmittäin ja sukupuolittain. Lähde: Kela: Vuosina 2000–2018 korvatut sairauspäivarahapäivät sairauspäoryhmittäin. Kelan kuviot-sarja. Helsinki: Kela.

Syita mielenterveysperusteisten sairauspaivarahojen ja tyokyvyttomyyselakkeiden kasvuun etenkin nuorilla ja naisilla ei tarkkaan tiedeta. On vaikea sanoa, johtuuko tama mielenterveysongelmien lisaantymisesta, avun hakemisen muuttumisesta, tyoelaman vaatimusten koventumisesta vai muista tekijoista. Tuloksia tukevat vaestotasolla tehdyt tutkimukset, jotka niin ikaan osoittavat masennusoireilun yleistyneen 2000-luvulla

seka miehilla etta naisilla. Vuonna 2017 mielialaa ja ahdistuneisuutta painottavalla mittarilla (MHI-5) psyykkista oireilua havaittiin 7 prosentilla miehista ja 8 prosentilla naisista, ja masennusoiremittarilla (BDI-6) merkittavia masennusoireita 9 prosentilla miehista ja 13 prosentilla naisista. 34 Lisaksi yha useampi nainen kokee tyonsa henkisesti ja fyysisesti raskaaksi, ja naisista entista useampi myos kokee erittain tai melko paljon stressia.³⁵

2000

2003

2006

2009

2012

2015

2018

2000

2003

2006

2009

2012

2015

2018

2. Terveyserot — 81

Mielenterveysongelmat ovat olleet jo pitkaan yleisempia matalammin koulutetulla ja taloudellisesti heikommin toimeentulevalla vaestolla.³⁶

Nuorilla masennusoireet ovat yleistyneet vuosina 2000–2011 erityisesti niilla, joiden vanhemmilla on matala koulutus ja tyottomyytta, mika viittaa eriarvoisuuden kasvuun.³⁷ Etenkin nuorena alkaneet mielenterveysongelmat

ovat yhteydessä matalaan koulutukseen ja tulotasoon sekä korkeampaan työttömyyteen, eli niillä on haitallisia pitkäaikaisvaikutuksia.³⁸

Lapsuuden elinolojen keskeinen merkitys

terveyserojen synnyssä

Sosiaalisia terveyseroja luovat ja ylläpitävät karkeasti luokitellen kaksi päämekanismia: sosiaalinen valikoituminen ja sosiaalinen kausaatio.

Valikoitumisella tarkoitetaan prosessia, jossa erot terveydentilassa lapsena, nuorena ja aikuisena johtavat eroihin sosiaalisessa asemassa, sillä hyvä terveys tukee paremman sosioekonomisen aseman saavuttamista.

Sosiaalisen kausaation mekanismeissa sen sijaan hyvä sosiaalinen asema mahdollistaa terveydelle edullisen ympäristön, joten terveyserot johtuvat esimerkiksi erilaisten resurssien, sosiaalisen tuen, tiedon ja terveystyöskäytännön epätasaisesta jakautumisesta eri sosioekonomisten ryhmien

välillä.³⁹ Sekä valikoituminen että kausaatiomekanismi näyttävät toimivan elämänsä aikana terveyserojen syntyminen taustalla.⁴⁰ Lisäksi esimerkiksi geneettiset tekijät voivat vaikuttaa sekä sosioekonomiseen asemaan että terveyteen ja siten selittää terveyseroja.

Lapsuuden kasvuympäristöä pidetään nykyisen tutkimustiedon valossa

keskeisenä terveyden määrittäjänä. Lapsuuden sosioekonomiset olosuhteet,

kuten vanhempien koulutustaso ja taloudellinen tilanne näkyvät

monin tavoin siinä, onko kasvuympäristö terveyttä tukeva vai sen kannalta

riskialtis. Huono-osaisuus koskettaa merkittävää osaa lapsista Suomessa,

sillä noin joka kymmenes lapsi elää köyhyydessä ja noin 5 prosenttia perusturvan varassa. Lapsiköyhyyden määrä on ollut kasvussa viime vuosina,

ja varhaislapsuudessa perusturvan varassa elämisestä on tullut hieman

aiempaa pysyvempää.⁴¹ Hyväosaisemmissa perheissä on vähemmän

lapsen hyvinvointia mahdollisesti uhkaavia tekijöitä, kuten työttömyyttä, vanhempien terveysongelmia, eroja, yksinhuoltajuutta, päihdeongelmia, kasvuympäristön turvattomuutta ja puutteita ravitsemuksessa. Nämä tekijät voivat itsenäisesti, kasautuvasti ja yhteisvaikutuksessa toistensa kanssa heikentää terveyttä vielä aikuisiällä, ja hieman eri tavoin naisilla ja miehillä.⁴²

Miten lapsuuden ympäristö voi vaikuttaa myöhempään terveyteen?

Kirjallisuudesta löytyy useita sosiaalisia ja biologisia teoreettisia selitysmalleja kuvaamaan mekanismeja ja prosesseja, joiden kautta lapsuuden

olosuhteet voivat vaikuttaa terveyteen vielä vuosikymmenien kuluttua

(kuvio 2.7). Elinkaaren tietyt ajanjaksot nähdään terveyden kannalta erityisen sensitiivisinä (herkkinä), ja noina kausina ympäristön tapahtumat

voivat vaikuttaa terveyteen erityisen vahvasti ja pitkän ajan jälkeen. Yksi

tällainen ajanjakso on varhaislapsuus ja sikiöaika, jolloin fysiologinen

kehitys on nopeinta.⁴³ Tuolloin koetut altistukset voivat pitkinkin ”piilevän

kauden” jälkeen itsenäisesti tai yhteisvaikutuksessa myöhempien

riskien kanssa johtaa sairauteen. Terveyden eriarvoisuus alkaa siis muodostua

jo ennen syntymää, kun kasvuympäristön sosiaaliset, aineelliset

ja muut ominaisuudet vaikuttavat sikiöön äidin kehon valityksellä.

Huomionarvoista on, että matalamman sosiaalisen aseman omaavilla

vanhemmilla esiintyy raskausaikana yleisemmin lapsen terveyttä uhkaavia

tekijöitä, kuten tupakointia, heikkoa ravitsemusta, päihdekäyttöä ja psyykkistä

stressiä.⁴⁴ Matalasti koulutetuilla on lisäksi suurempi riski sairastua

synnytyksen jälkeiseen masennukseen, joka on liitetty esimerkiksi lasten

käytösongelmiin ja kohonneeseen masennusriskiin.⁴⁵ Huono-osaisemmissa

perheissä esiintyy yleisemmin myös erilaista lapseen kohdistuvaa

fyyksistä tai henkistä kaltoinkohtelua, mikä altistaa monille ongelmille

lapsuudesta aikuisikaan.⁴⁶ Varhaisilla traumakokemuksilla on tutkimusten mukaan vahvat yhteydet mielenterveyshairioihin, ja ne voivat johtaa huonompaan fyysiseen terveyteen sekä heikompaan sosioekonomiseen asemaan, joka itsessään vaikuttaa terveyteen.⁴⁷

2. Terveyserot — 83

Kuvio 2.7 Erilaiset selitysmallit lapsuuden elinolojen yhteydestä aikuisuuden terveyteen. Muokattu Glymour ym. (2014) ja Kestilä & Rahkonen (2011) mukaan.

Yksi tunnetuin elinkaarimalleista on kumuloituvan hyvaosaisuuden teoria, jonka ydinajatus on, että lapset syntyvät lahtokohtaisesti eriarvoisiin asemiin, mikä johtaa haitallisten tai positiivisten kokemusten toistumiseen elinkaaren aikana – eli hyva- tai huono-osaisuuden kasautumiseen.⁴⁸ Siita, että yksi eriarvoisuuden kokemus tai ilmentyma johtaa helposti toiseen (nk. polkuriippuvuudesta) seuraa, että lapsena koetut ongelmat ja eriarvoisuus vaikuttavat aikuisuuden terveyseroihin myös epasuoria reitteja, esimerkiksi elintapojen ja oman sosioekonomisen aseman valityksella.⁴⁹ Mita varhaisemmassa ikavaiheessa altistuu negatiivisille kokemuksille, sita todennakoisemmin riskitekijat kertautuvat, eli lisaantyyvat elinkaaren aikana, mita pidetaan erityisen haitallisena terveydelle. Terveysten riskitekijoilla

on taipumus kertya joillekin yksiloille myös siksi, että ne esiintyyvat usein yhdessa samanaikaisesti. Sosioekonomisesti huonoosaisemmissa perheissa on tavallisemmin samalla niin talousvaikeuksia, tyottomyytta, mielenterveys- ja paihdeongelmia kuin muita negatiivisia tekijoita, mikä kasvattaa sairastumisriskia elaman aikana.

Perhstressi-malli on yksi teorioista, joilla kuvataan, milla mekanismilla huono-osaisuus valittyy lasten hyvinvointiin. Mallin mukaan vanhempia

kuormittavat ongelmat ja psyykkinen stressi saattavat heijastua negatiivisesti

— Eriarvoisuuden tila Suomessa

visesti vanhemmuuteen ja perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin, jotka

taas vaikuttavat lasten terveyteen, hyvinvointiin ja itsesääntelykykyyn.⁵⁰

Keskeisenä mekanismina siinä, miten epäsuotuisat varhaiset kokemukset

paasevat "ihon alle" ja voivat johtaa sairastumiseen, pidetään erilaisten

biologisten järjestelmien, kuten stressinsääntelyjärjestelmän, häiriintymistä.

51

Psyykkisen, fyysisen ja biologisen kasvuympäristön laatu ei kuitenkaan

yksinään selitä lapsuuden sosioekonomisten olosuhteiden vaikutusta

terveyserojen syntyyn ja niiden ylisukupolviseen siirtymiseen. Joiltain

osin yhteydet selittyvät muilla tekijöillä, kuten vanhemman ja lapsen

geneettisellä yhtenevyydellä.⁵² Esimerkiksi peritty alttius masennukselle

saattaa vaikuttaa sekä vanhemman sosioekonomiseen asemaan että

lasten terveyteen ja siten olla osasy lapsuuden sosioekonomisen aseman

yhteydelle masennuksen puhkeamiseen. On myös havaittu, että stressaava

perheympäristö voi lisätä riskiä sairastua masennukseen erityisesti niillä,

joilla on sairaudelle geneettinen alttius.⁵³ Tällä hetkellä tutkimuksissa

etsitäänkin kuumeisesti vastauksia siihen, miten perimä ja ympäristö

yhteisvaikutuksessa keskenään määrittävät terveyttä.

Paatelmat ja suositukset:

Konkreettisia tavoitteita ja oikein kohdennettuja toimia

Yleisesti ottaen kansanterveys on Suomessa kehittynyt hyvaan suuntaan

viimeisten vuosikymmenten aikana. Esimerkiksi kuolleisuus verenkiertoelimistön

sairauksiin, syöpätauteihin ja alkoholiperäisiin syihin on pitkällä

aikavälillä vähentynyt. Yleinen myönteinen kehitys ei kuitenkaan ole

johtanut terveyserojen kapenemiseen, koska se on ollut selvästi hitaampaa

matalammin koulutetuilla ja pienituloisilla. Tasta nakokulmasta erityisen haavoittuvia ovat tyottomat, joiden hyvinvointi on monilla mittareilla selvasti heikompaa kuin tyossa olevien. Terveysongelmat ovat yleisimpia samoissa vaestoryhmissa kuin muutkin vajeet hyvinvoinnissa, mika heikentaa alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien asemaa entisestaan. Ongelmien kasautuminen, kuten tyottomyyden yhdisty2.

Terveyserot — 85

minen mielenterveys- ja paihdeongelmiin, vaikeuttaa entisestaan heidan asemansa parantamista.

Nama ehkaistavissa olevat sosioekonomiset terveyserot aiheuttavat huomattavia kansanterveydellisia menetyksia ja taloudellisia kustannuksia, ja ne myos sotivat hyvinvointiyhteiskunnan peruseriaatteita vastaan.

Tulevaisuudessa lisapaineita terveyserojen kaventamiseen tahtaavalle politiikalle asettavat vaestorakenteen muutos ja siita johtuva heikkeneva huoltosuhde, tyovoiman saatavuuden ongelmat ja ikaantuvan vaeston kasvava palvelutarve. Esimerkiksi nuorten syrjajytymiseen ja ylisukupolvisten ongelmien kehityskulkuihin puuttuminen ovat siten tarkeitavoitteita niin terveystalitiikan nakokulmasta kuin hyvinvoinnin ja yhteiskunnan taloudellisen kestavyuden kannalta laajemminkin.

Kansanterveyden yleiset kehityslinjat voivat tulevaisuudessa muuttua.

2010-luvulla elinajanodotteen kasvu on monissa OECD-maissa hidastunut tai kaantynyt jopa negatiiviseksi.⁵⁴ Hidastumisen taustalla on

monia tekijoita. Esimerkiksi ikaantyvassa vaestossa kuolleisuus sydan- ja verisuonisairauksiin, dementiaan ja influenssaepidemioihin lisaantyy.

Lisaksi lihavuuden, diabeteksen ja huumeongelmien yleistyminen on hidastanut kuolleisuuden vahenemista. Myos Suomessa terveystalitiikayttymiseen ja elintapoihin liittyvilla tekijoilla on keskeinen rooli terveyserojen

taustalla. Huolestuttavia kehityssuuntia ovat lihavuuden yleistyminen ja ruokatottumusten kaantuminen ravitsemussuositusten nakokulmasta huonompaan suuntaan. 2000-luvulla muutokset alkoholiin liittyvissä kuolemissa vaikuttivat merkittävästi ensin tuloryhmien valisten kuolleisuuserojen kasvuun ja myöhemmin kasvun taittumiseen. Vuodesta 2006 lahtien alkoholiperäisiin syihin kuolleisuus on laskenut, mutta vuonna 2018 kuolleisuus kasvoi taas hieman. Huumekuolemat ovat pitkällä aikavälillä yleistyneet, ja ne painottuvat etenkin nuoriin miehiin.

Politiikan ongelmat ja ratkaisuehdotukset

Suomessa terveyserojen kaventamiseen on tahdattu 1970-luvulta lahtien useilla terveys- ja yhteiskuntapoliittisilla toimenpideohjelmilla. Viime

86 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

vuosikymmenet terveyserojen kaventaminen on ollut myös hallitusohjelmien tavoitteena, eikä Sanna Marinin hallituksen ohjelma poikkea tasta linjasta. Terveyserot ovat kuitenkin pysyneet suurina tai mittarista riippuen ajoittain jopa kasvaneet.

Osasyynä aiempien ohjelmien epäonnistumisiin on pidetty niiden yleisluonteisuutta sekä konkreettisten tavoitteiden ja keinojen puutetta.⁵⁵

Terveyseroja on kutsuttu ”ilkeaksi” ongelmaksi, sillä niihin vaikuttavat monet eri tason tekijät eikä varmoja ratkaisuja ole käytettävissä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste II, 2012–2015) ulkoisessa loppuarvioinnissa todetaan ohjelmalla olleen vain vähäisiä mahdollisuuksia vaikuttaa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen.⁵⁶

Keskeinen syy erojen pysyvyydelle liittyy siihen, että terveyden eriarvoisuuden juurisyyt ovat sosiaalisessa eriarvoisuudessa. Onkin jo pitkään tunnistettu, että terveysvaikutuksia tulisi arvioida ja huomioida

kaikessa päätöksenteossa, jolla vaikutetaan terveyden sosiaalisiin taustasyihin, kuten työllisyyteen, työ-, asuin- ja elinolosuhteisiin sekä köyhyyteen. Käytännössä politiikan eri osa-alueilla voidaan kuitenkin tehdä terveysvaikutusten ja tavoitteiden näkökulmasta ristiriitaista politiikkaa. Esimerkkinä voidaan mainita 1990-luvun lamaa seuranneina vuosina pitkään jatkuneet tuloerojen, köyhyyden, lapsiköyhyyden ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän kasvu.⁵⁷ Terveyserojen rakenteellisiin syihin, kuten tulonjakoon, palkkaeroihin, työn ehtoihin ja perusturvaetuuksiin puuttuminen on ollut poliittisesti vaikeaa ja toimeenpanon kannalta monimutkaista. Eriarvoisuuden vähentäminen on lisäksi vain yksi yhteiskuntapolitiikan tavoitteista, ja muiden tavoitteiden ratkaiseminen on usein saanut käytännön politiikassa enemmän painoarvoa.⁵⁸ Pohjoismaiden vahva universalistisen hyvinvointipolitiikan perinne on ohjannut politiikkaa tahtamaan yleiseen terveydentilaan kohentamiseen. Sen sijaan on osoittautunut vaikeaksi tehdä toimenpiteitä, joilla terveydentilan jakaumaa väestöryhmien kesken voitaisiin "tasa-arvoistaa". Yleiset toimet voivat tahattomasti jopa lisätä terveyseroja, jos hyvaosaiset hyötyvät toimista suhteessa enemmän kuin huono-osaiset. Kansainväli².

Terveyserot — 87

sesti on havaittu, että terveyserojen vähentämiseen tahdanneissa interventioissa on myös käytetty tutkitusti tehottomiksi osoitettuja keinoja, kuten vaikuttamista vain informaatiota lisäämällä. Toisaalta tutkimustieto tehokkaista keinoista on edelleen hyvin vähäistä, vaikka terveyserot ovat olleet vilkkaan tutkimuksen kohteena jo vuosikymmeniä.⁵⁹ Siten tarvitaan uutta tutkimusta etenkin terveyserojen kaventamiseen tahtaavien toimien vaikuttavuudesta.

Terveyserojen kaventamiseen kannattaa silti edelleen pyrkiä. Jatkossa

olisi rohkeammin kokeiltava selektiivisiä eli kohdennettuja keinoja universaalisten keinojen rinnalla. Toimenpiteet siis tulisi kohdentaa siihen, että entistä nopeammin tunnistetaan ja autetaan heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevia, keskimäärin huonomman terveydentilan omaavia ihmisiä. Terveyspalvelujen ja sosiaalisten tulonsiirtojen työmarkkinoihin perustuva jako tarkoittaa, että työn ulkopuolelle jäävät syrjäytyvät niin terveydellisesti kuin taloudellisestikin. Siksi työttömien hyvinvointia, työkykyä ja työllistymisen edistämistä tukevien palvelujärjestelmien kehittäminen ja terveyspalveluiden saatavuuden parantaminen olisivat ensiarvoisia toimia.

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä erityisen hyvin toimii erikoissairaanhoido, joka on arvioitu kansainvälisesti korkealaatuiseksi ja tehokkaaksi. Myös kansansairauksien hoidossa on saavutettu hyviä tuloksia, ja palvelujen kattavuus on hyvä. Kuolleisuus sellaisiin syihin, jotka ovat parannettavissa terveydenhuollon keinoin, onkin Suomessa pienempää kuin EU-maissa keskimäärin. Järjestelmään liittyy kuitenkin tunnistettua eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä, mikä johtuu ennen kaikkea terveyspalvelujen jakautumisesta työterveyshuoltoon ja perusterveydenhuoltoon.

Haasteita on myös elämäntapoihin, syrjäytymiseen, päihteisiin ja mielenterveyteen liittyvien ongelmien ratkaisemisessa.⁶⁰ Lisäksi kuolleisuus kansanterveyden toimilla ennaltaehkäistaviin sairauksiin (esimerkiksi alkoholinkäyttöön, tupakointiin ja elintapoihin liittyvät kuolinsyyt) on Suomessa hieman yleisempää kuin EU-maissa keskimäärin.⁶¹ Elintapoihin vaikuttaessa etenkin yksilön omaan valintaan ja aktiivisuuteen pohjautuvat keinot voivat jopa ylläpitää eriarvoisuutta.

88 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

Terveellisiä valintoja voidaan kuitenkin tukea yhteiskunnallisesti, esimerkiksi

vaikuttamalla hintaan, saatavuuteen tai markkinointiin. Kansainvälisen tutkimusnayton perusteella alkoholin ja tupakan kulutusta voidaan vahentaa vero- ja hintapolitiikan keinoin ja naiden toimien terveyshyodyt myos kohdentuvat pienituloisiin.⁶² Suomessa alkoholin kulutus ja alkoholikuolleisuus ovatkin heijastaneet alkoholin verotuksessa tehtyja muutoksia.⁶³ Tupakan hinnan korotukset nayttavat vahentaneet matalammin koulutettujen tupakoimista.⁶⁴ Myos lihavuuden ehkaisyssa tarvittaisiin yksilon tukemisen lisaksi laajempia yhteiskunnallisia toimia. Toimenpiteet on tarkoituksenmukaista kohdistaa oikea-aikaisesti tarkeisiin elinkaaren siirtymavaiheisiin. Lapsia ja lapsiperheita koskevat poliittiset toimet ovat avainasemassa, koska terveyserojen juuret ulottuvat nykytiedon valossa lapsuuteen. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevia lapsia olisi tuettava varhain, silla terveyteen vaikuttavien ongelmien ehkaisy on tehokkaampaa kuin korjaavat toimenpiteet myohemmin. Varhaisten kehitysymparistojen kuten perheen, paivahoidon ja koulun toiminnan ja laadun turvaaminen ovat esimerkkeja ennaltaehkaisevasta tyosta, joilla pyritaan vahentamaan terveyden eriarvoisuutta. Terveyserojen kaventaminen on siis mahdollista, mutta se edellyttaa puuttumista konkreettisin keinoin "syiden syihin", eli niihin yhteiskunnan rakenteisiin, jotka ylipaansa aiheuttavat eriarvoisuutta ja huono-osaisuutta. Hyvinvointieroja voidaan tasoittaa vahentamalla tyottomyytta ja koyhytta ja ehkaisemalla huono-osaisuuden pitkittymista ja periytyymista. Keskeista on myos sosiaali- ja terveyspalvelujen oikea-aikaisen saatavuuden parantaminen. Lisaksi tarvitaan keinoja vahvistaa etenkin heikoimmassa asemassa olevien edellytyksia noudattaa terveellisia elintapoja.

- 1 Dahlgren & Whitehead, 2006;
Tarkiainen 2016.
- 2 WHO, 2004.
- 3 OECD, 2019.
- 4 Tarkiainen, Martikainen,
Laaksonen & Valkonen, 2011;
Tarkiainen, Martikainen, Peltonen
& Remes, 2017.
- 5 Lahelma, Pentala, Helldan,
Helakorpi & Rahkonen, 2017.
- 6 Karvonen, Martelin, Kestila &
Junna, 2019.
- 7 THL, Sotkanet indikaattorit
4405–4407.
- 8 Ruokolainen, Heloma, Jousilahti
ym. 2019.
- 9 THL, Sotkanet indikaattorit 3921,
3936.
- 10 Helldan, Helakorpi, Virtanen &
Uutela, 2013.
- 11 Makela, Martikainen & Peltonen,
2017; Makela, 2018.
- 12 Makela, 2018.
- 13 Makela, Mannisto, Alho, Lundqvist
& Harkonen, 2018.
- 14 Raitasalo, Tigerstedt & Simonen,
2018.

15 Helldan, Helakorpi, Virtanen, & Uutela, 2013; Valsta, Lundqvist, Kaartinen ym., 2018.

16 Koskinen, Martelin, Borodulin ym., 2018.

17 Kaikkonen, Maki, Hakulinen-Viitanen ym. (toim.), 2012.

18 Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Kaypa hoito -suositus, 2020.

19 Swinburn, Kraak, Allender ym. 2019.

20 Lundqvist, Ma"nnisto", Jousilahti ym., 2018.

21 Lundqvist & Jaaskelainen, 2019.

22 Laatikainen & Maki, 2012.

23 Koskinen & Sainio, 2018; Lyly-Yrjanainen, 2019; Perkio-Makela & Hirvonen, 2013.

24 THL, Sotkanet indikaattorit 4253–4255.

25 THL, Sotkanet indikaattorit 4389–4391.

26 Hameenniemi, Hellsten & Ketvel, 2019; Lundell, Visuri & Luukkonen, 2014.

27 Keratar, Taanila, Jokelainen,

Soukainen & Ala-Mursula, 2016.

28 Lyly-Yrjanainen, 2019.

29 Kauppinen, Mattila-Holappa,

Perkio-Makela ym., 2013.

30 Kela, 2019a.

31 Blomgren, 2020.

32 Elaketurvakeskus & Kela, 2019.

33 Kela, 2019b.

34 Suvisaari, Viertio, Solin &

Partonen, 2018.

35 THL, Sotkanet indikaattori 1285;

Lyly-Yrjanainen, 2019.

36 Kivimaki, David, Pentti ym., 2020;

Pulkki-Raback, Ahola, Elovainio

ym., 2012.

37 Torikka, Kaltiala-Heino, Rimpela

ym., 2014.

90 — Eriarvoisuuden tila Suomessa

38 Hakulinen, Elovainio, Arffman

ym., 2019.

39 Kroger, Pakpahan & Hoffmann,

2015.

40 Adler & Stewart, 2010.

41 Karvonen & Salmi, 2016.

42 Kestila, Rahkonen, Martelin,

Lahti-Koski & Koskinen, 2009;

Remes, Moustgaard, Kestila &

Martikainen, 2018.

43 Glymour Avendano & Kawachi,
2014.

44 Harkonen, Lindberg, Karlsson,
Karlsson & Scheinin, 2018.

45 Netsi, Pearson, Murray ym., 2018.

46 Gilbert, Widom, Browne ym.,
2009.

47 Heim, Newport, Mletzko, Miller &
Nemeroff, 2008.

48 O'Rand, 2009.

49 Power & Hertzman, 1997.

50 Masarik & Conger, 2017.

51 Kubzansky, Seeman & Glymour,
2014.

52 Thompson, 2014.

53 Caspi, Sugden, Moffitt ym., 2003.

54 Raleigh, 2019.

55 Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmaki,
2011.

56 Nikander, Tuominen-Thuesen,
2016.

57 Hiilamo, Kangas, Manderbacka
ym., 2010.

58 Saari, 2019.

59 Vineis, Avendano-Pabon, Barros
ym., 2020; Mackenbach, 2019.

60 Erhola, Jormanainen, Kovasin,

Rissanen & Keskimaki, 2020.

61 OECD/European Observatory on

Health Systems and Policies, 2019.

62 Koivusalo, 2016.

63 Makela, Martikainen & Peltonen,

2017.

64 Ruokolainen, Heloma, Jousilahti

ym. 2019.