

Jukka Murto  
Risto Kaikkonen  
Elisa Kostainen  
Tuija Martelin  
Seppo Koskinen  
Eila Linnanmäki

# Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

*Taitto:* Riitta Nieminen

*Kannen kuva:* Ilpo Okkonen / Studio Ilpo Okkonen Oy

ISBN 978-952-245-141-5 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-142-2 (PDF)

ISSN 1798-0089 (PDF)

Yliopistopaino Oy

Helsinki 2009

# TIIVISTELMÄ

Jukka Murto, Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Tuija Martelin, Seppo Koskinen ja Eila Linnanmäki. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 31/2009. 142 sivua. Helsinki 2009.

ISBN 978-952-245-141-5 (painettu), ISBN 978-952-245-142-2 (pdf)

Tähän raporttiin on koottu tietoa pohjoispohjalaisten terveydestä, terveyskäytäytymisestä, huonon terveyden riskitekijöistä, kuolleisuudesta ja terveyspalveluiden käytöstä sukupuolittain ja koulutusryhmittäin. Pohjois-Pohjanmaan tietoja verrataan Länsi-Suomen ja Lapin lääneihin sekä koko Suomeen. Raportin tiedot pohjautuvat useisiin olemassa oleviin rekisteri- ja kyselytietoihin. Tiedot kattavat parhaiten työikäiset, mutta myös lapsia ja nuoria on tarkasteltu mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi tietoja on täydennetty haastattelemalla pohjoispohjalaisia toimijoita.

Raportissa esitettyjen tulosten mukaan Pohjois-Pohjanmaalla on suuria väestöryhmäeroja terveydessä ja sen taustatekijöissä. Koulutusryhmien väliset erot Pohjois-Pohjanmaalla ovat pääasiassa yhtä suuria kuin vastaavat erot koko Suomessa. Vähemmän koulutettujen pohjoispohjalaisten keskuudessa huono terveys ja toimintakyky ovat yleisempiä kuin korkeammin koulutettujen keskuudessa. Myös terveyttä vaarantavat elintavat sekä huonolle terveydelle altistavat tekijät kuten lihavuus ja korkea verenpaine ovat yleisempiä ja kuolleisuus suurempaa kuin korkeammin koulutetuilla. Lääkärikäynnit ja psykiatriset sairaalahoitajaksot ovat vähän koulutetuilla yleisempiä kuin korkeimmin koulutetuilla. Sen sijaan sepelvaltimokirurgian osalta terveyspalveluiden käytössä on epätasa-arvoista jakautumista tarpeeseen nähden.

Terveyserot näkyvät jo lapsuudessa ja nuoruudessa. Ammattioppilaitoksissa opiskelevat pohjoispohjalaisnuoret elävät epäterveellisemmin ja voivat huonommin kuin lukiolaiset ikätoverinsa. Korkeammin koulutettujen äitien lapset kokevat itsensä terveemmiksi ja heidän elintapansa ovat terveellisemmät kuin vähemmän kouluja käyneiden äitien lapset.

Raporttia varten haastatellut pohjoispohjalaiset toimijat näkivät terveyserojen kaventamisen yhteiskunnallisena asiana, johon voidaan vaikuttaa laajalla sektorirajat ylittävällä yhteistyöllä. Koko pohjoispohjalaisen väestön terveyttä voidaan tehokkaimmin edistää kohdentamalla toimintaa ja palveluja niihin ryhmiin, joihin ongelmat kasautuvat, ja joiden tilanteen parantamisella on suurin vaikutus koko väestön terveyteen. Jatkossa tarvitaan niin julkisen, yksityisen kuin kolmannen sektorin toimijoita ja näiden yhteistyötä kaventamistyön eteenpäin viemiseksi.

Avainsanat: sosiaalinen asema, terveys, eriarvoisuus, Pohjois-Pohjanmaa

# ABSTRACT

Jukka Murto, Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Tuija Martelin, Seppo Koskinen, Eila Linnanmäki. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. [Socioeconomic health inequalities in Northern Ostrobothnia] National Institute for Health and Welfare, Report 31/2009. 142 pages. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-141-5 (printed), ISBN 978-952-245-142-2 (pdf)

This report covers data on health, health behaviour, biological risk factors, mortality and the use of health services in Northern Ostrobothnia by gender and education. Provinces of Lapland and Western Finland as well as the whole country are used as comparison areas. Various existing national register and survey data have been used in the report. Information on the working-aged population is most extensive but also children and adolescents have been covered when possible. Actors in Northern Ostrobothnia have been interviewed to supplement the results.

According to the results of this report there are large population differences in health and its determinants. Educational differences in Northern Ostrobothnia were mainly as large as in the whole country. In Northern Ostrobothnia poor health and work ability are more common among the lower educational groups than higher educational groups. Also risky health behaviour and biological risk factors for poor health such as obesity and high blood pressure are more common and mortality is higher among the lower educational groups. The use of health services and psychiatric hospital admissions were more common among the lower educational groups than the highest educational group. There are, however, differences in the use of coronary artery procedures that do not correspond to the estimated need for care.

Health inequalities appear already in childhood and youth. Those studying in vocational schools have poorer health and health behaviour than their peers in high schools. Children whose mothers have higher education have better self-rated health and healthier lifestyles than those whose mothers are in the lowest educational group.

Actors in Northern Ostrobothnia who were interviewed for this report saw socioeconomic health inequalities as a social issue that can be improved with collaboration over different sectors. Public health in Northern Ostrobothnia will improve most efficiently when actions and services are aimed at the groups where many of the problems accumulate. Improving the conditions of these groups also has the biggest effect on the health of the whole population. In the future, actors in the public, private and third sector as well as co-operation between them are needed in order to strengthen the work to narrow health inequalities.

Keywords: social status, health, inequality, Northern Ostrobothnia

# SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	3
ABSTRACT .....	5
SAATESANAT .....	8
<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Pohjois-Pohjanmaalla .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Pohjois-Pohjanmaan maakunta ja sen väestö .....</b>	<b>13</b>
<b>2 AINEISTOT, MENETELMÄT JA RAPORTOINTIRAKENNE .....</b>	<b>15</b>
2.1 Aikuisväestön terveystietokysely AVTK .....	16
2.2 FINRISKI-tutkimus .....	16
2.3 Kouluterveyskysely .....	17
2.4 Elinolot ja kuolleisuus EKSU .....	17
2.5 Terveyspalveluiden käyttöä koskeva aineisto .....	18
2.6 Tarkasteltavat terveyden ja terveyden eriarvoisuuden osoittimet sekä taustatekijät .....	19
2.7 Tilastolliset menetelmät ja raportointirakenne .....	22
<b>3 SOSIOEKONOMISET EROT TERVEYDESSÄ .....</b>	<b>24</b>
3.1 Koettu terveys .....	24
3.2 Masentuneisuuden kokeminen .....	28
3.3 Liikkumiskyky .....	31
3.4 Pitkäaikaissairastavuus .....	34
3.5 Diabetes .....	36
3.6 Sepelvaltimotauti .....	41
3.7 Selkäkivut ja -sairaudet .....	45
3.8 Sairauspoissaolot .....	47
3.9 Työkyvyttömyyseläkkeet .....	49
<b>4 BIOLOGISET VAARATEKIJÄT .....</b>	<b>53</b>
4.1 Korkea verenpaine ja korkea kolesteroli .....	53
4.2 Lihavuus .....	55
<b>5 SOSIOEKONOMISET EROT KUOLLEISUUDESSA .....</b>	<b>58</b>
5.1 Vastasyntyneen ja 25-vuotiaan elinajanodotteet .....	59
5.2 Menetetyt elinvuodet, kaikki kuolemansyyt .....	61
5.3 Verenkierroelinten sairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet .....	62
5.4 Sepelvaltimotautikuolleisuus .....	64
5.5 Alkoholin vuoksi menetetyt elinvuodet .....	66
5.6 Tapaturmien vuoksi menetetyt elinvuodet .....	68
5.7 Syöpäkuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet .....	70
5.8 Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet .....	71
5.9 Terveystieteiden toimenpiteillä vältettävissä olevat kuolemat .....	73

<b>6</b>	<b>SOSIOEKONOMISIIN TERVEYSEROIHIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....</b>	<b>75</b>
<b>6.1</b>	<b>Työttömyys ja lomautukset .....</b>	<b>75</b>
<b>6.2</b>	<b>Elintavat .....</b>	<b>77</b>
6.2.1	Päivittäinen tupakointi.....	77
6.2.2	Alkoholinkäyttö .....	81
6.2.3	Vihannesten ja hedelmien syöminen .....	87
6.2.4	Vapaa-ajan liikunta.....	90
6.2.5	Hampaiden harjaaminen.....	94
<b>6.3</b>	<b>Terveyspalveluiden käyttö .....</b>	<b>98</b>
6.3.1	Lääkärikäynnit ja hoitojaksot.....	98
6.3.2	Sepelvaltimotoimenpiteet .....	105
<b>7</b>	<b>TERVEYSEROT POHJOISPOHJALAISTEN TOIMIJOIDEN NÄKÖKULMASTA .....</b>	<b>108</b>
<b>8</b>	<b>YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT .....</b>	<b>119</b>
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>136</b>
	<b>LIITE 1 .....</b>	<b>140</b>

## SAATESANAT

Maakunnan hyvinvoinnin kehittäminen pohjautuu Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman toimintamalliin ja alueiden hyvinvointiverkostojen yhteistyöhön. Pohjois-Pohjanmaalla on jo pitkään tehty yhteistyössä eri toimijoiden kanssa terveyden edistämiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn liittyvää kehittämistyötä. Työn taustalla ja keskeisinä haasteina ovat maakunnan väestön suuri sairastavuus sekä alueelliset ja sosioekonomiset terveyserot.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ovat keskeisellä sijalla Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmassa, jonka jalkauttaminen on paraikaa meneillään. Tahtotilan ja tavoitteellisuuden lisäämiseksi keskeiset maakunnalliset toimijat, suuri osa alan järjestöistä ja yhdistyksistä sekä kaikki kunnat Pohjois-Pohjanmaalla ovat hyväksyneet hyvinvointiohjelmatyötä tukevan ja samalla kuntien omaa terveyden edistämistoimintaa ohjaavan Hyvinvointisopimuksen. Hyvinvointisopimuksessa kuntia suositellaan mm. seuraamaan järjestelmällisesti kuntalaisten elintapoja (päähteet, liikunta, ravitsemus) ja kunnan henkilöstön tulisi pyrkiä esimerkillään edistämään terveitä elämäntapoja. Sopimuksen hengessä kuntien on tärkeä seurata myös sosioekonomisista syistä johtuvia terveyseroja ja ryhtyä toimenpiteisiin niiden kaventamiseksi.

Pohjois-Suomen maakuntien välinen yhteistyö terveyden edistämässä on konkreettisella tasolla tapahtuu muun muassa sairaanhoitopiirien erityisvastuualueiden välisenä yhteistyönä, Kaste-ohjelman toimeenpanossa ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamishankkeessa (TEROKA). Pohjois-Pohjanmaan ja TEROKA-hankkeen yhteistyö aloitettiin syksyllä 2007. Yhteistyön keskeisenä tavoitteena on ollut tuottaa luotettavaa aluetasoisia tietoa päätöksenteon tueksi ja kehittää konkreettisia toimintamalleja väestöryhmittäisten terveyserojen kaventamiseksi paikallisella ja alueellisella tasolla.

Terveyden edistämistyössä keskeinen rooli tulee olemaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteyteen perustetulla Terveyden edistämisen yksiköllä. Yksikkö on ensisijaisesti koordinoiva toimija ja varsinainen terveyden edistämiseen liittyvä käytännön työ tehdään lähellä ihmisiä kunnissa, joissa myös asukkaiden ja heidän elinolosuhteisiin liittyvä asiantuntemus on.

Hyvinvoinnin edistäminen edellyttää ennen kaikkea strategisia valintoja ja vahvaa johtamista. Sitoutumisen hyvinvointia edistävään ajatteluun tulee näkyä mm. kuntastrategiaan ja toiminta- ja taloussuunnitelmaan kirjatusta tavoitteista. Kuntastrategia sitouttaa koko kuntajohdon alkaen luottamushenkilöistä. Poliittisten päättäjien on nyt suunnattava ennakkoluulottomasti katse tuleviin vuosiin. Tietoa tulevasta on runsaasti, tiedon tuottajien ja käyttäjien on keskusteltava tiedon käytettävyydestä ja päättäjien on rehellisesti mietittävä, ohjaako tieto päätöksentekoa. Tämä raportti palvelee osaltaan tämän tavoitteen saavuttamista.

**Pauli Harju**

*Maakuntajohtaja*

POHJOIS-POHJANMAAN LIITTO

## Kirjoittajien alkusanat

Tämä raportti tarjoaa tutkittua tietoa alueellisista ja sosioekonomisista terveyseroista päätöksenteon tueksi kuntien ja maakunnan päätöksentekijöille, terveydenedistäjille sekä kaikille terveyden eriarvoisuudesta kiinnostuneille. Tulosten esitystapa on suunniteltu päätöksentekoa ja konkreettisia toimia tukevaksi. Raportilla pyritään tavoittamaan alueelliset päättäjät, toimintamallien kehittäjät ja toimijat. Päättäjät tavoitellaan alun johdanto-osan jälkeen tietokulmilla, kehittäjiä varten on raportissa esiintyvät pylväskuviot ja niiden selitykset. Raporttikokonaisuuden toivotaan toimivan myös käsikirjana terveyserojen kaventamistyötä aloitettaessa. Lisäksi raportti luo pohjaa erilaisille jatkoselvityksille sekä sosioekonomisten terveyserojen seurantajärjestelmän kehittämiselle.

Raportti toteutettiin TEROKA-hankkeen ja Pohjois-Pohjanmaan maakunnan yhteistyönä. TEROKA on Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) ja Työterveyslaitoksen (TTL) yhteishanke, jonka tavoitteena on sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Pohjois-Pohjanmaan lisäksi TEROKAn yhteistyöalueita ovat Kainuun maakunta ja Turun kaupunki. Kainuussa toteutettiin vastaavanlainen terveysroselvitys vuonna 2008.

Pohjois-Pohjanmaan ja TEROKAn välinen yhteistyö aloitettiin vuonna 2007, jolloin terveyserojen kaventamiseen tähtäävään työhön liittyivät Pohjois-Pohjanmaan liiton ja Oulun läänin hallituksen ohella Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus POSKE, Oulun yliopisto, Oulun kaupunki, Kuusamon kaupunki, Raahe, Oulun Eteläisen alue, Oulunkaaren seutukunta sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Raportti on syntynyt lukuisten asiantuntijoiden ja maakunnan päättäjien yhteistyönä. Erityisesti aineistojen hallintaan, suunnitteluun ja analysointiin sekä tulos- ja raportointimallien hahmotteluun on osallistunut suuri joukko asiantuntijoita, jotka ovat työpanoksellaan mahdollistaneet tämän raportin syntymisen. Suuri kiitos palveluiden käyttöä koskevien tulosten tuottamisesta kuuluu Ilmo Keskimäelle, Kristiina Manderbackalle ja Martti Arffmanille Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Kouluterveyskyselyä koskevan aineiston osalta kiitokset Minna Pietikäiselle Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta ja Jukka Jokelalle Jyväskylän yliopistosta. Pekka Martikainen ja Hanna Remes Helsingin yliopiston sosiologian laitokselta toimittivat kuolleisuutta koskevan aineiston ja auttoivat sen analysoinnissa. Aikuisväestön terveyskäyttäytymiskyselyn aineiston toimitti Satu Helakorpi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Tilastomenetelmien asiantuntijana, tilasto-ohjelmoinnissa sekä menetelmien kehittämisessä ovat toimineet Tommi Härkänen (tilastotiede), Esa Virtala (ATK-kehitystyö) ja Timo Koskela (ATK-kehitystyö) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Kiitoksen ansaitsee myös raportin ulkoasusta ja taitosta vastannut Riitta Nieminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Kaikki edellä mainitut asiantuntijat ovat tehneet osuutensa omien toimiensa ohessa, joten



heille kuuluu erityiskiitos pyyteettömästä työpanoksesta. Kiitos myös kaikille haastatetuille pohjoispohjalaisille toimijoille osallistumisesta.

Toivomme, että tämä raportti ja internetistä löytyvät tulospaketit ([www.teroka.fi](http://www.teroka.fi)) herättävät vilkasta keskustelua terveyseroista, niiden kaventamisesta ja vaikuttavat päätöksentekoon.

*Helsingissä 1.9.2009*

***Jukka Murto, Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Tuija Martelin,  
Seppo Koskinen ja Eila Linnanmäki***

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Pohjois-Pohjanmaalla

Suomalaisten terveyden kehitys on ollut varsin suotuisaa. Elinajanodote on sadan viime vuoden aikana kohonnut lähes kaksinkertaiseksi ja alueelliset erot terveydessä ovat kaventuneet. Kuitenkin sosioekonomisten väestöryhmien välillä havaittavat terveys- ja kuolleisuuserot ovat Suomessa edelleen suuria. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. Hyvätuoliset, eniten koulutusta suorittaneet tai ylemmissä toimihenkilöammateissa toimivat ovat terveempiä kuin pienituloiset, pelkän perusasteen koulutuksen saaneet tai työntekijäammateissa toimivat (Palosuo ym. 2007; www.teroka.fi). Esimerkiksi 35-vuotiaan miehen elinajanodotteessa on jopa kuuden vuoden ero työntekijän ja ylemmän toimihenkilön välillä. Naisilla tämä ero on yli kolme vuotta (Valkonen ym. 2007). Kahden viime vuosikymmenen aikana sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserot ovat säilyneet ennallaan ja osin jopa kasvaneet.

Sosioekonomisella asemalla viitataan usein sekä hyvinvoinnin aineellisiin ulottuvuuksiin että aineellisten voimavarojen hankkimiseen tarvittaviin edellytyksiin. Tällaisia aineellisia voimavaroja ovat tulot, omaisuus ja asumistaso. Niiden hankkimisen edellytyksiä ovat puolestaan koulutus, ammatti ja asema työelämässä. Kaikilla näillä sosioekonomisilla tekijöillä on johdonmukainen ja selvä yhteys keskeisiin terveyden osoittimiin ja terveyden riskitekijöihin. Ei ole luonnonlaki, että työntekijämies kuolee kuusi vuotta ylempää toimihenkilöä nuorempana, vaan kysymys on eriarvoisuudesta, johon voidaan vaikuttaa. Tehokkaimpia tapoja parantaa koko väestön terveyden tasoa on väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen siten, että huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveys kohenee nopeimmin ja lähenee paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveyttä. Väestöryhmien välisten sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on Terveys 2015 -kansanterveysohjelman keskeisiä tavoitteita. Vuonna 2008 julkistettiin Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM 2008:16). Terveyserot ovat esillä hallitusohjelmassa sekä monissa keskeisissä kansallisissa ohjelmissa, kuten Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmassa (KASTE). Kansanterveyslaki velvoittaa kuntia seuraamaan väestönsä terveyttä ja sen taustatekijöitä myös väestöryhmittäin, jolloin tarkoitetaan myös sosioekonomisia ryhmiä (Kansanterveyslaki § 14 1a).

Sosioekonomisten terveyserojen taustalla oleviksi tekijöiksi on esitetty mm. lapsuuden aikana koettua köyhyyttä, joka heijastuu myös aikuisuudessa (esim. Kestilä 2008). Myös terveyttä vaarantavien elintapojen on todettu aiheuttavan so-

sioekonomisia terveyseroja. Tupakoinnin on arvioitu selittävän noin kolmasosan ylimmän ja alimman koulutusryhmän välisestä kuolleisuuserosta suomalaisilla miehillä; naisilla vastaava arvio on noin viidennes (Laaksonen ym. 2007). Alkoholin liiallinen käyttö puolestaan aiheuttaa kuolleisuuseroista miehillä arvion mukaan noin neljänneksen ja naisilla noin 9 % (Mäkelä ym. 2002). Myös ruokailutottumukset ja lihavuus vaikuttavat terveyseroihin (esim. Prättälä ja Paalanen 2007). Myös terveyspalveluiden käyttö on jakautunut eriarvoisesti (esim. Manderbacka ym. 2007).

Suomessa on ollut saatavissa tilastotietoa terveyseroista jo monien vuosikymmenien ajan, mutta aluetasosta tietoa ja käytännön toimintaa erojen supistamiseksi on vähän. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Työterveyslaitoksen (TTL) yhteistyöhanke TEROKAn tavoitteena on terveyserojen kaventaminen. TEROKAlla on terveyserojen kaventamisen kuntatyössä kolme alueellista yhteistyökumppania: **Pohjois-Pohjanmaan maakunta, Kainuun maakunta ja Turun kaupunki**. TEROKA tekee yhteistyötä valtionhallinnon toimijoiden kanssa, jotta päätöksentekoon saadaan aluetason tietoa terveyseroista. Lisäksi TEROKA on mukana kehittämässä konkreettisia toimintamalleja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi.

### **Pohjois-Pohjanmaan yhteistyöhanke kuvauksena**

Yhteistyön suunnittelu Pohjois-Pohjanmaalla käynnistettiin vuonna 2007 Oulun lääninhallituksen aloitteesta Kansanterveyslaitoksen (nykyinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL) kanssa. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävään yhteistyöhön liittyivät mukaan Oulun lääninhallituksen lisäksi Pohjois-Pohjanmaan liitto, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus POSKE, Oulun kaupunki, Kuusamon kaupunki, Raahe, Oulun Eteläisen alue, Oulunkaaren seutukunta sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Yhteistyöhanke on saanut STM:n terveyden edistämisen määrärahoitusta vuodesta 2008 alkaen.

### **Yhteistyöhanke tavoitteet**

- Tuottaa alueellista tietoa sosioekonomisten terveyserojen suuruudesta, keskeisistä syistä ja niiden muutoksista
- Ohjata tietoa terveyseroista päätöksenteon tueksi
- Saattaa terveyserojen kaventaminen osaksi kuntien ja alueiden strategioita, jotka ohjaavat terveyserojen kaventamiseen liittyvää päätöksentekoa ja toimintaa
- Kehittää yhdessä alueen toimijoiden kanssa konkreettisia ja paikallisiin olosuhteisiin sopivia toimintamalleja terveyserojen kaventamiseksi

Yhteistyö palvelee myös väestöryhmien välisten terveyserojen kunta- ja aluetasoisien seurantajärjestelmän kehittämistä. Lisäksi hanke tukee Kansallisen terveyserojen toimintaohjelman toimeenpanoa alueilla.

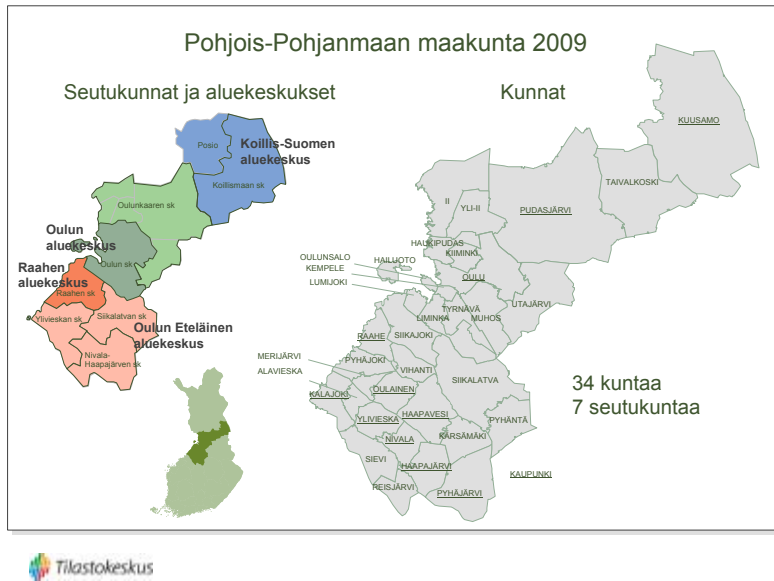
## 1.2 Pohjois-Pohjanmaan maakunta ja sen väestö

Pohjois-Pohjanmaan maakunnan pinta-ala on noin 37 120 km<sup>2</sup> ja se on pinta-alaltaan Suomen toiseksi suurin maakunta. Vuoden 2008 lopussa maakunnassa oli asukkaita 386 144 henkilöä, joista miehiä 194 417 ja naisia 191 727. Maakunnan asukastiheys on 10,5 asukasta neliökilometrillä. Ruotsinkielisten osuus väestöstä vuonna 2008 oli 0,2 %.

Pohjois-Pohjanmaan maakunta koostui vuoden 2009 alussa 34 kunnasta, joita ovat (kaupungit lihavoitu): Alavieska, **Haapajärvi**, **Haapavesi**, Hailuoto, Haukipudas, Ii, **Kalajoki**, Kempele, Kiiminki, **Kuusamo**, Kärsämäki, Liminka, Lumijoki, Merjärvi, Muhos, **Nivala**, **Oulainen**, **Oulu**, Oulunsalo, **Pudasjärvi**, Pyhäjoki, **Pyhäjärvi**, Pyhäntä, **Raahe**, Reisjärvi, Sievi, Siikajoki, Siikalatva, Taivalkoski, Tyrnävä, Utajärvi, Vihanti, Yli-Ii ja **Ylivieska**. Maakunta koostuu Koillismaahan, Nivala-Haapajärven, Oulun, Oulunkaaren, Raahen, Siikalatvan ja Ylivieskan seutukunnista.

Strategisesti tärkeänä toimintamallina on aluekeskusohjelmaan liittyvä ns. 1+3-malli, joka muodostaa maakunnan aluerakenteen perusrungon ja jonka avulla kehitetään Pohjois-Pohjanmaan aluekeskusten verkostomaista yhteistyötä. Pohjois-Pohjanmaan maakuntasuunnitelma 2020 aluekeskusohjelman mukaisia alueita ovat Oulun seutu, Raahen seutu, Oulun Eteläinen ja Koillis-Suomi. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2006, julkaisu A:43b.)

Pohjois-Pohjanmaan maakuntaohjelma 2007–2010 nostaa esiin maakunnan hyvinvoinnin haasteina muun muassa työttömyyden, taloudellisen huoltosuhteen kehityksen ja terveyserojen kasvamisen (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2006, julkaisu A:43b.) Vuonna 2008 Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa työttömien osuus työvoimasta oli 10 %. Eryteisesti nuorisotyöttömyys on Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa ongelma. Lähes viidennes alueen nuorisotyövoimasta on työttömänä. Vuonna 2008 pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli maakunnassa 17,9 %. Toimeentulotukea saaneiden 25–64-vuotiaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuonna 2007 oli 6,1 % ja pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneiden osuus 1,1 %. Toimeentulotukea saaneiden nuorten (18–24-vuotiaat) osuus vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2007 oli 13,5 % ja pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneiden nuorten osuus 1,7 %. ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi))



\* Siikalatvan seutukunta nykyisin Haapaveden-Siikalatvan seutukunta

Lähde: Tilastokeskus: Seutunet

KUVIO 1.2.1. Pohjois-Pohjanmaan maakunta: kunnat, seutukunnat ja aluekeskukset.

Työikäisten (25–64-vuotiaat) osuus Pohjois-Pohjanmaan väestöstä vuonna 2008 oli 52 % ja 65 vuotta täyttäneiden osuus 14 %. Vuonna 2008 maakunnassa oli vanhuuseläkkeen saajia 58 360 henkilöä. Työkyvyttömyyseläkettä saavien 25–64-vuotiaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 10,5 % vuonna 2008. (www.sotkanet.fi.) Huoltosuhde on heikoimmillaan korkean työttömyyden kunnissa. Nuorten suuri osuus työttömistä ja korkea työttömyysaste heikentävät huoltosuhdetta, lisäksi Pohjois-Pohjanmaalla opiskelijoiden osuus työikäisistä on suurempi kuin muualla Suomessa. Pohjois-Pohjanmaan kunnat eroavat toisistaan selvästi muun muassa väestörakenteen ja taloudellisen tilanteen osalta.

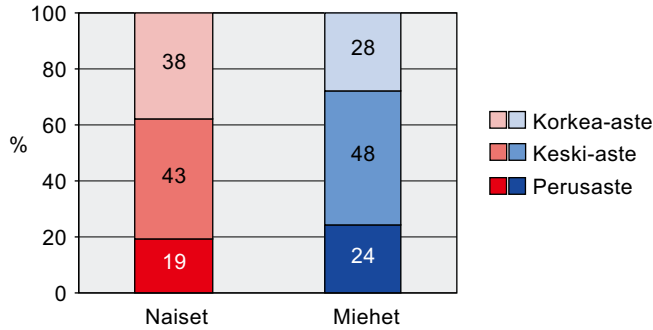
Pohjois-Pohjanmaan Hyvinvointiohjelmassa vuosille 2008–2017 terveyserojen kaventaminen on kirjattu strategiseksi linjaukseksi ja sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen pyritään kytkemään osaksi hyvinvointiohjelman kärkihankkeita. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2008, julkaisu A:47.) Maakunnan kunnat allekirjoittavat hyvinvointisopimuksen ja sitoutuvat sen tavoitteisiin.

## 2 AINEISTOT, MENETELMÄT JA RAPORTOINTIRAKENNE

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) käytössä on monipuolisia aineistoja. TEROKAn yhteistyöverkoston avulla on saatu käyttöön myös muiden organisaatioiden hallinnoimia aineistoja. Jotta saataisiin kattavaa tietoa terveystieteen sosioekonomiseen asemaan liitettyä, on aineistot koottu useista kansallisista rekistereistä ja kyselyistä. Aineistoissa on terveyteen ja sen taustatekijöihin liittyvää tietoa nuorista, työikäisistä sekä vanhemmista ihmisistä. Tässä raportissa käytetään viittä kvantitatiivista ja yhtä kvalitatiivista tutkimusaineistoa:

1. Vuosittainen aikuisväestön terveystietäytymiskysely, AVTK (THL)
2. FINRISKI-tutkimus
3. Kouluterveyskysely (THL)
4. Elinolot ja kuolleisuus EKSU-rekisteriaineisto (Tilastokeskus ja Helsingin yliopiston sosiologian laitos)
5. Terveyspalveluiden käyttöä koskeva REDD-rekisteriaineisto (THL)
6. Haastattelumateriaalit Pohjois-Pohjanmaalta (esitetään omassa luvussaan)

Tässä raportissa terveyttä, elintapoja, toimintakykyä ja kuolleisuutta kuvaavien muuttujien tarkastelussa käytetään väestöryhmien sosioekonomisen aseman luokittelussa koulutusta. Tulokset raportoidaan kolmessa koulutusryhmässä: enintään 9 vuotta koulutusta, 10–12 vuotta koulutusta ja yli 13 vuotta koulutusta. Korkeasteen koulutus tarkoittaa luokittelussa ylioppilastutkinnon tai ammatillisen tutkinnon jälkeistä koulutusta, jolloin henkilön koulutus on yleensä kestänyt vähintään 13 vuotta. Esimerkiksi korkeakoulu- tai yliopistotutkinnon suorittaneiden koulutus on vuosissa mitattuna tavallisesti noin 17 vuotta ja tohtorintutkinnon suorittaneiden useimmiten yli 20 vuotta. Pohjoispohjalaisnaisista 38 % ja miehistä 28 % kuuluu korkeasteen koulutuksen suorittaneiden ryhmään (kuvio 2.1). Kuumalainen keskiasteen koulutusryhmään edellyttää yleensä 10–12 vuoden opiskelua ja tarkoittaa lähinnä toisen asteen ammatillisen koulutuksen suorittamista esim. ammattioppilaitoksessa tai ylioppilastutkintoa ilman ammatillista koulutusta. Pohjoispohjalaismiehistä noin puolet ja -naisista hieman yli 40 % kuuluu keskiasteen koulutusryhmään (kuvio 2.1). Alinta perusasteen koulutusryhmää edustavat henkilöt, jotka ovat yleensä kouluttautuneet enintään 9 vuotta. Tähän ryhmään kuuluvat siten enintään perus-, keski- tai entisen kansakoulun suorittaneet henkilöt. Työikäisistä pohjoispohjalaisnaisista noin 19 % ja miehistä noin 24 % kuuluu tähän alimpaan koulutusryhmään (kuvio 2.1).



Lähde: Tilastokeskus

KUVIO 2.1. Pohjois-Pohjanmaan 25–64-vuotiaiden naisten ja miesten koulutusrakenne.

## 2.1 Aikuisväestön terveyskäyttötymiskysely AVTK

Kansanterveyslaitos on vuodesta 1978 alkaen seurannut postikyselyillä suomalaisväestön terveydentilaa ja sen kehitystä. Seurantaan on vuosittain poimittu suomalaisesta 15–64-vuotiaasta väestöstä edustava 5 000 henkilön satunnaisotos. Koko Suomen kattavan peruskyselyn lisäksi on kerätty myös joitakin erillisotoksia eri alueilta (Helakorpi ym. 1996; 2000; Nummela ym. 1999). Vastausaktiivisuus kyselyyn on ollut keskimäärin 73 %. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on jatkanut tätä tutkimusperinnettä vuonna 2009 toteutetulla AVTK:lla.

Tässä selvityksessä käytetään 25–64-vuotiaan väestön terveyskäyttötymisen yhdistettyä perusaineistoa vuosilta 1996–2005. Aineiston kokonaishavaintomäärä 25–64-vuotiailla on 30 208, joista pohjoispohjalaisia on 1833. Koska aineistoa on yhdistetty usealta vuodelta, mahdollisten vinoumien huomioonottamiseksi ja ennustearvon painottamiseksi nykyhetkeen, aineistoa on analysoitu ns. mallivakioidin avulla.

## 2.2 FINRISKI-tutkimus

Kansallinen FINRISKI-terveystutkimus on Kansanterveyslaitoksen viiden vuoden välein toteuttama väestötutkimus, joka käynnistyi Pohjois-Karjala projektin myötä vuonna 1972. Nykyisellään FINRISKI-tutkimukseen kuuluu viisi aluetta: Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo, Oulun lääni, Helsinki ja Vantaa, Turku ja Loimaa sekä yhdeksän Varsinais-Suomen kuntaa (Laatikainen ym. 2002).

Viimeisimpään vuoden 2007 FINRISKI-tutkimukseen kutsuttiin yhteensä 10 000 iältään 25–74-vuotiaista suomalaista. Tutkimukseen kutsutut henkilöt saivat postitse kutsun henkilökohtaiseen terveystarkastukseen, joka järjestettiin paikallisessa terveyskeskuksessa. Lisäksi valitut henkilöt saivat kutsun mukana kyselylomakkeen, joka tuotiin täytettynä terveystarkastukseen. Osallistumisaktiivisuus on ollut noin 70 % (Peltonen ym. 2008).

Tässä selvityksessä käytetään 25–64-vuotiaiden tietoja vuosilta 1997–2007, joissa Oulun lääni on ollut mukana. Aineiston kokonaishavaintomäärä on 25–64-vuotiailla 26 020, joista pohjoispohjalaisia 2 670. Koska aineistoja on yhdistetty usealta vuodelta, mahdollisten vinoumien huomioonottamiseksi ja ennustearvon painottamiseksi nykyhetkeen, aineistoa on analysoitu ns. mallivakioinnin avulla (ks. [http://www.terveytemme.fi/doc/Terveystemme\\_menetelmat.pdf](http://www.terveytemme.fi/doc/Terveystemme_menetelmat.pdf)).

## 2.3 Kouluterveyskysely

Aiemmin Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Stakes) koordinoima Kouluterveyskysely on toteutettu laajamittaisesti Suomessa jo vuodesta 1996 lähtien ja tätä tutkimusperinnettä jatketaan Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksella vuonna 2009 toteutetulla Kouluterveyskyselyllä.

Kouluterveyskysely on valtakunnallinen kysely, jossa selvitetään mm. opiskelijoiden terveyttä, elintapoja, työoloja ja opiskelukokemuksia. Kysely toteutetaan parillisina vuosina Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänissä sekä Ahvenanmaan maakunnassa. Kouluterveyskysely kerätään opettajan johdolla huhtikuussa yhden kouluoppitunnin aikana. Poikkeuksena tästä on Kainuun siirtyminen parittomien vuosien piiriin vuonna 2003 Oulun läänin kanssa. Lukioiden ensimmäiset vuosikurssit otettiin mukaan vuosista 1999 ja 2000 lähtien. Vuosina 1996–2000 kerättiin tietoja myös ammattioppilaitoksista ja katkolla ollutta toimintaa on uudelleenkäynnistetty vuosien 2007 ja 2008 aikana. Aineiston peruseräkeräily tapahtuu THL:n ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä, ja kunnat sekä koulut saavat käyttöönsä oman alueensa tulokset maksua vastaan.

Tässä raportissa käytetään Kouluterveyskyselyn kokonaisaineistoa peruskoululaisilta ja lukiolaisilta vuosilta 1996–2008. Ammattioppilaitosopiskelijoiden aineistona käytetään vuosien 2007–2008 aineistoa. Pohjois-Pohjanmaan maakunnan aineiston muodostaa 9 493 peruskoulun 8.–9.-luokkalaista, 3 700 lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijaa sekä 2 499 ammattioppilaitoksissa opiskelevaa

## 2.4 Elinolot ja kuolleisuus EKSU

Elinoloja, kuolleisuutta ja kuolinsyitä kuvaavat Elinolot ja kuolleisuus -aineistot (EKSU) on muodostettu yhdistämällä tietoja Tilastokeskuksen väestölaskennan ja työssäkäyntitilaston pitkittäisaineistoista, kuolemantapauksista ja kuolemansyistä. Aineistonhallintaan osallistuu Tilastokeskuksen lisäksi Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen väestötutkimusyksikkö. Tässä selvityksessä käytettävä EKSU-aineisto perustuu työssäkäyntitilaston pitkittäisaineistoon. Itse työssäkäynnin pitkittäisaineisto on muodostettu työssäkäyntitilaston yksilöaineistoista vuosilta 1987–2003. Aineisto sisältää taustatietoja mm. henkilön työllisyydestä, koulutuksesta, perheestä ja asumisesta. Aineisto on pidetty sisällöltään samana vuodesta



1987 lähtien, joten tietoja voidaan hyödyntää myös yksityiskohtaisissa analyyseissä ja aikasarjatarkasteluissa.

Tämän selvityksen aineisto on muodostettu siten, että lähtöaineistona on työsäkäyntitilaston pitkittäisaineisto vuodesta 1987 alkaen, ja siihen on liitetty tiedot kuolemansyistä vuoteen 2005 saakka. Tästä yksilötasoisesta pitkittäisaineistosta on poimittu 11 % otos, vähennetty lähtöaineiston kaikista kuolleista ne kuolleet, jotka sisältyvät tähän 11 % otokseen ja poimittu lähtöaineiston jäljelle jäävistä kuolleista otos siten, että kaikista vuosien 1988–2005 kuolleista saadaan mukaan 80 %. Tässä raportissa tarkastellaan 25–80-vuotiaiden kuolleisuutta. Aineiston rakenne otetaan analysoinnissa huomioon käyttämällä Tilastokeskuksessa laadittuja painokertoimia. Henkilöitä tässä aineistossa on yhteensä 1 070 176, joista pohjoispohjalaisia 82 320.

Tuloksissa esitetään vastasyntyneen sekä 25-vuotiaiden elinajanodote, joka on tietynä aikana syntyneiden henkilöiden eli ns. syntymäkohortin kokonaiselin-aika jaettuna näiden henkilöiden määrällä. Vastaavalla tavalla saadaan keskimäärin jäljellä oleva elin-aika muun ikäisille laskemalla ikärajan saavuttaneiden yksilöiden jäljellä oleva kokonaiselin-aika ja jakamalla se näiden henkilöiden määrällä. Käytännössä elinajan odote lasketaan yleisimmin periodilukuna jonkin ajanjakson ikäryhmittäisen kuolleisuuden perusteella. Tällöin luku ilmoittaa sen keskimääräisen elinajan pituuden, joka tietynikäisillä henkilöillä olisi odotettavissa, jos heidän kuolleisuutensa kussakin iässä olisi sama kuin ao. ikäryhmään kuuluneilla henkilöillä on ollut laskelman pohjana olevalla jaksolla. (Koskinen ym. 2007; Sihvonen & Pitkänen 2003; ).

Lisäksi kuolleisuutta esitetään raportissa PYLL-indeksin (Potential Years Life Lost) avulla (esim. Vohlonen ym. 2007). PYLL on kansainvälisesti laajalti käytetty hyvinvoinnin mittari. PYLL kuvaa tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Se korostaa nuorella iällä tapahtuvien kuolemantapausten merkitystä. Laskettaessa PYLL-tunnusluku ikävälille 25–80 vuotta, esim. 25-vuotiaana kuolleen arvioidaan menettäneen 55 elinvuotta, kun taas 79-vuotiaana kuollut on menettänyt vain yhden vuoden ja yli 80-vuotiaana kuolleet eivät menetä yhtään elinvuotta. Esimerkissä ei huomioida alle 25-vuotiaana kuolleiden menetettyjä elinvuosia. Koulutusryhmiä tarkasteltaessa on mielekästä käyttää yli 20-vuotiaiden ikäryhmiä, jolloin koulutusaste on selvä. ([http://www.terveytemme.fi/doc/Terveys\\_ennusteet.pdf](http://www.terveytemme.fi/doc/Terveys_ennusteet.pdf)).

## 2.5 Terveyspalveluiden käyttöä koskeva aineisto

Stakes käynnisti vuonna 2003 ”Alueellinen ja sosiaalinen eriytyminen vai sosioekonomiset erot: Miksi terveyspalveluiden saatavuus ja käyttö on eriarvoista?” (REDD) -tutkimushankkeen. Useita jo olemassa olevia rekistereitä yhdistettiin yhdeksi hyvin kattavaksi terveyspalveluiden käyttöä koskevaksi tutkimusaineistoksi ja aineiston hyödyntäminen aloitettiin vuonna 2005. (Kajantie ym. 2006.) Aineisto

on muodostettu yhdistelemällä tietoja Stakesin hoitoilmoitusrekisteri HILMOsta, Stakesin tutkimusaineistoista, sairaalahoidon benchmarking-tietokannasta, Diabetesliiton, Stakesin ja KELAn diabetes-tietokannasta, Tilastokeskuksen väestöläsennoista, työssäkäyntitilastoista ja kuolinsyytilastoista, KELAn erityiskorvausoi-  
keusrekistereistä, sairaus- ja ennenaikaiselle eläkkeelle jääneiden tietoja käsittävistä rekistereistä, ja Eläketurvakeskuksen eläketiedoista. Lisäksi hankkeessa on muodostettu Helsinkiä koskeva erillisaineisto, joka sisältää myös Helsingin kaupungin rekisteritietoja palveluiden käytöstä. (Kajantie ym. 2006; <http://groups.stakes.fi/VOT/FI/hankkeet/REDD.htm>.)

Tässä selvityksessä käytettävä ns. REDD-aineisto on yksilötasoinen aineisto, jossa on rekistereistä saatavia sosiodemografisia tietoja, tietoja rinnakkaisairauksista, lääkkeiden käytöstä, terveyspalveluiden käytöstä, kuolinsyytiä sekä eläkeisiin liittyviä tietoja suomalaisesta väestöstä.

## 2.6 Tarkasteltavat terveyden ja terveyden eriarvoisuuden osoittimet sekä taustatekijät

Tässä raportissa kuvataan sosioekonomisia terveyseroja ja niihin vaikuttavia tekijöitä koko Suomessa, Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa sekä Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä. Raportissa kartoitetaan laajalti käytettävissä olevia terveyden, terveyserojen ja niiden taustatekijöiden osoittimia. Raportti palvelee sekä Pohjois-Pohjanmaata että valtakunnallisen terveyserojen seurantarjestelmän kehittämistyötä. Väestöryhmien välisiä sosioekonomisia eroja tarkastellaan koulutuksen mukaan, ja koulutus luokitellaan aineistojen sallimilla tavoilla mahdollisimman yhdenmukaisesti. Koulutus on valittu sosioekonomisen aseman osoittimeksi, koska kaikki tarkasteltavat aineistot sisältävät tietoja koulutuksesta. Näin raporttia on helpompi seurata, vaikka aineistoja on useita.

Aikuisväestön terveyskäyttämiskyselyn (AVTK) sekä FINRISKI-tutkimuksen koulutusluokitus perustuu henkilön itsensä ilmoittamiin koulutusvuosiin. Toisen asteen opiskelijoita koskevissa kouluterveyskyselyn analyyseissa on käytetty tietoa nuoren omasta koulutuksesta eli oppilaitostyypistä. Peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisiin kohdistuneissa analyyseissa oppilaan sosioekonomista asemaa kuvaa vanhempien korkein koulutus. Elinolot ja kuolleisuus- sekä terveyspalveluita koskevassa REDD-aineistoissa käytetään Tilastokeskuksen suoritetuihin tutkintoihin perustuvaa luokitusta. Luokitusta pyritään kuvaamaan kootusti koulutusvuosiin ja koulutustasoon perustuen:

### **1. Aikuisväestön terveyskäyttämiskysely AVTK, koulutusvuodet**

- Yhteensä 0–9 vuotta koulutusta (perusasteen koulutus)
- Yhteensä 10–12 vuotta koulutusta (keskiasteen koulutus)
- Yhteensä vähintään 13 vuotta koulutusta (korkea-asteen koulutus)

### **2. FINRISKI-tutkimus, koulutustertiilit**

Ikäryhmittäiset koulutustertiilit, joissa henkilöt jaetaan ikäryhmittäin koulutuksen mukaan kolmeen tasakokoiseen koulutusryhmään

- Koulutus matala, alempi koulutustertiili
- Koulutus keskitaso, keskimäinen koulutustertiili
- Koulutus korkea, ylempi koulutustertiili

### **3. Kouluterveyskysely, oppilaitostyyppi ja äidin korkein koulutus**

- Oppilaitostyyppin mukaan
  - a. Lukio-opiskelijat
  - b. Ammattioppilaitosopiskelijat
- Vanhempien korkeimman koulutuksen mukaan
  - a. Peruskoulu (yhteensä enintään n. 9 vuotta koulutusta)
  - b. Peruskoulu + ammatillisia opintoja (yhteensä n. 10–12 vuotta koulutusta)
  - c. Peruskoulu + lukio ja muita opintoja (yhteensä vähintään 13 vuotta koulutusta)

### **4. Kuolleisuusaineisto EKSU, Tilastokeskuksen koulutusluokitus, tutkinto-perusteinen**

- Koulutus matala, perusasteen tutkinto (yhteensä enintään n. 9 vuotta koulutusta),
- Koulutus korkea, keskiasteen tutkinto (yhteensä n. 10–12 vuotta koulutusta), korkea-asteen tutkinto (yhteensä vähintään 13 vuotta koulutusta)

### **5. Palveluiden käyttöä koskeva REDD, Tilastokeskuksen koulutusluokitus, tutkintoperusteinen**

- Perusasteen tutkinto (yhteensä enintään n. 9 vuotta koulutusta)
- Keskiasteen tutkinto (yhteensä n. 10–12 vuotta koulutusta)
- Korkea-asteen tutkinto (yhteensä vähintään 13 vuotta koulutusta)

Raportissa käytettävät osoittimet esitetään taulukossa 2.6.1.

Taulukko 2.6.1. Terveyden eriarvoisuuden ja sen taustatekijöiden osoittimet.

OSOITIN	AINEISTO:				
	AVTK <sup>1</sup>	Koulu- terveys <sup>2</sup>	EKSY <sup>3</sup>	REDD <sup>4</sup>	FINRISKI <sup>5</sup>
<b>TERVEYDENTILA</b>					
Koettu terveys	X	X			
Pitkäaikaissairastavuus	X				
Sairauspoissaolot	X				
Työkyvyttömyyseläke	X				
Diabetes	X				
Diabeteksen erityiskorvausoikeus				X	
Diabeteslääkeostot				X	
Sepelvaltimotaudin erityiskorvausoikeudet				X	
Sydäninfarktin ilmaantuvuus				X	
Liikkumiskyky	X				
Masentuneisuus	X		X		
Selkävivot ja -sairaudet	X				
<b>BIOLOGISET VAARATEKIJÄT</b>					
Korkea verenpaine					X
Korkea kolesteroli					X
Lihavuus	X				
<b>KUOLLEISUUS</b>					
Elinajanodote			X		
Kaikki kuolemansyyt			X		
Verenkiertoelinten sairaudet			X		
Alkoholikuolemat			X		
Tapaturmat			X		
Itsemurhat			X		
Vältettävissä olevat kuolemat			X		
<b>TYÖTTÖMYYS JA LOMAUTUKSET</b>	X				
<b>ELINTAVAT</b>					
Päivittäinen tupakointi	X	X			
Alkoholin käyttö	X	X			
Vihannesten ja hedelmien syöminen	X	X			
Vapaa-ajan liikunta	X	X			
Hampaiden harjaaminen	X	X			
<b>TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ</b>					
Lääkärikäynnit				X	
Sepelvaltimokirurgia				X	
Psykiatriset sairaalahoitojakso				X	
Psykiatriset sairaalahoitojakso psykiatrian erikoisalalla				X	

1) Aikuisväestön terveyskäyttätymiskysely (AVTK)

2) Kouluterveyskysely

3) Elinolot ja kuolleisuus -aineisto

4) Terveyspalveluiden käyttöä kuvaava REDD-rekisteriaineisto

5) FINRISKI

## 2.7 Tilastolliset menetelmät ja raportointirakenne

Kaikkia seuraavaksi esiteltäviä termejä ja menetelmiä yhdistää tapaus, tarkastelujoukko (riskiväestö) ja aika. Tarkastelemme tapauksia suhteessa tarkastelujoukkoomme (esim. väestöön tai sen osaryhmiin) tietyllä aikaa sidotulla määreellä, kuten vuosina 1996–2005 tai periodeilla 1987–1994 ja 1995–2005.

Koulutusryhmittäisiä eroja terveydessä ja terveyteen vaikuttavissa tekijöissä kuvataan pääasiassa ikävakioidujen osuuksien tai ilmaantuvuuslukujen avulla. Kaikille tuloksille, lukuun ottamatta Kouluterveyskyselyä, esitetään 95 % *luottamusväliä*, jotka kertovat sattuman vaikutuksesta tuloksiin. Kouluterveyskyselyssä ei luottamusvälejä tarvita, koska aineiston voidaan olettaa kattavan kaikki kyseisen luokka-asteen koululaiset eli kuvastavan *kokonaisaineistoa*. Pohjois-Pohjanmaan maakunnan tulosten lisäksi esitetään myös koko Suomea sekä Lapin ja Länsi-Suomen läänejä koskevat tulokset.

Tässä raportissa esitettävät tilastolliset analyysit suoritettiin AVTK-aineistossa SAS-ohjelman versiolla 9.1, ja mallivakioidinnissa käytettiin SAS-ohjelmassa mallivakiointimakroa, jota Esa Virtala ja Tommi Härkönen ovat muokanneet.

Kouluterveyskyselyaineistojen analyysit suoritettiin SPSS-ohjelman versiolla 14.0.

Tässä raportissa tarkastellaan pohjoispohjalaisten terveyteen, terveyskäyttäytymiseen, riskitekijöihin, kuolleisuuteen ja terveystalouteen liittyviä tunnuslukuja sekä niiden taustatekijöitä sukupuolittain ja koulutusryhmittäin. Pohjois-Pohjanmaan tuloksia verrataan Lapin ja Länsi-Suomen lääneihin sekä koko Suomeen. Aikuisikäisistä on tarkasteltu lähinnä 25–64-vuotiaita. Palveluiden käytön ja kuolleisuuden osalta tarkastelu kattaa 25–74- tai 25–80-vuotiaat. Aikuisväestöä kuvaavina aineistoina on käytetty Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimusta (AVTK), terveystalouden käyttöä kuvaavaa REDD-aineistoa sekä kuolleisuutta tarkasteltaessa Elinolot ja kuolleisuus (EKSY)-aineistoa. Peruskoulun 8.–9.-luokkalaisia ja toisen asteen koulutuksessa ammattioppilaitoksissa ja lukioissa opiskelevia koskevat tulokset perustuvat Kouluterveyskyselyyn.

Raportointirakenne noudattaa seuraavanlaista kaavaa: ensin esitetään yleinen tilanne Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa ja vertailualueilla. Tämän jälkeen tilanne kuvataan kolmessa koulutusryhmässä (enintään 9 vuotta, 10–12 vuotta, vähintään 13 vuotta opiskelleet) Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa. Tämän jälkeen ilmiön yleisyyttä kuvataan väestöpohjaan suhteutettuna kahdessa koulutusryhmässä (enintään 12 vuotta ja vähintään 13 vuotta opiskelleet). Pohjoispohjalaisnuorten tulokset esitetään peruskoulun 8.–9.-luokkalaisilla äidin korkeimman koulutuksen mukaan. Toisen asteen opiskelijoita tarkastellaan oppilaitostyyppin mukaan, eli opiskelijat jaetaan ammattioppilaitoksissa ja lukiossa opiskeleviin. Jokaisen jakson lopussa on tulokset kokoava tietokulma. Samaa rakennetta noudatetaan jokaisen tarkasteltavan ilmiön raportoinnissa. Lisäksi samaa ilmiötä tarkastellaan eri näkökulmista. Esimerkiksi verenkiertoelinten sairauksien kohdalla tarkastellaan sy-

däninfarktien ilmaantuvuutta, sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuksia sekä kuolleisuutta verenkiertoelinten sairauksiin.

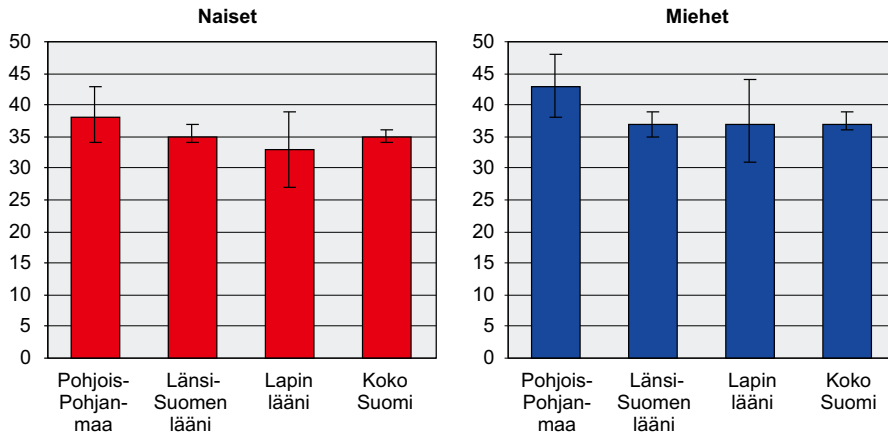
## 3 SOSIOEKONOMISET EROT TERVEYDESSÄ

### 3.1 Koettu terveys

Työikäisen väestön koettua terveyttä tarkasteltiin aikuisväestön terveyskyselyn (AVTK) avulla. Kysymyksessä ”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä” vastausvaihtoehtoina olivat: hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono. Tuloksissa esitetään terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuuksia.

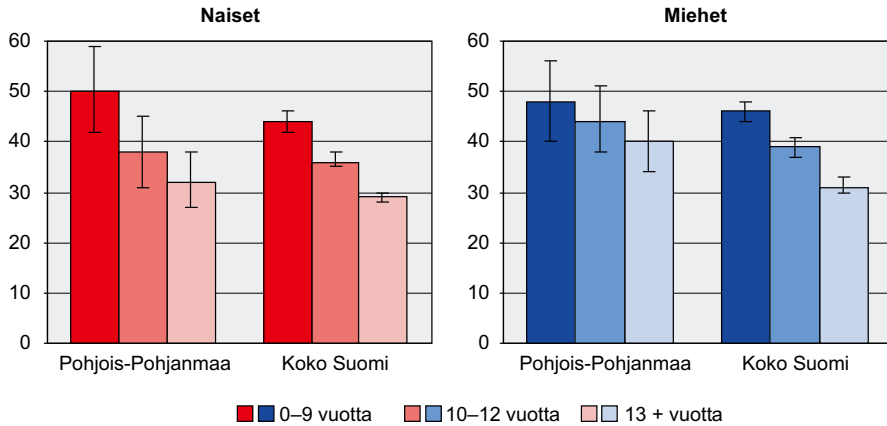
Nuorten koettua terveyttä tarkastellaan Kouluterveyskyselyn tietojen avulla. Kyselyssä tiedusteltiin vastaajan kokemusta terveydentilastaan, ja vastausvaihtoehtoina olivat: erittäin hyvä, melko hyvä, keskinkertainen ja melko tai erittäin huono. Pohjoispohjalaisten nuorten koettua terveyttä tarkastellaan terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuutena sukupuolittain, ammattioppilaitoksissa opiskelevien ja lukiolaisten osalta oppilaitostyyppin mukaan ja peruskoulun 8.–9. luokalla opiskelevilla äidin korkeimman koulutuksen mukaan.

#### Työikäiset



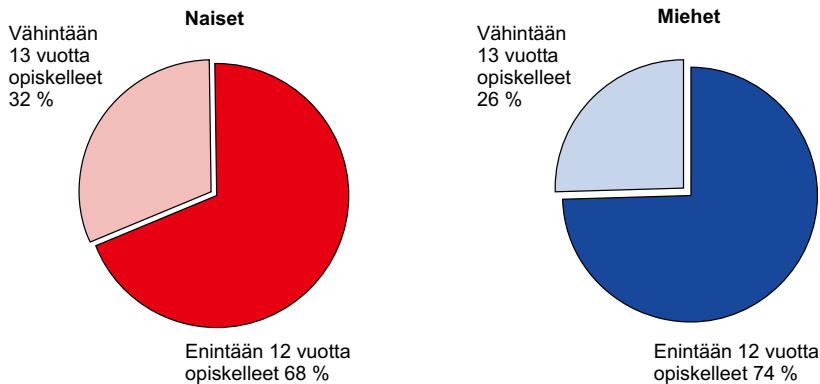
KUVIO 3.1.1. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioidu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

Pohjoispohjalaisista naisista 38 % ja -miehistä 43 % kokee terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi (kuvio 3.1.1). Tilanne Pohjois-Pohjanmaalla on huonompi kuin koko Suomessa keskimäärin. Miehet kokevat hieman naisia yleisemmin terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi.



KUVIO 3.1.2. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakiointu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Joka toinen enintään 9 vuotta opiskelleista pohjoispohjalaisnaisista kokee terveytensä enintään keskitasoiseksi, kun vähintään 13 vuotta opiskelleista joka kolmas kokee samoin. Enintään 9 vuotta kouluttautuneista pohjoispohjalaismiehistä 48 % kokee terveytensä enintään keskitasoiseksi, kun vähintään 13 vuotta kouluttautuneista 40 % kokee samoin. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot ovat naisilla hieman suuremmat ja miehillä pienemmät kuin vastaavat erot koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 3.2.1.)

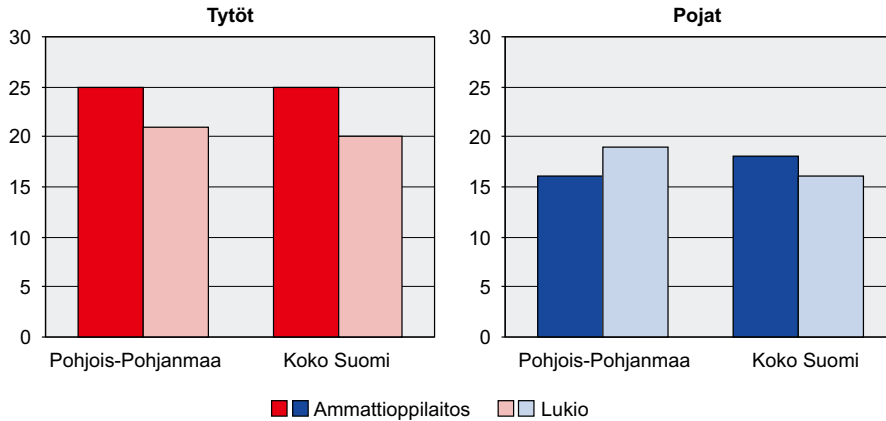


KUVIO 3.1.3. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevat koulutusryhmittäin.



Pohjois-Pohjanmaalla on 93 200 työkäistä naista, joista 35 400 kokee terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Työkäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla on 99 600 ja heistä terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi kokee 43 600. Terveydentilan kokeminen keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi on alemmissa koulutusryhmissä yleisempää kuin korkeimmin koulutetuilla. Valtaosa kaikista terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi kokevista pohjoispohjalaisista on käynyt koulua enintään 12 vuotta. (Kuvio 3.1.3.)

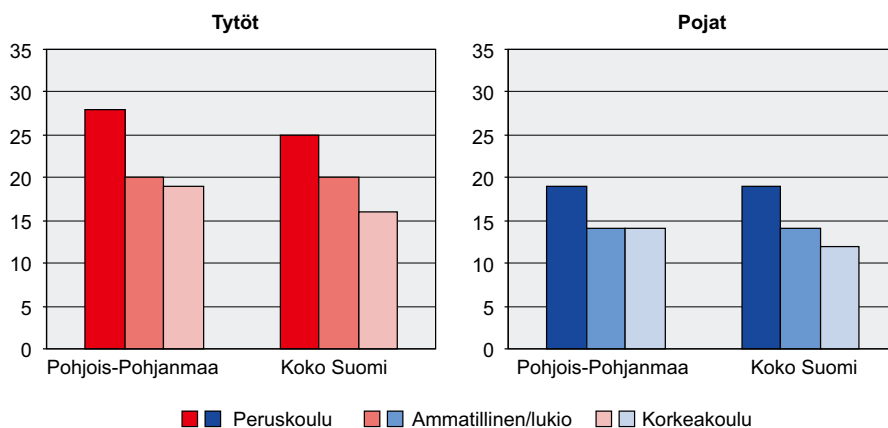
## Nuoret



KUVIO 3.1.4. Terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla vuosina 2007–2008.

Pohjois-Pohjanmaalla ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevista tytöistä noin joka neljäs ja pojista noin joka kuudes kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi. Ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevat tytöt kokevat terveytensä hieman huonommaksi kuin lukiolaistytöt. Sen sijaan ammattioppilaitoksessa opiskelevat pohjoispohjalaispojat kokevat terveytensä hieman paremmaksi kuin lukiolaispojat. Pohjois-Pohjanmaan tilanne vastaa tyttöjen osalta koko Suomen keskiarvoa. Pohjoispohjalaiset lukiolaispojat kokevat terveytensä hieman paremmaksi ja ammattioppilaitoksissa opiskelevat hieman heikommaksi kuin koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 3.1.4.)

Peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisten terveydessä on havaittavissa eroja äidin koulutuksen mukaan. Pelkän peruskoulun suorittaneiden pohjoispohjalaisäitien lapsista joka neljäs kokee terveytensä korkeintaan keskinkertaiseksi. Peruskoulua pidemmälle kouluttautuneiden pohjoispohjalaisäitien lapsista joka viides kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi. (Kuvio 3.1.5.)



KUVIO 3.1.5. Terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisista äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla vuosina 2007–2008.

#### TIETOKULMA: Koettu terveys Pohjois-Pohjanmaalla

##### Työikäiset

- Pohjoispohjalaisien koettu terveys on huonompi kuin vertailualueilla ja koko Suomessa keskimäärin.
  - Pohjoispohjalaisnaisista 38 % ja -miehistä 43 % kokee terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi.
- Mitä vähemmän koulutusta sitä huonommaksi terveys koetaan:
  - Vähiten opiskelleista naisista terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokee joka toinen, kun ylimmässä koulutusryhmässä joka kolmas kokee samoin.
  - Vähiten opiskelleista miehistä 48 % kokee terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi, kun ylimmässä koulutusryhmässä 40 % kokee samoin.

##### Nuoret

- Pohjoispohjalaisista ammattioppilaitoksessa opiskelevista tytöistä noin joka neljäs ja pojista noin joka kuudes kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi.
- Pohjoispohjalaiset lukiolaistytöt kokevat terveytensä hieman paremmaksi kuin ammattioppilaitoksessa opiskelevat tytöt. Sen sijaan ammattioppilaitoksessa opiskelevat pojat kokevat terveytensä hieman paremmaksi kuin lukiolaispojat.
- Pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien lapset kokevat terveytensä huonommaksi kuin kouluttautuneempien äitien lapset.

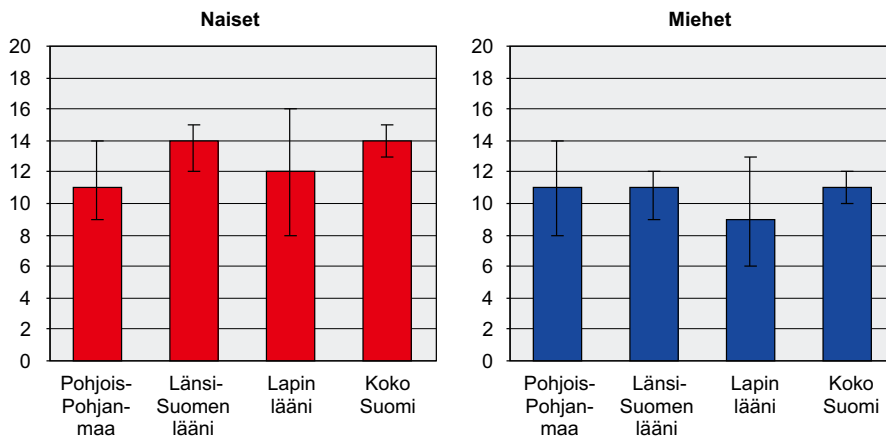
## 3.2 Masentuneisuuden kokeminen

Työikäisten masennusta tarkasteltiin aikuisväestön terveystyökalukyselyn (AVTK) kysymyksellä ”Onko teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?”. Yhtenä vastausvaihtoehtona esitettiin ’masentuneisuutta’. On syytä huomata, että tämä tarkastelu kattaa ainoastaan masentuneisuuden kokemisen viimeisen 30 päivän aikana, ei sen seurauksia, kuten psykiatrisia hoitojaksoja, joita käsitellään erikseen.

Nuorten masennusoireilua selvitettiin Kouluterveyskyselyn avulla. Kyselylomakkeessa on erikseen osio ”Mieliala”, jossa käytetään Beckin depressiomittarin kysymyksiä. Mittariin kuuluvat kysymykset käsittelevät mielialaa, tulevaisuuteen suhtautumista, elämän sujumista, näkemyksiä itsestä, sosiaalisia tilanteita, päätöksen tekemistä, pettymyksen tunteita, väsymystä ja uupumusta, nukkumista ja ruokahalua. Mittarissa määriteltyjen pistemäärien mukaisesti tarkasteluun otettiin mukaan keskivaikeasta ja vaikeasta masennuksesta oireilevat.

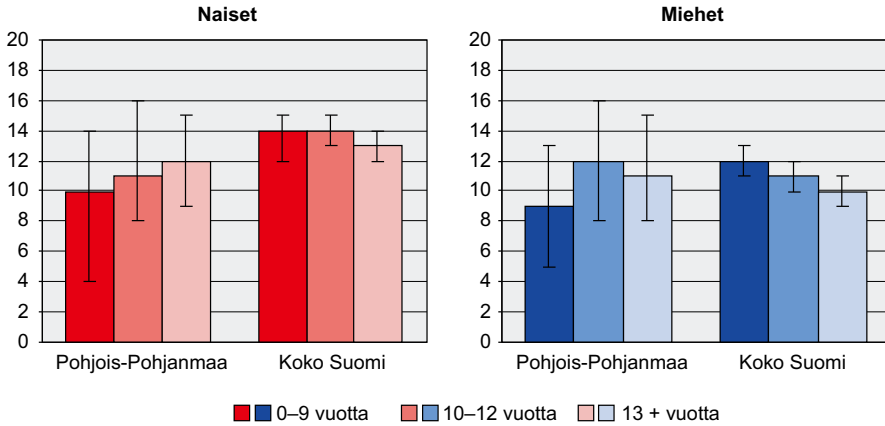
Toisen asteen oppilaitoksissa opiskeleville esitetään tulokset oppilaitostyyppin mukaan. Nuorten tulokset esitetään Pohjois-Pohjanmaan peruskouluissa opiskeleville 8.–9.-luokkalaisille äidin koulutuksen mukaan.

### Työikäiset



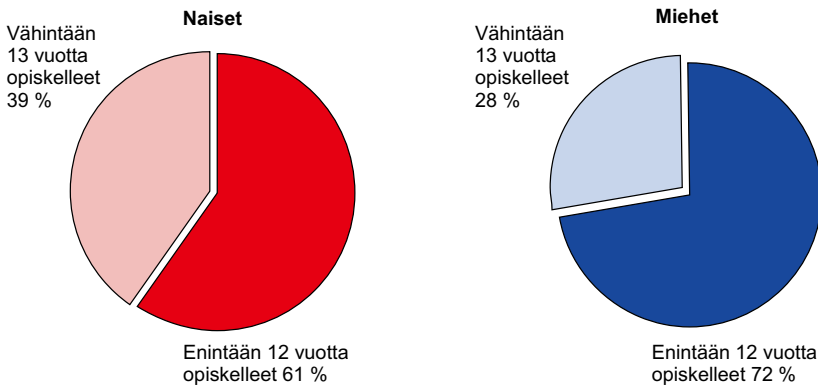
KUVIO 3.2.1. Itsensä masentuneiksi viimeisen 30 pv. aikana kokeneiden ikävakioidu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

Suomalaisnaisista 14 % ja miehistä 11 % kokee itsensä masentuneeksi (kuvio 3.2.1). Pohjoispohjalaisilla masennuksen kokeminen on naisilla hieman vähäisempää ja miehillä yhtä yleistä kuin koko Suomessa keskimäärin. Työikäisistä pohjoispohjalaisista hieman yli 10 % kokee itsensä masentuneeksi. Vertailualueilla ja koko maassa masennuksen kokeminen on naisilla hieman yleisempää kuin miehillä.



KUVIO 3.2.2. Itsensä masentuneeksi viimeisen 30 pv. aikana kokeneiden ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

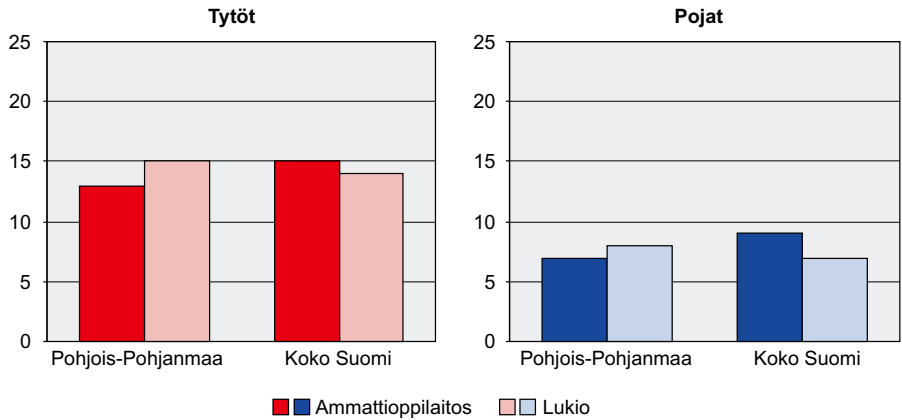
Korkeammin koulutetut pohjoispohjalaiset kokevat vähiten koulutettuja yleisemmin itsensä masentuneeksi, joskin erot koulutusryhmien välillä ovat melko pieniä. Koko Suomessa masentuneisuuden kokemukset ovat vähemmän koulua käyneillä hieman yleisempiä kuin korkeammin koulutetuilla. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot masentuneisuuden kokemisessa ovat hieman suuremmat kuin vastaavat erot koko Suomessa. (Kuvio 3.2.2.)



KUVIO 3.2.3. Masentuneisuutta kokeneet pohjoispohjalaiset koulutusryhmittäin.

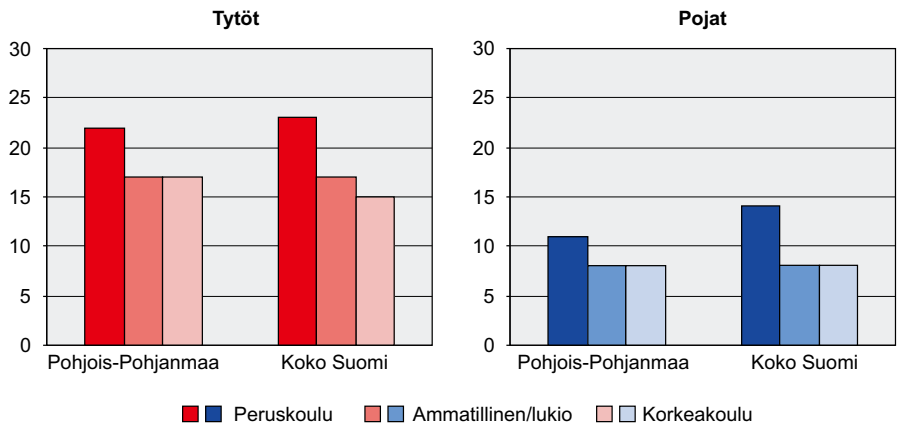
Pohjois-Pohjanmaalla on 93 200 työkäistä naista, joista noin 10 800 kokee itsensä masentuneeksi. Työkäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla on 99 600, joista noin 10 500 kokee itsensä masentuneeksi. Kaikista itsensä masentuneeksi kokevista pohjoispohjalaisista enintään 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 61 % ja miehillä 72 %. Vähintään 13 vuotta opiskelleiden vastaavat osuudet ovat naisilla 39 % ja miehillä 28 %. (Kuvio 3.2.3.)

**Nuoret**



KUVIO 3.2.4. Keskivaikean tai vaikean masennuksen yleisyys (%) oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

Ammattioppilaitoksissa opiskelevilla suomalaisnuorilla oireilu keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta on hieman yleisempää kuin lukiolaisilla (kuvio 3.2.4). Suomalaisista lukiolaistytöistä noin 14 % ja -pojista noin 7 % oireilee keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta. Vastaavasti ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä noin 15 % ja pojista noin 9 % oireilee masennuksesta. Pohjoispohjalaisilla nuorilla masennusoireilu on lukiolaisilla hieman yleisempää kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevilla. Lukiolaistytöistä noin 15 % ja -pojista noin 8 % oireilee masennuksesta, kun taas ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä oireilee 13 % ja pojista 7 %. Oppilaitostyyppien väliset erot ovat kuitenkin varsin pieniä.



KUVIO 3.2.5. Keskivaikean tai vaikean masennuksen yleisyys (%) peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisilla äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

Pelkän peruskoulun käyneiden äitien lapsilla keskivaikkea tai vaikea masennusoireilu on yleisempää kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla (kuvio 3.2.5). Pelkän peruskoulun suorittaneiden pohjoispohjalaisäitien tyttäristä 22 % ja pojista 11 % oireilee masennuksesta. Korkeammin koulutettujen äitien tyttäristä 17 % ja pojista 8 % kärsii masennuksesta.

### **TIETOKULMA: Masentuneisuuden kokeminen Pohjois-Pohjanmaalla**

#### **Työikäiset**

- Noin 10 % työikäisistä pohjoispohjalaisista kokee itsensä masentuneeksi.
- Pohjois-Pohjanmaalla masentuneisuuden kokeminen on naisilla hieman vähäisempää kuin vertailualueilla ja koko Suomessa, miehillä yhtä yleistä kuin koko maassa.
- Koulutusryhmien väliset erot ovat melko pieniä, mutta korkeammin koulutetuilla pohjoispohjalaisilla masennuksen kokeminen on hieman yleisempää kuin vähiten koulutetuilla. Koko Suomen tasolla masennuksen kokeminen on sitä yleisempää mitä vähemmän henkilö on suorittanut koulutusta.
- Enintään 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus kaikista itsensä masentuneeksi kokevista pohjoispohjalaisista on naisilla 61 % ja miehillä 72 %.

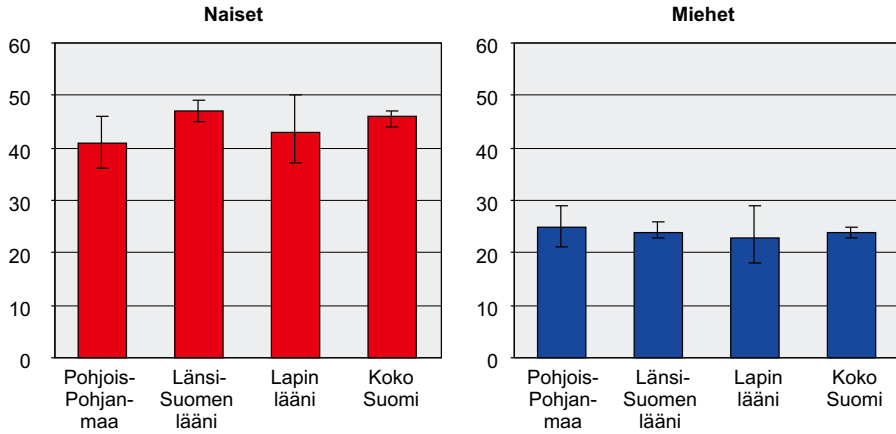
#### **Nuoret**

- Nuorten keskivaikkea tai vaikeaa masennusoireilua tarkasteltiin Kouluterveyskyselyssä esitettyillä depressiokysymyksillä.
- Pohjois-Pohjanmaan lukiolaistyöistä noin 15 % ja -pojista noin 8 % oireilee keskivaikkeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta. Ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä noin 13 % ja pojista noin 7 % oireilee masentuneisuudesta.
- Äidin koulutuksella on yhteys peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisten masentuneisuuteen:
  - Pelkän peruskoulun käyneiden äitien lapsilla masentuneisuusoireilu on yleisempää kuin korkeammin kouluttautuneiden äitien lapsilla.

## **3.3 Liikkumiskyky**

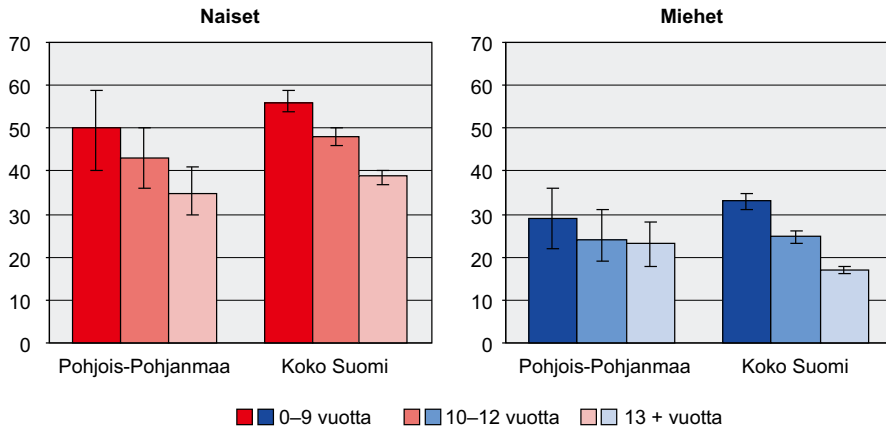
Liikkumiskykyä tarkasteltiin aikuisväestön terveyskäyttäytymiskyselyssä (AVTK), jossa tiedusteltiin vastaajan omaa kokemusta kysymyksellä ”Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin? Pitkähkön matkan (yli puoli kilometriä) juokseminen.” Vastausvaihtoehtoina olivat: kyllä ja en. Tässä tarkastellaan henkilöitä, jotka ilmoittivat, että eivät kykene juoksemaan yli 500 m matkaa.

Tulokset esitetään ensin sukupuolittain ikävakioituna Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa sekä vertailualueilla Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä sekä koko Suomessa. Tämän jälkeen tulokset esitetään koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla verraten tuloksia koko Suomen tilanteeseen.



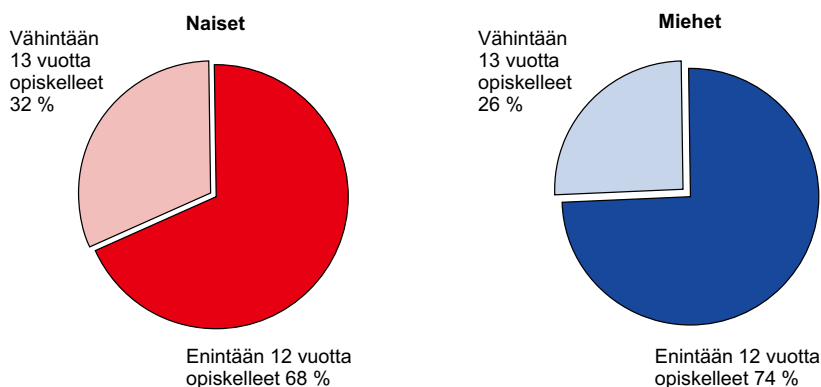
KUVIO 3.3.1. Liikkumiskyvyn ongelmien (ei pysty 500 m juoksuun) ikävakioitu yleisyys (%) 25–64-vuotiailla Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

Liikkumiskyvyn ongelmat ovat naisilla selvästi yleisempiä kuin miehillä. Vertailtavien alueiden välillä ei yleisesti ottaen ole kovinkaan suuria eroja (kuvio 3.3.1). Naisilla liikkumiskyvyn ongelmien yleisyys on Pohjois-Pohjanmaalla hieman vähäisempää kuin vertailualueilla ja koko Suomessa. Yli 40 % työikäisistä pohjoispohjalaisnaisista kokee, ettei kykene juoksemaan yli 500 m matkaa. Suomalaisnaisista keskimäärin noin joka toinen kokee samoin. Työikäisistä pohjoispohjalaismiehistä joka neljäs ei koe pystyvänsä juoksemaan yli 500 m matkaa.



KUVIO 3.3.2. Liikkumiskyvyn ongelmien (ei pysty 500 m juoksuun) ikävakioitu yleisyys (%) 25–64-vuotiailla koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Vähemmän koulutetuilla liikkumiskyvyn ongelmat ovat selvästi yleisempiä kuin korkeasti koulutetuilla (kuvio 3.3.2). Vähiten koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisnaisista joka toinen ei koe kykenevänsä juoksemaan 500 m matkaa. Saman koulutusryhmän miehistä joka kolmas kokee samoin. Ylimmän koulutusryhmän naisista 35 % ja miehistä 23 % ei koe kykenevänsä juoksemaan puolen kilometrin matkaa. Liikkumiskyvyn ongelmien suhteen Pohjois-Pohjanmaan yleinen tilanne on hieman parempi ja koulutusryhmien väliset erot hieman pienemmät kuin koko Suomessa keskimäärin.



KUVIO 3.3.3. 500 metrin juoksuun kykenemättömät koulutusryhmittäin.

Pohjois-Pohjanmaalla on 92 300 työikäistä naista ja heistä noin 38 500 kärsii liikkumiskyvyn ongelmista. Kaikista liikkumiskyvyn ongelmista kärsivistä naisista noin 68 % on suorittanut enintään 12 vuotta koulutusta. Työikäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla on 99 600 ja heistä noin 25 000 arvioi, ettei kykene juoksemaan 500 metrin matkaa. Liikkumiskyvyn ongelmista kärsivistä miehistä korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on peräti 74 %. (Kuvio 3.3.3.)

#### TIETOKULMA: Liikkumiskyvyn ongelmat Pohjois-Pohjanmaalla

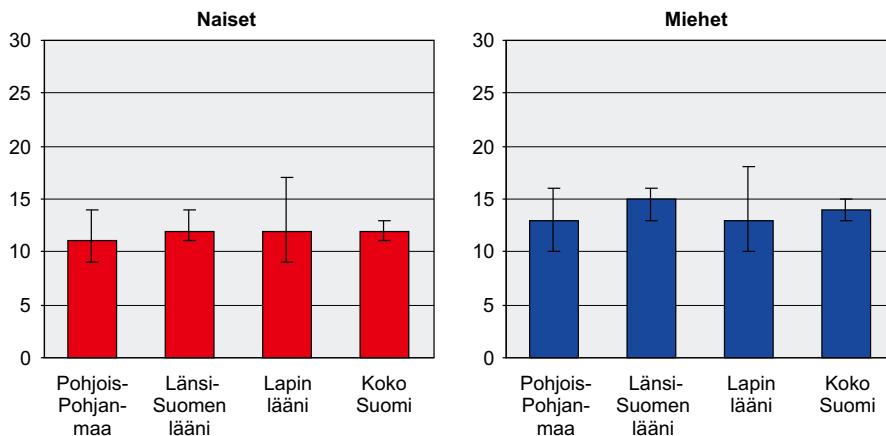
- Liikkumiskyvyn ongelmat Pohjois-Pohjanmaalla ovat naisilla hieman vähäisempiä ja miehillä suunnilleen yhtä yleisiä kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Mitä vähemmän koulutusta sitä yleisempiä ovat liikkumiskyvyn ongelmat.
- Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla hieman pienempiä kuin koko Suomessa. 50 % enintään 9 vuotta koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisnaisista kokee, ettei pysty juoksemaan 500 m matkaa, kun vähintään 13 vuotta kouluttautuneista 35 % kokee samoin.
- Miehillä vastaavat osuudet ovat vähiten kouluttautuneilla 29 % ja eniten kouluttautuneilla 23 %.



### 3.4 Pitkäaikaissairastavuus

Pitkäaikaissairastavuutta tarkasteltiin tässä selvityksessä eräiden lääkärin diagnosoimien vakavien ja usein myös pitkäaikaisten sairauksien kautta. Näitä ovat diabetes, sydänveritulppa, sepelvaltimotauti ja angina pectoris, pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus ja keuhkoahauma sekä vatsasairaudet (mahakatarri, gastriitti ja mahahaava). Aineistona käytettiin aikuisväestön terveystyöntekijäkyselyä (AVTK), jossa esitettiin kysymyksenä: ”Onko teillä viimeksi kuluneen vuoden aikana (12 kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia ja hoitamia sairauksia?”, johon vastaajille esitellyllä listalla olivat vaihtoehtoina mm. edellä mainitut sairaudet. Tarkasteluun otettiin mukaan henkilöt, joilla on vähintään yksi näistä sairauksista. Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, ettei aineisto kata laitospöytä (postituskysely).

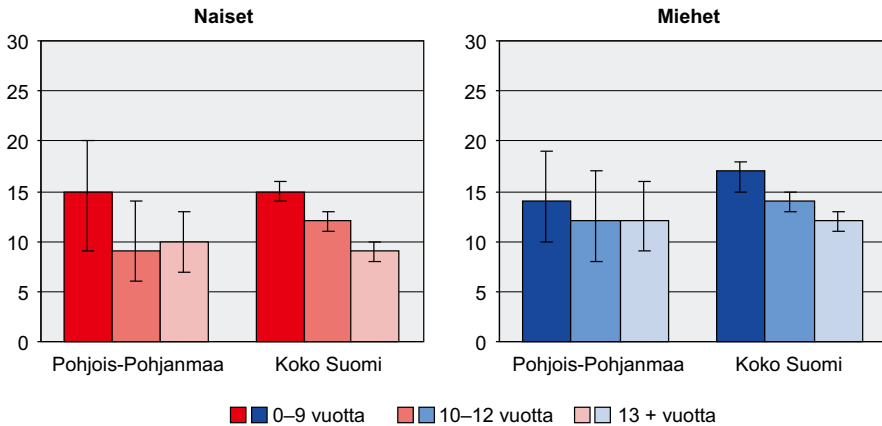
Tulokset esitetään ensin sukupuolittain ikävakioituina Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla ja sen jälkeen ikävakioituina sukupuolittain ja koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa



KUVIO 3.4.1. Henkilöiden, joilla on vähintään yksi vakava sairaus ikävakioituus osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

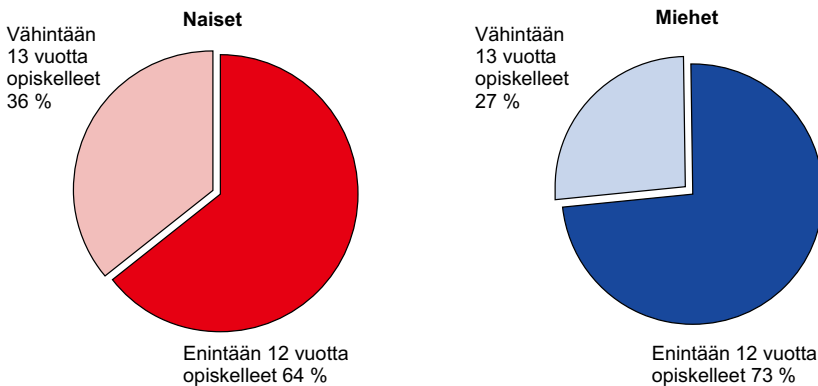
Vähintään yhtä vakavaa sairautta sairastavien yleisyydessä ei ole juuri eroja vertailualueiden välillä (kuvio 3.4.1). Pohjois-Pohjanmaalla vakavat sairaudet ovat yhtä yleisiä kuin koko Suomessa. Pohjoispohjalaisnaisista noin 11 % ja -miehistä noin 13 % sairastaa vähintään yhtä vakavaa sairautta.

Sairastavuus vakaviin sairauksiin on vähiten koulutusta suorittaneilla yleisempää kuin korkeammin koulutuneilla (kuvio 3.4.2). Koko maassa sairastavuus on sitä yleisempää mitä vähemmän koulutusta on suorittanut. Pohjois-Pohjanmaalla kahdessa ylemmässä koulutusryhmässä sairastavuus on yhtä yleistä sekä naisilla että miehillä.



KUVIO 3.4.2. Henkilöiden, joilla on vähintään yksi vakava sairaus ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Enintään 9 vuotta opiskelleista pohjoispohjalaisnaisista 15 % sairastaa vähintään yhtä vakavaa sairautta, kun vähintään 13 vuotta opiskelleista 10 % kärsii vähintään yhdestä vakavasta sairaudesta. Enintään 9 vuotta opiskelleista työikäisistä pohjoispohjalaismiehistä 14 % ja vähintään 13 vuotta opiskelleista 12 % sairastaa vähintään vakavaa sairautta.



KUVIO 3.4.3. Pohjoispohjalaiset, joilla on vähintään yksi vakava sairaus koulutusryhmittäin.

Pohjois-Pohjanmaalla on työikäisiä naisia 93 200, joista noin 9 800 sairastaa vähintään yhtä vakavaa sairautta. Työikäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla on 99 600, joista noin 12 400 kärsii vähintään yhdestä vakavasta sairaudesta. Kaikista vähintään yhtä vakavaa sairautta sairastavista korkeintaan 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on naisilla 64 % ja miehillä peräti 73 % (kuvio 3.4.3).

### **TIETOKULMA: Pitkäaikaissairastavuus Pohjois-Pohjanmaalla**

- Pitkäaikaissairastavuutta tarkasteltiin vähintään yhden vakavan sairauden avulla: diabetes, sydänveritulppa, sepelvaltimotauti, rasisurintakipu, pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma tai vakava vatsasairaus.
- Pohjoispohjalaisten sairastavuus on tämän tarkastelun valossa koko Suomen ja vertailualueiden tasolla.
- Koulutusryhmittäiset erot:
  - Koko Suomen tasolla vähemmän koulutettujen sairastavuus on yleisempää kuin korkeammin koulutettujen.
  - Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla pienemmät kuin koko Suomessa.
  - Pohjois-Pohjanmaalla sairastavuus on yleisintä vähiten koulutettujen ryhmässä, mutta kahdessa ylimmässä koulutusryhmässä sairastavuus on yhtä yleistä.
- Enintään 9 vuotta opiskelleista 15 % ja vähintään 13 vuotta opiskelleista 10 % sairastaa vähintään yhtä vakavaa sairautta.
- Enintään 9 vuotta opiskelleista pohjoispohjalaismiehistä 14 % ja vähintään 13 vuotta opiskelleista 12 % kärsii vähintään yhdestä vakavasta sairaudesta.

## **3.5 Diabetes**

Diabetesta tarkastellaan diabetessairastavuuden, diabeteslääkeostojen ja diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden avulla.

### **Diabetessairastavuus**

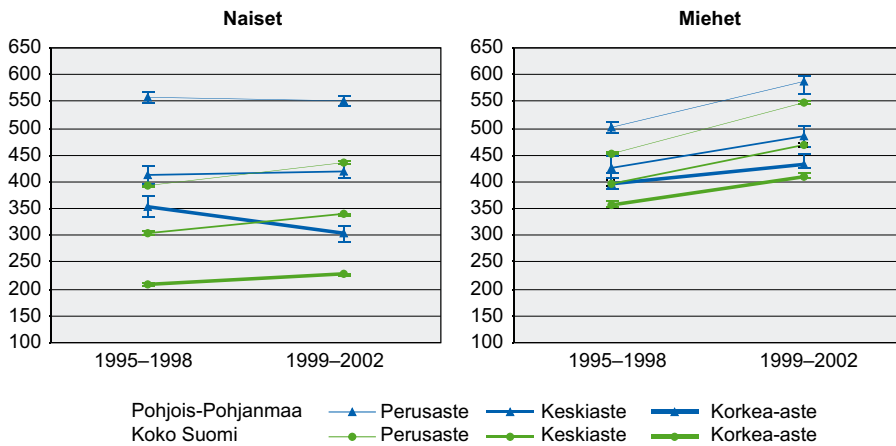
Diabetessairastavuutta tarkasteltiin aikuisväestön terveystyöryhmäkyselyn (AVTK) avulla. Lomakkeella kysyttiin ”Onko Teillä viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?”, johon vaihtoehtoina esitettiin mm. ’sokeritauti’. Tätä lääkärin toteamaa sokeritautia käytetään tässä selvityksessä kuvaamaan diabetessairastavuutta. Kysely ei erottele, onko kyseessä 1 vai 2 tyypin diabetes, joten tässä käytetään vain ilmaisua diabetes.

Kolme prosenttia suomalaisista työikäisistä naisista ja viisi prosenttia miehistä sairastaa diabetesta. Naisten diabetessairastavuudessa vertailualueiden väliset erot ovat erittäin pieniä. Diabetessairastavuuden luotettava koulutusryhmittäinen tarkastelu alueittain ei ollut mahdollista aineiston koon rajoitteista johtuen.

## Diabeteslääkeostot

Diabeteslääkeostoja tarkasteltiin REDD-aineistosta saatavien lääkeostoista kertovien rekisteritietojen avulla. Diabeteslääkkeiden ostaminen ei välttämättä tarkoita sitä, että niitä ostanut henkilö kuuluisi diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin. Diabeteslääkkeiden ostamiseen riittää resepti, mutta erityiskorvausoikeuden piiriin kuulumisen vaatii erillisen hakukäsittelyn.

Diabeteslääkkeitä ostaneita pohjoispohjalaisia 25–84-vuotiaita miehiä ja naisia tarkastellaan kahden ajanjakson, vuosien 1995–1998 sekä 1999–2002, tietojen valossa. Tarkastelut esitetään ensin sukupuolittain ikävakioituna suhteutettuna 10 000 henkilövuoteen (kuinka yleistä diabeteslääkkeen ostoa on 10 000 henkilöön nähden) Pohjois-Pohjanmaalla, Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä sekä koko Suomessa. Tämän jälkeen tarkastellaan lääkeostoja koulutusryhmittäin sekä Pohjois-Pohjanmaalla että koko Suomessa.



KUVIO 3.5.1. Diabeteslääkkeitä ostaneiden ikävakioidut osuudet (/10 000 henkilövuotta) 25–84-vuotiaista koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1995–2002.

Pohjois-Pohjanmaalla diabeteslääkkeiden ostaminen on vertailualueista yleisintä. Diabeteslääkkeiden ostaminen on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä. Koulutusryhmien väliset erot ovat naisilla selvästi suuremmat kuin miehillä. Miehillä koulutusryhmittäiset erot ovat koko Suomeen verrattuna pienemmät.

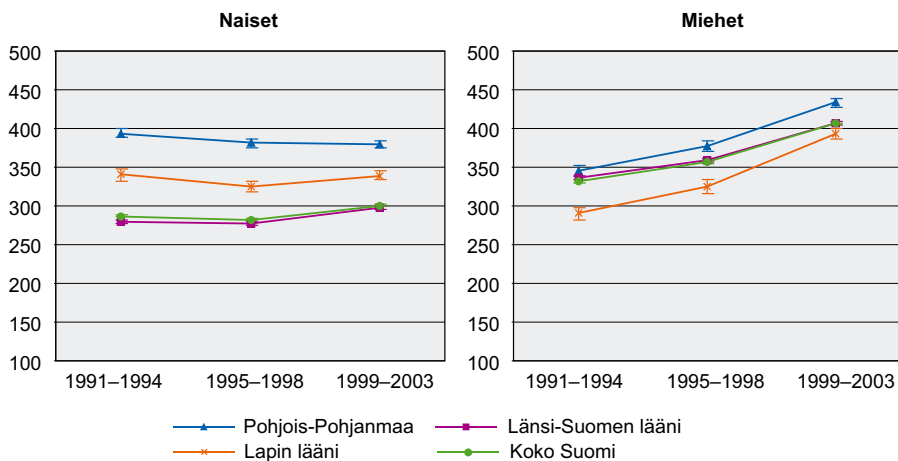
Naisilla diabeteslääkkeitä ostaneiden osuudet ovat tarkastelujaksolla pysyneet Pohjois-Pohjanmaalla kahdessa alimmassa koulutusryhmässä suunnilleen samalla tasolla, mutta korkea-asteen koulutuksen saaneilla osuus on selvässä laskussa. Koko Suomessa osuudet ovat naisilla kasvussa kaikissa koulutusryhmissä. Pohjois-Pohjanmaalla samoin kuin koko Suomessa lääkeostojen osuus on miehillä kasvanut selvästi eniten pelkän perusasteen koulutuksen suorittaneilla. Tarkastelujaksolla Pohjois-Pohjanmaan ja koko Suomen väliset erot koulutusryhmittäin ovat hieman

kaventuneet, sillä Pohjois-Pohjanmaalla osuuksien kasvu ei ole ollut aivan yhtä suurta kuin koko Suomessa. Koulutusryhmien väliset erot ovat pohjoispohjalaisilla miehillä pysyneet suhteellisesti samalla tasolla tarkastelujaksolla 1995–2002, mutta naisilla erot ovat kasvaneet. Esimerkiksi alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero diabeteslääkeostoissa ensimmäisellä tarkasteluperiodilla on naisilla noin 1,6-kertainen, josta se on kasvanut lähes kaksinkertaiseksi myöhemmälle tarkasteluperiodille saavuttaessa. Miehillä alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on ensimmäisellä periodilla noin 1,3-kertainen ja myöhemmällä periodilla noin 1,4-kertainen. (Kuvio 3.5.1.)

### Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeudet

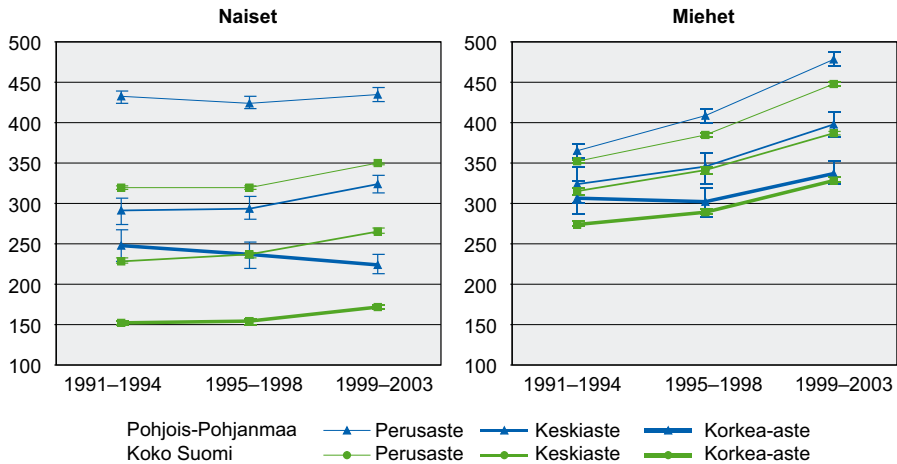
Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen tarkoittaa sitä, että KELA on myöntänyt henkilölle erityiskorvausoikeuden diabeteslääkkeisiin. Tämä edellyttää diagnosoitua diabetesta ja erillisen hakemuksen hyväksymistä KELA:ssa. Erityiskorvausoikeuksien määrät kuitenkin aliarvioivat diabeteslääkeostoja ja diabeteksen yleisyyttä, joita kuvattiin edellä, koska kaikille diabeteslääkkeitä ostaville ei ole vielä myönnetty erityiskorvausoikeutta tai he eivät ole syystä tai toisesta sitä hakeneet (esim. Reunanen 2006, 7–8). Tulokset perustuvat REDD-aineistosta saataviin lääkkeiden erityiskorvaustietoihin.

Tulokset esitetään ikävakioituina osuuksina suhteutettuna 10 000 henkilövuoteen Pohjois-Pohjanmaalla, Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä sekä koko Suomessa. Ensin esitetään yleinen tilanne tarkastelujaksolla 1991–2003 kolmelta eri periodilta ja tämän jälkeen vastaavat tulokset koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa.



KUVIO 3.5.2. Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden ikävakioidut osuudet (/10 000 henkilövuotta) 25–84-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1991–2003.

Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on Pohjois-Pohjanmaalla vertailualueista yleisintä (kuvio 3.5.2). Alueiden väliset erot ovat naisilla suuremmat kuin miehillä. Erityisesti pohjoispohjalaisnaisilla diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on selvästi vertailualueita ja koko Suomea yleisempää. Miehillä erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvien osuuksissa on tapahtunut kaikilla tarkasteltavilla alueilla huomattavaa kasvua tarkastelujaksolla 1991–2003. Naisilla osuuksien muutokset ovat huomattavasti pienempiä. Pohjois-pohjalaisnaisilla diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuulumisen kehityksessä on havaittavissa lievää laskua.



KUVIO 3.5.3. Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden ikävakioidut osuudet (/10 000 henkilövuotta) kohden 25–84-vuotiaista koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1991–2003.

Vähiten koulutetut ovat korkeammin koulutettuja selvästi yleisimmin diabeteslääkkeiden erityiskorvaushoidon piirissä (kuvio 3.5.3). Naisilla koulutusryhmien väliset erot ovat suuremmat kuin miehillä. Sekä Pohjois-Pohjanmaalla että koko Suomessa erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvien osuudet ovat miehillä kasvaneet tasaisesti kaikissa koulutusryhmissä tarkastelujaksolla. Eniten erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvien osuus on kasvanut perusasteen koulutuksen suorittaneiden miesten ryhmässä. Suomalaisnaisilla erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yleistynyt kaikissa koulutusryhmissä. Pohjois-Pohjanmaalla alimman koulutusryhmän naisilla ei tarkastelujaksolla ole tapahtunut juurikaan muutosta, keskiasteen tutkinnon suorittaneilla on havaittavissa pientä kasvua ja korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla laskua on ollut koko tarkasteluperiodin ajan.

Pelkän perusasteen suorittaneilla diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeus on noin 1,5-kertaa yleisempää kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla. Pohjois-pohjalaisnaisilla alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on lähes kaksinkertainen ja koko Suomessa kaksinkertainen.

## **TIETOKULMA: Diabetessairastavuus, -lääkeostot ja diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeudet Pohjois-Pohjanmaalla**

### **Diabetessairastavuus**

- Kolme prosenttia suomalaisista työkäisistä naisista ja viisi prosenttia miehistä sairastaa diabetesta.

### **Diabeteslääkeostot**

- Diabeteslääkeostot ovat Pohjois-Pohjanmaalla yleisempiä kuin keskimäärin koko Suomessa.
- Vähiten koulutetut ostavat korkeammin koulutettuja yleisemmin diabeteslääkkeitä:
  - Pohjoispohjalaisilla miehillä koulutusryhmien väliset erot ovat pysyneet suhteellisesti samalla tasolla tarkastelujaksolla 1995–2002, naisilla erot ovat kasvaneet.
  - Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero naisilla on tarkastelujakson alussa 1,6-kertainen, josta se on kasvanut lähes kaksinkertaiseksi.
  - Miehillä alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on tarkastelujakson alussa 1,3-kertainen.
  - Erityisesti pelkän perusasteen koulutuksen suorittaneilla miehillä diabeteslääkeostot ovat yleistyneet tarkastelujaksolla.
- Pohjois-Pohjanmaan ja koko Suomen väliset koulutusryhmittäiset erot ovat hieman kaventuneet, sillä osuuskasvu on ollut pienempää Pohjois-Pohjanmaalla kuin koko Suomessa.

### **Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeudet**

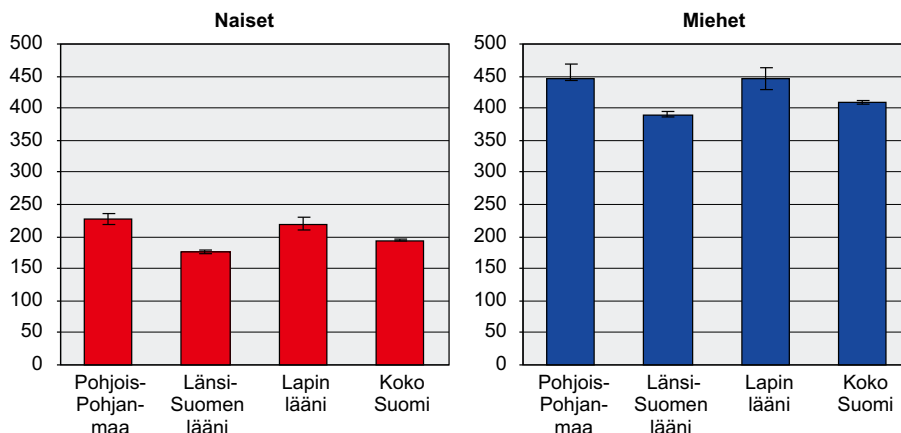
- Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen edellyttää taudin diagnosointia ja erillisen hakemuksen lähettämistä Kelaan, joten tulokset aliarvioivat diabeteksen todellista esiintyvyyttä ja lääkkeiden käytön yleisyyttä.
- Pohjoispohjalaisnaisilla diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeus on selvästi yleisempää kuin koko Suomessa ja vertailualueilla, -miehillä hieman vertailualueita yleisempää.
- Vähiten koulutetut ovat korkeammin koulutettuja selvästi useimmin erityiskorvausoikeuden piirissä.
- Naisilla koulutusryhmien väliset erot ovat suuremmat kuin miehillä.
- Miehillä diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvien osuuksissa on tapahtunut huomattavaa kasvua tarkastelujaksolla 1991–2003.
- Eniten diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piirissä olevien osuus on kasvanut perusasteen koulutuksen suorittaneiden miesten ryhmässä.
- Korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalaisnaisilla on tapahtunut laskua koko tarkasteluperiodin ajan.
- Erot alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä ovat miehillä lähes puolitoistakertaiset ja naisilla noin kaksinkertaiset.

### 3.6 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotautia tarkastellaan sydäninfarktien ilmaantuvuuden sekä palvelujen käyttöön liittyen sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuksien avulla.

#### Sydäninfarktin ilmaantuvuus

Sydäninfarktin eli sydänkohtauksen ilmaantuvuutta tutkittiin ensimmäisen diagnosoidun ja tilastoidun sydäninfarktin perusteella REDD-aineiston rekisteritietoihin pohjautuen. Infarktien ilmaantuvuustarkastelu perustuu siihen, että yhtä henkilöä kohden vain ensimmäinen infarkti otetaan tarkasteluun mukaan, vaikka henkilö olisi saanut useampiakin infarkteja ja kuollut esimerkiksi kolmanteen infarktiin. Tulokset esitetään ikävakioituina ilmaantuvuuslukuina 100 000 henkilövuotta kohden.

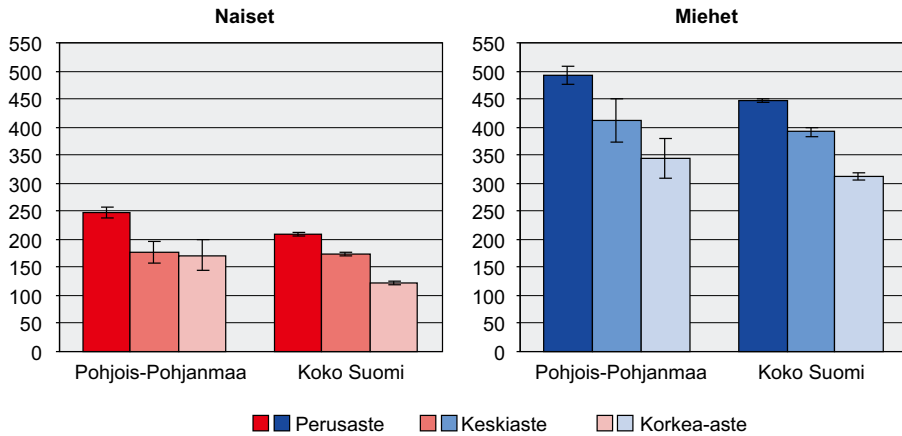


KUVIO 3.6.1. Sydäninfarktin ikävakioitu ilmaantuvuus (/100 000 henkilövuotta) 25–84-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1991–2003.

Sydäninfarktin ilmaantuvuus on Pohjois-Pohjanmaalla ja Lapissa suurempi kuin koko Suomessa keskimäärin (kuvio 3.6.1). Länsi-Suomen läänissä ilmaantuvuus on vertailualueista pienin. Sydäninfarktin ilmaantuvuus on miehillä selvästi yleisempää kuin naisilla.

Sydäninfarktin ilmaantuvuus on selvästi yleisempää alemmissa koulutusryhmissä (kuvio 3.6.2). Pohjoispohjalaisnaisilla sydäninfarktin ilmaantuvuus on kahdessa ylimmässä koulutusryhmässä suunnilleen yhtä yleistä, muutoin ilmaantuvuus sitä suurempi mitä alemmasta koulutusryhmästä kyse. Molemmilla sukupuolilla sydäninfarktien ilmaantuvuudessa koulutusryhmien välinen ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä on 1,4-kertainen. Sydäninfarktin ilmaantuvuus on Pohjois-Pohjanmaalla kaikissa koulutusryhmissä yleisempää kuin koko Suomessa.





KUVIO 3.6.2. Sydäninfarktin ikävakioitu ilmaantuvuus koulutusryhmittäin (/100 000 henkilövuotta) 25–84-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1991–2003.

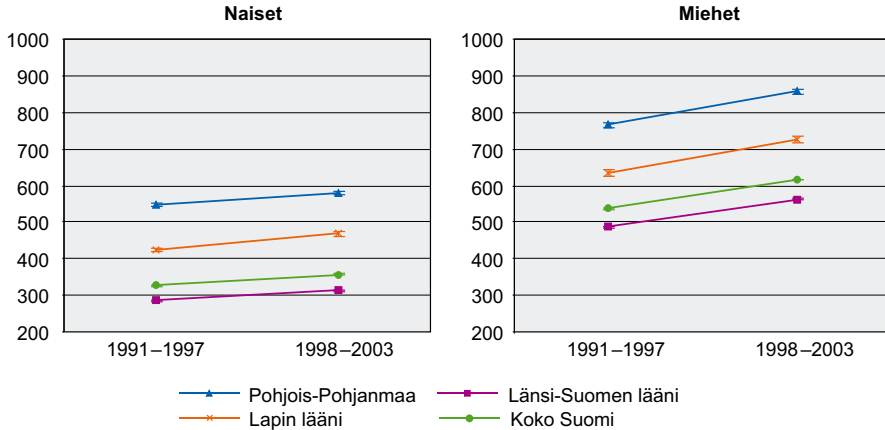
**TIETOKULMA: Sydäninfarktin ilmaantuvuus Pohjois-Pohjanmaalla**

- Sydäninfarktin ilmaantuvuus on Pohjois-Pohjanmaalla yleisempää kuin koko Suomessa.
- Miehillä sydäninfarktin ilmaantuvuus on noin kaksi kertaa yleisempää kuin naisilla.
- Sydäninfarktin ilmaantuvuus on selvästi yleisempää alemmissa koulutusryhmissä niin Pohjois-Pohjanmaalla kuin koko Suomessakin.
- Koulutusryhmien välillä on suuret erot:
  - Pohjois-Pohjanmaalla alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on molemmilla sukupuolilla 1,4-kertainen.

**Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeudet**

Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin pääsemisen edellyttää angina pectoriksen toteamista, mikä perustuu sisätautilääkärin antamaan lausuntoon. Selvissä tapauksissa voidaan hyväksyä muunkin lääkärin antama, pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen pohjautuva lausunto. Tähän ryhmään kuuluvat potilaat, jotka ovat sairastaneet sydäninfarktin tai joille on tehty sepelvaltimo-ohitusleikkaus tai pallolaajennus tai joilla on rintakipuoireen lisäksi varjoainetutkimuksessa osoitettu merkittävä ahtauma sepelvaltimossa. (Erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavien sairauksien erityiskorvattavuuden kriteerit; KELA 2004.) Sepelvaltimotaudin erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvia 25–84-vuotiaita tarkasteltiin REDD-aineiston avulla.

Tulokset esitetään ensiksi sukupuolittain ikävakioituina 10 000 henkilövuotta kohden Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä sekä koko Suomessa. Tämän jälkeen tarkastellaan koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaan tilannetta ja tuloksia verrataan koko Suomen vastaaviin tietoihin. Tarkastelu jaetaan kahteen ajanjaksoon, 1991–1997 ja 1998–2003.

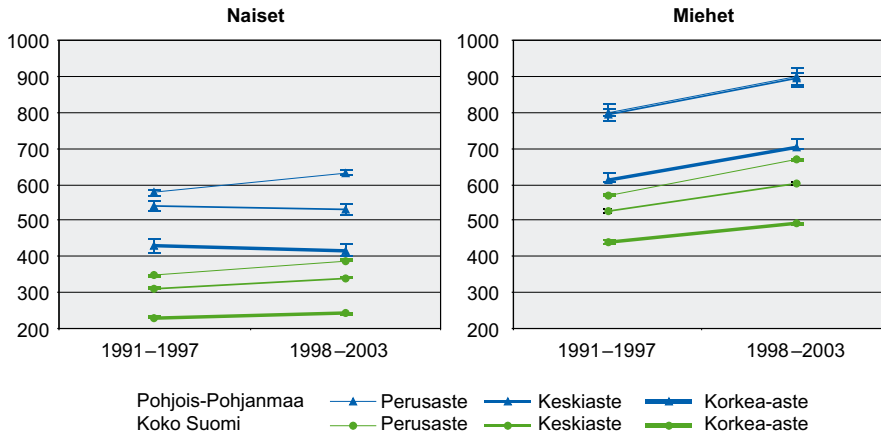


KUVIO 3.6.3. Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvien osuus 25–84-vuotiaista (/10 000 henkilövuotta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1991–2003.

Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on Pohjois-Pohjanmaalla selvästi yleisempää kuin vertailualueilla ja koko Suomessa keskimäärin (kuvio 3.6.3). Länsi-Suomessa erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on vähäisintä. Miehillä sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on selvästi yleisempää kuin naisilla. Erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yleistynyt tarkastelujakson aikana ja erityisesti miehillä kasvu on ollut varsin voimakasta.

Pohjois-Pohjanmaalla sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on vähiten koulutetuilla yleisempää kuin korkeammin koulutetuilla (kuvio 3.6.4). Keskiasteen koulutuksen saaneilla pohjoispohjalaismiehillä erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on kuitenkin suunnilleen yhtä yleistä kuin vähiten koulutetuilla. Erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on Pohjois-Pohjanmaalla kaikissa koulutusryhmissä yleisempää kuin koko Suomessa. Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero tarkastelujakson lopussa on Pohjois-Pohjanmaalla naisilla noin 1,5-kertainen ja miehillä noin 1,3-kertainen. Ylimpään koulutusryhmään lukeutuvien pohjoispohjalaismiesten ja -naisten kuuluminen erityiskorvausoikeuden piiriin on yleisempää kuin alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla koko Suomessa. Pohjois-Pohjanmaan alimman ja koko Suomen ylimmän koulutusryhmän välinen ero on naisilla yli 2,5-kertainen ja miehilläkin lähes kaksinkertainen. Erityisesti alimmassa koulutusryhmässä erityiskoikeuskorvausoikeuden piiriin

kuuluminen on kasvussa. Naisilla kasvu on muissa koulutusryhmissä maltillisempaa, sen sijaan miehillä kasvu on varsin voimakasta kaikissa ryhmissä.



KUVIO 3.6.4. Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluvien osuus 25–84-vuotiaista (/10 000 henkilövuotta) koulutuksen mukaan Pohjois-pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1991–2003.

**TIETOKULMA: Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeudet Pohjois-Pohjanmaalla**

- Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on Pohjois-Pohjanmaalla selvästi yleisempää kuin vertailualueilla ja koko Suomessa keskimäärin.
- Miehillä erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yleisempää kuin naisilla.
- Erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yleisintä alimman koulutusryhmän miehillä ja naisilla.
- Pohjois-Pohjanmaalla keskiasteen koulutuksen saaneilla miehillä erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yhtä yleistä kuin alimmassa koulutusryhmässä.
- Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero Pohjois-Pohjanmaalla on naisilla noin 1,5-kertainen ja miehillä noin 1,3-kertainen.
- Pohjois-Pohjanmaalla ylimmän koulutusryhmän miehillä ja naisilla erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yleisempää kuin alimmassa koulutusryhmässä koko Suomessa.
- Muutoinkin Pohjois-Pohjanmaan tilanne on heikompi kuin koko Suomessa keskimäärin:
  - Pohjois-Pohjanmaan alimman ja koko Suomen ylimmän koulutusryhmän välinen ero on naisilla yli 2,5-kertainen ja miehilläkin lähes kaksinkertainen.
  - Erityisesti alimmassa koulutusryhmässä erityiskoikeuskorvauksen piiriin kuuluminen on kasvussa.

### 3.7 Selkävivot ja -sairaudet

Selkäkipuja ja selkäsairauksia tarkasteltiin aikuisväestön terveystyöryhmäkyselyn (AVTK) avulla kysymyksellä ”Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?”. Oireilistalla esitettiin ’selkäkipua, selkäsärkyä’. Selkäsairauksia tarkasteltiin kysymyksellä ”Onko Teillä viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?”. Oireilistalla esitettiin ’selän kulumavika, muu selkäsairaus’.

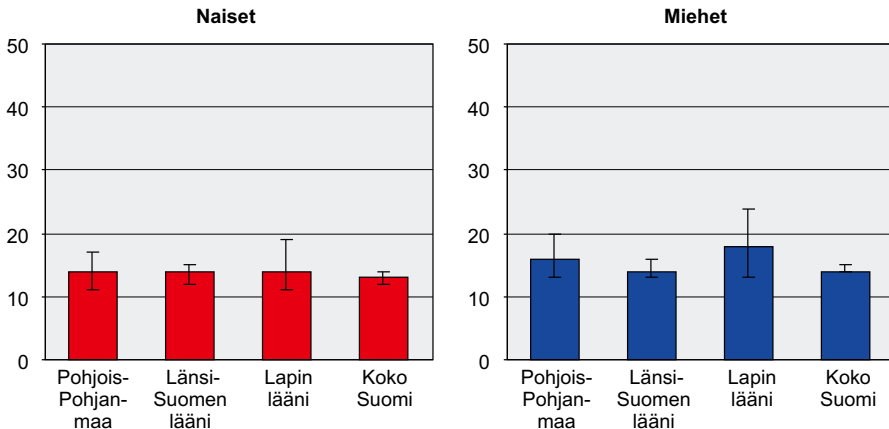
Tulokset esitetään peräkkäin selkävivot ja selkäsairauksien osalta. Ensinnäkin kuvataan tilannetta yleisesti sukupuolittain ikävakioituina Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla ja sitten ikävakioituina koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla verraten tilannetta koko Suomeen.

#### Selkävivot

Noin joka kolmas työikäinen suomalainen kärsii selkävivotuista. Selkävivotuista kärsiminen on naisilla vertailualueista yleisintä Länsi-Suomen läänissä ja miehillä Lapin läänissä. Pohjois-Pohjanmaalla selkävivotuista kärsiminen on molemmilla sukupuolilla yhtä yleistä kuin koko Suomessa keskimäärin.

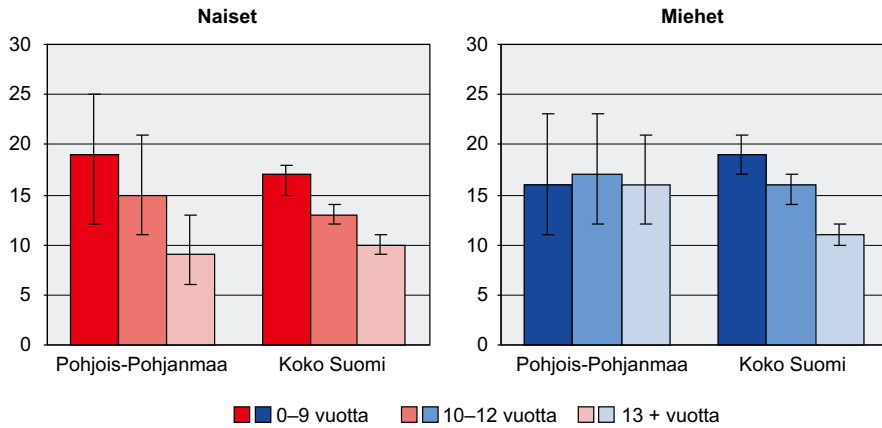
Selkävivotuista kärsiminen on selvästi yleisempää alemmissä koulutusryhmissä. Kaikista selkävivotuista kärsivistä työikäisistä pohjoispohjalaisista enintään 12 vuotusta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 65 % ja miehillä 75 %.

#### Selkäsairaudet



KUVIO 3.7.1. Selkäsairauksista kärsivien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

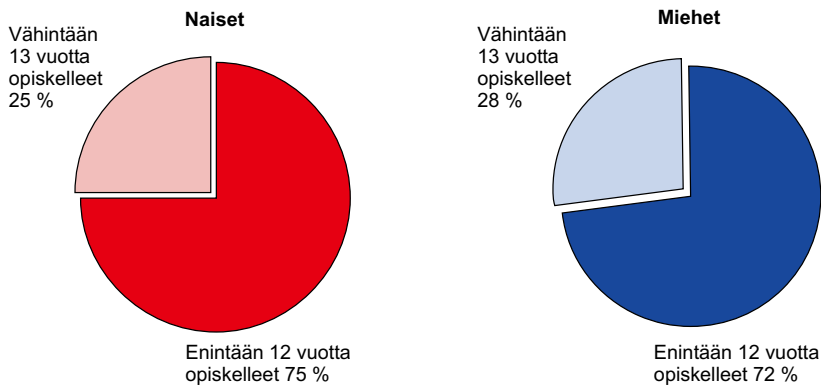
Suomalaisista työikäisistä naisista 13 % ja miehistä 14 % kärsii diagnosoituista selkäsairauksista (kuvio 3.7.1). Lääkäriin toteamissa selkäsairauksissa ei vertailualueiden välillä ole havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja.



KUVIO 3.7.2. Selkäsairauksista kärsivien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Suomalaisten selkäsairaudet ovat vähemmän koulutetuilla yleisempiä kuin korkeimmin koulutetuilla. Pohjoispohjalaisnaisilla koulutusryhmien väliset erot ovat jyrkemmät kuin koko Suomessa, kun taas pohjoispohjalaismiehillä ei ole mainittavia eroja koulutusryhmien välillä (kuvio 3.7.2). Korkeintaan 9 vuotta kouluttautuneista pohjoispohjalaisnaisista noin joka viides kärsii selkäsairauksista, kun vähintään 13 vuotta kouluttautuneista niistä kärsii vain joka yhdestoista. Pohjoispohjalaismiehistä noin joka kuudes kärsii lääkärin diagnosoimasta selkäsairaudesta.

Kaikista selkäsairauksista kärsivistä korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 75 % ja miehillä 72 % (kuvio 3.7.3).



KUVIO 3.7.3. Selkäsairauksista kärsivät pohjoispohjalaiset koulutusryhmittäin.

**TIETOKULMA: Selkäkivut ja -sairaudet Pohjois-Pohjanmaalla****Selkäkivut**

- Noin joka kolmas työikäinen suomalainen kärsii selkäkivuista.
- Pohjois-Pohjanmaan tilanne on samankaltainen kuin koko Suomessa.
- Mitä vähemmän koulutusta sitä yleisempää selkäkivuista kärsiminen on:
  - Kaikista selkäkivuista kärsivistä korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 65 % ja miehillä 75 %.

**Selkäsairaudet**

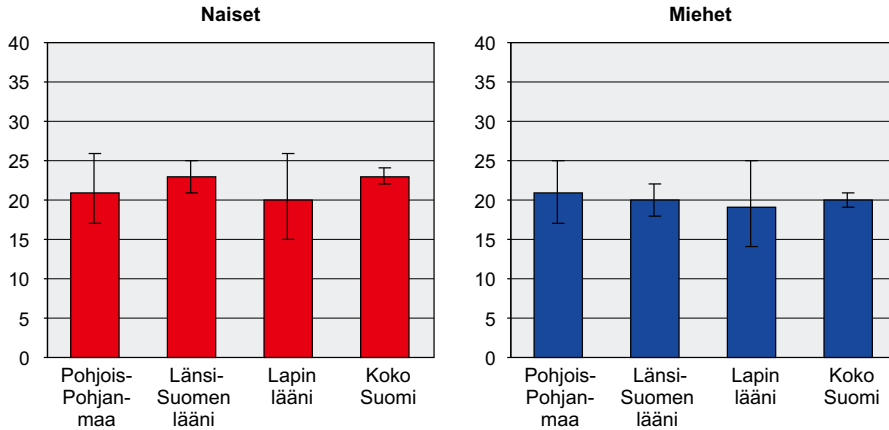
- Noin joka viides työikäinen pohjoispohjalaisnainen kärsii selkäsairauksista, kun vähintään 13 vuotta kouluttautuneista vain noin joka yhdestoista.
- Pohjoispohjalaismiehistä noin joka kuudes kärsii lääkärin toteamasta selkäsairaudesta.
- Selkäsairaudet ovat Pohjois-Pohjanmaalla yhtä yleisiä kuin koko Suomessa mutta
  - naisilla koulutusryhmien väliset erot ovat hieman jyrkemmät kuin koko Suomessa.
  - miehillä ei koulutusryhmien välillä ole mainittavia eroja.
- Kaikista selkäsairauksista kärsivistä enintään 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 75 % ja miehillä 72 %

## 3.8 Sairauspoissaolot

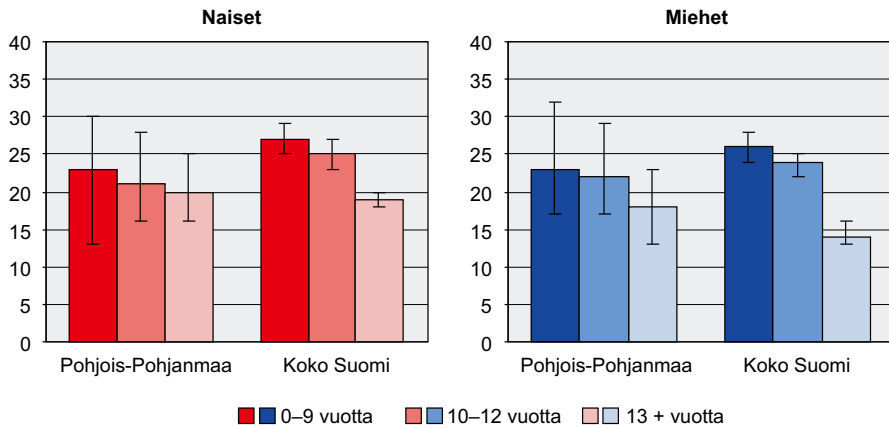
Sairauspoissaoloja voidaan käyttää eräänä työtekijöiden hyvinvointia kuvastavana osoittimena. Tässä selvityksessä sairauspoissaoloja tarkasteltiin Aikuisväestön terveyskäyttötymiskyselyn (AVTK) kysymyksellä: ”Kuinka monta kokonaista päivää olitte viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana sairauden takia poissa töistä tai hoitamatta tavallisia tehtäviä? (Ellette muista tarkkaan, arvio riittää.) Raskautta ei lasketa mukaan.” Usean sairauspoissaolon raja-arvona pidettiin tässä tarkastelussa vähintään 10 päivää.

Tulokset esitetään sukupuolittain ikävakioituina Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla. Tämän jälkeen tilannetta tarkastellaan ikävakioituina koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja verrataan saatuja tuloksia koko Suomen vastaviin tuloksiin.

Suomalaisista työikäisistä naisista 23 % ja miehistä 20 % on ollut viimeisen 12 kuukauden aikana vähintään 10 päivää sairauden takia töistä poissa tai kykenemätön suoriutumaan arkisista askareistaan (kuvio 3.8.1). Pohjois-Pohjanmaalla useat sairauspoissaolot ovat miehillä ja naisilla yhtä yleisiä: 21 %:lla pohjoispohjalaisista on viimeisen vuoden aikana ollut vähintään 10 sairauspoissaoloa. Useat sairauspoissaolot ovat Pohjois-Pohjanmaan naisilla ja miehillä yhtä yleisiä kuin koko Suomessa keskimäärin.



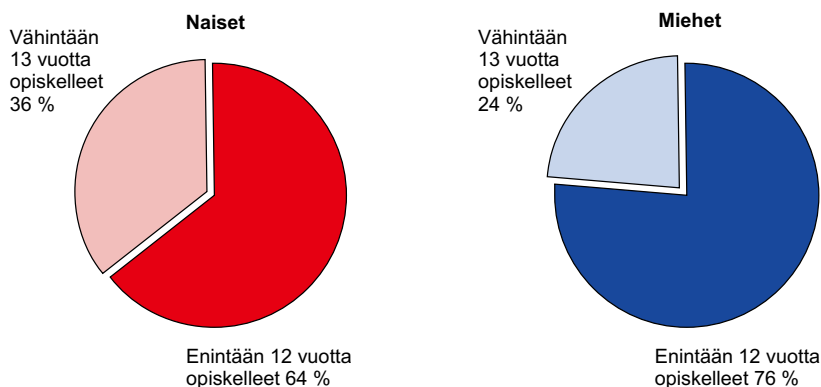
KUVIO 3.8.1. Sairauspoissaoloja vähintään 10 päivää viimeisen vuoden (12 kk) aikana ilmoittaneiden ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.



KUVIO 3.8.2. Sairauspoissaoloja vähintään 10 päivää viimeisen vuoden (12 kk) aikana ilmoittaneiden ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Useat sairauspoissaolot ovat sitä yleisempiä mitä alemmasta koulutusryhmästä on kyse. Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla samaa tasoa kuin vastaavat erot koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 3.8.2.)

Kaikista niistä työikäisistä pohjoispohjalaisnaisista, joilla on viimeisen vuoden aikana ollut vähintään 10 päivää sairauspoissaoloja, enintään 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on 64 % ja vähintään 13 vuotta kouluttautuneiden 36 % (kuvio 3.8.3). Miehillä enintään 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on 76 % ja vähintään 13 opiskelleiden osuus 24 %.



KUVIO 3.8.3. Pohjoispohjalaiset, joilla viimeisen vuoden aikana vähintään 10 päivää sairauspoissaoloja koulutusryhmittäin.

#### TIETOKULMA: Useat sairauspoissaolot Pohjois-Pohjanmaalla

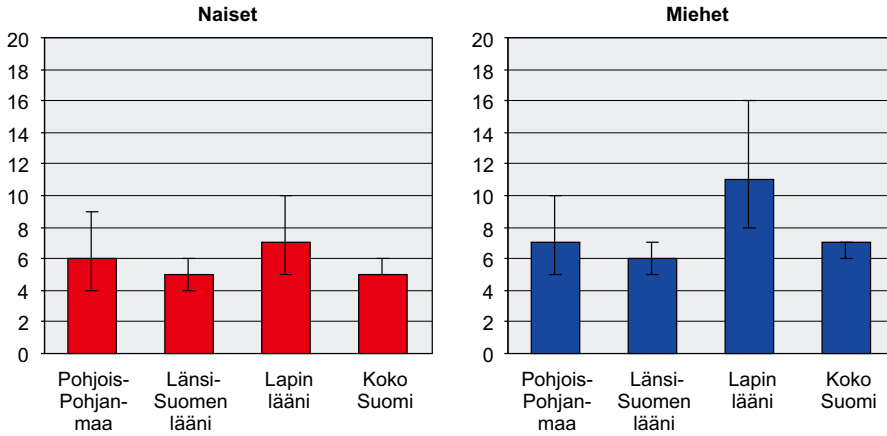
- Pohjoispohjalaisnaisilla useat (vähintään 10 päivää viimeisen vuoden aikana) sairauspoissaolot ovat hieman vähäisempiä ja -miehillä yhtä yleisiä kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Joka viides pohjoispohjalainen on viimeisen vuoden aikana ollut vähintään 10 päivää sairauden takia poissa töistä tai kykenemätön arkisiin askareisiin.
- Useat sairauspoissaolot ovat sitä yleisempiä mitä alemmasta koulutusryhmästä on kyse.
- Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla samaa tasoa kuin koko Suomessa keskimäärin.

## 3.9 Työkyvyttömyyseläkkeet

Työkyvyttömyyseläkkeen saajia tarkasteltiin Aikuisväestön terveystietokannan kyselyssä (AVTK) itse ilmoitetun pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen avulla. Kyselyssä esitettiin kysymys ”Saatteko jonkin sairauden tai vamman vuoksi työkyvyttömyyseläkettä?” ja vastausvaihtoehtoina: en; kyllä, osaeläkettä; kyllä, määräaikaista eläkettä; kyllä, pysyvää eläkettä. Tässä tarkasteltiin pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen saajia, koska sen myöntämisperusteet ovat selkeimmät.

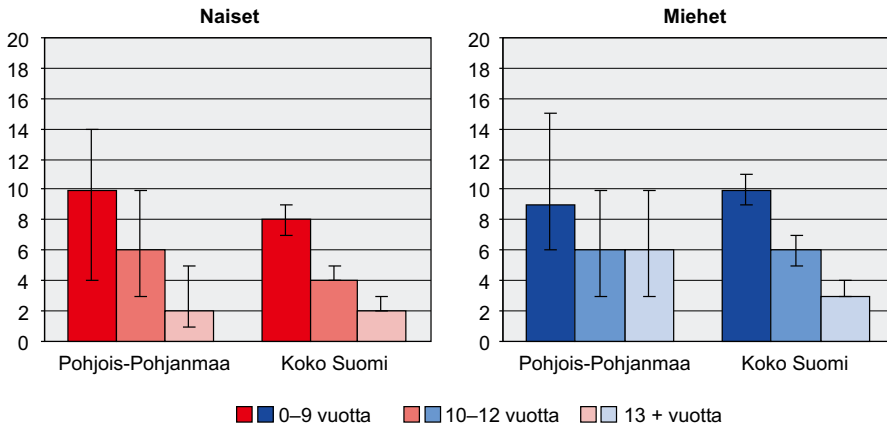
Tulokset esitetään sukupuolittain ikävakioituina Pohjois-Pohjanmaalla, Länsi-Suomen ja Lapin lääneissä sekä koko Suomessa. Tämän jälkeen esitetään koulutusryhmittäiset tulokset sukupuolittain Pohjois-Pohjanmaalla verraten tuloksia koko Suomen tuloksiin.





KUVIO 3.9.1. Pysyvää työkyvyttömyyseläkettä saavien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla 1996–2005.

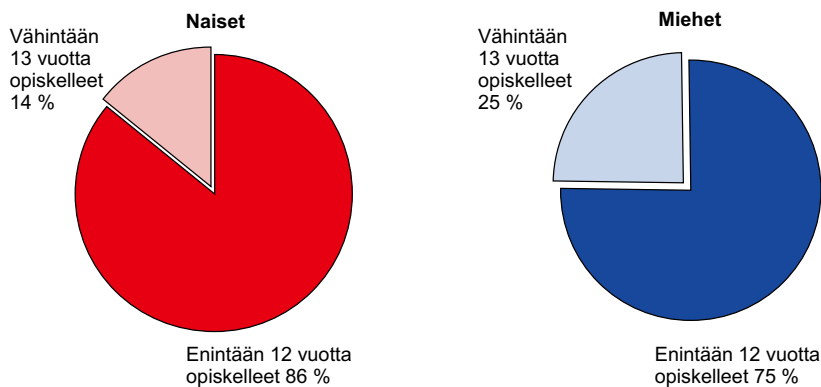
Työikäisistä suomalaisnaisista 5 % ja -miehistä 7 % saa pysyvää työkyvyttömyyseläkettä. Pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen saaminen on pohjoispohjalaisnaisilla hieman yleisempää kuin suomalaisnaisilla keskimäärin, miehillä yhtä yleistä kuin koko maassa keskimäärin (kuvio 3.9.1). Työkyvyttömyyseläkkeen saaminen on vertailualueista yleisintä Lapissa. Muutoin vertailualueiden väliset erot ovat molemmilla sukupuolilla erittäin pieniä.



KUVIO 3.9.2. Pysyvää työkyvyttömyyseläkettä saavien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen saaminen on vähemmän koulutetuilla selvästi yleisempää kuin korkeimmin koulutetuilla (kuvio 3.9.2). Enintään 9 vuotta kouluttautuneista pohjoispohjalaisnaisista 10 % saa pysyvää työkyvyttömyyseläkettä, kun vähintään 13 vuotta kouluttautuneista vain 2 % on työkyvyttömyyseläkkeellä. Pohjoispohjalaismiehillä pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen saaminen on kahdessa ylimmässä koulutusryhmässä yhtä yleistä. Noin 6 % vähintään 10 vuotta kouluttautuneista saa pysyvää työkyvyttömyyseläkettä, kun enintään 9 vuotta kouluttautuneista noin 9 % saa pysyvää työkyvyttömyyseläkettä.

Pohjoispohjalaisnaisilla alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on peräti viisinkertainen. Vastaava ero suomalaisnaisilla on nelinkertainen. Suomalaismiehillä ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä on yli kolminkertainen. Pohjoispohjalaismiehillä ylimmän ja alimman koulutusryhmän välinen ero on pienempi kuin vastaava ero koko Suomessa.



KUVIO 3.9.3. Pysyvää työkyvyttömyyseläkettä saavat pohjoispohjalaiset koulutusryhmittäin.

Kaikista pysyvää työkyvyttömyyseläkettä saavista pohjoispohjalaisnaisista peräti 86 % on suorittanut enintään 12 vuotta koulutusta, loput 14 % kuuluvat ylimpään koulutusryhmään. Kaikista pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä olevista pohjoispohjalaismiehistä 75 % on suorittanut enintään 12 vuotta koulutusta, loput 25 % on opiskellut vähintään 13 vuotta. (Kuvio 3.9.3.)

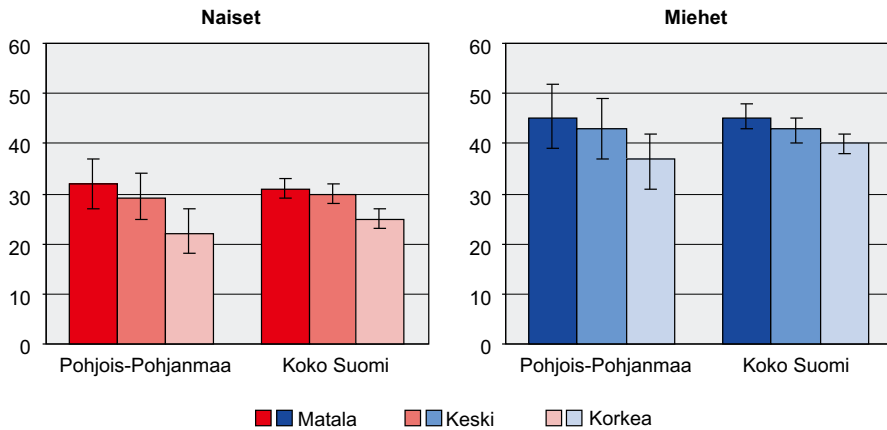
### **TIETOKULMA: Pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen saajat Pohjois-Pohjanmaalla**

- Pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen saaminen on Pohjois-Pohjanmaalla yhtä yleistä kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Enintään 9 vuotta kouluttautuneista pohjoispohjalaisista pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä on naisista noin 10 % ja miehistä noin 9 %.
- Vähintään 13 vuotta kouluttautuneista vastaavat osuudet ovat naisilla 2 % ja miehillä 6 %
- Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on pohjoispohjalaisnaisilla noin viisinkertainen, -miehillä noin 1,5-kertainen.
- Koko Suomessa alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on naisilla noin nelinkertainen ja miehilläkin yli kolminkertainen.
- Kaikista työkyvyttömyyseläkettä saavista pohjoispohjalaisista enintään 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on miehillä 75 % ja naisilla peräti 86 %.

## 4 BIOLOGISET VAARATEKIJÄT

### 4.1 Korkea verenpaine ja korkea kolesteroli

Kohonnut verenpaine rasittaa valtimoita ja sydäntä. Riski sepelvaltimotautiin ja sydäninfarktiin sekä aivohalvauksiin sairastumiseen suurenee. Korkean verenpaineen aiheuttamien sairauksien vaara lisääntyy jyrkästi, jos henkilö tupakoi, veren kolesteroliarvo on koholla ja jos hänellä on diabetes tai muu sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Korkeaa verenpainetta tarkastellaan FINRISKI-väestötutkimukseen osallistuneiden systolisen ja diastolisen verenpaineen mittaustuloksiin perustuen. Mittaus tapahtui istuvassa asennossa henkilön oikeasta käsivarresta elohopeamamometrilla. Niiden henkilöiden, joiden kahden mittauksen keskiarvona systolinen verenpaine oli 140 mmHg tai enemmän ja/tai diastolinen verenpaine oli 90 mmHg tai enemmän, verenpainetaso määriteltiin kohonneeksi.



KUVIO 4.1.1. Ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista, joilla on mitattu koholla oleva verenpaine (140/90 mmHg) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2002–2007.

Suomalaisnaisista 29 % ja -miehistä 43 % kärsii korkeasta verenpaineesta. Pohjois-Pohjanmaan tilanne ei juuri poikkea koko Suomen tilanteesta: 28 prosentilla pohjoispohjalaisnaisista ja 42 prosentilla -miehistä on korkeaksi luokiteltava verenpaine.

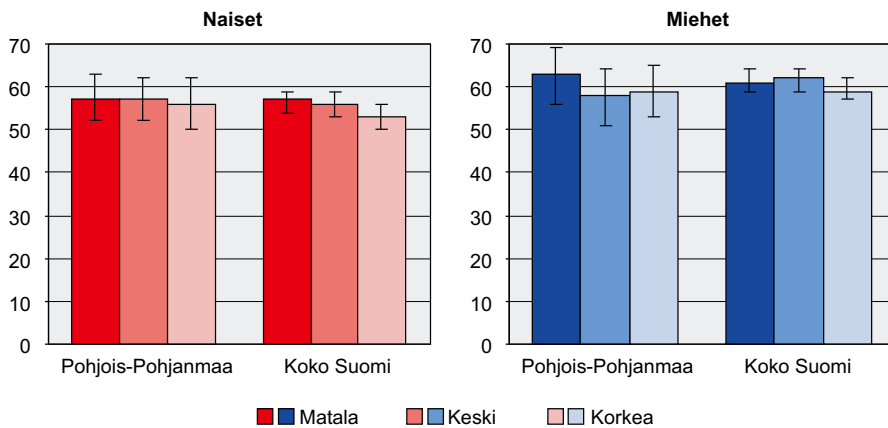
Korkeasta verenpaineesta kärsiminen on alemmissa koulutusryhmissä yleisempää kuin ylimmässä koulutusryhmässä. Pohjois-Pohjanmaalla alimpaan koulutusryhmään kuuluvista työikäisistä miehistä noin 45 % ja naisista noin 32 % kärsii korkeasta verenpaineesta, kun ylimmässä koulutusryhmässä osuus on miehillä 37 % ja naisilla 22 %. Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla hieman suuremmat kuin koko Suomessa keskimäärin (kuvio 4.1.1).

## Korkea kolesteroli

Veren koholla oleva kolesterolipitoisuus edistää verisuonten kalkkeutumista mm. sepelvaltimoissa, aivovaltimoissa ja alaraajojen valtimoissa. Riski sairastua sepelvaltimotautiin, sydäninfarktiin sekä aivohalvaukseen suurenee. Kolesterolin aiheuttamien sairauksien vaara lisääntyy jyrkästi, jos henkilö tupakoi, verenpaine on koholla ja jos hänellä on diabetes tai muu sokeriaineenvaihdunnan häiriö.

Korkeaa kolesterolia tarkastellaan FINRISKI-väestötutkimukseen osallistuneiden laskimoverinäytetuloiksiin perustuen. Seerumin kokonaiskolesteroli määritettiin Kansanterveyslaitoksen Analyttisen biokemian laboratoriossa.

Niiden henkilöiden, joiden kokonaiskolesteroli oli 5 mmol/l tai enemmän, kolesterolitaso määriteltiin korkeaksi.



KUVIO 4.1.2. Ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista, joilla on mitattu koholla oleva kokonaiskolesterolitaso (5 mmol/l tai yli) väestötutkimuksessa koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2002–2007.

Työikäisistä suomalaisnaisista keskimäärin noin 55 prosentilla ja -miehistä noin 61 prosentilla on koholla oleva veren kolesterolitaso (5 mmol/l). Pohjois-Pohjanmaalla tilanne on samankaltainen.

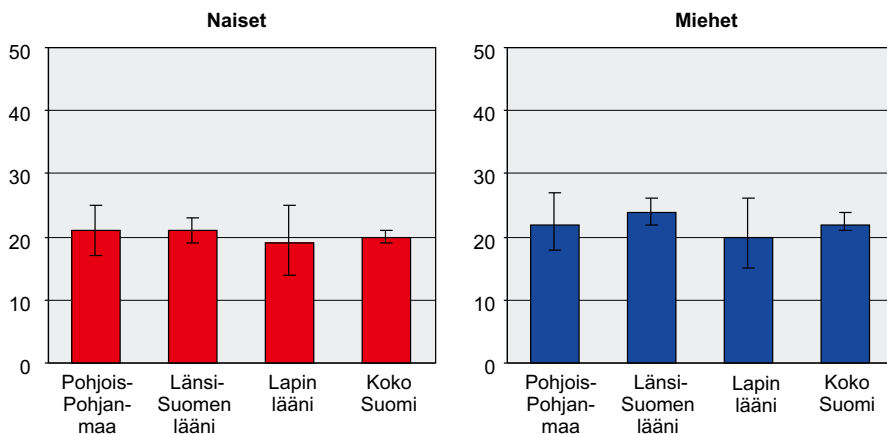
Koulutusryhmien välillä ole juurikaan eroja korkea kolesterolitason yleisyydessä sen paremmin Pohjois-Pohjanmaalla kuin koko maassa (kuvio 4.1.2). Kaiken kaikkiaan kohollaan oleva veren kolesterolitaso on työikäisten keskuudessa erittäin yleistä: noin 60 % työikäisistä suomalaisista kärsii kohonneesta kolesterolista.

**TIETOKULMA: Korkea verenpaine ja korkea kolesteroli Pohjois-Pohjanmaalla**

- Kolmannes työikäisistä pohjoispohjalaisnaisista ja 42 % -miehistä kärsii kohonneesta verenpaineesta.
- Kohonneesta verenpaineesta kärsiminen on alemmissa koulutusryhmissä yleisempää kuin ylimmässä koulutusryhmässä:
  - Alimpaan koulutusryhmään kuuluvista työikäisistä pohjoispohjalaisnaisista noin 37 % ja -miehistä noin 45 % kärsii korkeasta verenpaineesta, kun ylimmässä koulutusryhmässä vastaava osuus on naisilla 22 % ja miehillä 32 %.
- Koholla oleva veren kokonaiskolesterolitaso (5 mmol/l tai yli) on erittäin yleinen työikäisillä pohjoispohjalaisilla:
  - Peräti noin 60 prosentilla työikäisistä pohjoispohjalaisista veren kokonaiskolesteroli on koholla.
- Koholla oleva veren kokonaiskolesterolitaso on kaikissa koulutusryhmissä erittäin yleinen.

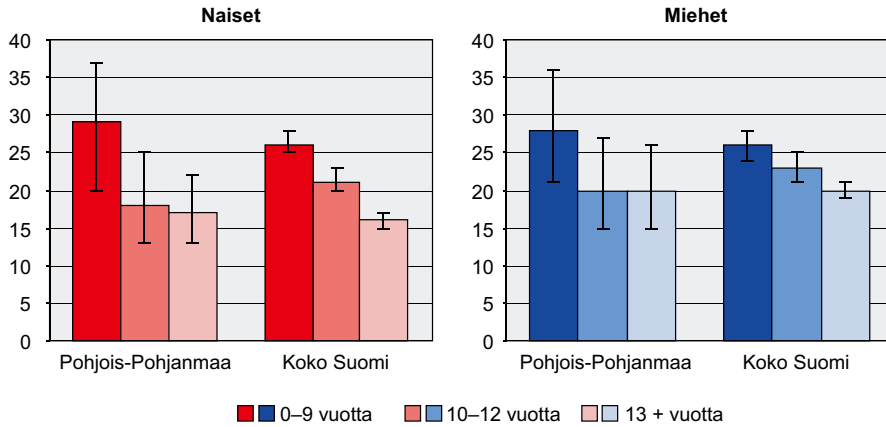
## 4.2 Lihavuus

Lihavuutta koskevat tulokset perustuvat 25–63-vuotiaiden osalta aikuisväestön terveystyöikäisyysselvityksellä (AVTK) koottuihin tietoihin itse ilmoitetusta pituudesta ja painosta. Näistä laskettiin normaaliin tapaan painoindeksi (Body Mass Index, BMI) jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Tässä selvityksessä tarkastellaan terveydelle haitallisena pidettävää lihavuutta, jolloin BMI:n arvo on vähintään 30.



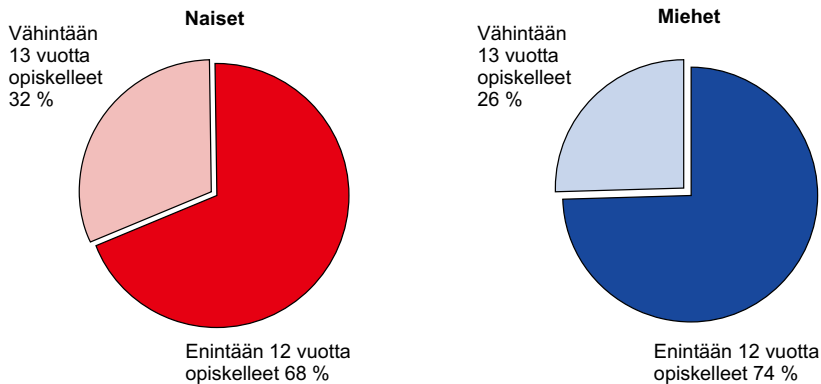
KUVIO 4.2.1. Lihavien (BMI  $\geq$  30) ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

Työikäisistä suomalaisista noin joka viides on lihava, joten lihavuus on erittäin vakava ongelma Suomessa. Vertailualueiden väliset erot lihavuudessa ovat pieniä. Pohjois-Pohjanmaalla lihavuus on samaa tasoa kuin koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 4.2.1.)



KUVIO 4.2.2. Lihavien (BMI≥30) ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Koulutusryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että terveyttä haittaava lihavuus on huomattavasti yleisempi ongelma vähiten koulutusta suorittaneilla kuin korkeammin koulutetuilla. Pohjois-Pohjanmaalla lihavuus on alimmassa koulutusryhmässä selvästi yleisempää kuin korkeammin kouluttautuneilla (kuvio 4.2.2). Enintään 9 vuotta koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisista noin joka kolmas on lihava. Vastaavasti vähintään 10 vuotta koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisnaisista noin joka kuudes ja -miehistä noin joka viides on lihava.



KUVIO 4.2.3. Lihavat koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla.

Työkäisistä pohjoispohjalaisnaisista lihavia (BMI  $\geq$  30) on noin 18 400 ja -miehistä noin 21 800. Kaikista terveyttä haittaavasti lihavista enintään 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on naisilla 68 % ja miehillä 74 % (kuvio 4.2.3).

**TIETOKULMA: Lihavuus Pohjois-Pohjanmaalla**

- Lihavuudella tarkoitetaan tässä sitä, että painoindeksi ylittää terveydelle haitallisena pidetyn rajan (BMI  $\geq$  30).
- Pohjois-Pohjanmaalla lihavuus on yhtä yleistä kuin koko Suomessa.
- Lihavuuden koulutusryhmien väliset erot Pohjois-Pohjanmaalla:
  - Enintään 9 vuotta koulutusta suorittaneilla lihavuus on selvästi yleisempää kuin korkeammin koulutetuilla.
  - Enintään 9 vuotta koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisista noin joka kolmas on lihava. Vastaavasti vähintään 10 vuotta koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisnaisista noin joka kuudes ja -miehistä noin joka viides on lihava.



## 5 SOSIOEKONOMISET EROT KUOLLEISUUDESSA

Tässä raportissa kuvataan kuolleisuutta elinajanodotteella, menetetyillä elinvuosilla PYLL (Potential Years Life Lost) sekä ikävakioituina kuolleisuuslukuina 100 000 henkilövuotta kohti. Kaikissa kuolemansyitä koskevissa tuloksissa on käytetty henkilön peruskuolemansyytä, eikä mahdollisia myötävaikuttaneita kuolemansyitä ole huomioitu. Elinajanodotteet ja menetetyt elinvuodet (PYLL) laskettiin Elinolot ja kuolleisuus -aineistosta (EKSY) käyttäen vuosien 1999–2003 tietoja. Vältettävissä olevia kuolemia koskevat tulokset perustuvat eri aineistoon (REDD-aineisto) kuin muut kuolleisuustulokset, ja ne esitetään 25–74-vuotiaiden ikävakioituina kuolleisuuslukuina 100 000 henkilövuotta kohti. Tulokset esitetään Pohjois-Pohjanmaalla, vertailualueilla ja koko Suomessa.

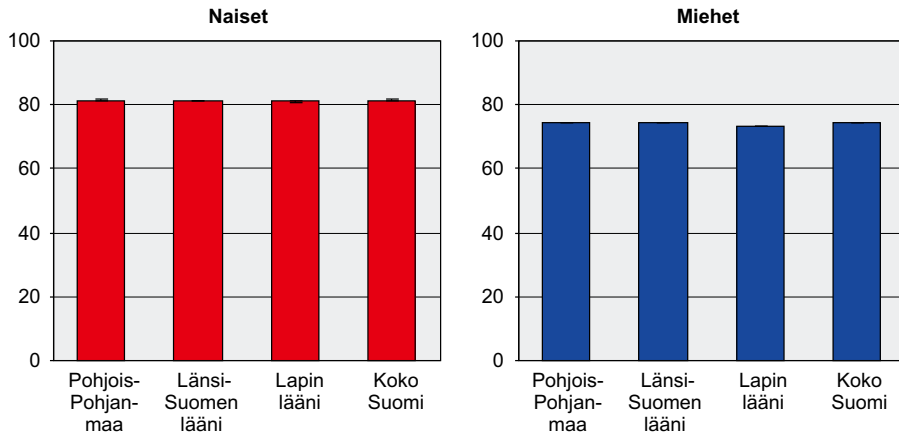
Elinajanodote kuvaa keskimäärin jäljellä olevaa elinaikaa. Yleisin elinajan pituutta kuvaava mittari on vastasyntyneellä keskimäärin odotettavissa oleva elin-aika, joka ilmoitetaan usein erikseen kummallekin sukupuolelle. Elinajanodote saadaan nk. elinajantaulusta, joka kuvaa, kuinka elossa olevien määrä vähenee kuolleisuuden johdosta iän karttuessa. Elinajanodotteen avulla voidaan tiiviisti yhdellä luvulla kuvata jossakin väestössä eri ikäryhmissä tietyllä ajanjaksolla vallinnutta kuolleisuutta. Luku ei kuitenkaan ole varsinainen ennuste yksilön tai väestön elinajan pituudesta. (Koskinen ym. 2007; Pitkänen ja Sihvonen 2003).

Vastasyntyneen elinajanodotetta käytetään mm. väestön tai sen osaryhmien kuolleisuuden kehityksen tarkastelussa, ja se on yksi keskeisimmistä ja luotettavimmista eri maiden tai alueiden elintasoja kuvaavista tunnusluvuista. 25-vuotiaan elinajanodote kertoo, kuinka monta elinvuotta juuri 25 vuotta täyttäneillä henkilöillä vielä olisi keskimäärin jäljellä, jos heidän kuolleisuutensa vastedes olisi erikvaimissa sama kuin näihin ikäryhmiin kuuluvilla henkilöillä oli laskelman pohjana olevina vuosina. 25-vuotiaan elinajanodotetta käytetään mm. aikuisväestön tai sen osaryhmien kuolleisuuden kehityksen tarkastelussa, ja se soveltuu erityisen hyvin mm. sosioekonomisten kuolleisuuserojen kuvailuun, koska tätä nuoremmilla sosioekonomisen aseman määrittäminen on vaikeaa.

([http://www.terveytemme.fi/atlas/karttaraportti/notes\\_e\\_elot.htm](http://www.terveytemme.fi/atlas/karttaraportti/notes_e_elot.htm).)

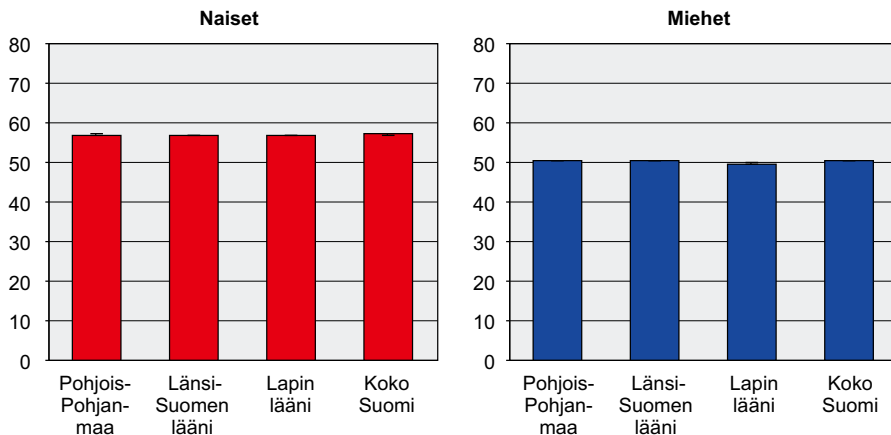
Lisäksi kokonaiskuolleisuutta ja kuolleisuutta eri kuolemansyihin kuvataan menetetyillä elinvuosilla. Menetetyt elinvuodet kuvaa tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Se korostaa nuorella iällä tapahtuvien kuolemantapausten merkitystä. Laskettaessa PYLL-tunnusluku ikävälille 25–80 vuotta, esim. 25-vuotiaana kuolleen arvioidaan menettäneen 55 elinvuotta, kun taas 79-vuotiaana kuollut on menettänyt vain yhden vuoden. Yli 80-vuotiaana kuolleiden ei katsota menettäneen yhtään elinvuotta.

## 5.1 Vastasyntyneen ja 25-vuotiaan elinajanodotteet



KUVIO 5.1.1. Vastasyntyneen elinajanodote Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

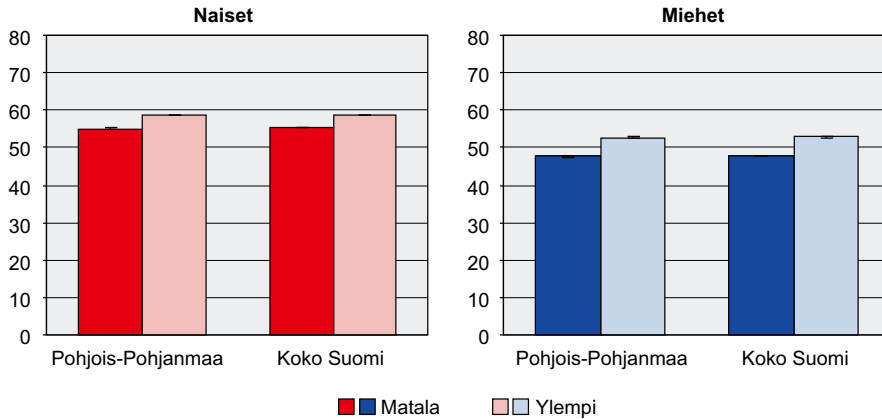
Vastasyntyneen elinajanodote on suomalaismiehillä 74,5 vuotta ja naisilla 81,5 vuotta. Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa on seitsemän vuotta. Vertailualueiden välillä ei ole suuria eroja vastasyntyneen elinajanodotteessa. (Kuvio 5.1.1.)



KUVIO 5.1.2. 25-vuotiaan elinajanodote Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

25 vuotta täyttäneen suomalaismiehen jäljellä oleva elinajanodote on 50,5 vuotta ja -naisen 57,1 vuotta (kuvio 5.1.2). Pohjoispohjalaisten elinajanodote on molemmilla sukupuolilla samankaltainen kuin koko Suomessa keskimäärin. Lappilaisilla 25-vuotiaiden elinajanodote on hieman koko Suomen keskiarvoa matalampi: miehillä 49,5 vuotta ja naisilla 56,8 vuotta. Alueelliset erot vertailualueiden välillä ovat pieniä.

Pelkän perusasteen tutkinnon ja keskiasteen tutkinnon suorittaneiden välinen ero 25-vuotiaiden elinajanodotteessa on suomalaismiehillä 5 vuotta. Enintään perusasteen tutkinnon suorittaneen 25-vuotiaan suomalaismiehen elinajanodote on 47,8 vuotta, kun se ylempässä koulutusryhmässä on 52,8 vuotta. Suomalaisnaisilla koulutusryhmien välinen ero elinajanodotteessa on pienempi (3,3 vuotta) kuin vastaava ero miehillä. Pohjoispohjalaismiehillä ero koulutusryhmien välillä on sama ja naisilla hieman suurempi kuin koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 5.1.3.)

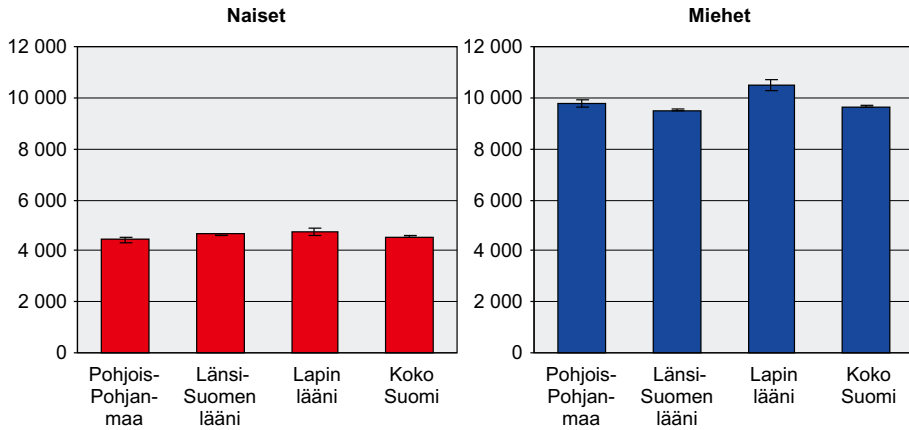


KUVIO 5.1.3. 25-vuotiaan elinajanodote koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

**TIETOKULMA: Vastasyntyneen ja 25-vuotiaan elinajanodotteet Pohjois-Pohjanmaalla**

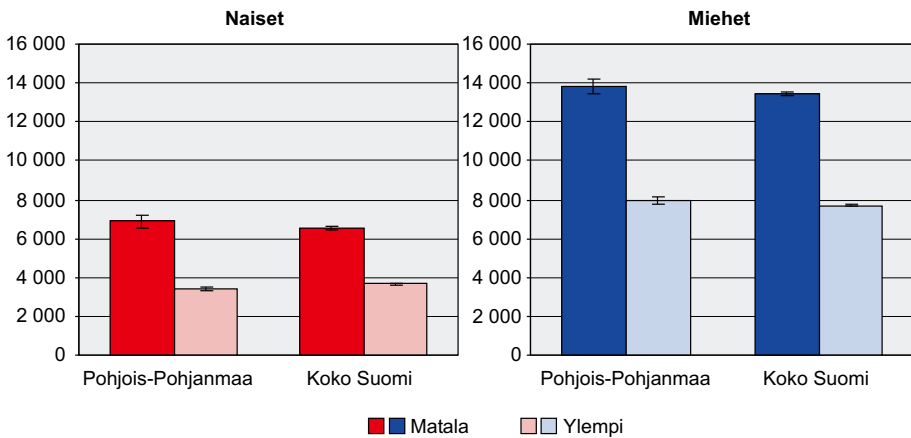
- Vastasyntyneen elinajanodote on suomalaismiehillä 74,5 vuotta ja naisilla 81,5 vuotta.
  - Pohjois-Pohjanmaalla elinajanodote on samaa tasoa kuin koko Suomessa.
- 25-vuotiaan jäljellä oleva elinajanodote on Pohjois-Pohjanmaalla likimain sama kuin koko Suomessa keskimäärin: pohjoispohjalaismiehillä 50,4 vuotta ja -naisilla 57 vuotta.
- Koulutusryhmittäin tarkasteltuna 25-vuotiaan elinajanodotteessa on huomattavia eroja:
  - Korkeampaan koulutusryhmään kuuluvan 25-vuotiaan suomalaismiehen elinajanodote on 5 vuotta pidempi kuin matalampaan koulutusryhmään kuuluvan. Pohjoispohjalaismiehillä ero koulutusryhmien välillä on yhtä suuri.
  - Korkeampaan koulutusryhmään kuuluvan 25-vuotiaan suomalaisnaisen elinajanodote on 3,3 vuotta pidempi kuin matalaan koulutusryhmään kuuluvan naisen. Pohjoispohjalaisnaisilla koulutusryhmien välinen ero on 3,7 vuotta.

## 5.2 Menetetyt elinvuodet, kaikki kuolemansyyt



KUVIO 5.2.1. Menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

Suomessa menetetään 100 000 asukasta kohden noin 9 650 vuotta miesten ja noin 4 550 naisten elinvuotta ikävälillä 25–80 välillä (kuvio 5.2.1). Pohjois-Pohjanmaalla menetettyjen elinvuosien määrä on samaa tasoa kuin koko Suomessa keskimäärin. Lappilaisilla menetettyjen elinvuosien määrä on vertailualueista suurin.



KUVIO 5.2.2. Menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

Alemman koulutusryhmän suomalaisnaisilla menetettyjen elinvuosien määrä on noin 1,8-kertainen korkean koulutusryhmän naisiin verrattuna (kuvio 5.2.2). Suomalaismiehillä alemman koulutusryhmän menetettyjen elinvuosien määrä on noin 1,7-kertainen korkeammin koulutettuihin verrattuna. Ero koulutusryhmien välillä on Pohjois-Pohjanmaalla naisilla hieman suurempi kuin koko Suomessa keskimäärin. Pohjoispohjalaismiehillä koulutusryhmien välinen ero on samankaltainen kuin koko maassa keskimäärin.

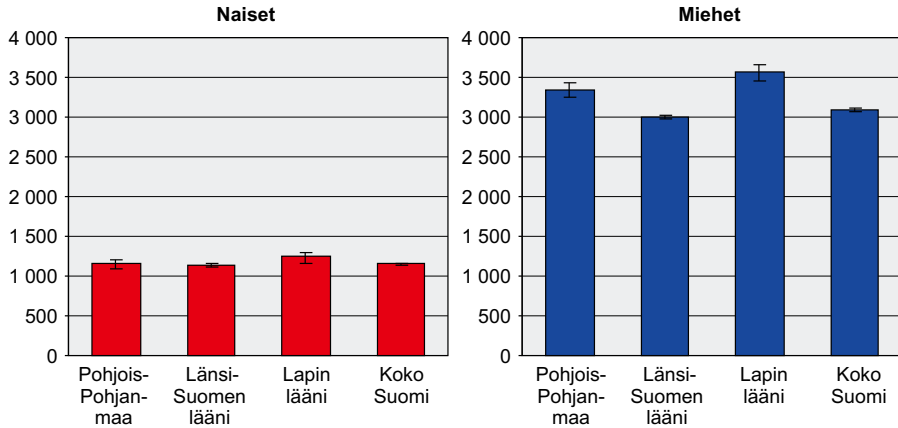
#### **TIETOKULMA: Menetetyt elinvuodet Pohjois-Pohjanmaalla, kaikki kuolemansyyt**

- Menetettyjen elinvuosien määrä on suomalaisilla miehillä noin 9 650 vuotta ja naisilla noin 4 550 vuotta 100 000 asukasta kohden.
  - Pohjoispohjalaisilla menetettyjen elinvuosien määrä on samaa tasoa kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Koulutusryhmien välillä on suuret erot:
  - Matalampaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla ja miehillä menetettyjen elinvuosien määrä on lähes kaksinkertainen korkeamman koulutuksen saaneisiin verrattuna.
  - Erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla yhtä suuret kuin koko Suomessa keskimäärin.

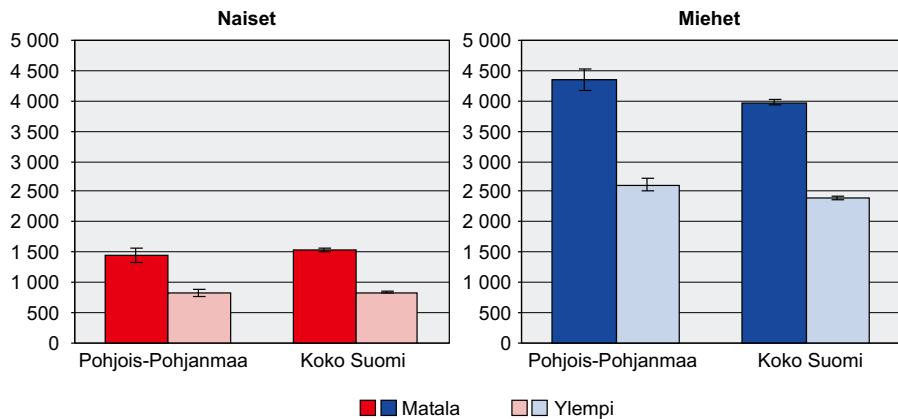
### **5.3 Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet**

Verenkiertoelinten sairaudet, joista yleisimpiä ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt ja kohonnut verenpaine, aiheuttavat lähes puolet kaikista kuolemista. Seuraavaksi tarkastellaan pohjoispohjalaisten kuolleisuutta kaikkiin verenkiertoelinten sairauksiksi luokiteltaviin sairauksiin (ICD-10 tautiluokituksen luokat I00–I425, I427–I99, ks. Kuolemansyyt 2006, liite 2A).

Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on suomalaismiehillä noin 3 100 vuotta ja naisilla noin 1 150 vuotta 100 000 asukasta kohden. Lapissa naisilla menetetään verenkiertoelinten sairauksiin noin 8 % enemmän elinvuosia kuin keskimäärin koko Suomessa. Miehillä alueelliset erot ovat vielä suuremmat: Lapissa menetetään noin 15 % ja Pohjois-Pohjanmaalla noin 8 % enemmän elinvuosia 100 000 asukasta kohden kuin koko Suomessa keskimäärin. Pohjois-Pohjanmaalla naisten tilanne on kuitenkin samalla tasolla kuin koko Suomessa. (Kuvio 5.3.1.)



KUVIO 5.3.1. Verenkierroelinten sairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.



KUVIO 5.3.2. Verenkierroelinten sairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

Verenkierroelinten sairauksien vuoksi menetetyissä elinvuosissa on suuret koulutusryhmien väliset erot (kuvio 5.3.2). Verenkierroelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on matalan koulutusryhmän pohjoispohjalaisnaisilla noin 1,8-kertainen ja miehillä noin 1,7-kertainen ylempään koulutusryhmään verrattuna.

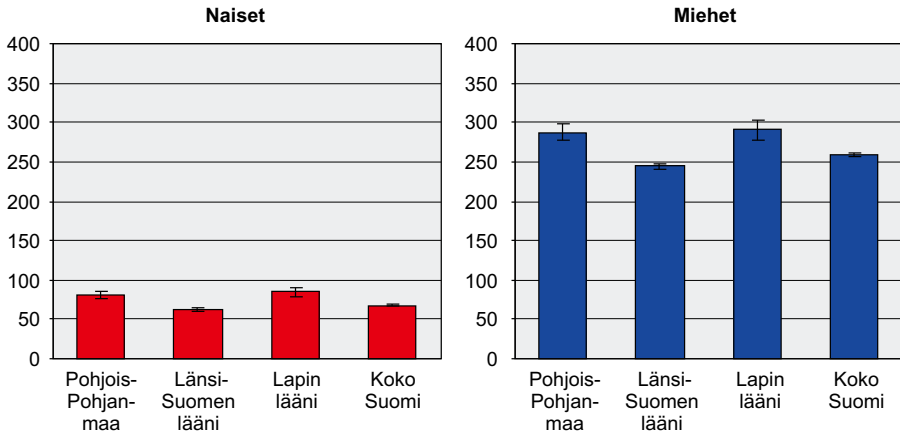
### **TIETOKULMA: Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet Pohjois-Pohjanmaalla**

- Miehillä verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetetään selvästi enemmän elinvuosia kuin naisilla.
- Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on pohjois-pohjalaisnaisilla samaa tasoa kuin naisilla koko Suomessa keskimäärin.
- Pohjoispohjalaismiehillä verenkiertoelinten sairauksien takia menetettyjen elinvuosien määrä on noin 8 % suurempi kuin suomalaismiehillä keskimäärin.
  - Lapissa verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on vertailualueista suurin.
- Koulutusryhmien välillä on suuret erot:
  - Alempaan koulutusryhmään kuuluvilla pohjoispohjalaisilla verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on molemmilla sukupuolilla lähes kaksinkertainen korkeammin koulutettujen ryhmään verrattuna.
  - Koulutusryhmien välinen ero on Pohjois-Pohjanmaalla miehillä yhtä suuri, naisilla hieman pienempi, kuin koko Suomessa keskimäärin.

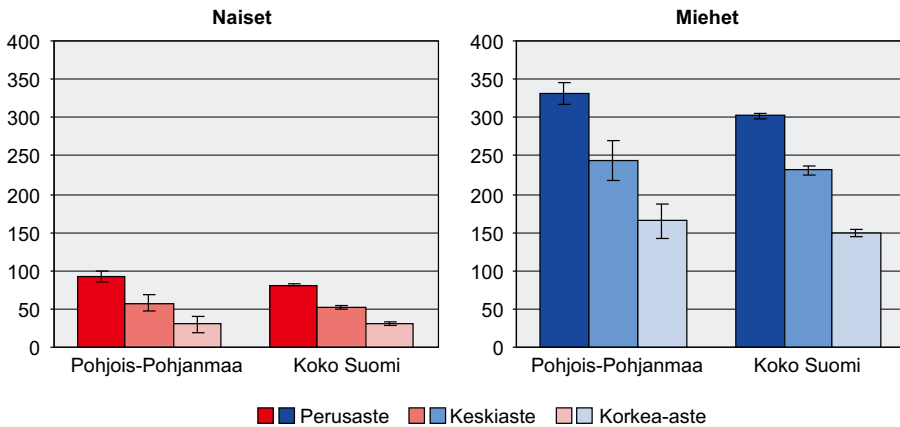
## **5.4 Sepelvaltimotautikuolleisuus**

Sepelvaltimotaudista johtuvilla kuolemilla tarkoitetaan sydänlihaksen pitkäaikaisen hapenpuutteen aiheuttamia kuolemia. Sepelvaltimotauti on nopeasti vähentynyt 1970-luvun alusta lähtien, mutta vielä vuonna 2006 se aiheutti lähes neljäsosan kaikista kuolemista ja runsaan kuudesosan alle 75-vuotiaiden kuolemista Suomessa (Kuolemansyyt 2006). Seuraavaksi tarkastellaan 25–74-vuotiaiden pohjoispohjalaisien kuolleisuutta sepelvaltimotautiin (ICD-10 tautiluokituksen luokat I20–I25, ks. Kuolemansyyt 2006, liite 2A). Esitetyt tulokset perustuvat REDD-aineistoon.

Miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on selvästi yleisempää kuin naisten. Sepelvaltimotautikuolleisuus on Lapin läänissä ja Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa vertailualueita ja koko Suomen keskiarvoa suurempaa. Pohjoispohjalaisilla naisilla sepelvaltimokuolleisuus on 14 % ja miehillä 12 % korkeampi kuin koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 5.4.1.)



KUVIO 5.4.1. 25–74-vuotiaiden kuolleisuus sepelvaltimotautiin (/100 000 henkilövuotta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla 2002–2003.



KUVIO 5.4.2. 25–74-vuotiaiden kuolleisuus sepelvaltimotautiin (/100 000 henkilövuotta) koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1992–2003.

Sepelvaltimotautikuolleisuus on selvästi yleisempää alemmissä koulutusryhmissä. Pohjoispohjalaisnaisilla alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero sepelvaltimotautikuolleisuudessa on kolminkertainen (kuvio 5.4.2). Miehillä alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on noin kaksinkertainen. Koulutusryhmien väliset erot sepelvaltimotautikuolleisuudessa ovat miehillä yhtä suuret kuin koko Suomessa, naisilla hieman suuremmat kuin vastaavat erot koko Suomessa.

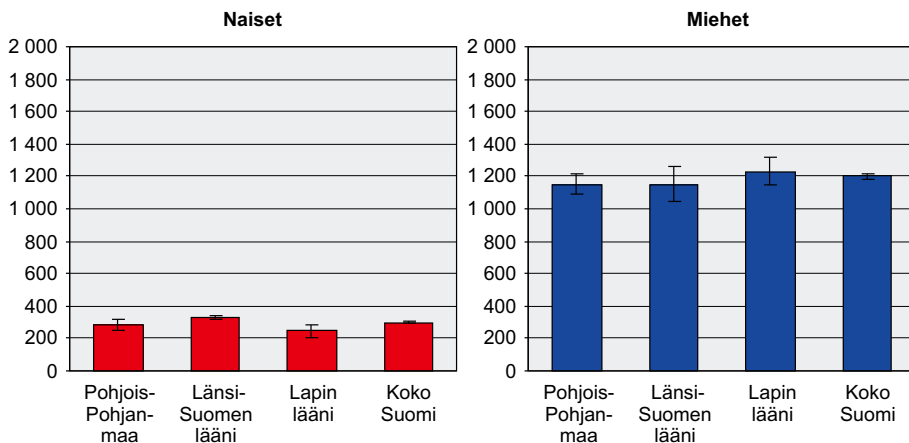


**TIETOKULMA: Sepelvaltimotautikuolleisuus Pohjois-Pohjanmaalla**

- Sepelvaltimotautikuolleisuus on miehillä selvästi korkeampi kuin naisilla.
- Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla sepelvaltimotautikuolleisuus on yli 10 % korkeampi kuin vertailualueilla ja koko Suomessa.
- Alemmissa koulutusryhmissä sepelvaltimotautikuolleisuus on huomattavasti yleisempää kuin korkeimmin koulutetuilla:
  - Naisilla alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on jopa kolminkertainen.
  - Miehillä vastaava ero on kaksinkertainen.
- Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot ovat suunnilleen yhtä suuret kuin koko Suomessa keskimäärin.

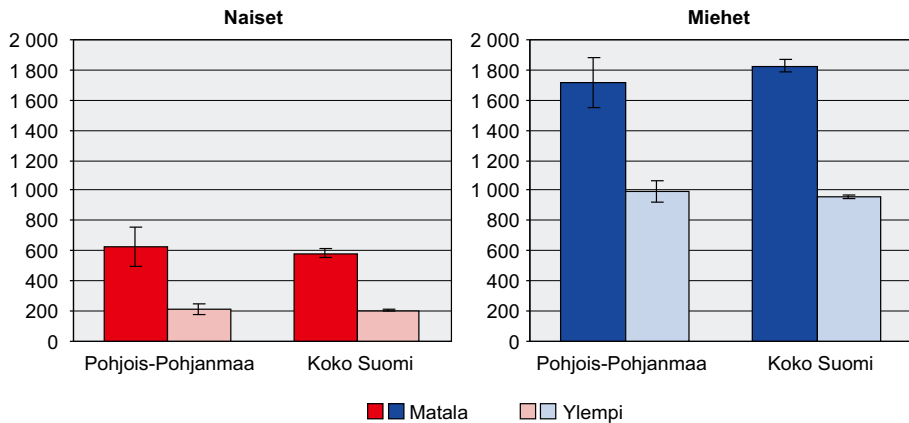
## 5.5 Alkoholin vuoksi menetetyt elinvuodet

Alkoholiperäiset kuolemat ovat työikäisten suurin yksittäinen kuolinsyyryhmä. Alkoholisyyt aiheuttivat vuonna 2006 Suomessa lähes 1 700 työikäisten kuolemaa, mikä on noin kuudesosa kaikista kuolemista. Alkoholien aiheuttamia peruskuolemansyitä ovat neurologiset, sydänlihaksen ja ruoansulatuselinten sairaudet, sikiövauriot ja alkoholimyrkytys (ICD10: F10, G312, G4051, G621, G721, I426, K292, K70, K860, K8600, O354, P043, X45 ks. Kuolemansyyt 2006, liite 2A). Lisäksi alkoholi on erittäin yleinen myötävaikuttava kuolinsyy, mutta sitä ei tässä yhteydessä tarkastella.



KUVIO 5.5.1. Alkoholin vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

Alkoholin vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on suomalaisnaisilla noin 280 vuotta 100 000 asukasta kohden. Miehillä luku on nelinkertainen, noin 1 150 vuotta. Miehillä vertailualueiden väliset erot ovat melko pieniä. Naisilla vertailualueiden välillä on sitä vastoin suurempia eroja: alkoholin takia menetettyjen elinvuosien määrä on lappilaisnaisilla noin 17 % pienempi kuin koko maassa. Pohjoispohjalaisnaisilla alkoholikuolemien vuoksi potentiaalisesti menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 asukasta kohden on noin 5 % pienempi kuin suomalaisnaisilla keskimäärin. (Kuvio 5.5.1.)



KUVIO 5.5.2. Alkoholin vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

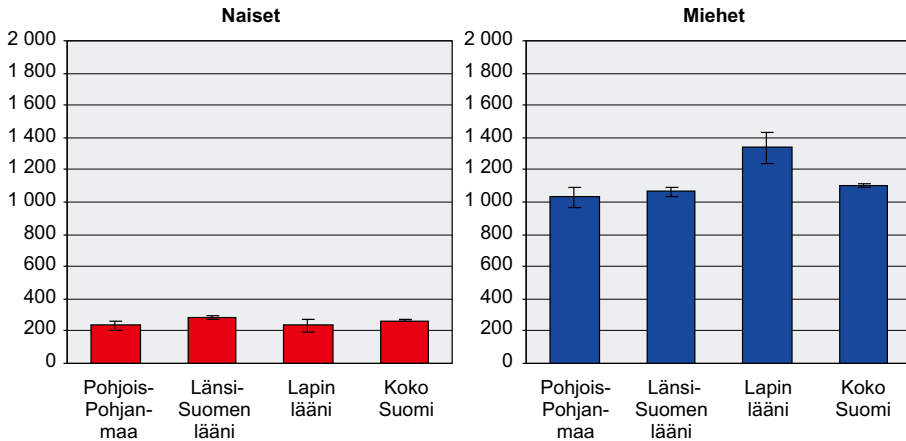
Alkoholin vuoksi menetetyissä elinvuosissa on suuria koulutuksen mukaisia eroja. Alemman koulutusryhmän suomalaisnaisilla alkoholin takia menetettyjen elinvuosien määrä on lähes kolminkertainen ylempään koulutusryhmään naisiin verrattuna, miehillä noin kaksinkertainen. (Kuvio 5.5.2.)

#### TIETOKULMA: Alkoholin takia menetetyt elinvuodet Pohjois-Pohjanmaalla

- Alkoholin vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on miehillä jopa nelinkertainen naisiin verrattuna.
- Alkoholin vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä Pohjois-Pohjanmaalla on hieman vähäisempi kuin koko Suomessa.
- Koulutusryhmien välillä on suuria eroja:
  - Matalan koulutusryhmän pohjoispohjalaisnaisilla alkoholisyiden vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on noin kolminkertainen ja -miehillä noin 1,7-kertainen ylempään koulutusryhmään verrattuna.

## 5.6 Tapaturmien vuoksi menetetyt elinvuodet

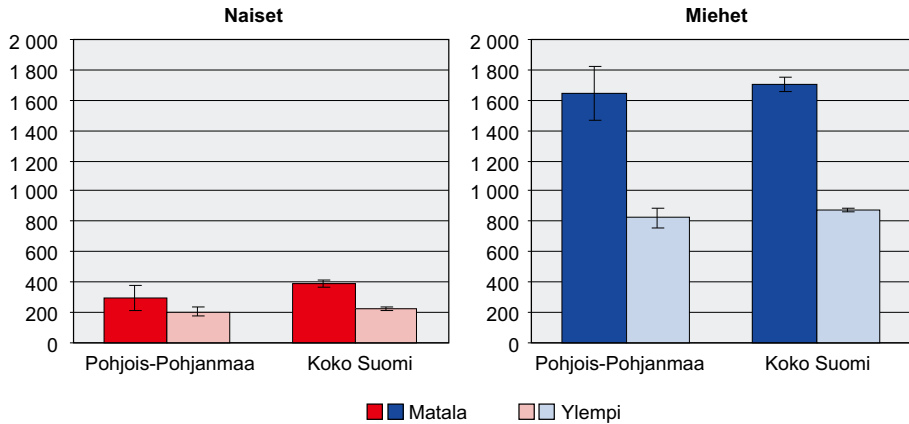
Tapaturmisiin kuolemiin luetaan peruskuolinsyynä ICD-10 koodit V01-X44, X46-X59, Y85-Y86. (Kuolemansyyt 2006, liite 2A.) Ne aiheuttavat vajaat 10 % kaikista kuolemista ja peräti joka neljännen työikäisen kuoleman.



KUVIO 5.6.1. Tapaturmien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

Suomessa menetetään tapaturmien vuoksi naisten elinvuosia noin 260 vuotta ja miesten elinvuosia noin 1100 vuotta 100 000 asukasta kohden. Pohjoispohjalais- ja lappilaisnaisten elinvuosia menetetään tapaturmien vuoksi noin 11 % vähemmän kuin koko Suomessa keskimäärin. Pohjoispohjalaismiesten elinvuosia menetetään noin 7 % vähemmän 100 000 asukasta kohden kuin koko Suomessa keskimäärin. Lappilaismiehillä tapaturmien vuoksi menetetään jopa noin 21 % enemmän elinvuosia kuin koko Suomessa. (Kuvio 5.6.1.)

Alemman koulutusryhmän suomalaisnaisilla menetettyjen elinvuosien määrä on noin 1,7-kertainen ylempään koulutusryhmän naisiin verrattuna. Pohjoispohjalaisnaisilla vastaava kerroin on noin 1,4. Alemman koulutusryhmän suomalaismiehillä, kuten pohjoispohjalaismiehilläkin, menetettyjen elinvuosien määrä on lähes kaksinkertainen korkeampiin koulutettuihin miehiin verrattuna. (Kuvio 5.6.2.)



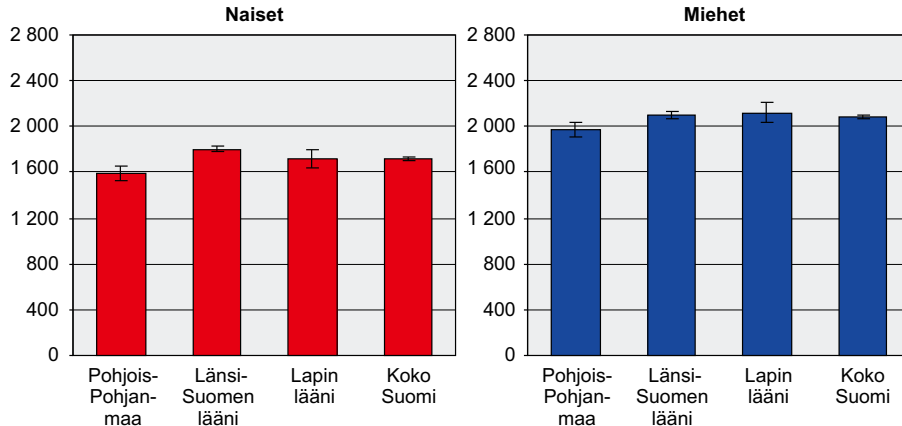
KUVIO 5.6.2. Tapaturmien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

#### TIETOKULMA: Tapaturmien vuoksi menetetyt elinvuodet Pohjois-Pohjanmaalla

- Suomessa tapaturmien vuoksi menetetään 100 000 asukasta kohden naisilla noin 260 elinvuotta ja miehillä noin 1 100 elinvuotta.
- Pohjoispohjalaisnaisilla määrä on 11 % ja pohjoispohjalaismiehillä 7 % pienempi kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Koulutusryhmien välillä on suuria eroja:
  - Alemman koulutusryhmän pohjoispohjalaisnaisilla tapaturmien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 asukasta kohden on noin 1,4-kertainen ja pohjoispohjalaismiehillä noin kaksinkertainen korkeammin koulutettuihin verrattuna.
  - Pohjoispohjalaisnaisilla koulutusryhmien välinen ero on hieman pienempi kuin vastaava ero koko maassa.
  - Pohjoispohjalaismiehillä koulutusryhmien välinen ero on samaa tasoa kuin koko Suomessa.

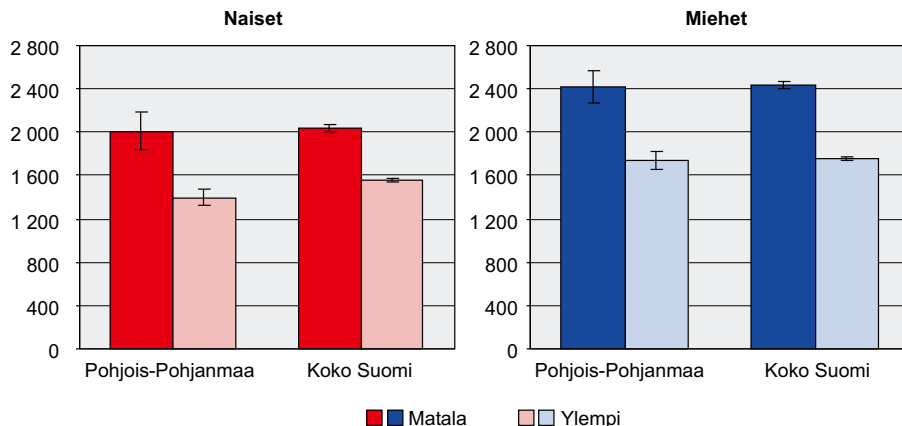
## 5.7 Syöpäkuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet

Seuraavaksi tarkastellaan menetettyjä pahanlaatuisten kasvainten vuoksi menetettyjä elinvuosia (ICD10: C00–C97) ks. Kuolemansyyt 2006, liite 2A).



KUVIO 5.7.1. Syöpäkuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

Syöpään menetettiin 100 000 asukasta kohden suomalaisnaisilla noin 1 720 elinvuotta ja suomalaismiehillä noin 2080 elinvuotta. Pohjoispohjalaisilla syöpäkuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on naisilla noin 8 % ja miehillä noin 5 % vähäisempi kuin koko Suomessa keskimäärin. Muuten vertailualueiden väliset erot ovat melko pieniä. (Kuvio 5.7.1.)



KUVIO 5.7.2. Syöpäkuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

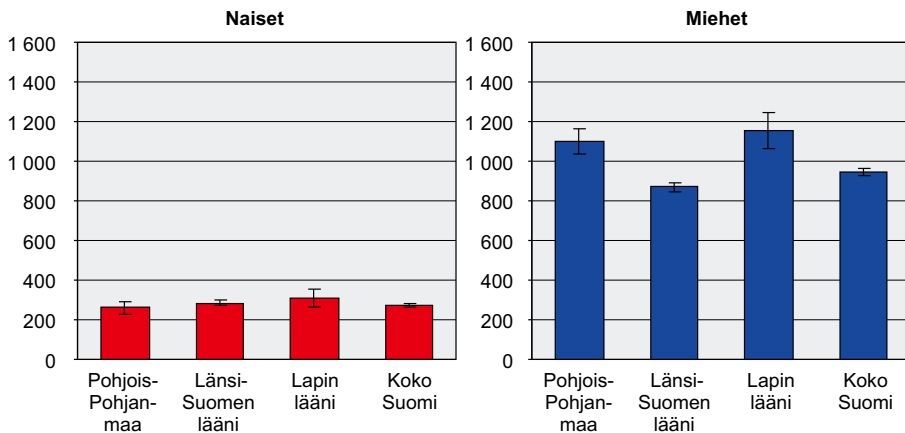
Vähemmän koulutusta suorittaneilla syövän vuoksi menetetään selvästi enemmän elinvuosia kuin korkeammin koulutetuilla. Pohjoispohjalaismiehillä koulutusryhmien välinen ero on yhtä suuri kuin koko Suomessa. Matalamman koulutusryhmän pohjoispohjalaismiehillä syöpäkuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on noin 1,4-kertainen korkeamman koulutusryhmän miehiin verrattuna. Matalamman koulutusryhmän suomalaisnaisilla syöpien takia menetettyjen elinvuosien määrä on 1,3-kertainen ja pohjoispohjalaisnaisilla 1,4-kertainen korkeammin koulutettuihin verrattuna. (Kuvio 5.7.2.)

#### TIETOKULMA: Syöpien takia menetetty elinvuodet Pohjois-Pohjanmaalla

- Syöpäkuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 asukasta kohden on Suomessa naisilla 1 720 vuotta ja miehillä 2 080 vuotta.
- Pohjois-Pohjanmaalla määrä on naisilla 8 % ja miehillä 5 % pienempi kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Koulutusryhmien väliset erot ovat suuria:
  - Matalan koulutusryhmän pohjoispohjalaisilla syöpien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on sekä naisilla että miehillä 1,4-kertainen korkeaan koulutusryhmään verrattuna.

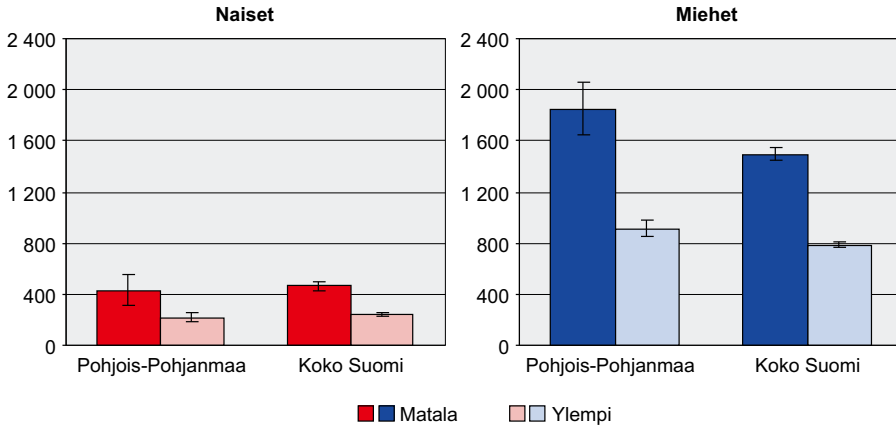
## 5.8 Itsemurhien vuoksi menetetty elinvuodet

Seuraavaksi tarkastellaan itsemurhia, joiksi peruskuolinsyynä luetaan ICD-10 koodit X60-X84, Y87.0 (Ks. Kuolemansyyt 2006, Liite 2 a).



KUVIO 5.8.1. Itsemurhien vuoksi menetetty elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/ 100 000 asukasta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1999–2003.

Lappilaismiesten itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on jopa yli neljänneksen ja pohjoispohjalaismiehillä noin 16 % suurempi kuin suomalaismiehillä keskimäärin. Lappilaisnaisilla itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on noin 12 % suurempi ja pohjoispohjalaisnaisilla noin 6 % vähäisempi kuin suomalaisnaisilla keskimäärin. (Kuvio 5.8.1.)



KUVIO 5.8.2. Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta (/100 000 asukasta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1999–2003.

Matalan koulutusryhmän pohjoispohjalaisnaisilla itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on noin kaksinkertainen korkeamman koulutusryhmän naiseen verrattuna. Koulutusryhmien välinen ero on pohjoispohjalaismiehillä samaa tasoa kuin suomalaismiehillä keskimäärin; matalan koulutusryhmän miehillä menetettyjen elinvuosien määrä on noin kaksinkertainen korkeampaan koulutusryhmään verrattuna. (Kuvio 5.8.2.)

**TIETOKULMA: Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet Pohjois-Pohjanmaalla**

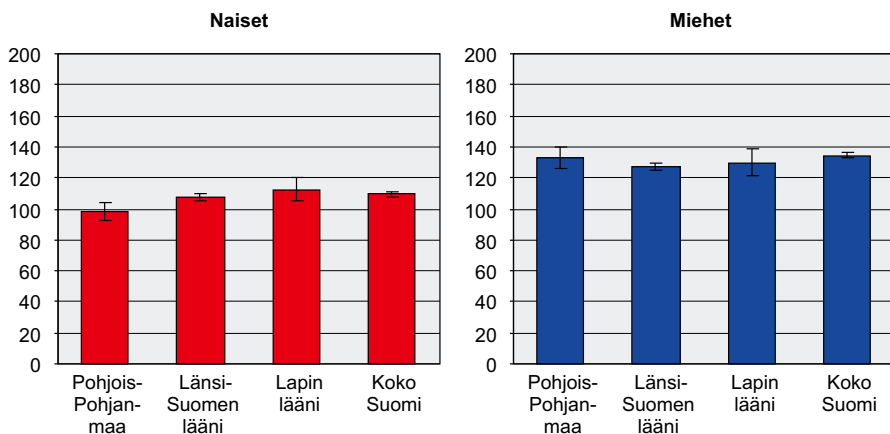
- Itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 asukasta kohden on Suomessa naisilla 280 vuotta ja miehillä 950 vuotta.
- Pohjois-Pohjanmaalla menetettyjen elinvuosien määrä on naisilla 6 % pienempi ja miehillä 16 % suurempi kuin keskimäärin koko Suomessa.
- Koulutusryhmien väliset erot ovat suuret:
  - Pohjois-Pohjanmaalla matalaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla ja miehillä itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on noin kaksinkertainen korkeampaan koulutusryhmään verrattuna.
  - Koulutusryhmien välinen ero on Pohjois-Pohjanmaalla molemmilla sukupuolilla suunnilleen yhtä suuri kuin vastaava koulutusryhmien välinen ero koko Suomessa.

## 5.9 Terveydenhuollon toimin vältettävissä olevat kuolemat

Vältettävissä olevilla kuolemilla tarkoitetaan sellaisista kuolemansyistä johtuvia kuolemia, joiden arvioidaan olevan terveydenhuollon toimin estettävissä. Terveydenhuollon toimilla viitataan tällöin sekä tauteja ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin (kuten kohdunkaulansyövän seulonta) että tautien hoitoon (kuten monien infektioautien hoito). Joidenkin kuolemansyiden kohdalla voidaan lisäksi käyttää ikärajaa, jota nuoremmilla kuolemat arvioidaan voitavan estää, vaikka ikärajan ylittäneiden kuolemista suureen osaan ei kyetäkään terveydenhuollon toimin vaikuttamaan. Kuolleisuutta vältettävissä oleviin kuolemansyihin käytetään nykyään mittarina esim. terveydenhuollon tuloksellisuuden kansainvälisissä vertailuissa. Se kuvaa ennaltaehkäisyn kattavuutta ja laatua sekä hoidon saatavuutta, hoitoon haakeutumista ja hoidon laatua.

Eri tutkimusten välillä on vaihtelua siinä, mistä kuolemansyistä johtuvat kuolemat arvioidaan vältettävissä oleviksi. Tässä esitettävät tulokset perustuvat Nolten ja McKeen (2004) kuolinsyiden luetteloon, josta suomalaisessa tarkastelussa on jätetty pois sepelvaltimotautikuolleisuus. Näin määritellyt kuolemat muodostivat vuosina 2002–2003 naisilla 27 % ja miehillä 13 % kaikista 0–74-vuotiaiden kuolemista Suomessa.

Seuraavaksi esitettävät tulokset perustuvat REDD-aineistoon. Tulokset esitetään sukupuolittain 25–74-vuotiaiden ikävakioituina kuolleisuuslukuina 100 000 henkilövuotta kohti.

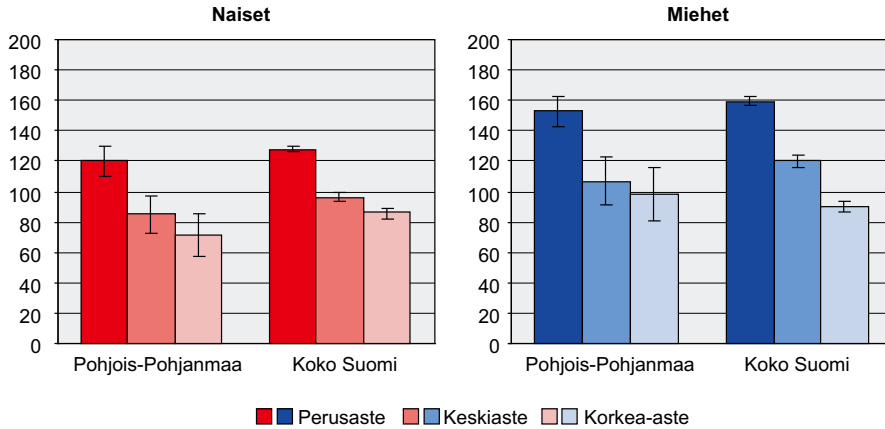


KUVIO 5.9.1. 25–74-vuotiaiden ikävakioitu kuolleisuus terveydenhuollon toimin vältettävissä oleviin kuolemansyihin (/100 000 henkilövuotta) Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1992–2003.

Tarkastelujaksolla 1992–2003 terveydenhuollon toimin estettävissä oleviin kuolemansyihin kuoli vuosittain 25–75-vuotiaassa väestössä noin 110 naista ja noin 135



miestä 100 000 asukasta kohden. Kuolleisuus vältettävissä oleviin kuolemansyihin oli Pohjois-Pohjanmaalla miehillä samaa tasoa kuin koko Suomessa, naisilla hie-  
man Suomen keskiarvoa vähäisempää. Muutoin vertailualueiden välillä ei ole ero-  
ja. (Kuvio 5.9.1.)



KUVIO 5.9.2. 25–74-vuotiaiden ikävaikeita kuolleisuus terveydenhuollon toimin vältettävissä oleviin kuolemansyihin (/100 000 henkilövuotta) koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1992–2003.

Terveydenhuollon toimin estettävissä olevat kuolemat ovat vähiten koulutusta suorittaneilla selvästi yleisempiä kuin korkeammin kouluttautuneilla. Koulutusryhmi-  
en väliset vältettävissä olevista kuolemansyistä johtuvat kuolleisuuserot ovat Poh-  
jois-Pohjanmaalla naisilla yhtä suuret ja miehillä pienemmät kuin koko Suomessa  
keskimäärin. Ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä on Pohjois-Pohjan-  
maalla naisilla noin 1,7-kertainen ja miehillä noin 1,6-kertainen. (Kuvio 5.9.2.)

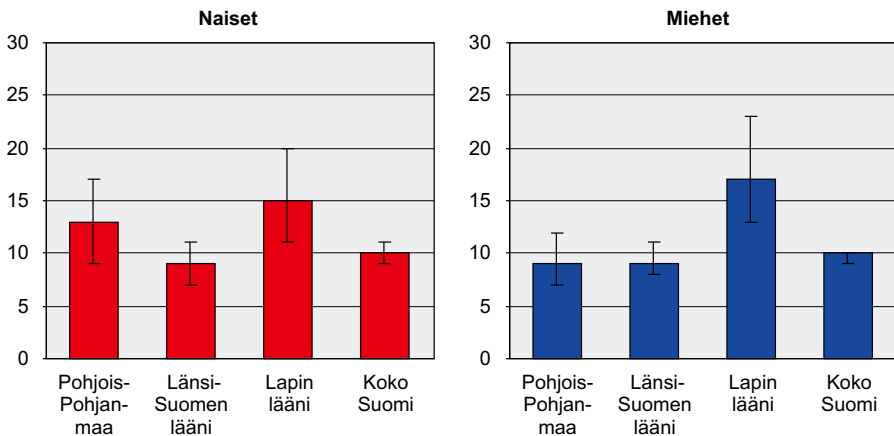
**TIETOKULMA: Terveydenhuollon toimin vältettävissä olevat kuolemat Pohjois-Pohjanmaalla**

- Vertailualueiden väliset erot vältettävissä olevissa kuolemissa ovat pieniä.
- Vältettävissä olevat kuolemat ovat miehillä yleisempiä kuin naisilla.
- Terveydenhuollon toimin estettävät kuolemat ovat selvästi yleisempiä vähiten koulu- ja käyneiden keskuudessa:
  - Ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä on Pohjois-Pohjanmaalla naisilla 1,7-kertainen ja miehillä 1,6-kertainen.

## 6 SOSIOEKONOMISIIN TERVEYSEROIHIIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

### 6.1 Työttömyys ja lomautukset

Työttömyyttä ja lomautuksia tarkasteltiin aikuisväestön terveyskäyttätymiskyselyn (AVTK) kysymyksellä ”Oletteko ollut viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana työttömänä tai lomautettuna (kokonaan poissa työstä, tämänhetkinen työttömyys tai lomautus mukaan lukien)?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin: en lainkaan, 0–1 kk työttömyys, 2 kk–3 kk, 4 kk–6 kk, 7 kk–11 kk, 12 kk (koko vuoden). Seuraavassa tarkastellaan vähintään 7 kuukautta työttömänä tai lomautettuna olleiden osuutta vastaajista.

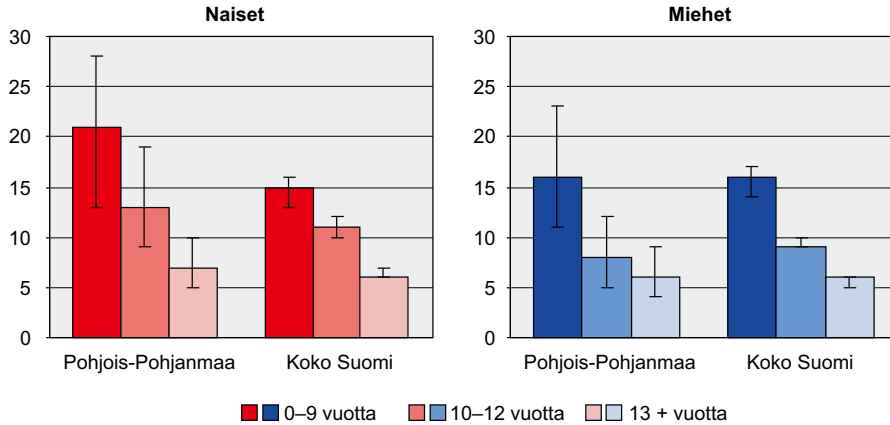


KUVIO 6.1.1. Vähintään 7 kk työttömänä tai lomautettuna olleiden ikävakioiden osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

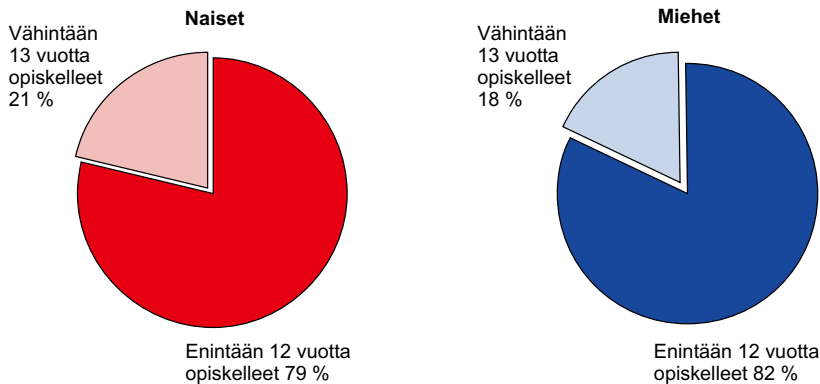
Vähintään 7 kk kestäneet työttömyys- tai lomautusjaksot ovat vertailualueista yleisimpiä Lapin läänissä. Pohjois-Pohjanmaalla vähintään 7 kk pitkät työttömyys- tai lomautusjaksot ovat naisilla hieman yleisempiä kuin koko Suomessa keskimäärin ja miehillä suunnilleen yhtä yleisiä kuin koko Suomessa. Pohjoispohjalaisista naisista 13 % ja miehistä 9 % oli ollut työttömänä tai lomautettuna vähintään 7 kuukautta kyselyä edeltäneiden 12 kuukauden aikana. (Kuvio 6.1.1.)

Vähintään 7 kk kestäneet työttömyys- ja lomautusjaksot ovat sitä yleisempiä mitä vähemmän koulutusta henkilöllä on. Naisilla yli 7 kk kestäneet lomautus- tai työttömyysjaksot ovat Pohjois-Pohjanmaalla kaikissa koulutusryhmissä yleisempiä kuin koko Suomessa ja koulutusryhmien väliset erot ovat jyrkemmät kuin vastaavat erot koko Suomessa. Miehillä vähintään 7 kk kestäneet työttömyys tai lomautus-

tusjaksot ovat koulutusryhmittäin tarkasteltuna suunnilleen yhtä yleisiä kuin koko Suomessa keskimäärin. Enintään 9 vuotta kouluttautuneista pohjoispohjalaisista naisista noin 21 % ja miehistä noin 16 % oli ollut pitkäaikaisesti työttömänä tai lomautettuna, kun vähintään 13 vuotta kouluttautuneista naisista noin 7 % ja miehistä noin 6 oli joutunut olemaan vähintään 7 kuukautta työttömänä tai lomautettuna. (Kuvio 6.1.2.)



KUVIO 6.1.2. Vähintään 7 kk lomautettuna tai työttömänä olleiden ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.



KUVIO 6.1.3. Pohjois-Pohjanmaan työttömien koulutustausta.

Pohjois-Pohjanmaalla on työikäisiä naisia noin 93 000 ja heistä noin 12 000 oli ollut kyselyä edeltäneen vuoden aikana vähintään 7 kk työttömänä tai lomautettuna. Kaikista pitkäaikaisesti työttömänä tai lomautettuna olleista naisista korkeintaan 12 vuotta opiskelleiden osuus on 79 %. Työikäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla

on noin 100 000, joista noin 9000 oli ollut vähintään 7 kk työttömänä tai lomautettuna. Kaikista työttömänä tai lomautettuna pitkäaikaisesti olleista korkeintaan 12 vuotta opiskelleiden osuus on 82 %. (Kuvio 6.1.3.) Pitkät työttömyys- ja lomautusjaksot keskittyvät selvästi vähän koulutettujen ryhmään.

#### **TIETOKULMA: Työttömyys ja lomautukset Pohjois-Pohjanmaalla**

- Pohjois-Pohjanmaalla vähintään 7 kk kestäneet työttömyys- ja lomautusjaksot ovat miehillä suunnilleen yhtä yleisiä ja naisilla hieman yleisempiä kuin keskimäärin koko Suomessa.
- Koulutusryhmien välillä on huomattavia eroja työttömyydessä:
  - Naisilla vähintään 7 kk kestäneet työttömyys- ja lomautusjaksot ovat kaikissa koulutusryhmissä yleisempiä kuin koko Suomessa keskimäärän ja koulutusryhmien väliset erot jyrkempiä kuin vastaavat erot koko Suomessa.
  - Miehillä vähintään 7 kk kestäneet työttömyys- ja lomautusjaksot ovat koulutusryhmittäin tarkasteltuna suunnilleen samaa tasoa kuin koko Suomessa.
  - Mitä vähemmän koulutusta sitä yleisempää työttömyys on:
    - Kaikista viimeisen vuoden aikana vähintään 7 kk työttömänä tai lomautettuna olleista pohjoispohjalaisista korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 79 % ja miehillä 82 %.

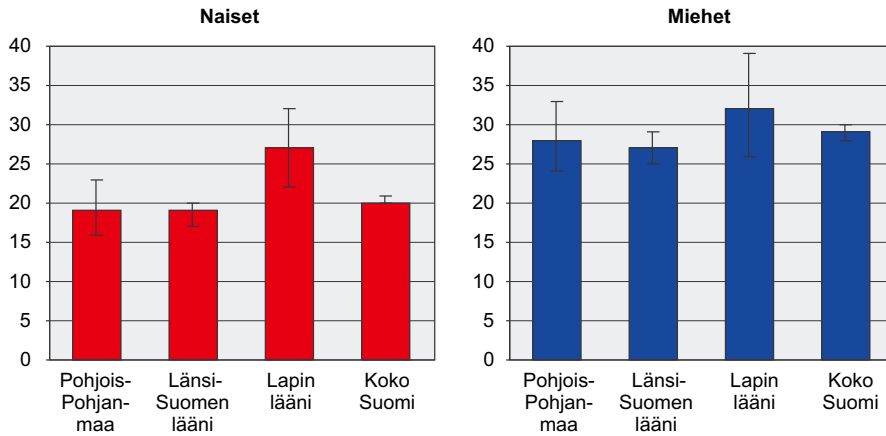
## **6.2 Elintavat**

### **6.2.1 Päivittäinen tupakointi**

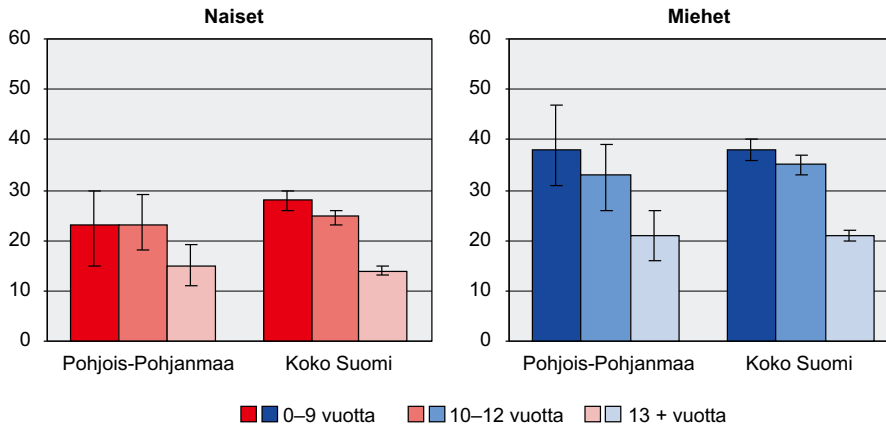
Päivittäisen tupakoinnin yleisyyttä työikäisessä väestössä tarkastellaan vuosina 1995–2005 aikuisväestön terveystyökalukyselyn (AVTK) aineistojen avulla. Nuorten päivittäistä tupakointia tarkastellaan vuosina 2007 ja 2008 toteutetun Kouluterveyskyselyn perusteella.

#### **Työikäiset**

Suomessa työikäisistä naisista tupakoi päivittäin joka viides ja miehistä lähes joka kolmas. Päivittäinen tupakointi on vertailualueista yleisintä Lapin läänissä. Eri-tyisesti naisten päivittäinen tupakointi on Lapin läänissä selvästi yleisempää kuin vertailualueilla. Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa päivittäinen tupakointi on molemilla sukupuolilla samalla tasolla kuin koko maassa. (Kuvio 6.2.1.1.)

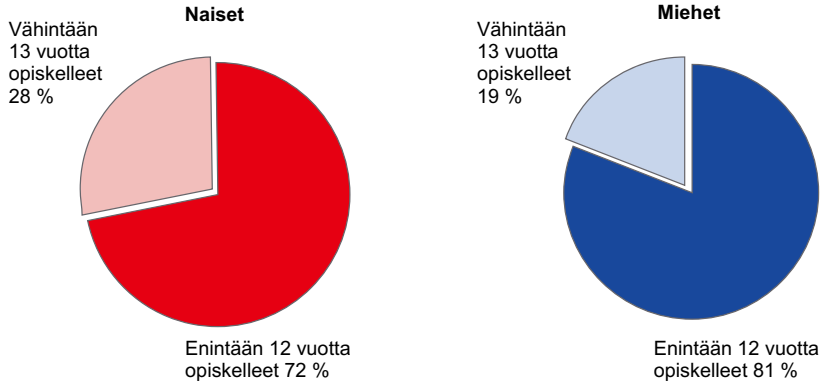


KUVIO 6.2.1.1. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.



KUVIO 6.2.1.2. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

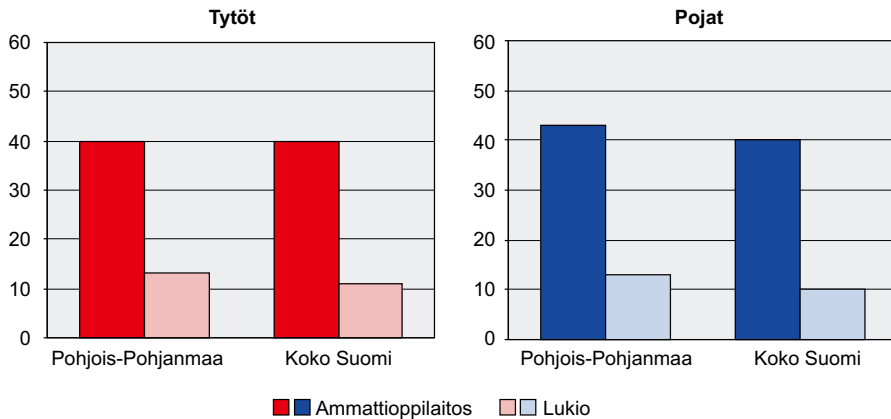
Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla miehillä yhtä jyrkät kuin koko Suomessa, naisilla hieman pienemmät kuin koko Suomessa keskimäärin. Alemmissa koulutusryhmissä tupakointi on selvästi yleisempää kuin ylimmissä, vähintään 13 vuotta koulutusta suorittaneiden ryhmässä. Pohjoispohjalaisnaisilla tupakointi on kahdessa alimmassa koulutusryhmässä yhtä yleistä, muuten tupakointi selvästi yleisempää vähiten opiskelleiden ryhmässä (kuvio 6.2.1.2). Enintään 9 vuotta opiskelleista pohjoispohjalaisista naisista noin joka neljäs ja miehistä noin joka kolmas tupakoi päivittäin, kun taas vähintään 13 vuotta opiskelleista naisista tupakoi noin joka seitsemäs ja miehistä noin joka viides.



KUVIO 6.2.1.3. Päivittäin tupakoivien pohjoispohjalaisten koulutustausta.

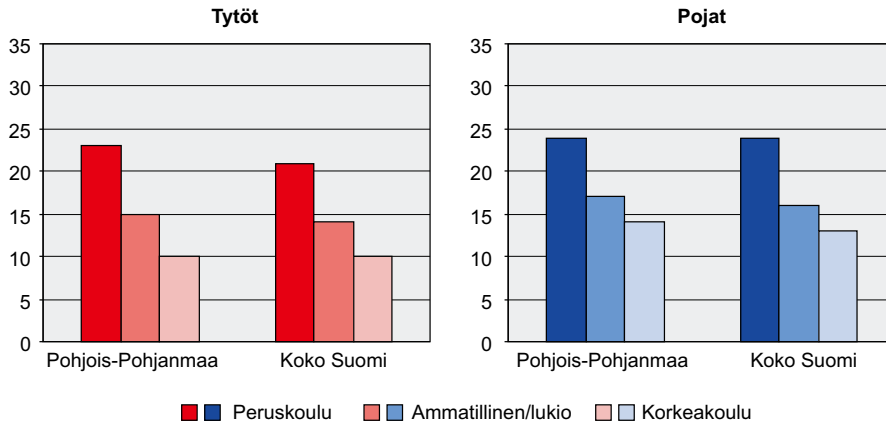
Pohjois-Pohjanmaalla on työikäisiä naisia noin 93 000 ja miehiä noin 100 000. Naisista tupakoi päivittäin noin 19 000 ja miehistä noin 31 000. Koulutuksen mukaan tarkasteltuna nähdään, että kaikista päivittäin tupakoivista naisista noin 72 % on suorittanut enintään 12 vuotta koulutusta. Kaikista päivittäin tupakoivista miehistä 81 % on suorittanut korkeintaan 12 vuotta opintoja. (Kuvio 6.2.1.3.)

## Nuoret



KUVIO 6.2.1.4. Päivittäin tupakoivien osuus (%) toisen asteen opiskelijoista oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008

Nuorten päivittäisessä tupakoinnissa oppilaitostyyppien väliset erot ovat suuria. Suomessa ammattioppilaitoksissa opiskelevista nuorista noin 40 % tupakoi päivittäin, kun lukiolaisista näin tekee noin 10 %. Ammattioppilaitoksessa opiskelevilla pohjoispohjalaisnuorilla päivittäinen tupakointi on yli kolme kertaa yleisempää kuin lukiolaisilla (ks. kuvio 6.2.1.4). Pohjois-Pohjanmaalla lukiolaisnuorista noin 13 % tupakoi päivittäin, vastaavasti ammattioppilaitoksessa opiskelevista tytöistä noin 40 % ja pojista noin 43 % tupakoi päivittäin.



KUVIO 6.2.1.5. Päivittäin tupakoivien osuus (%) peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista äidin korkeimman koulutuksen mukaan vuosina 2007–2008.

Äidin koulutuksella on selvä yhteys peruskoululaisen tupakointiin. Mitä korkeampi äidin koulutustaso on, sitä harvinaisempaa on lapsen tupakointi. Pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien peruskouluikäisistä lapsista noin joka neljäs tupakoi päivittäin. Vastaavasti korkeakoulun suorittaneiden äitien lapsista noin joka kymmenes tyttö ja noin joka seitsemäs poika tupakoi päivittäin. (Kuvio 6.2.1.5.)

**TIETOKULMA: Tupakointi Pohjois-Pohjanmaalla****Työikäiset**

- Pohjois-Pohjanmaalla tupakointi on samalla tasolla kuin koko Suomessa keskimäärin.
- Vähän koulutusta suorittaneiden tupakointi on huomattavasti yleisempää kuin pitemmälle opiskelleiden:
  - Enintään 9 vuotta opiskelleista pohjoispohjalaisnaisista 23 % ja -miehistä 38 % tupakoi päivittäin. Vähintään 13 vuotta opiskelleista naisista 15 % ja miehistä 21 % tupakoi päivittäin.
  - Kaikista päivittäin tupakoivista pohjoispohjanmaalaisista korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 72 % ja miehillä 81 %.

**Nuoret**

- Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla pohjoispohjalaisnuorilla päivittäinen tupakointi on yli kolme kertaa yleisempää kuin lukiolaisnuorilla.
- Äidin koulutuksella on selvä yhteys peruskoululaisen tupakointiin: vähän koulutettujen äitien lapsilla päivittäinen tupakointi on selvästi yleisempää kuin korkeammin kouluttautuneiden äitien lapsilla.

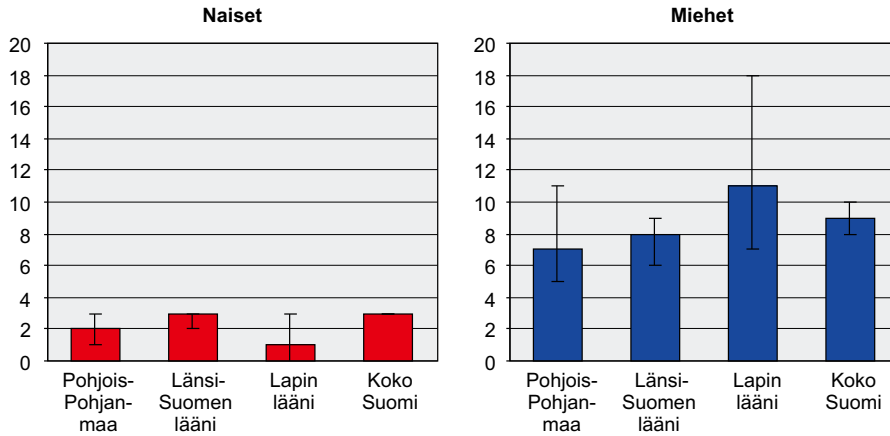
## 6.2.2 Alkoholin käyttö

Työikäisten alkoholinkäyttöä tarkastellaan Aikuisväestön terveyskäyttämiskyselyn (AVTK) avulla tarkastelemalla alkoholin riskikulutusta, joka on miehillä vähintään 24 annosta ja naisilla 16 annosta viikossa. Tulokset perustuvat vastauksiin, jotka saatiin kysyttäessä vastaajalta ”Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olette juonut edellisen viikon (edelliset 7 vrk) aikana seuraavia: olutta, long drink -juomia, väkevää alkoholia, viiniä tai vastaavaa ja alkoholipitoista siideriä tai kevytviiniä. Vastausten perusteella laskettiin alkoholin viikkokulutus. Ihmisillä on usein tapana vähätellä alkoholinkäyttömääriään, mikä on syytä ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa.

Nuorten alkoholinkäyttöä tarkastellaan alkoholin käyttötiheyden ja humalajuomisen valossa. Kouluterveyskyselyssä kysyttiin nuorelta ”Kuinka usein kaiken kaikkiaan käytät alkoholia, esimerkiksi puoli pulloa keskiolutta tai enemmän?”. Vastausvaihtoehtoina olivat: kerran viikossa tai useammin, pari kertaa kuukaudessa, noin kerran kuukaudessa, harvemmin, en käytä alkoholijuomia. Tässä tarkastellaan vähintään kerran viikossa alkoholia käyttävien osuutta. Kouluterveyskyselyssä kysyttiin myös ”Kuinka usein käytät alkoholia TOSI HUMALAAAN asti?”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin: kerran viikossa tai useammin, noin 1–2 kertaa kuukaudessa, harvemmin, en koskaan. Tässä tarkastellaan vähintään kerran kuukaudessa itsensä tosi humalään juovien osuutta.

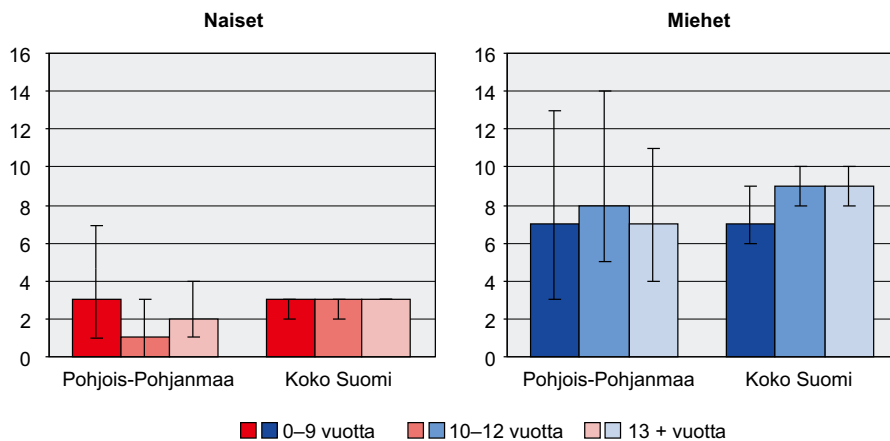


## Työikäiset



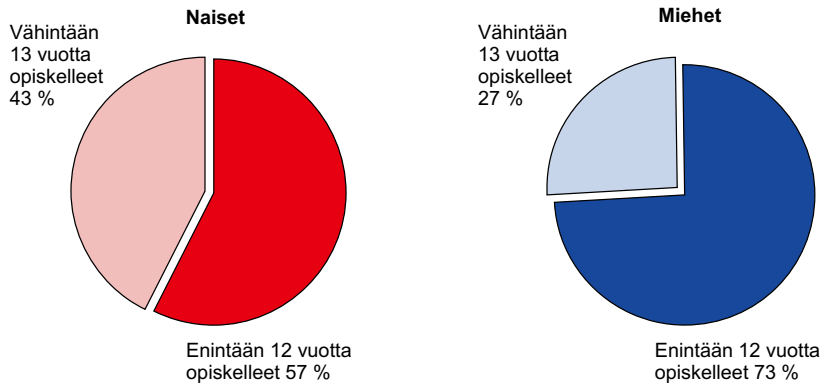
KUVIO 6.2.2.1. Alkoholia viikossa yli riskirajan (naiset  $\geq 16$ , miehet  $\geq 24$  annosta) kuluttavien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

Työikäisistä suomalaisista naisista noin 3 % ja miehistä peräti 9 % voidaan luokitella alkoholin suurkuluttajiksi, sillä he käyttävät alkoholia viikossa yli riskirajan. Pohjois-Pohjanmaan tilanne on hieman koko Suomen tilannetta parempi. Noin 2 % pohjoispohjalaisnaisista ja noin 7 % -miehistä voidaan lukea alkoholin suurkuluttajiksi. Pohjoispohjalaismiehillä alkoholin suurkulutus näyttää olevan vertailualueista vähäisintä. (Kuvio 6.2.2.1.)



KUVIO 6.2.2.2. Alkoholia viikossa yli riskirajan (naiset  $\geq 16$ , miehet  $\geq 24$  annosta) kuluttavien ikävakioitu osuus (%) koulutusvuosien mukaan 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

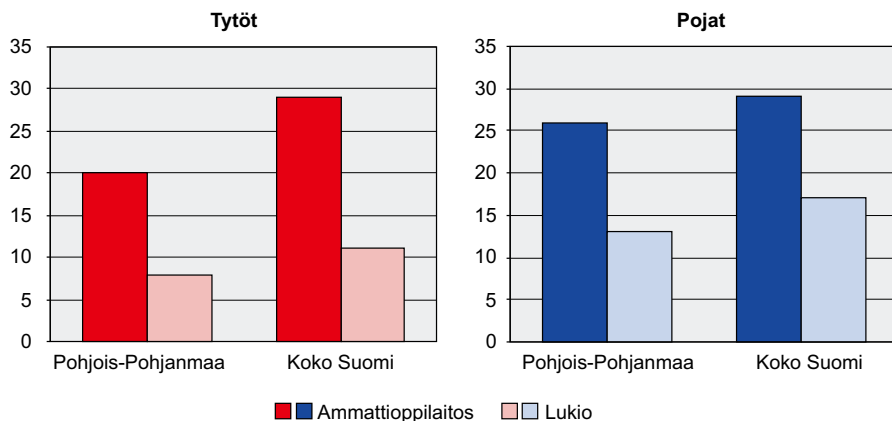
Koulutusryhmien välillä ei ole merkittäviä eroja alkoholin suurkulutuksessa. Koko maassa alkoholin suurkulutuksen yleisyys on naisilla kaikissa koulutusryhmissä kolme prosenttia. Vähiten koulutetuista miehistä seitsemän prosenttia ja muiden koulutusryhmien miehistä yhdeksän prosenttia kuuluu alkoholin suurkuluttajiin.



KUVIO 6.2.2.3. Alkoholia yli riskirajan käyttävien pohjoispohjalaisten koulutustausta.

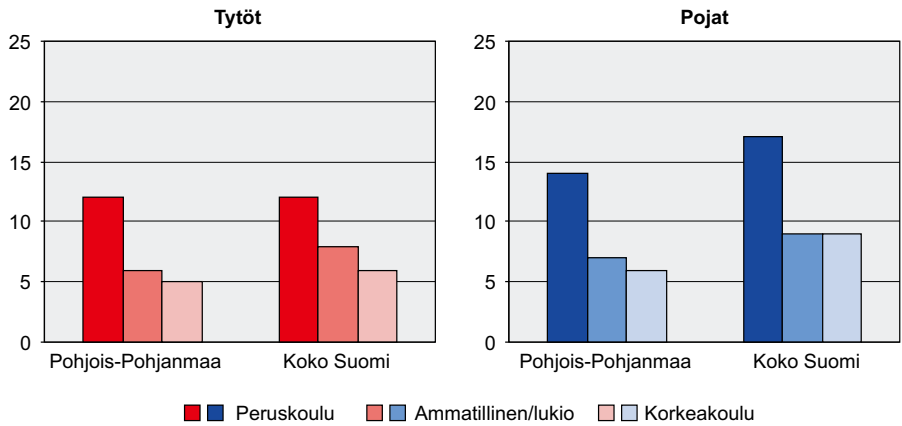
Pohjois-Pohjanmaan 93 000 työkäisestä naisesta 1600 kuuluu alkoholin suurkuluttajiin ja vastaavasti 100 000 miehestä 7500. Laskelmat on tehty kyselytietojen perusteella olettaen, että otoksen ulkopuolelle jäävät käyttävät alkoholia samassa suhteessa kuin vastanneetkin. Suurkuluttajia lienee kuitenkin em. arviota enemmän. Kyselytietojen perusteella alkoholin suurkuluttajanaisista 57 % ja -miehistä 73 % on enintään 12 vuotta opiskelleita. (Kuvio 6.2.2.3.)

## Nuoret



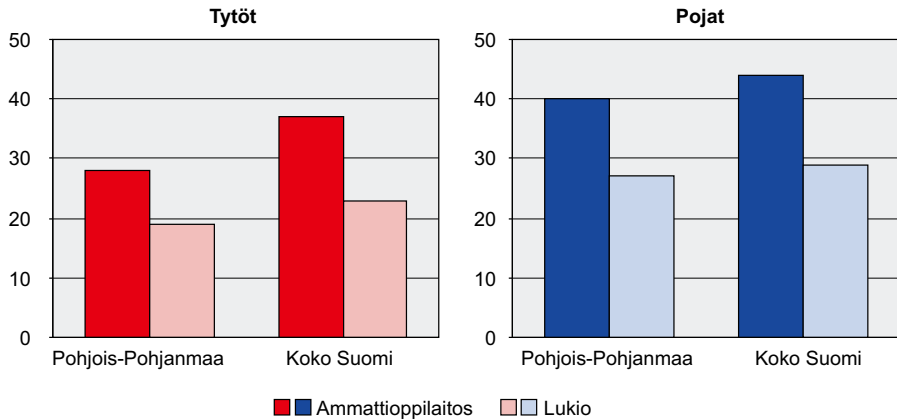
KUVIO 6.2.2.4. Vähintään kerran viikossa alkoholia käyttävien osuus (%) toisen asteen opiskelijoista oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

Alkoholin käyttäminen vähintään kerran viikossa on pojilla yleisempää kuin tytöillä. Oppilaitostyyppittäinen tarkastelu osoittaa, että viikoittainen alkoholinkäyttö on ammattioppilaitoksissa opiskelevilla nuorilla selvästi yleisempää kuin lukiolaisilla. Pohjois-Pohjanmaalla nuorten viikoittainen alkoholinkäyttö on hieman vähäisempää kuin keskimäärin koko Suomessa. Oppilaitostyyppien välinen ero on Pohjois-Pohjanmaalla samaa tasoa kuin koko Suomessa. Pohjois-Pohjanmaalla oppilaitostyyppien välinen ero alkoholin käytössä on tytöillä 2,5-kertainen ja pojilla lähes kaksinkertainen. Ammattioppilaitoksissa opiskelevista pohjoispohjalaistytöistä noin 20 % ja pojista noin 26 % käyttää vähintään kerran viikossa alkoholia, vastaavasti lukiolaistytöistä noin 8 % ja pojista noin 14 % käyttää viikoittain alkoholia. (Kuvio 6.2.2.4.)



KUVIO 6.2.2.5. Vähintään kerran viikossa alkoholia käyttävien osuus (%) peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

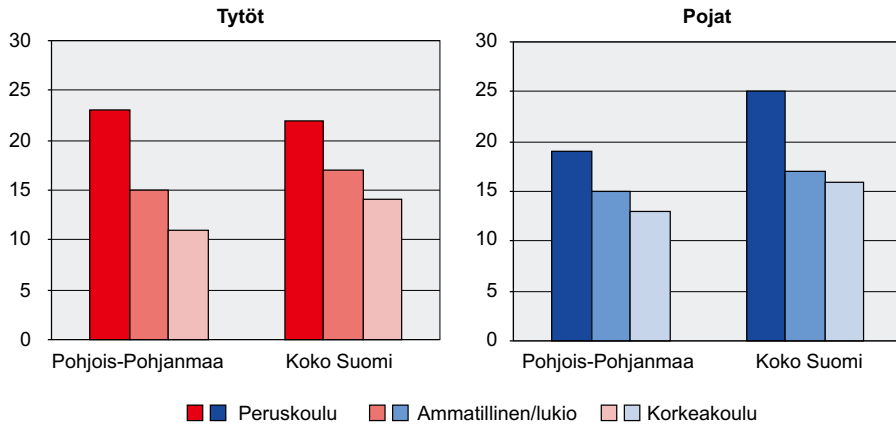
Äidin koulutuksella on yhteys peruskouluikäisen lapsen alkoholinkäyttöön. Pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien lapsilla viikoittainen alkoholin käyttö on huomattavasti yleisempää kuin korkeammin kouluttautuneiden äitien lapsilla. Pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien tyttäristä noin 12 % ja pojista noin 14 % käyttää alkoholia viikoittain. Vastaavasti korkeakoulun suorittaneiden äitien tyttäristä noin 5 % ja pojista noin 6 % käyttää viikoittain alkoholia. (Kuvio 6.2.2.5.)



KUVIO 6.2.2.6. Vähintään kerran kuussa itsensä tosi humalaan juovien osuus (%) toisen asteen opiskelijoista oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008 .

Pojilla humalahakuinen juominen on selvästi yleisempää kuin tytöillä. Nuorten humalahakuisessa juomisessa on huomattavia eroja myös oppilaitostyyppien välillä (kuvio 6.2.2.6). Ammattioppilaitoksissa opiskelevilla nuorilla humalahakuinen juominen on selvästi yleisempää kuin lukiolaisilla. Pohjois-Pohjanmaalla ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä useampi kuin joka kolmas juo itsensä vähintään kerran kuussa tosi humalaan, kun taas lukiolaistytöistä joka viides tekee samoin. Ammattioppilaitoksissa opiskelevista pohjoispohjalaispojista 40 prosenttia juo vähintään kerran kuussa itsensä tosi humalaan, lukiolaispojista joka kolmas tekee samoin. Pohjois-Pohjanmaalla ammattioppilaitoksissa opiskelevilla tytöillä humalahakuinen juominen on selvästi vähäisempää ja pojillakin hieman vähäisempää kuin koko maassa keskimäärin. Lukiolaisten humalajuominen ei sen sijaan juurikaan eroa koko Suomen keskiarvosta.

Äidin koulutuksella on vaikutusta peruskouluikäisten lasten alkoholinkäyttöön. Peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten lasten humalahakuinen juominen on sitä yleisempää mitä vähemmän äidillä on koulutusta. Pelkän peruskoulun suorittaneiden pohjoispohjalaisten äitien peruskouluikäisistä tytöistä noin 23 % ja pojista noin 19 % juo itsensä vähintään kerran kuussa tosi humalaan. Vastaavasti korkeakoulun suorittaneiden äitien tytöistä noin 11 % ja pojista noin 13 % juo itsensä vähintään kerran kuussa tosi humalaan. (Kuvio 6.2.2.7.)



KUVIO 6.2.2.7. Vähintään kerran kuussa itsensä tosi humalaan juovien osuus (%) peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

### TIETOKULMA: Alkoholinkäyttö Pohjois-Pohjanmaalla

#### Työikäiset

- Alkoholinkulutuksen riskirajana pidetään naisilla vähintään 16 annosta ja miehillä vähintään 24 annosta viikossa.
- Suomalaisnaisista suurkuluttajia on 3 % ja miehistä 9 %.
- Pohjois-Pohjanmaan tilanne on hieman parempi kuin koko Suomessa:
  - Pohjoispohjalaisnaisista noin 2 % ja -miehistä noin 7 % voidaan lukea alkoholin suurkuluttajiksi.
- Itseraportoidun alkoholinkulutuksen koulutusryhmittäiset erot ovat melko pieniä.
- Valtaosa pohjoispohjalaisista alkoholin suurkuluttajista on käynyt koulua enintään 12 vuotta (miehistä yli 70 % ja naisista lähes 60 %).

#### Nuoret

- Lukiolaisilla viikoittainen alkoholinkäyttö on selvästi vähäisempää kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevilla.
- Oppilaitostyyppien välinen ero viikoittaisessa alkoholinkäytössä on työillä 2,5-kertainen ja pojilla lähes kaksinkertainen.
- Ammattioppilaitoksissa opiskelevilla myös humalahakuinen juominen on huomattavasti yleisempää kuin lukiolaisnuorilla.
- Äidin koulutuksella on selvä yhteys lapsen alkoholinkäyttöön ja humalahakuiseen juomiseen. Mitä alhaisempi on äidin koulutus, sitä yleisempää on lapsen alkoholinkäyttö.

### 6.2.3 Vihannesten ja hedelmien syöminen

Vihannesten syömistä koskevat tulokset perustuvat työikäisillä aikuisväestön terveyskäyttäytymiskyselyn kysymykseen 'Kuinka usein olette viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia?' kohtaan 'tuoreita vihanneksia/ juureksia'. Hedelmien ja marjojen syömistä kysyttiin saman kysymyksen kohdassa 'hedelmiä/marjoja'. Vastausvaihtoehdot olivat: en kertaakaan, 1–2 päivänä, 3–5, päivänä 6–7 päivänä. Tässä raportissa esitetään kasviksia niukasti (enintään 1–2 päivänä viikossa) käyttävien työikäisten osuus sekä niukasti marjoja tai hedelmiä viikossa syövien osuus eri väestöryhmissä.

Ammattioppilaitoksissa, lukioissa ja peruskoulun 8.–9.-luokalla opiskelevien vihannesten syömistä koskevat tulokset perustuvat Kouluterveyskyselyn kysymyksen 'Kuinka usein olet juonut tai syönyt seuraavia viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana?' osioon 'Tuoreita vihanneksia, salaattia'. Vastausvaihtoehdot olivat: en kertaakaan, 1–2 päivänä, 3–5 päivänä ja 6–7 päivänä. Tässä raportissa kuvataan vähintään kolmesti viikossa tuoreita vihanneksia syövien osuutta.

#### Työikäisen väestön vihannesten syönti

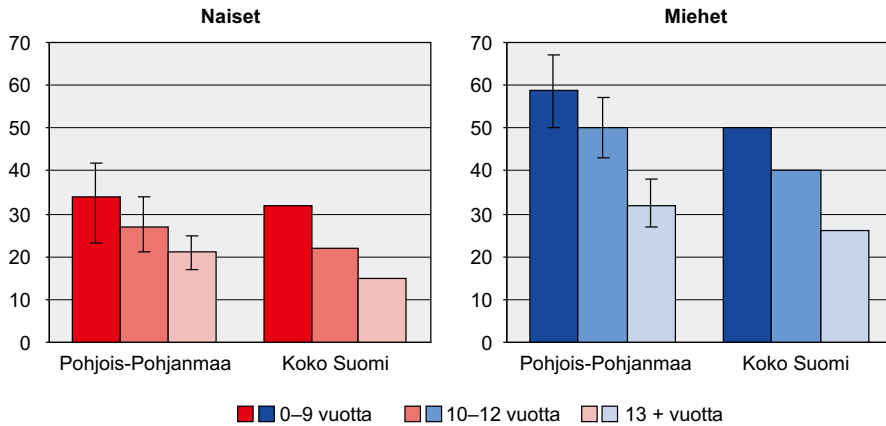
Noin joka viides työikäinen suomalaisnainen ja noin joka kolmas -mies käyttää niukasti kasviksia ruokavaliossaan. Pohjois-Pohjanmaalla työikäiset käyttävät niukemmin kasviksia kuin suomalaiset keskimäärin. Pohjoispohjalaisnaisista 25 % ja -miehistä yli 40 % käyttää niukasti kasviksia.

Koulutusryhmien välillä on eroja kasvien käytössä. Kasvien syöminen on sitä yleisempää mitä ylemmässä koulutusryhmästä on kyse. Ylimmässä koulutusryhmässä kasvien käyttö on selvästi yleisempää kuin alemmissa koulutusryhmissä. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvista pohjoispohjalaisnaisista 20 % ja miehistä noin 30 % käyttää niukasti kasviksia, kun taas alimpaan koulutusryhmään kuuluvista naisista lähes 35 % ja miehistä noin 60 % syö niukasti kasviksia. (Kuvio 6.2.3.1.)

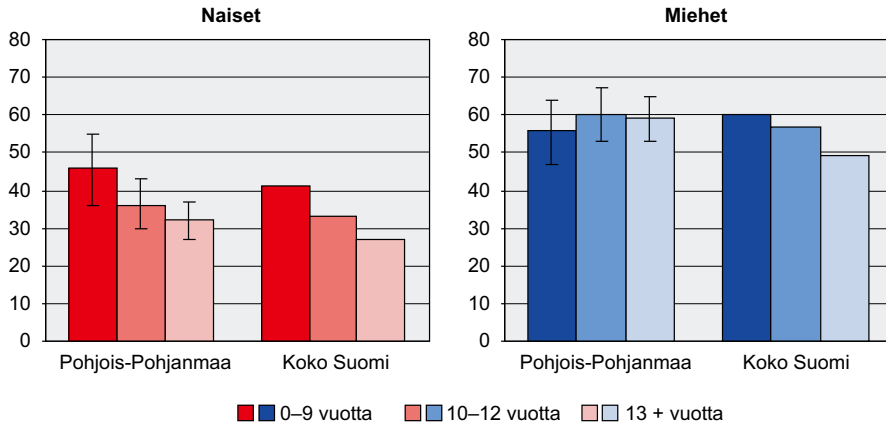
#### Työikäisen väestön hedelmien ja marjojen syönti

Suomalaisista työikäisistä naisista noin joka kolmas ja miehistä noin joka toinen syö viikossa niukasti hedelmiä ja marjoja. Pohjois-Pohjanmaalla niukasti hedelmiä ja marjoja viikossa syövien osuus työikäisistä on hieman suurempi kuin koko Suomessa keskimäärin.

Pohjois-Pohjanmaalla hedelmien ja marjojen syöminen on naisilla sitä yleisempää, mitä enemmän on suorittanut koulutusta. Miehillä sen sijaan ei ole koulutusryhmien välillä juurikaan eroja hedelmien ja marjojen syönnin yleisyydessä. (Kuvio 6.2.3.2.)



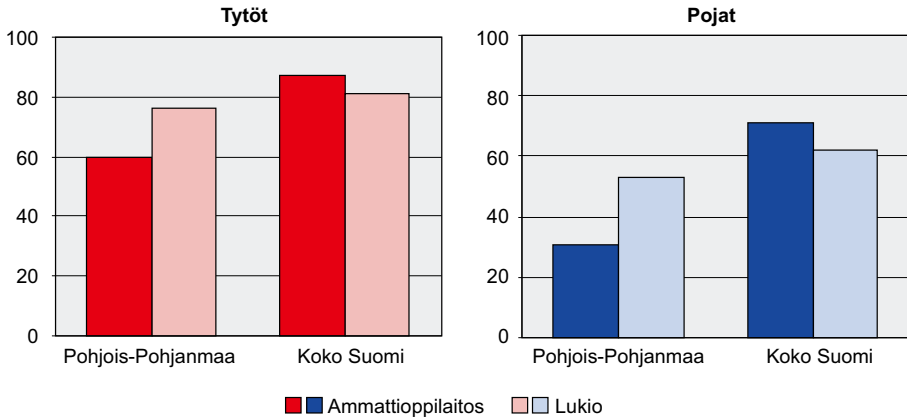
KUVIO 6.2.3.1. Niukasti kasviksia viikossa käyttävien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1998–2007.



KUVIO 6.2.3.2. Niukasti hedelmiä/marjoja viikossa käyttävien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1998–2007.

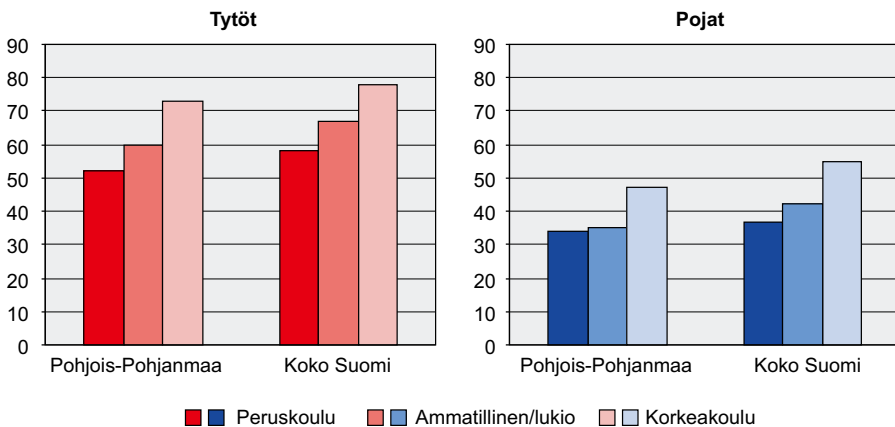
### Nuoren väestön vihannesten syönti

Pohjois-Pohjanmaalla toisen asteen opiskelijoista tytöt syövät huomattavasti yleisemmin vihannuksia kuin pojat. Oppilaitostyyppien välillä on selviä eroja vihannesten syömisessä: lukiolaistytöistä 76 % ja -pojista 53 % syö vähintään kolmesti viikossa vihannuksia. Vastaavasti ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä 60 % ja pojista 31 % tekee samoin. Oppilaitostyyppien välinen ero vihannesten syömisessä on siis noin 1,5-kertainen. (Kuvio 6.2.3.3.)



KUVIO 6.2.3.3. Vähintään kolme kertaa viikossa vihanneksia syövien osuus (%) toisen asteen opiskelijoista oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

### Nuoren väestön vihannesten ja hedelmien syönti



KUVIO 6.2.3.4. Vähintään kolme kertaa viikossa vihanneksia syövien osuus (%) peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

Äidin koulutuksella vaikuttaa olevan yhteyttä peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten vihannesten syömisestä yleisyyteen. Pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten tyttäristä noin puolet ja pojista noin kolmannes syö vihanneksia vähintään kolme kertaa viikossa. Korkeakoulututkinnoilla suorittaneiden äitien tyttäristä 75 % ja pojista lähes 50 % syö vähintään kolme kertaa viikossa vihanneksia. (Kuvio 6.2.3.4.)



### **TIETOKULMA: Kasvien sekä hedelmien ja marjojen syöminen Pohjois-Pohjanmaalla**

#### **Työikäiset**

- Kasvien syöminen on sitä yleisempää mitä ylemmältä koulutusryhmältä on kyse.
  - Ylimpään koulutusryhmään kuuluvista pohjoispohjalaisnaisista noin 20 % ja miehistä noin 30 % käyttää niukasti kasviksia, kun alimpaan koulutusryhmään kuuluvista naisista noin 30 % ja miehistä noin 60 % syö niukasti kasviksia.
- Pohjois-Pohjanmaalla alimman koulutusryhmän naisilla hedelmien ja marjojen syöminen on selvästi vähäisempää kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Miehillä ei koulutusryhmien välisiä eroja ole havaittavissa, noin 60 % työikäisistä pohjoispohjalaismiehistä syö niukasti hedelmiä ja marjoja.

#### **Nuoret**

- Tytöt syövät vihanneksia selvästi yleisemmin kuin pojat.
- Oppilaitostyyppien välillä on huomattavia eroja:
  - Lukiolaistytöistä 75 % ja -pojista 50 % syö vähintään kolmesti viikossa vihanneksia
  - Ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä 50 % ja pojista 30 % tekee samoin.
- Korkeasti koulutettujen äitien peruskoulun 8.–9.-luokkalaiset lapset syövät vihanneksia useammin kuin vähemmän kouluttautuneiden äitien lapset.

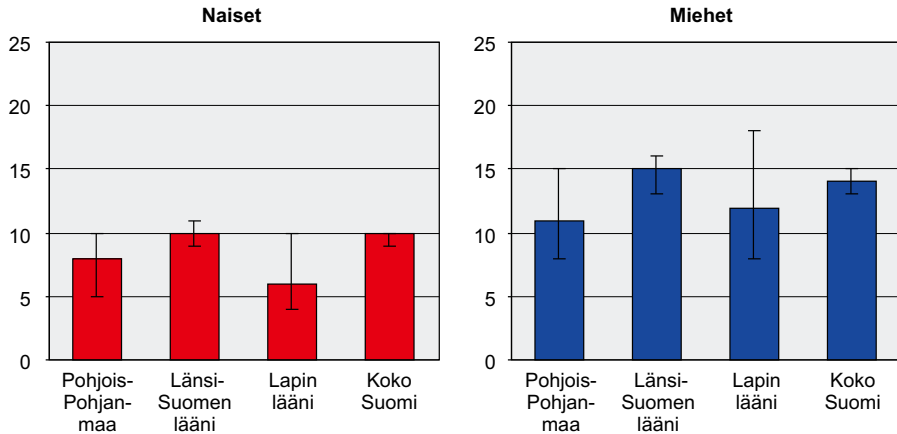
## 6.2.4 Vapaa-ajan liikunta

Työikäisten vapaa-ajan liikuntaa koskevat tulokset perustuvat aikuisväestön terveyskäyttäytymiskyselyn (AVTK) kysymykseen: 'Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyte ja hikoilette?' Vastausvaihtoehtoina olivat: päivittäin, 4–6 kertaa viikossa, 2–3 kertaa viikossa, 2–3 kertaa kuukaudessa, muutaman kerran vuodessa tai harvemmin ja en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa. Tässä raportissa tarkastellaan niitä, jotka harrastavat liikuntaa korkeintaan muutaman kerran vuodessa.

Nuorten tulokset perustuvat kahteen Kouluterveyskyselyn kysymykseen. Näistä ensimmäinen on 'Kuinka usein harrastat urheilua tai liikuntaa vapaa-aikanasi vähintään PUOLEN TUNNIN ajan?' Vastausvaihtoehtoina olivat: useita kertoja päivässä, noin kerran päivässä, 4–6 kertaa viikossa, 2–3 kertaa viikossa, kerran viikossa, harvemmin, en lainkaan. Nuorten liikunta-aktiivisuutta tarkasteltiin myös seuraavan kysymyksen valossa: 'Koulutuntien ulkopuolella: kuinka monta tuntia VIIKOSSA tavallisesti harrastat liikuntaa niin, että HENGÄSTYT ja HIKOILET?' Vastausvaihtoehtoina olivat: en yhtään, noin ½ tuntia, noin tunnin, noin 2–3 tuntia, noin 4–6 tuntia, noin 7 tuntia tai enemmän. Näihin kahteen kysymykseen saa-

tujen vastausten perusteella määriteltiin liian vähän liikuntaa harrastavat. Riittävän liikunnan rajana pidettiin vapaa-ajan urheilua tai liikuntaa, joka on kestänyt vähintään puoli tuntia kerrallaan ja tapahtunut vähintään neljä kertaa viikossa tai hengästyttävää ja hikoiluttavaa liikuntaa vähintään kaksi tuntia viikossa.

## Työkäiset

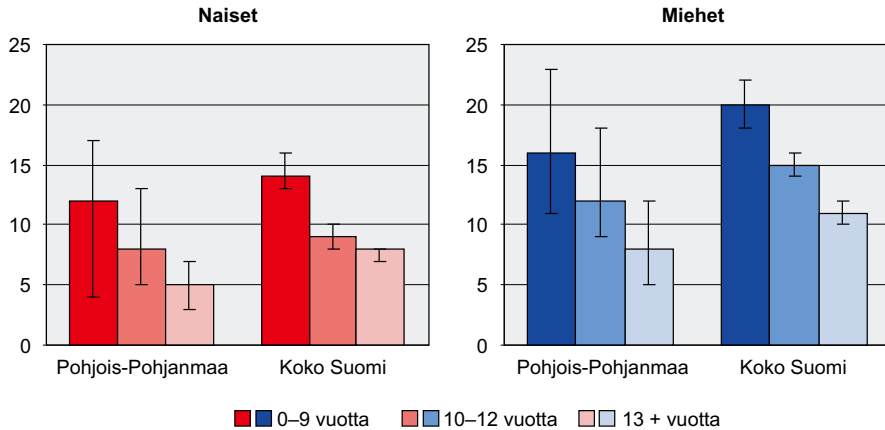


KUVIO 6.2.4.1. Liikuntaa harrastamattomien ikävakioidu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

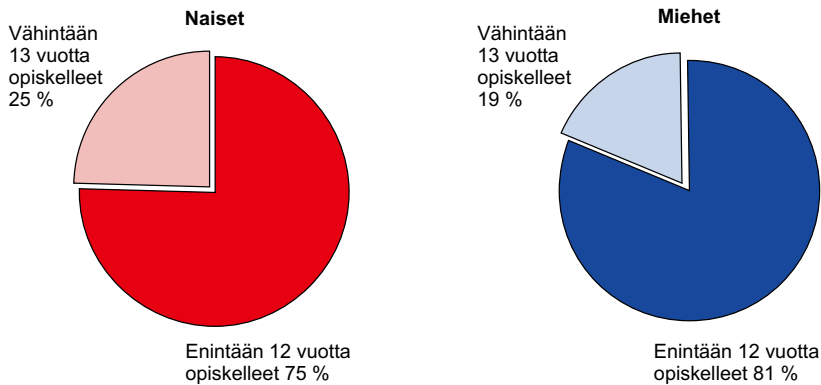
Liikunnan harrastaminen on naisilla yleisintä Lapin läänissä ja miehillä Pohjois-Pohjanmaalla. Vertailualueiden väliset erot ovat muuten melko pieniä. Pohjoispohjalaisista naisista 8 % ja miehistä 11 % ei harrasta liikuntaa, kun vastaavat luvut koko Suomessa ovat naisilla 10 % ja miehillä 14 %. (Kuvio 6.2.4.1.)

Koulutusryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että vähemmän koulutusta suorittaneet harrastavat liikuntaa selvästi vähemmän kuin korkeasti koulutetut. Pohjoispohjalaisten liikunnan harrastaminen on hieman yleisempää kuin koko Suomessa keskimäärin. Koulutusryhmien väliset erot liikunnan harrastamisessa ovat Pohjois-Pohjanmaalla samaa tasoa kuin koko Suomessa. Enintään 9 vuotta koulutusta suorittaneista pohjoispohjalaisista naisista 12 % ja miehistä 16 % ei harrasta liikuntaa, kun vastaavat luvut korkeimmin koulutettujen ryhmässä ovat naisilla 5 % ja miehillä 8 %. (Kuvio 6.2.4.2.)

Pohjois-Pohjanmaalla on työkäisiä naisia noin 93 000 ja heistä noin 7 000 ei harrasta liikuntaa. Työkäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla on noin 100 000 ja heistä noin 12000 ei harrasta liikuntaa. Koulutusryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että kaikista liikuntaa harrastamattomista pohjoispohjalaisnaisista vähän koulutettujen osuus on 75 %. Kaikista liikuntaa harrastamattomista pohjoispohjalaismiehistä vähän koulutusta suorittaneiden osuus on yli 80 %. (Kuvio 6.2.4.3.)



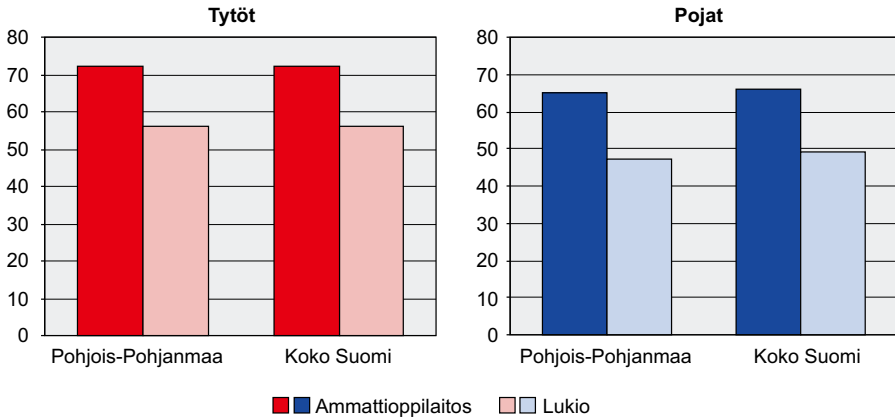
KUVIO 6.2.4.2. Liikuntaa harrastamattomien ikävakioitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.



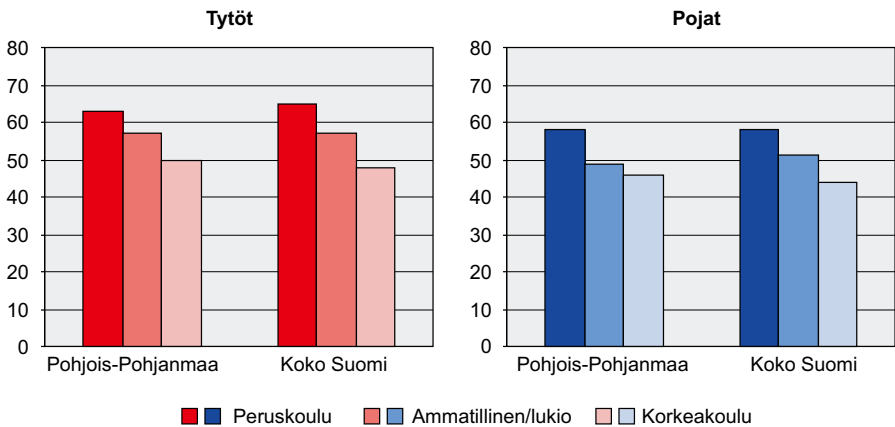
KUVIO 6.2.4.3. Liikuntaa harrastamattomien pohjoispohjalaisten koulutustausta.

## Nuoret

Liian vähäinen viikoittainen liikunnan harrastaminen on yleistä suomalaisnuorten keskuudessa. Oppilaitostyypeittäin tarkasteltuna Pohjois-Pohjanmaan tilanne on molemmilla sukupuolilla samaa tasoa kuin keskimäärin koko Suomessa. Ammattioppilaitoksissa opiskelevista pohjoispohjalaistyöistä 70 % ja -pojista 65 % harrastaa viikoittain liian vähän liikuntaa. Lukiolaiset liikkuvat ammattioppilaitoksissa opiskelevia aktiivisemmin. Kuitenkin lukiolaistyöistäkin 56 % ja -pojista lähes 50 % ei harrasta riittävästi viikoittaista liikuntaa. (Kuvio 6.2.4.4.)



KUVIO 6.2.4.4. Liian vähän liikuntaa viikossa harrastavien osuus (%) oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.



KUVIO 6.2.4.5. Liian vähän liikuntaa viikossa harrastavien osuus (%) peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

Äidin koulutuksella näyttäisi olevan yhteyttä peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten viikoittaisen liikunnan harrastamisen aktiivisuuteen. Mitä vähemmän koulutusta äidillä on, sitä yleisempää on että lapsi harrastaa liian vähän viikoittaista liikuntaa. Pelkän peruskoulun suorittaneiden pohjoispohjalaisäitien peruskouluikäisistä tytöistä 63 % ja pojistakin lähes 60 % harrastaa liian vähän viikoittaista liikuntaa. Korkeakoulun suorittaneiden pohjoispohjalaisäitien tytöistä noin kolmannes harrastaa viikoittain liian vähän liikuntaa. Pohjois-Pohjanmaalla tytöillä äidin koulutuksen mukaiset erot liikunnan harrastamisessa ovat suuremmat kuin pojilla. Koko Suomen tilanteeseen verrattuna äidin koulutuksen mukaiset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla hieman pienemmät kuin vastaavat erot koko Suomessa. (Kuvio 6.2.4.5.)

## **TIETOKULMA: Liikunnan harrastaminen Pohjois-Pohjanmaalla**

### **Työikäiset**

- Naiset harrastavat liikuntaa hieman yleisemmin kuin miehet.
- Koulutusryhmien välillä on huomattavia eroja:
  - Mitä vähemmän koulutusta sitä yleisempää on, että ei harrasta liikuntaa.
  - Liikunnan harrastaminen on selvästi yleisempää vähintään 13 vuotta koulutusta suorittaneilla kuin vähemmän koulutetuilla.
- Liikunnan harrastaminen vähintään kaksi kertaa viikossa on Pohjois-Pohjanmaalla kaikissa koulutusryhmissä yleisempää kuin koko Suomessa

### **Nuoret**

- Liian vähäinen viikoittainen liikunnan harrastaminen on erittäin yleistä nuorten keskuudessa:
  - Ammattioppilaitoksissa opiskelevista pohjoispohjalaistyöistä 72 % ja -pojista 65 % harrastaa viikoittain liian vähän liikuntaa.
  - Lukiolaistyöistä 56 % ja -pojista 47 % ei harrasta riittävästi viikoittaista liikuntaa.
- Äidin koulutuksella näyttää olevan yhteyttä peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten lapsen liikuntatottumuksiin:
  - Matalasti koulutettujen äitien lapsilla viikoittaisen liikuntasuosituksen alittaminen on yleisintä.

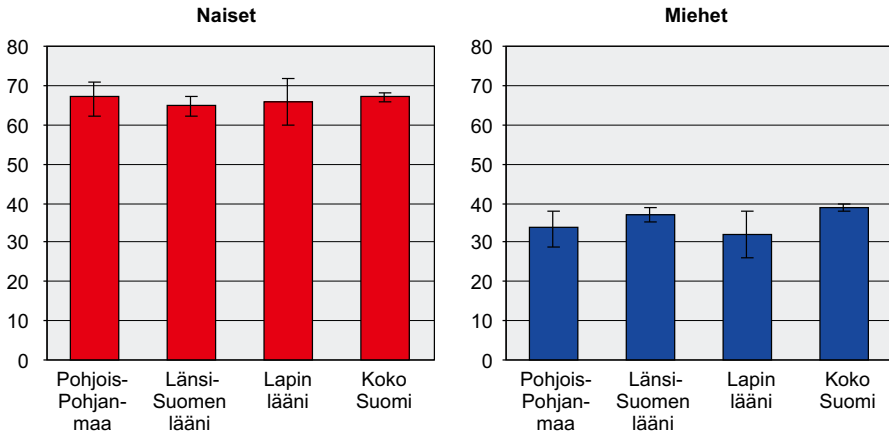
## **6.2.5 Hampaiden harjaaminen**

Työikäisen väestön hampaiden harjaamista koskevat tulokset perustuvat aikuisväestön terveystyökalututkimuksen (AVTK) kysymykseen 'Kuinka usein harjaat hampaasi?'. Vastausvaihtoehtoina esitettiin: en koskaan, noin kerran viikossa tai harvemmin, noin 2–3 kertaa viikossa, noin 4–5 kertaa viikossa, noin kerran päivässä ja useampia kertoja päivässä.

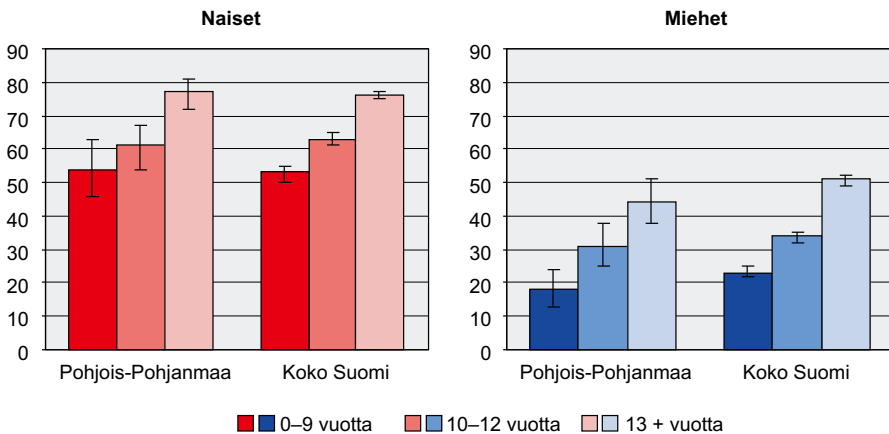
Nuorten hampaiden harjaamista tarkasteltiin Kouluterveyskyselyn kysymyksen 'Kuinka usein harjaat hampaasi?' perusteella. Vastausvaihtoehtoina olivat: en koskaan, noin kerran viikossa tai harvemmin, noin 2–3 kertaa viikossa, noin 4–5 kertaa viikossa, kerran päivässä, useampia kertoja päivässä.

### **Työikäiset**

Työikäisistä suomalaisista naisista lähes 70 % ja miehistä noin 40 % harjaa hampaitaan vähintään kahdesti päivässä. Hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä on pohjoispohjalaisnaisilla yhtä yleistä kuin vertailualueilla ja koko Suomessa keskimäärin. Pohjoispohjalaismiehet harjaavat hampaitaan hieman harvemmin kuin miehet keskimäärin koko Suomessa. (Kuvio 6.2.5.1.)

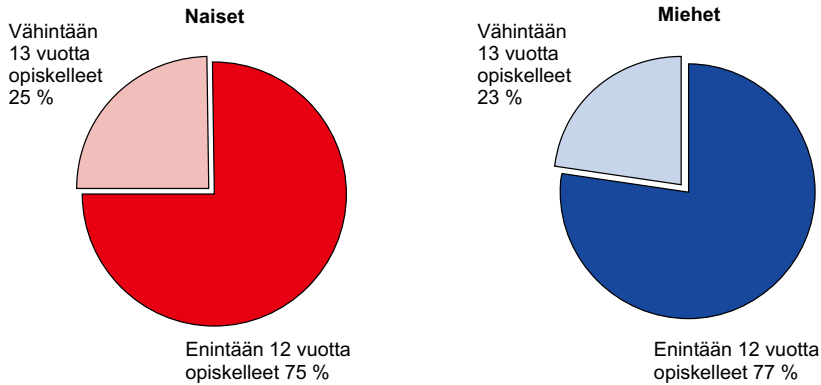


KUVIO 6.2.5.1. Vähintään kahdesti päivässä hampaitaan harjaavien ikävakioiden osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.



KUVIO 6.2.5.2. Vähintään kahdesti päivässä hampaitaan harjaavien ikävakioiden osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä on sitä yleisempää mitä enemmän on koulutusta. Koulutusryhmien välillä on suuria eroja. Vähintään 13 vuotta opiskelleista työikäisistä pohjoispohjalaisista naisista lähes 80 % ja miehistä 44 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Enintään 9 vuotta koulutusta suorittaneista suomalaisnaisista 53 % ja miehistä 23 % harjaa hampaansa vähintään kaksi kertaa päivässä. Koulutusryhmittäinen tilanne pohjoispohjalaisnaisilla on samanlainen kuin koko Suomessa. Pohjoispohjalaismiehillä hampaiden harjaus on kaikissa koulutusryhmissä hieman vähäisempää kuin suomalaismiehillä keskimäärin. (Kuvio 6.2.5.2.)

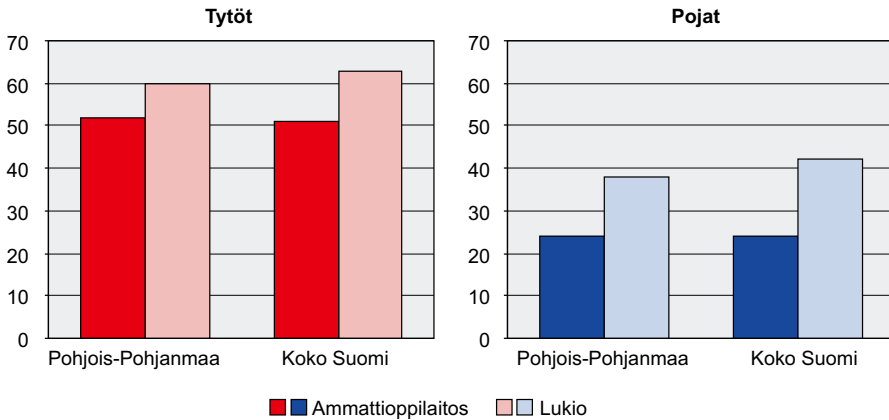


KUVIO 6.2.5.3. Enintään kerran päivässä hampaansa harjaavien pohjoispohjalaisten koulutustausta.

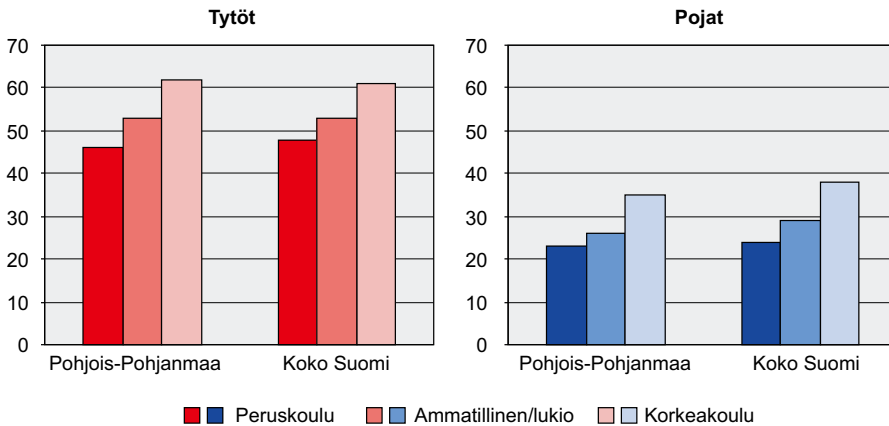
Pohjois-Pohjanmaan 93 200 työkäisestä naisesta 33 % harjaa hampaansa enintään kerran päivässä. Työkäisiä miehiä Pohjois-Pohjanmaalla on 99 600 ja heistä 66 % ilmoittaa harjaavansa hampaansa enintään kerran päivässä. Kaikista enintään kerran päivässä hampaansa harjaavista pohjoispohjalaisista korkeintaan 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on naisilla 75 % ja miehillä 77 %. Hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä on korkeimmin koulutetuilla yleisempää kuin vähemmän koulusta suorittaneilla. (Kuvio 6.2.5.3.)

### Nuoret

Toisen asteen oppilaitosopiskelijoista nuoret tytöt harjaavat hampaansa vähintään kahdesti päivässä selvästi yleisemmin kuin pojat. Oppilaitostyyppien välillä on havaittavissa eroja: lukiolaiset harjaavat useammin hampaitaan kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevat. Pohjois-Pohjanmaan tulokset eivät juuri poikkea koko Suomen keskiarvosta. Pohjoispohjalaisista lukiolaistytöistä noin 60 % ja ammattioppilaitosopiskelijoista noin 50 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Pojilla oppilaitostyyppien välinen ero on suurempi kuin tytöillä: lukiolaispojista vajaa 40 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä, kun ammattioppilaitosopiskelijoista noin neljännes tekee samoin. (Kuvio 6.2.5.4.)



KUVIO 6.2.5.4. Vähintään kaksi kertaa päivässä hampaitaan harjaavien osuus (%) toisen asteen opiskelijoista oppilaitostyyppin mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.



KUVIO 6.2.5.5. Vähintään kaksi kertaa päivässä hampaitaan harjaavien osuus peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista äidin korkeimman koulutuksen mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 2007–2008.

Peruskoulun 8.–9.-luokkalaiset tytöt harjaavat hampaitaan selvästi useammin kuin samanikäiset pojat. Korkeasti koulutettujen äitien lapset harjaavat useammin hampaitaan kuin vähemmän koulutusta suorittaneiden äitien lapset. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden pohjoispohjalaisäitien peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista tytöistä noin 60 % ja pojista noin 35 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Vastaavasti pelkän peruskoulun käyneiden äitien tyttäristä hampaansa vähintään kahdesti päivässä harjaavien osuus on noin 45 % ja pojista noin 23 %. (Kuvio 6.2.5.5.)



## **TIETOKULMA: Hampaiden harjaaminen Pohjois-Pohjanmaalla**

### **Työikäiset**

- Naiset harjaavat hampaansa vähintään kahdesti päivässä yleisemmin kuin miehet:
  - Pohjoispohjalaisnaisista 67 % ja -miehistä 34 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä.
- Pohjoispohjalaisnaisilla hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä on yhtä yleistä kuin vertailualueilla muualla Suomessa. Pohjoispohjalaismiehet harjaavat hampaitaan hieman harvemmin kuin suomalaismiehet keskimäärin.
- Hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä on korkeimmin koulutetuilla yleisempää kuin vähemmän koulutusta suorittaneilla.
- Enintään kerran päivässä hampansa harjaavista pohjoispohjalaisista korkeintaan 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on naisilla 77 % ja miehillä 75 %.

### **Nuoret**

- Toisen asteen oppilaitoksissa opiskelevat tytöt harjaavat hampaitaan selvästi useammin kuin pojat.
- Oppilaitostyyppinen välillä on suuria eroja:
  - Lukiolaistytöistä noin 60 % ja -pojista noin 40 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä
  - Ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä noin 50 % ja pojista noin 25 % tekee samoin.
- Äidin koulutuksella on yhteys peruskoulun 8.–9.-luokkalaisten hampaiden harjaamisen yleisyyteen:
  - Korkeasti koulutettujen äitien lapset harjaavat hampaitaan yleisemmin kuin vähemmän kouluttautuneiden äitien lapset.

## **6.3 Terveyspalveluiden käyttö**

### **6.3.1 Lääkärikäynnit ja hoitajaksot**

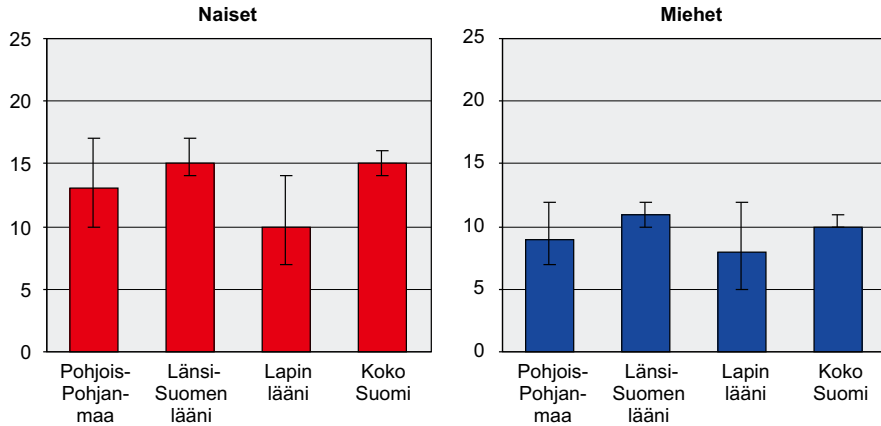
#### **Työikäisten lääkärikäynnit perusterveydenhuollossa**

Lääkärikäynntejä tarkasteltiin aikuisväestön terveyskäyttätymiskyselyn (AVTK) avulla. Kyselyssä kysyttiin 'Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla (sairaala- ja poliklinikkakäynnit laskeetaan mukaan)?' ja vastaajaa pyydettiin ilmoittamaan käyntimääränsä numeroin.

Vuosien 1996–2005 keskiarvo lääkärikäynneissä oli naisilla noin neljä käyntiä (vaihtelu 3–4) ja miehillä noin kolme käyntiä (vaihtelu 3–4) vuodessa. Enintään 9 vuotta opiskelleet naiset olivat käyneet lääkärissä keskimäärin neljä kertaa, 10–12 vuotta opiskelleet neljä kertaa ja vähintään 13 vuotta opiskelleet neljä kertaa vuoden aikana. Mie-

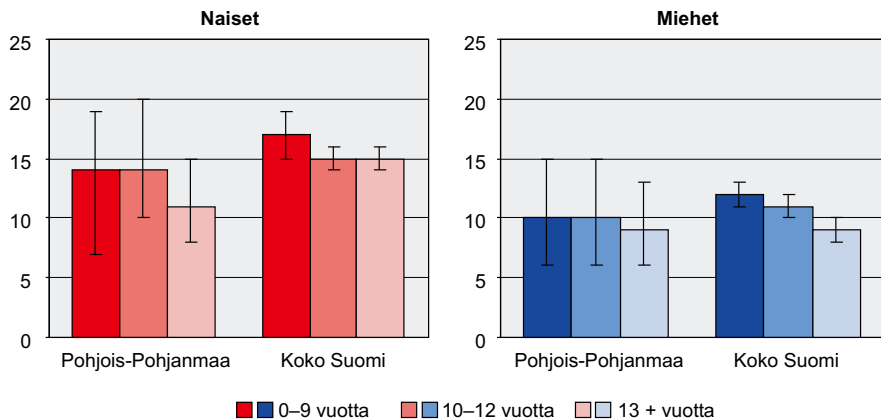
hillä vastaavat luvut olivat enintään 9 vuotta opiskelleilla kolme kertaa, 10–12 vuotta opiskelleilla kolme kertaa ja vähintään 13 vuotta opiskelleilla neljä kertaa.

Seuraavaksi tarkastellaan vähintään seitsemän kertaa vuoden aikana lääkärissä käyneiden osuutta, joka kuvastaa runsasta terveyspalveluiden käyttöä.



KUVIO 6.3.1.1. Vähintään 7 kertaa kuluneen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla käyneiden ikävaki-oitu osuus (%) 25–64-vuotiaista Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1996–2005.

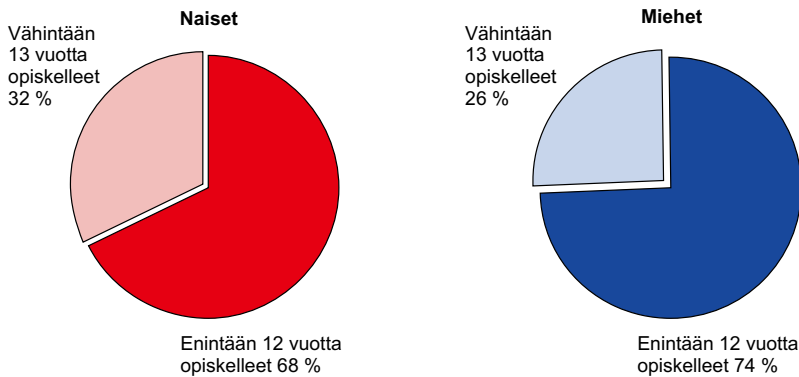
Noin 13 % pohjoispohjalaisista naisista ja noin 9 % miehistä kävi vuoden aikana vähintään seitsemän kertaa lääkärinvastaanotolla. Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla lääkaripalveluiden suurkulutus ei ole aivan yhtä yleistä kuin Länsi-Suomen läänissä ja keskimäärin koko Suomessa. Koko Suomen tasolla noin 15 % työikäisistä naisista ja noin 10 % työikäisistä miehistä on viimeisen vuoden aikana käynyt vähintään seitsemän kertaa lääkärin vastaanotolla. (Kuvio 6.3.1.1.)



KUVIO 6.3.1.2. Vähintään 7 kertaa kuluneen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla käyneiden ikävaki-oitu osuus (%) 25–64-vuotiaista koulutusvuosien mukaan Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1996–2005.

Terveyspalvelujen suurkulutus on vähemmän koulutusta suorittaneissa ryhmissä hieman yleisempää kuin korkeimmin kouluttautuneilla. Pohjois-Pohjanmaalla terveyspalveluiden suurkulutus on naisilla kahdessa alimmassa koulutusryhmässä yleisempää kuin korkeimmin koulutetuilla, miehillä koulutusryhmien välillä ei ole mainittavia eroja. Miehillä lääkäripalvelujen suurkulutus on sitä yleisempää mitä vähemmän on koulutusta. (Kuvio 6.3.1.2.)

Pohjois-Pohjanmaalla on työkäisiä naisia noin 93 200 ja miehiä noin 99 600. Naisista noin 12 100 ja miehistä noin 9000 käy lääkärin vastaanotolla vähintään seitsemän kertaa vuoden aikana, ja on näin luokiteltavissa lääkäripalvelujen suurkuluttajaksi. Kaikista pohjoispohjalaisista lääkäripalvelujen suurkuluttajista enintään 12 vuotta kouluttautuneiden osuus on naisilla 68 % ja miehillä 74 % (kuvio 6.3.1.3).



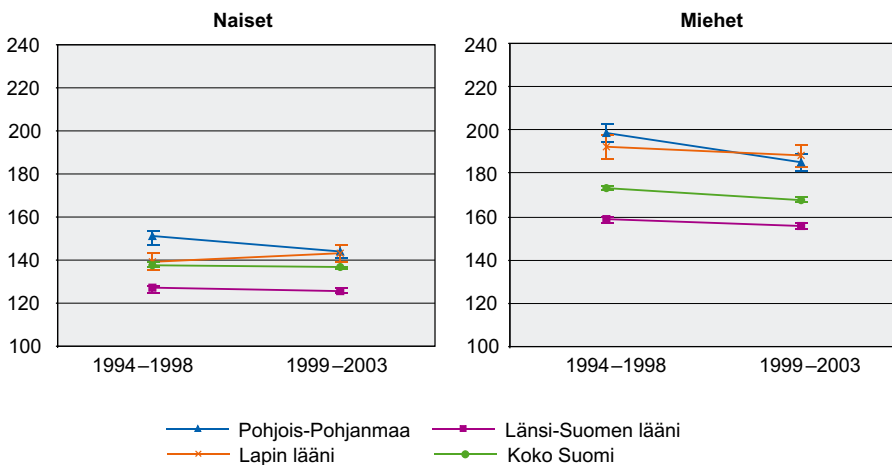
KUVIO 6.3.1.3. Vähintään 7 kertaa vuoden aikana lääkärin vastaanotolla käyneiden pohjoispohjalaisien koulutustausta.

**TIETOKULMA: Työkäisten runsaat lääkärikäynnit Pohjois-Pohjanmaalla**

- Työkäisistä suomalaisista naisista 15 % ja miehistä 10 % käy lääkärin vastaanotolla vähintään seitsemän kertaa vuodessa. Pohjois-Pohjanmaalla vastaavat luvut ovat naisilla 13 % ja miehillä 9 %.
- Vähemmän koulutusta suorittaneilla lääkäripalvelujen suurkulutus on hieman yleisempää kuin eniten koulutusta suorittaneilla.
  - Kaikista niistä työkäisistä pohjoispohjalaisista, jotka käyvät vuodessa vähintään seitsemän kertaa lääkärin vastaanotolla enintään 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 68 % ja miehillä 74 %.

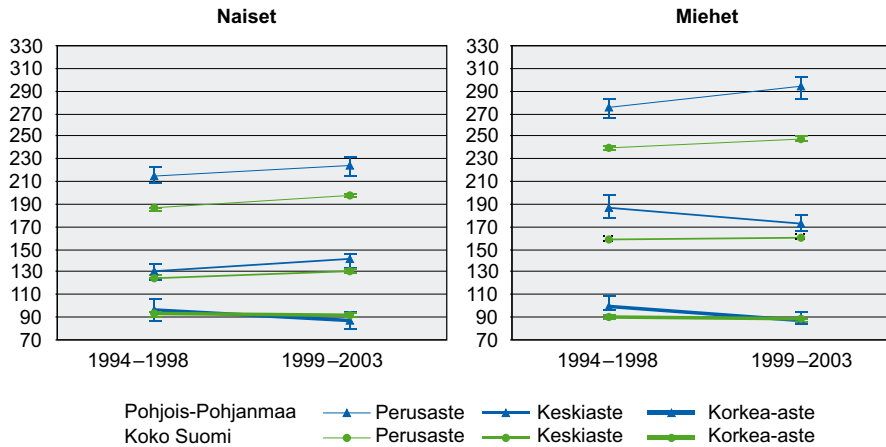
## Psykiatriset sairaalahoitojaksot

Psykiatrisia sairaalahoitojaksoja tarkastellaan REDD-aineiston sisältämien sairaaloiden poisto- ja hoitoilmoitusrekisteritietojen avulla. Psykiatrisia sairaalahoitojaksoja tarkastellaan tässä yhteydessä käsittäen mielenterveyden häiriöiden hoito mahdollisimman laajasti ottamalla huomioon kaikki psykiatrisella päädiagnoosilla sairaalassa hoidetut potilaat. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että sairaalahoitojaksot erikoisalasta ja palvelutarjoajasta riippumatta ovat mukana tässä tarkastelussa. Hoitoilmoitusrekisterin päädiagnoosiluokituksena on vuoden 1994–1995 tiedoissa DSM-II-R mukainen luokitus (Tautiluokitus 1987) ja vuodesta 1996 eteenpäin on käytetty kansainvälistä ICD-10 luokitusta. Ikärajauksena käytetään 25–84-vuotiaita, jotta saataisiin kattava kuva mielenterveyden häiriöistä. Tulokset esitetään kahdella tarkasteluperiodilla vuosien 1994–1998 sekä 1999–2003 tietojen valossa Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla.



KUVIO 6.3.1.4. 25–84-vuotiaiden psykiatriset sairaalahoitojaksot (/10 000 henkilövuotta) ikävakioituna Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1994–1998 ja 1999–2003.

Pohjois-Pohjanmaalla naisten psykiatriset hoitojaksot ovat hieman yleisempiä kuin vertailualueilla. Miehillä alueelliset erot psykiatrisissa sairaalahoitojaksoissa ovat suurempia kuin naisilla. Pohjois-Pohjanmaalla ja Lapissa miesten psykiatriset hoitojaksot ovat selvästi yleisempiä kuin koko Suomessa. Pohjois-Pohjanmaalla psykiatriset hoitojaksot ovat miehillä 13 % ja naisilla 9 % yleisempiä kuin koko Suomessa keskimäärin. Suurin väheneminen hoitojaksoissa siirryttäessä myöhemmälle tarkastelujaksolle on tapahtunut Pohjois-Pohjanmaalla sekä naisilla että miehillä. Pohjois-Pohjanmaalla miesten hoitojaksot ovat vähentyneet myöhemmälle tarkastelujaksolle saavuttaessa 7 % ja naisten 5 %. (Kuvio 6.3.1.4.)



KUVIO 6.3.1.5. 25–84-vuotiaiden psykiatriset sairaalahoitojaksot (/10 000 henkilövuotta) ikävakoituina koulutusryhmittäin Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa vuosina 1994–1998 ja 1999–2003.

Psykiatrian sairaalahoitojaksot ovat selvästi yleisempiä vähemmän koulutetuilla. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot sairaalahoitojaksossa ovat jyrkemmät kuin keskimäärin koko Suomessa. Myöhemmälle tarkasteluperiodille siirryttäessä sairaalahoitojaksot ovat Pohjois-Pohjanmaalla naisilla yleistyneet perus- ja keskiasteen tutkinnon suorittaneilla ja vähentyneet korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla. Pohjoispohjalaismiehillä psykiatriset sairaalahoitojaksot ovat pelkän perustutkinnon suorittaneilla yleistyneet ja kahdessa ylimmässä koulutusryhmässä vähentyneet.

Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalaismiehillä psykiatrian sairaalahoitojaksot ovat ensimmäisellä tarkasteluperiodilla 2,8 kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla ja toisella tarkasteluperiodilla 3,4 kertaa yleisempiä. Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalaisnaisilla psykiatrian sairaalahoitojaksot ovat ensimmäisellä tarkasteluperiodilla 2,2 kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla ja jälkimmäisellä tarkasteluperiodilla 2,6 kertaa yleisempiä. (Kuvio 6.3.1.5.)

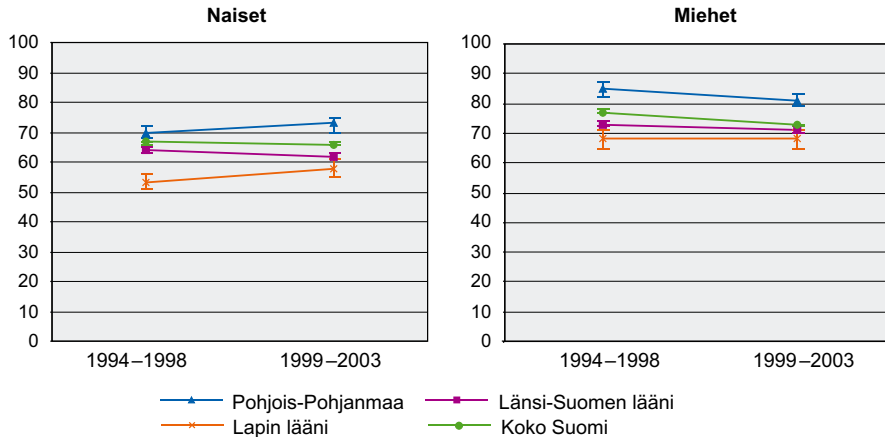
**TIETOKULMA: Psykiatriset sairaalahoitajaksot Pohjois-Pohjanmaalla**

- Psykiatrisia hoitajaksot tarkasteltiin mielenterveyden häiriöiden hoidon kannalta mahdollisimman laajasti huomioimalla kaikki psykiatrisella päädiagnoosilla sairaalassa hoidetut potilaat palvelun tarjoajasta riippumatta.
- Alueiden välillä on selviä eroja:
  - Pohjois-Pohjanmaalla psykiatriset sairaalahoitajaksot yleisempiä kuin koko Suomessa.
  - Länsi-Suomessa vähäisempiä kuin keskimäärin koko Suomessa.
- Koulutusryhmien välillä on suuret erot:
  - Mitä vähemmän koulutusta sitä yleisempiä psykiatriset hoitajaksot ovat.
  - Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneiden pohjoispohjalaisien naisten psykiatriset sairaalahoitajaksot ovat tarkasteluperiodilla 1994–1998 hieman yli kaksi kertaa yleisempiä ja tarkasteluperiodilla 1999–2003 lähes kolme kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla.
  - Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneiden pohjoispohjalaismiesten psykiatriset sairaalahoitajaksot ovat tarkasteluperiodilla 1994–1998 2,8 kertaa yleisempiä ja tarkasteluperiodilla 1999–2003 peräti 3,4 kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla.
- Psykiatriset sairaalahoitajaksot Pohjois-Pohjanmaalla ovat yleistyneet myöhemmälle tarkastelujaksolle tullessa perus- ja keskiasteen tutkinnon suorittaneilla naisilla ja vähentyneet korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla.
- Pohjoispohjalaismiehillä psykiatriset hoitajaksot ovat yleistyneet pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla ja vähentyneet keski- ja korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla.

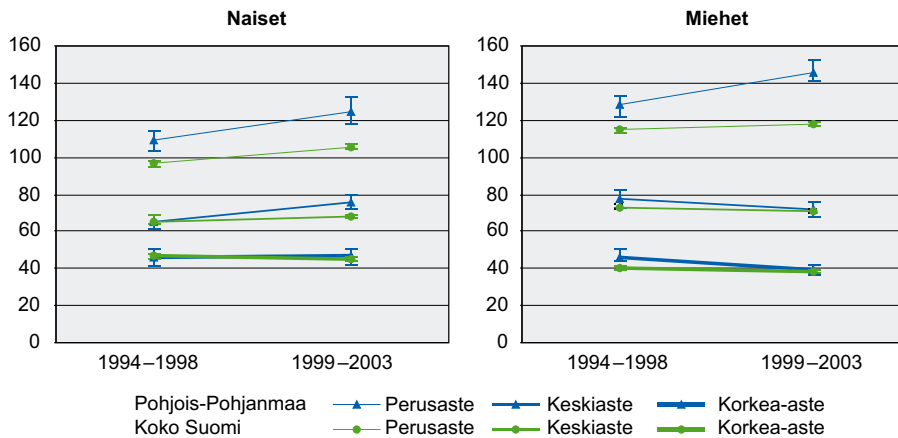
**Psykiatrian sairaalahoitajaksot psykiatrian erikoisalalla**

Psykiatrian sairaalahoitajaksot tarkastelu pohjautuu lähdeaineistona käytettävään REDD-aineistoon ja sen sisältämiin sairaaloiden poisto- ja hoitoilmoitusrekisteritietoihin. Psykiatrian sairaalahoitajaksot tarkastellaan tässä yhteydessä mielenterveyden häiriöiden hoidon psykiatrisella päädiagnoosilla ja tarkastelu rajataan psykiatrisissa sairaaloissa (ts. psykiatrian erikoisalalla) hoidettuihin potilaisiin. Hoitoilmoitusrekisterin päädiagnoosiluokituksena on vuosien 1994–1995 tiedoissa DSM-II-R mukainen luokitus (Tautiluokitus 1987) ja vuodesta 1996 eteenpäin on käytetty kansainvälistä ICD-10 luokitusta.

Psykiatriset sairaalahoitajaksot psykiatrian erikoisalalla ovat Pohjois-Pohjanmaalla kummallakin sukupuolella vertailualueista yleisimpiä. Tarkasteluperiodilla 1999–2003 pohjoispohjalaisnaisten psykiatrian erikoissairaanhoidon sairaalahoitajaksossa on tapahtunut pientä kasvua ja miehillä vastaavasti pientä vähenemistä aiempaan tarkasteluperiodiin verrattuna. (Kuvio 6.3.1.6.)



KUVIO 6.3.1.6. 25–84-vuotiaiden psykiatriset sairaalahoitajaksot (/10 000 henkilövuotta) ikävakiotui-  
na psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1994–1998 ja  
1999–2003.



KUVIO 6.3.1.7. 25–84-vuotiaiden psykiatriset sairaalahoitajaksot (/10 000 henkilövuotta) ikävakioti-  
tuina koulutusryhmittäin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa Pohjois-Pohjanmaalla ja koko Suomessa  
vuosina 1994–1998 ja 1999–2003.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitajaksossa on erittäin suuria koulutusryh-  
mien välisiä eroja. Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalais-  
naisilla hoitajaksot ovat tarkasteluperiodilla 1994–1998 noin 2,4 kertaa yleisempiä  
kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla naisilla ja jälkimmäisellä tarkastelu-  
periodilla (1999–2003) noin 2,6 kertaa yleisempiä. Suomalaisnaisilla hoitajaksot  
ovat alimmassa koulutusryhmässä noin kaksi kertaa yleisempiä kuin ylimmässä  
koulutusryhmässä. Pohjois-Pohjanmaalla hoitajaksot ovat yleistyneet alimmassa

koulutusryhmässä ja vähentyneet ylimmässä koulutusryhmässä. Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalaismiehillä hoitojaksot ensimmäisellä tarkasteluperiodilla ovat noin kolme kertaa yleisempiä ja jälkimmäisellä tarkasteluperiodilla lähes neljä kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla. Suomalaismiehillä hoitojaksot ovat alimmassa koulutusryhmässä noin kolme kertaa yleisempiä kuin ylimmässä koulutusryhmässä. (Kuvio 6.3.1.7.)

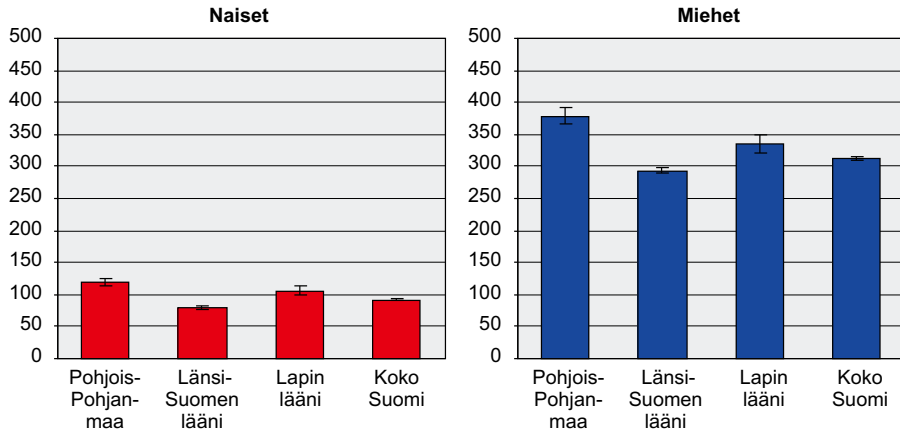
**TIETOKULMA: Psykiatriset sairaalahoitojaksot psykiatrisissa sairaaloissa Pohjois-Pohjanmaalla**

- Psykiatrisia sairaalahoitojaksoja tarkasteltiin mielenterveyden häiriöiden hoidon psykiatrisella päädiagnoosilla rajaten tarkastelu psykiatrisissa sairaaloissa hoidettuihin potilaisiin.
- Psykiatrista sairaalahoitoa vaatineiden vakavien mielenterveyden häiriöiden hoidossa on havaittavissa pieniä alueellisia eroja:
  - Hoitojaksot ovat vertailualueista yleisimpiä Pohjois-Pohjanmaalla.
- Koulutusryhmien välillä on suuret erot:
  - Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalaisnaisilla hoitojaksot ovat n. 2,5 kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla.
  - Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla pohjoispohjalaismiehillä hoitojaksot periodilla 1994–1998 ovat noin kolme kertaa yleisempiä ja periodilla 1999–2003 noin neljä kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden ryhmässä.
- Myöhemmälle tarkasteluperiodille saavuttaessa hoitojaksot ovat Pohjois-Pohjanmaalla lisääntyneet alimman koulutusryhmän naisilla ja vähentyneet ylimmässä koulutusryhmässä. Pohjoispohjalaismiehillä hoitojaksot ovat perus- ja keskiasteen tutkinnon suorittaneilla hieman lisääntyneet, korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla pysyneet samalla tasolla.

## 6.3.2 Sepelvaltimotoimenpiteet

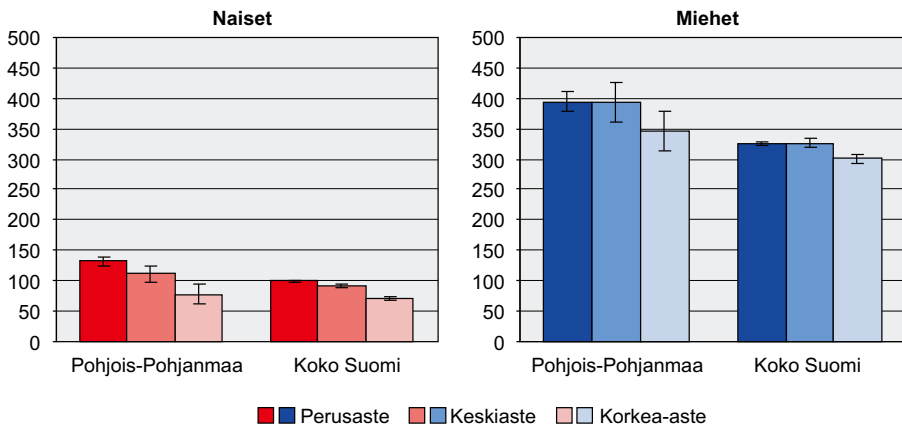
Sepelvaltimotoimenpiteenä tässä tarkastellaan revaskularisaatiota eli sydämen verenkierron palauttamista pallolaajenuksella tai ohitusleikkauksella tukosta tms. edeltäneelle tasolle. Revaskularisaatiotoimenpiteistä mukaan on otettu vain ensimmäinen ja laitosväestö on jätetty analyysien ulkopuolelle. Tulokset perustuvat REDD-aineiston hoitoilmoitustietoihin. Tulokset esitetään ikävakioituina toimenpiteinä 100 000 henkilövuoteen suhteutettuna vuosille 1992–2003 Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla.





KUVIO 6.3.2.1. 25–84-vuotiaiden sepelvaltimotoimenpiteet (/100 000 henkilövuotta) ikävakiotuna Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1992–2003.

Sepelvaltimotoimenpiteet ovat miehillä selvästi yleisempiä kuin naisilla. Suomalaisille miehille suoritetaan yli kolme kertaa yleisemmin sepelvaltimotoimenpiteitä kuin naisille. Pohjois-Pohjanmaalla sepelvaltimotoimenpiteet ovat yleisempiä kuin koko Suomessa keskimäärin. (Kuvio 6.3.2.1.)



KUVIO 6.3.2.2. 25–84-vuotiaiden sepelvaltimotoimenpiteet (/100 000 henkilövuotta) ikävakiotuna Pohjois-Pohjanmaalla ja vertailualueilla vuosina 1992–2003.

Sepelvaltimotoimenpiteet ovat alemmissa koulutusryhmissä yleisempiä kuin korkeimmin koulutetuilla. Koulutusryhmittäiset erot eivät kuitenkaan ole erityisen suuria. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmittäiset erot sepelvaltimotoimenpiteis-

sä ovat hieman suuremmat kuin koko Suomessa. (Kuvio 6.3.2.2.) Myös sepelvaltimotautikuolleisuus ja sen riskitekijät ovat vähän koulutetuilla yleisempiä (ks. luku 5.4 ja 6.2). Tässä raportissa aiemmin tarkasteltujen taustatekijöiden valossa (elintavat, lihavuus, rasisurintakipu jne.) voisi olettaa, että vähemmän koulutetuille tehtäisiin verenkierron korjaamisleikkauksia huomattavasti korkeammin koulutettuja useammin.

#### **TIETOKULMA: Sepelvaltimotoimenpiteet Pohjois-Pohjanmaalla**

- Sepelvaltimotoimenpiteenä tarkastellaan tässä revaskularisaatiota eli sepelvaltimoiden ohitusleikkausta ja pallolaajennusta.
- Sepelvaltimotoimenpiteet ovat miehillä yli kolme kertaa yleisempiä kuin naisilla.
- Pohjois-Pohjanmaalla sepelvaltimotoimenpiteet ovat yleisempiä kuin vertailualueilla ja koko Suomessa keskimäärin.
- Sepelvaltimotoimenpiteet ovat vähemmän koulutetuilla hieman yleisempiä kuin korkeammin koulutetuilla. Koulutusryhmittäiset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla hieman suuremmat kuin koko Suomessa.
- Taustamuuttujien valossa (sepelvaltimotautikuolleisuus, elintavat, lihavuus, sepelvaltimotauti jne.) alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on yllättävän pieni.

## 7 TERVEYSEROT POHJOISPOHJALAISTEN TOIMIJOIDEN NÄKÖKULMASTA

Oulun lääninhallituksen, Pohjois-Pohjanmaan liiton ja TEROKAn terveyserojen kaventamiseen tähtäävän yhteistyön osana toteutettiin Pohjois-Pohjanmaalla vuoden 2008 aikana 12 puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelut toteutettiin alueella kahdessa vaiheessa, joista ensimmäinen ajoittui touko-kesäkuuhun ja jälkimmäinen marras-joulukuuhun 2008. Tavoitteena oli koota mahdollisimman kattavasti eri sektoreiden edustajien näkemyksiä sosioekonomisista terveyseroista. Haastateltaviksi kutsuttiin alueella toimivia eri alojen edustajia, joista useimmat toimivat päättävässä asemassa. Mukana oli maakuntajohdon ja valtionhallinnon edustajia, koulutoimen, järjestökentän (mm. liikunta- ja päihdetyön ammattilaisia) ja kirkon edustajia.

Paikallisten toimijoiden näkemyksillä pyrittiin täydentämään ja syventämään kysely- ja rekisteritietojen pohjalta saatavaa kuvaa alueen sosioekonomisista terveyseroista sekä keräämään hiljaista tietoa siitä, millaisina terveyserot alueella näyttävät, mitä niiden kaventamiseksi oli jo tehty ja mitä vielä tulisi tehdä. Tarkoituksena oli saada lisätietoa siitä, miten sosioekonomiset terveyserot näkyvät haastateltavien arkipäivässä ja työssä ja millainen painoarvo niille annetaan päätöksenteossa.

Haastateltaville lähetettiin etukäteen tutustuttavaksi tiivis tietopaketti sosioekonomisista terveyseroista Pohjois-Pohjanmaalla sekä teemahaastattelun runko (Liite 1). Haastattelurunkona käytettiin – pienin päivityksin – samaa teemarunkoa kuin vuonna 2006 Kainuussa toteutetuissa vastaavanlaisissa haastatteluissa (Kaikkonen ym. 2008). Haastattelut kestivät vajaasta tunnista reiluun puoleentoista tuntiin.

### Miten terveyserot näkyvät Pohjois-Pohjanmaalla

*”... mä nään ne (sosioekonomiset terveyserot) erinäisistä sosiaalisista syistä pitkälti johtuviksi...Nää ennakkomateriaaleissakin esitetyt koulutuserot ovat tietenkin yksi tekijä, mutta kyllä siellä taustalla ovat tuotannollistaloudelliset syyt ja ihmisten niinkö.. taloudelliset resurssit, minkälaisia resursseja heillä on käytettävissä ja minkälaisissa elämäpiireissä ne on sosiaalistunu yhteiskuntaan. Ne näyttäytyy niin, että taloudellisesti heikommassa asemassa olevat ihmiset, niin niillä menee myös terveyden puolella selkeesti heikommin. Se juontaa juurensa sekä palvelujen saatavuuteen että sitten myös niihin opittuihin erilaisiin elämäntapoihin. Kuitenkaan niin että mä en monestikaan nää yksilöä syylliseksi siihen vaan se on enemmän kulttuurillinen ja yhteisöllinen kysymys.”*

Haastateltava nro 1

Suurin osa haastateltavista oli ehtinyt tutustua ennakkomateriaaliin sekä TE-ROKAN internetsivuihin. Se, että sosioekonomisten ryhmien välillä on eroja terveydessä, ei niinkään ollut haastatelluille yllätys, mutta erojen suuruus yllätti osan. Terveyserojen kaventamista pidettiin tärkeänä asiana ja sillä oli usean haastatellun mielestä jopa ratkaiseva vaikutus kuntatalouteen.

Lisäksi alueellista eriytymistä korostettiin. Erityisen huolissaan oltiin taantuvista alueista, joiden tilannetta nähtiin pahentavan vielä sen, että nuoret ja koulutautuneet muuttavat työn ja parempien elinolosuhteiden perässä muualle. Terveyserojen näkökulmasta huoli ei kohdistunut ainoastaan taantuviin alueisiin, vaan myös perinteisesti vahvojen maakunnan eteläisten kuntien tulevaisuudennäkymät huolestuttivat. Tämä huoli tulee hyvin esiin erään haastateltavan toteamuksessa maakunnan eteläisten kuntien tilanteesta:

*”... Niissä [maakunnan eteläisissä kunnissa] on perinteisesti totuttu tekemään vahvaa kehittämistyötä ja myös saatu mahtavia muutoksia aikaan, mutta jos kuntatalous alkaa näiden terveyserojen myötä rapautua niin kehittämistyöhön ei ole enää pelimerkkejä, eikä rohkeuttakaan lähteä enää viemään näitä asioita eteenpäin.”*

Haastateltava nro 11

Kuntien asukkaiden entistä vahvempi polarisoituminen huono- ja hyväosaisiin näkyy haastateltujen mukaan vahvasti myös terveydessä. Terveyseroista keskusteltaessa etenkin huoli yhteiskunnassa huonommassa asemassa eläviä kohtaan nousi vahvasti esiin. Haastateltavien näkemyksen mukaan yhteiskunnan heikompiosaisille (mm. työttömät, pienituloiset jne.) kasaantuu taloudellisia ja terveydellisiä ongelmia, kun taas parempiosaisilla (mm. työlliset ja korkeasti koulutetut) menee niin taloudellisesti kuin terveydellä mitattuna hyvin. Tämä epätasainen terveyden ja hyvinvoinnin jakautuminen nähtiin ongelmallisena ja epäoikeudenmukaisena kehityssuuntana, joka aiheuttaa yhteiskunnalle taloudellisia kustannuksia turhina työkyvyn menetyksinä ja kasvavana palvelujärjestelmän kustannuspaineena.

Sosioekonomisten ryhmien välisistä terveyseroista ja niiden taustatekijöistä keskusteltaessa haastateltavat pohtivat laajemmin eroihin vaikuttavia taustatekijöitä. Useat lähestyivät asiaa kaikkein huonoimmassa asemassa olevien ryhmien kautta todeten, että tietyissä yhteiskuntaryhmissä lähtökohdat hyvän terveyden ylläpitämiseen voivat olla heikommat kuin muussa väestössä. Monien haastateltujen puheissa nousivat esiin erityisesti työttömyyteen ja syrjäytymiseen liittyvät yhteiskunnalliset ongelmat, kuten puutteellinen koulutus, toimeentulo-ongelmat ja synkät tulevaisuuden näkymät, epäterveelliset elintavat ja etenkin runsas alkoholinkäyttö sekä näiden heijastuminen terveyteen. Myös terveyspalveluiden käyttöön ja saatavuuteen liittyvät epäkohdat tulivat vahvasti esille. Näiden tekijöiden yhteisvaikutukset ovat haastateltujen mukaan nähtävissä työttömien (usein myös vähäisen koulutuksen saaneiden) huonompana terveydentilana työssäkäyviin ja korkeammin koulutettuihin verrattuna. Taloudellisesti ahtaalla olevien (työttömät ja pienituloiset) mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestään pidettiin selvästi

heikompina kuin työllisten ja hyvin toimeentulevien korkeasti kouluttautuneiden. Moniongelmaisten ja syrjäytyneiden nähtiin olevan kaikkein vaikeimmassa asemassa, sillä usein ongelmien kasautuessa myös terveysongelmat lisääntyvät ja apua ongelmiin ei kyetä enää itse hakemaan. Näiden ryhmien terveyspulmat tulevatkin usein ilmi vasta vakavien sairastumisten myötä.

Väestöryhmien välinen eriarvoisuus ilmenee haastateltavien mukaan monella tapaa ihmisten arjessa. Esimerkiksi ruoan hinnalla nähtiin olevan vaikutusta niin työttömien, syrjäytyneiden, opiskelijoiden kuin vähävaraisten eläkeläistenkin ruokailutottumuksiin. Haastateltavien mukaan hedelmien ja vihannesten melko kalliista hinnasta johtuen taloudellisesti tiukoilla olevien ruokakoriin saattaakin helpommin päätyä halvempi ja usein myös epäterveellisempi vaihtoehto. Kyse ei useinkaan ole vain terveystiedon puutteesta, vaan myös omaksutut käyttäytymismallit ja kotitalouden käytettävissä olevat varat vaikuttavat yleisesti terveyskäyttämiseen ja hyvinvointiin.

Kaiken kaikkiaan näkemykset terveyseroista olivat monipuolisia. Esille nostettiin – haastateltujen toimintakentästä riippuen – erilaisia lähestymistapoja ja kehittämistarpeita terveyserojen kaventamistyössä. Haastateltavien puheista on nostettavissa seuraavia teemoja: työttömyys ja syrjäytyneisyys, terveyspalvelut ja ennaltaehkäisy, poikkihallinnollisuus sekä lapset ja nuoret.

## **Työ, työttömyys ja terveyserot**

Työ ja sen moniulotteiset vaikutukset nousivat esille yhtenä keskeisimmistä teemoista. Työllä nähtiin olevan merkittävä asema ihmisten identiteetin rakentamisessa; onhan Suomessa perinteisesti arvostettu uutteraa työntekoa ja työssä menestymistä. Haastateltavien mukaan työ ja siitä maksettava palkka määrittelee pitkälti ne käytettävissä olevat taloudelliset resurssit, joiden puitteissa elämää suunnitellaan ja esimerkiksi asuminen, harrastukset ja ruokavalio määräytyvät. Taloudellisten merkitysten ohella työllä nähtiin myös paljon laaja-alaisempiakin vaikutuksia. Monet haastateltavat korostivat esim. työpaikkojen merkitystä sosiaalisten verkostojen luojana sekä työyhteisöjen tarjoamaa henkistä tukea ja apua ongelmatilanteissa. Työn nähtiin tuovan elämään säännöllisen rytmin ja perusturvan. Työn ja siinä menestymisen kautta myös määritellään pitkälti (monien mielestä jopa aivan liikaa), meneekö ihmisellä elämässä hyvin vai ei.

*”Ihmisillä joilla on jo muutenkin paljon ongelmia, niin nämä terveysongelmat tulevat siihen ikään kuin päälle ja näillä ihmisillä ei välttämättä enää riitä tarmoa pitää huolta terveyteen liittyvistä asioista, kun on paljon muitakin ongelmia ja elämä on tietyllä tapaa taistelua ja ongelmien pohtimista aamusta iltaan... niin siinä ei ehkä samassa määrin pysty kiinnittämään terveyteen huomiota kuin vaikkapa hyvin koulutetut ja säännöllisissä töissä käyvät.”*

Haastateltava nro 7

Näin voimakkaasti työorientoituneessa yhteiskunnassa työttömäksi jäänyt henkilö saattaakin haastateltavien mukaan tuntea epäonnistumista ja omanarvontunnon alenemista kun oma työpanos ei enää kelpaa työmarkkinoille. Useat haastateltavat olivat huolissaan työttömyyden pitkittymisen vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin. Heidän mukaansa pitkään jatkuneesta työttömyydestä voi seurata toivottomuuden tunnetta ja omanarvon tunteen laskua, jos ei ole toivoa työ- tai opiskelupaikan saannista. Pitkään jatkuneeseen työttömyyteen voi liittyä muun muassa alkoholin suurkulutusta ja syrjäytymistä. Useiden puheissa korostui, että tällaisille moniongelmaisille ryhmille tulisi kehittää ennaltaehkäiseviä toimia, jotta heidän otettaan elämään olisi mahdollista parantaa ja näin edistää myös terveyttä ja hyvinvointia.

Haastateltavien näkemyksen mukaan työttömyyden pitkittyessä työn tuoma säännöllisyys ja työyhteisön tarjoamat sosiaaliset tukiverkostot saattavat kadota elämästä jopa kokonaan. Haastatellut näkivät tärkeänä syrjäytymiskehitykselle ominaisten piirteiden tunnistamisen: sosiaalisten kontaktien kaventuminen, osallisuuden vähentyminen, säännöllisen elämänrytmin puuttuminen, omanarvontunnon alentuminen. Usean haastatellun puheissa nousi esille huoli, että epätoivon ja ongelmien sävyttämässä tilanteessa lohtua haetaan liian usein alkoholista eikä terveydestä huolehtimiseen jakseta enää kiinnittää riittävästi huomiota. Tällaista elämäntilannetta eräs haastateltava kuvasi ”piileväksi itsetuhoiseksi käyttäytymiseksi”.

Sukupolvet ylittävä työttömyyden vähentämistä ja syrjäytymiskiirteen ehkäisemistä pidettiin tärkeänä. Erityisesti koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jääneet nuoret olisi tavoitettava. Ennaltaehkäisevä nuorisotyö nostettiin esiin tärkeänä keinona, mutta se on kuitenkin osoittautunut haasteelliseksi tehtäväksi. Muutamissa haastatteluissa nousi esiin Kainuussa alkanut Paltamon Työtä kaikille -hanke, jossa tarkoituksena on auttaa kaikki kunnan työttömät töihin. Mielenkiinto kohdistui siihen, miten laajat vaikutukset työllistymisellä on hyvinvointiin ja terveyteen.

Haastateltavat pitivät tärkeänä, että päätöksentekijöillä on saatavilla riittävästi luotettavaa tietoa terveyseroista, jotta haavoittuvassa asemassa olevien tilannetta voidaan parantaa. Palvelut tulisi kohdentaa niitä eniten tarvitseville. Esimerkiksi erinomaisesti toimivan työterveyshuollon merkitys nostettiin esille verrattaessa työllisten tilannetta työttömiin. Pitkäaikaistyöttömien ja nuorisotyöttömien lisäksi haastatteluissa nousivat yksittäisistä ryhmistä esiin muun muassa mielen-terveysongelmaiset ja yksinäiset vanhuksat. Syrjäytymisen ehkäisemiseksi nähtiin tärkeänä, että syrjäytymisuhan alla olevat ryhmät saataisiin tehokkaasti mukaan. Yhteiskunnan tulisi taata yhtäläiset mahdollisuudet kansalaisille huolehtia omasta terveydestä.

Osallisuuden ja yhteisöllisyyden katoaminen ja yksinäisyyden lisääntyminen huolestutti monia. Kaivattiin tietyn tyyppistä ”talkoohenkeä” Pohjois-Karjala -projektin tapaan, jotta alueella syntyisi samankaltaista yhteishenkeä terveyserojen kaventamiseksi. Kolmannen sektorin ja järjestökentän potentiaalia ei ole monen

mielestä hyödynnetty riittävästi terveydenedistämisen- ja terveyserojen kaventamistyössä, ja sen valjastamista syrjäytymisen ehkäisyyn pidettiin erittäin tärkeänä.

### **Terveyspalvelut ja ennaltaehkäisy**

Useat haastatelluista viittasivat puheissaan tietoihin, jotka osoittavat erinäisten kroonisten sairauksien yleisyyden ja totesivat, että muun muassa KELAn sairaustavuusindeksin tulosten valossa Pohjois-Pohjanmaan on Suomen sairain maakunta. Puheissa oli havaittavissa huolestuneisuutta maakunnan tulevaisuudennäkemistä terveyspalvelujen saatavuuden ja niiden rahoituksen osalta. Terveyserojen kaventaminen ennaltaehkäisevillä toimilla voisi merkittävästi helpottaa kasvavia sairaanhoidon kustannuksia ja viedä terveydenhuollon kehitystä sairaanhoitopainotteisuudesta vahvemmin ennaltaehkäisevän terveydenhuollon suuntaan.

Sosioekonomisten erojen lisäksi oltiin huolissaan maakunnan alueellisista eroista. Osa kunnista on hyvin toimeentulevia ja niissä tulevaisuuden kehitys niin työpaikkojen kuin palveluiden turvaamisen suhteen näyttää positiiviselta. Taantuviin kuntiin kasaantuu huono-osaisuutta ja niiden tulevaisuuden näkymät ovat synkempiä.

Työsuhteessa olevilla on usein paremmat taloudelliset resurssit käyttää yksityisen sektorin terveyspalveluja kuin esimerkiksi työttömällä, syrjäytyneellä tai pienituloisilla eläkeläisillä. Monet totesivat, että korkeammin koulutetut käyvät säännöllisemmin terveystarkastuksissa ja käyttävät ennaltaehkäiseviä terveyspalveluita, kun taas työttömät ja syrjäytyneet usein hakeutuvat hoitoon muun muassa taloudellisesta tilanteesta johtuen vasta kun se on aivan välttämätöntä. Korkeasti koulutettujen kohdalla voidaan puhua terveydenhoidosta ja vähemmän koulutettujen kohdalla pikemminkin sairaanhoidosta. Tämän nähtiin osaltaan edesauttavan sosioekonomisten terveyserojen kasvua.

Monet haastatellut näkivät merkittävänä ongelmana sen, ettei kenelläkään oikeastaan ole kokonaisvastuuta työttömien terveydenhuollosta. Monien haastateltavien esiin nostama pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke nähtiin erittäin merkittävänä kehityssuuntana terveyserojen kaventamista ajatellen. Mallin keskeisenä ideana on se, että pyritään vaikuttamaan kokonaisvaltaisesti työttömän hyvinvointiin ja terveyteen. Mihin tahansa pisteeseen pitkäaikaistyötön tulee, hänet ohjataan sieltä terveysasemille, jossa hänelle tehdään terveystarkastus. Hankkeen toimintaa pidettiin juuri sellaisena ennaltaehkäisevänä toimintana, joka mahdollistaa varhaisen ongelmiin reagoimisen ja terveempien elintapojen edistämisen. Toimintaa pidettiin merkittävänä myös terveyserojen kaventamisen kannalta. Haastateltavat näkivät toimien kohdentamisen niitä eniten tarvitseville ryhmille pääasiassa järkevänä ja kannatettava keinona. Kaikkiaan palveluiden ja resurssien tasapuolista ja tarpeenmukaista käyttöä korostettiin.

Pienistä tuloista tai taloudellisesta ahdingosta johtuen monilla, esimerkiksi pelkän vanhuuseläkkeen varassa olevilla ikäihmisillä, ei ole varaa ostaa lääkärin heille

määräämiä lääkkeitä lainkaan tai lääkettä otetaan pienempinä annoksina tai harvemmin kuin mitä reseptissä on määrätty.

*”...kun heille [diakoneille] tulee asiakkaita vastaanotolle, niin on ihmisiä, keillä ei kerta kaikkiaan ole edes lääkkeisiin varaa, että vaikka lääkäri on määrännyt mitä pitäis ottaa, niin rahat ei riitä. Sit tietysti toinen mikä tähän liittyy niin on se, et sit jos on tarvetta hoidollisiin toimenpiteisiin, niin ei ole välttämättä varaa erityislääkärin palveluihin, vaan pitää turvautua kunnalliseen terveydenhuoltojärjestelmään ja...sitten sielläkin jonot saattaa olla pitkiä et ei pääse välttämättä kovin helposti vastaanotolle. Sit tos mielenterveyspuolella niin tuota näkyy kans tää sama, et tuota.. ei välttämättä ole varaa terapiaihin ja erilaisiin hoitomuotoihin.”*

Haastateltava nro 4

Monien puheissa korostui näkemys, että yhä edelleen terveydenhuollossa painottuu sairaanhoito ennaltaehkäisevän työn kustannuksella. Ennaltaehkäisevään työhön ei satsata riittävästi resursseja, vaikka terveyden edistämisen ja kasvavien terveydenhuollon kustannusten kannalta nimenomaan ennaltaehkäisevä työ nähtiin kannattavimpana vaikuttamistapana palvelujärjestelmän entisestäään kasvavia kustannuspaineita ajatellen. Monet haastatelluista korostivatkin, että mikäli painopistettä ei saada käännettyä ennaltaehkäisevän työn suuntaan, ei tulevaisuudessa tulla selviämään kasvavista sairaanhoidon kustannuksista ja nykyisen kaltainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen rahoitus pohja ovat vaarassa romahtaa. Haastateltujen puheissa korostui huoli siitä, että tiukkojen vuosittaisten budjettiraamien puitteissa leikkaukset kohdistuvat liian usein ennaltaehkäisevään työhön, koska sen myötä saavutettavat tulokset ja säästöt mm. sairaanhoidon kuluissa ovat nähtävissä vasta vuosien päästä.

Ennaltaehkäisevään työhön kohdistuvien leikkausten nähtiin olevan pitkällä tähtäimellä kestämatöntä politiikkaa ja lyhytnäköisyydestä koituvat haitat lankeavat myöhemmin maksettaviksi. Tämän nähtiin korostuvan etenkin väestön ikäntyessä. Haastatellut pitivät tärkeänä, että terveyserojen kaventaminen ja ennaltaehkäisyä painottava ajattelutapa otettaisiin kaikessa päätöksenteossa huomioon ja ymmärrettäisiin, että kaikilla päätöksillä on terveysvaikutuksia.

Monet haastatelluista pitivät tärkeänä, että terveyttä edistävä valistustyö aloitettaisiin mielellään jo esikoulussa tai viimeistään peruskoulun alussa. Koulut ja neuvolat nähtiin erityisen merkityksellisinä vaikuttamisen kenttinä. Elintapoihin vaikuttaminen on sitä haasteellisempaa mitä vanhemmista ikäluokista on kyse, sillä jo omaksuttuihin elintapoihin on vaikeampi vaikuttaa. Vanhempien tehokkaampaa mukaan ottamista koulujen ja neuvoloiden kanssa tehtävään yhteistyöhön pidettiin tärkeänä. Useat haastatelluista korostivat työpaikkojen roolia työikäisille suunnatussa valistustyössä. Innostamalla työyhteisöjä esimerkiksi porukkaliikuntaan, voidaan hyödyntää myös työyhteisöltä saatavaa vertaistukea liikunnan harrastamisessa tai painonpudotuksessa. Varsinkin järjestökentän edustajat korostivat



osallistavaa työtettä ja paikan päälle menemisen tärkeyttä etenkin syrjäseutujen kohderyhmien tavoittamiseksi.

Terveyttä elintapoja tukevan, asenteisiin vaikuttavan valistustyön lisäksi haastatteluissa nostettiin esille monia konkreettisia esimerkkejä ennaltaehkäisevästä toiminnasta, kuten *Kunnossa kaiken ikää*, *Kundit kondikseen* ja *Syty nelikymppinen* -hankkeet. Kirkon keskushallituksessa toimii työryhmä, jonka tehtävänä on pohtia väestöryhmien välisiä terveyseroja ja sitä, mitä terveyden edistäminen voisi merkitä kirkon työssä.

## **Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen**

Haastateltavat nostivat esille, että epäterveelliset elintavat omaksutaan yleensä jo lapsesta lähtien ja siihen vaikuttavat ne kehitysympäristöt ja yhteisöt, joissa yhteiskuntaan sosiaalistutaan. Koulujen ja perheiden yhteistyön nähtiin olevan avainasemassa siinä, että terveellisten elintapojen mallit opittaisiin ja omaksuttaisiin jo pienestä pitäen ja lapsella ilmeneviin ongelmiin voitaisiin puuttua. Useat haastatelluista korostivat vanhemmilta saatavien elintapamallien vaikutuksia lapseen, ja lapsen kasvua ja kehitystä nähtiinkin tuettavan parhaiten perheiden kautta. Pelkäämään kouluissa annettava valistus ei riitä, jos kotona ei tueta samansuuntaista kehitystä. Kotona ilmenevät ongelmat heijastuvat myös lapseen ja useat haastatelluista nostivat esiin myös lasten ja nuorten lisääntyneet psyykkiset häiriöt ja mielenterveysongelmien lisääntymisen.

Elinoloista etenkin perheiden taloudellisen tilanteen nähtiin vaikuttavan lapsen harrastusmahdollisuuksiin ja elintapoihin. Vanhempien taloudellinen tilanne ei haastateltujen mukaan saisi olla lapsen liikuntaharrastuksen esteenä, vaan yhteiskunnan tulisi tukea lasten ja nuorten liikuntaa ja luoda tasapuoliset ja esteettömät edellytykset liikunnan harrastamiseen. Moni haastateltavista nosti esille huolen etenkin pienituloisten perheiden (mm. yksinhuoltajat) lapsista, joiden vanhemmillä ei taloudellisen tilanteen takia ole varaa maksaa liikuntaseurojen korkeita maksuja. Liikuntapaikkojen tarjonnan lisäämistä sekä lasten ja nuorten harrastusmahdollisuuksien turvaamista siten, että yhä useammalla olisi mahdollisuus monipuolisen liikunnan harrastamiseen, pidettiin tärkeänä. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta eräs haastateltu mainitsi Oulun kaupungin tekemän päätöksen liikuntapaikkojen käytön maksuttomuudesta alle 18-vuotiailla.

Pienillä teoilla voi olla suurta merkitystä. Eräänä konkreettisena esimerkkinä esille nousi koulujen välipalatarjoilun lakkauttaminen. Terveellisen välipalan sijaan oppilaat täyttävät energiavajauksensa tarjolla olevien karkki- ja limonadiautomaattien tarjonnalla. Useat haastateltavat mainitsivatkin, että automaattit tulisi poistaa kouluista ja palata takaisin terveellisempään, vaikka kalliimpaan välipalaruokailuun. Haastateltavien näkemyksen mukaan päätösten vaikutuksia ja etenkin terveysvaikutuksia tulisi yleisemmin arvioida ennakkoon.

Erot tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä ammattioppilaitos- ja lukio-opiskelijoiden välillä herättivät haastatelluissa huolta. Valistuskanavien käyttöön ja tapaan, jolla nuorille viestitään, tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Useampi haastateltu totesi, että nuorille suunnatussa valistuksessa tulisi hyödyntää heidän suosimiaan viestintäkanavia sekä käyttää sellaisia konkreettisia esimerkkejä, jotka ovat lähellä nuoria.

### **Terveysrojen kaventamiseen tarvitaan laajaa yhteistyötä**

Terveysrojen kaventamiseen pyrkiminen nähtiin yhteisenä hallinnonrajat ylittävänä tehtävänä, jossa parhaisiin tuloksiin päästään hyödyntämällä jo olemassa olevia verkostoja ja lisäämällä entisestään poikkihallinnollista yhteistyötä. Haastatellut korostivat, että terveysrojen kaventaminen ei missään nimessä saa jäädä vain sosiaali- ja terveystoimialan tehtäväksi, vaan se vaatii laaja-alaista yhteistyötä eri sektoreiden välillä. Lisäksi tarvitaan kolmannen sektorin nykyistä suurempaa panosta. Kolmannen sektorin toiminnassa nähtiin olevan tarvittavaa konkreettista kosketuspintaa sekä ruohonjuuritason tietoa ja toimintaa, jota päätöksenteossa olisi syytä hyödyntää. Järjestöjen edustajat pitivät tärkeänä, että järjestökenttä otettaisiin tasavertaisena toimijana päätöksentekoprosesseihin mukaan, jolloin kokemukset muun muassa riskiryhmiä lähellä tehtävästä työstä välittyisivät päätöksentekoon.

Pohjois-Pohjanmaalla nähtiin olevan jo melko hyvät yhteistyöverkostot. Erilaiset yhteistyön ja verkostoitumisen muodot ovat alueella yleistyneet. Tämä kehityssuunta nähtiin positiivisena, sillä etenkin terveysrojen kaventamistyössä tarvitaan eri alojen asiantuntemusta ja toimivien mallien hyödyntämistä. Useat haastatellut korostivat, että kuntien olisi kannattavaa tukea alueillaan olevia pieniäkin yhdistyksiä ja niiden toimintaa asukkaiden osallisuuden vahvistamiseksi. Muun muassa liikunta- ja kulttuurijärjestöissä tehtävää työtä – etenkin syrjäisemmissä kunnissa – pidettiin tärkeänä ja korostettiin sen terveyttä ja hyvinvointia edistäviä vaikutuksia. Myös seurakunnissa tehdään merkittävää työtä terveysrojen kaventamiseksi, ja tätä työtä sekä siitä saatujen kokemusten ja verkostojen hyödyntämistä pidettiin tärkeänä.

Haastateltavat pitivät keskeisenä tehtävänä terveysrojen merkityksen saamista päätöksentekijöiden tietoisuuteen, että terveysrojen kaventaminen aidosti huomioitaisiin ennakkoon suunnittelu- ja päätöksentekovaiheessa. Päätöksiä tehtäessä olisi tarkemmin pyrittävä arvioimaan niiden vaikutuksia terveyteen ja terveysroihin. Toiminnan taso on huomioitava jo strategioita luotaessa, jotta päästään toimivimpiin tuloksiin.

### **Tietoaukot ja tietopohjan vahvistaminen**

Haastateltavat korostivat, että päätöksenteon pohjaksi tarvitaan mahdollisimman syvälle menevää tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niissä havaittavista vä-

estöryhmäeroista. Pohjois-Pohjanmaa on suuri alue, jossa on useita erityyppisiä kuntia ja alueellisia erityispiirteitä. Useat haastatelluista totesivat, että alueiden väliset hyvinvointierot eivät tule esiin, jos tarjolla on vain koko maakuntaa koskevia tuloksia. Paikallisen toiminnan kannalta kuntatasoinen tieto ja paikallisten olojen tunnistaminen nähtiin tärkeänä. Kaikki eivät kuitenkaan pitäneet kuntatasoista tietoa välttämättömänä asian eteenpäin viemiseksi. Esille nostettiin erilaisia ratkaisuja sopivan aluetason valinnasta, kuten esimerkiksi PARAS -hankkeen mukaisen aluejaon käyttäminen. Moni haastateltu piti tärkeänä maakunnan alueelta kerättävien tutkimusten kasvattamista, mikä mahdollistaisi syvemmän alueellisen tarkastelun. Rekisteri- ja kyselytietoihin pohjautuvien tilastotietojen tueksi useat haastatelluista halusivat päätöksenteon tueksi myös kokemukseen pohjautuvaa tietoa.

Haastateltavat toivoivat myös vastaavanlaista tietoa työllisten ja työttömien välisistä terveyseroista sekä ammatti- ja tuloryhmien mukaista tarkastelua. Myöskään koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista ei ole tietoa. Lisäksi lapset, vammaiset ja maahanmuuttajat nousivat esiin väestöryhminä, joiden tilanteesta kaivattiin lisätietoa. Kutsuntaikäiset nuoret nähtiin ryhmänä, jossa voidaan tavoittaa koko ikäluokka ja saada tietoa heidän terveydestään. Muutama haastateltavista nosti esille paikkatietojärjestelmien hyödyntämisen terveys- ja hyvinvointiseurannan kehittämisessä.

Haastatteluissa nousi lisäksi esiin, että palveluntuottajien järjestelmiä ei hyödynnetä riittävästi, eivätkä eri rekisterit keskustele keskenään. Tilastokeskuksen rekisterit ovat niiden julkistamisajankohtana jo 2–5 vuotta vanhoja. Muutamat haastatellut pitivät erityisen tärkeänä tätä reaaliaikaisen tietotuotannon ja -järjestelmien toteuttamista.

Yleisesti pidettiin tärkeänä, että päätöksenteon tueksi olisi tarjolla luotettavaa ja helposti hyödynnettävissä olevaa tietoa. Seurantajärjestelmiä toivottiin kehitettävän siten, että niistä on myös nähtävissä toimenpiteiden vaikuttavuutta. Eriyisesti kustannusvaikutuslaskelmien uskottiin saavan myös päättäjät heräämään terveyseroasiaan. Pelkästään tiedon tuottaminen ei riitä, vaan tietoa pitää myös osata hyödyntää. Hyödyntämiseen nähtiin tarvittavan kosolti koulutusta ja uusia työvälineitä.

### **Miten terveyserojen kaventamistyössä tulisi edetä?**

*”...yleensäkin ottaen, että yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa huomioitaisiin se, että kaikella poliittisilla päätöksillä on myös vaikutusta ihmisten terveyteen, ja se tulisi huomioida siinä päätöksenteossa, koska se sitten infraa, teitä tai valistusta tai mitä nyt ikinä koskeekaan.”*

Haastateltava nro 2

Terveyseroajattelumallin valtavirtaistamista pidettiin tärkeänä. Kaikessa päätöksenteossa tulisi ottaa huomioon päätösten terveys- ja terveyserovaikutukset. Valta-

virtaistamispyrkimyksissä valtiovallan taholta lähtevä panostus nähtiin oleellisena. Haastateltavat halusivat nostaa terveyserojen kaventamisen entistä näkyvämmäksi osaksi valtakunnantason poliittikaohjelmia ja -linjauksia. Puheissa korostui, että valtiovallan on otettava vastuuta terveyserojen kaventamisessa, jotta myös kunnat saadaan kiinnittämään enemmän huomiota erojen kaventamiseen.

Kuntien ja alueiden osalta useat haastatelluista pitivät keskeisenä toimenä terveyserojen kaventamistavoitteen kirjaamista maakunnan, kunnan ja järjestöjen strategioihin, jolloin se ulottuisi aluetta koskevaan päätöksentekoon. Kun tavoitteet on kirjattu strategioihin, on myös niiden toteutumiseen sitouduttava ja turvattava toiminnalle riittävät resurssit. Näin myös johtoa sitoutetaan ottamaan vastuuta terveyserojen kaventamisesta. Lisäksi korostui tietopohjan ja seurantajärjestelmien kehittämisen tärkeys, jotta päätöksenteon tueksi saadaan luotettavaa ja ajanmukaista tietoa terveyseroista ja päätöksien vaikuttavuutta voidaan seurata.

Useat haastatelluista olivat sitä mieltä, että resurssien niukkuudesta johtuen tulisi toimia kohdentaa enemmän tarpeen mukaisesti, vaikka se poikkeaisikin perinteisestä, kaikille samat etuudet takaavasta universalistisesta mallista. Kohdentaminen tulee tehdä kenenkään asemaa huonontamatta ja kohdentavat toimet suunnitella siten, että kohderyhmät tavoitetaan ja toimilla päästään asetettuihin tavoitteisiin.

## **Yhteenvetoa ja päätelmiä**

Haastatellut näkivät terveyserojen kaventamistyön yhteiskunnallisena asiana, johon voidaan vaikuttaa laajalla rintamalla yli sektorirajojen. Tarvitaan niin julkisen, yksityisen kuin kolmannen sektorin toimijoita ja näiden yhteistyötä kaventamistyön eteenpäin viemiseksi.

Terveyserojen kaventamista pidettiin erittäin merkityksellisenä asiana sekä eettisestä että taloudellisesta näkökulmasta. Haastateltujen toimijoiden mukaan Pohjois-Pohjanmaan arkipäivässä on selvästi havaittavissa sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveydessä ja hyvinvoinnissa. Puheissa korostuivat työn moniulotteiset vaikutukset hyvinvointiin sekä huoli työttömyyden myötä kasaantuvista ongelmista ja niiden vaikutuksista terveyteen. Esiin nousivat erityisesti erot työttömien ja työllisten välillä. Aluetta kuvaavana erityispiirteenä korostettiin pitkäaikaistyöttömyyttä ja nuorisotyöttömyyttä. Työpaikkojen merkitystä terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn areenoina korostettiin. Työttömien nähtiin olevan selvästi työllisiä huonommassa asemassa niin terveystalouden käytön kuin saatavuuden suhteen. Työterveyshuollon merkitystä ja työpaikan laaja-alaisia vaikutuksia hyvinvointiin nostettiin esille.

Ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen merkitystä terveyserojen kaventamisessa korostettiin. Haastateltujen mielestä terveydenhuollon painopiste on kuitenkin yhä enemmän sairaanhoidossa kuin ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa. Valistustyö nähtiin tärkeänä ennaltaehkäisyn ja vaikuttamisen kanavana, joskin

korostettiin, että se ei pelkästään riitä. Valistustyö on aloitettava riittävän varhain, jo esikoulusta lähtien. Koulujen, neuvoloiden ja perheiden välistä yhteistyötä korostettiin. Haastateltavien mukaan lapsille on turvattava tasapuoliset edellytykset terveelliseen elämään vanhempien taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Pohjois pohjalaiset toimijat toivoivat, että terveyserojen kaventamistyö lähtisi tulevaisuudessa käyntiin entistä painokkaammin ja että alueella saataisiin entistä tiiviimpää yhteistyötä ja synergiaetuja eri toimijoiden kesken. Haastatteluissa korostui selkeästi se sanoma, että terveyserojen kaventamistyö ei ole ainoastaan sosiaali- ja terveyssektorin tehtävä, vaan se vaatii laajaa poikkihallinnollista yhteistyötä yli sektorirajojen. Pohjois-Pohjanmaalla onkin jo tehty hyvää yhteistyötä ja luotu verkostoja mm. maakunnan hyvinvointiohjelmatyön myötä. Terveyseroajat- telun valtavirtaistamista pidettiin tärkeänä ja korostettiin, että päätöksenteossa on otettava huomioon, että kaikilla päätöksillä on terveysvaikutuksia. Yksinkertaisesti haastateltujen sanoma voidaan tiivistää seuraavasti: **terveyserojen kaventaminen on kaikkien yhteinen asia.**

## 8 YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT

Tämän raportin tarkoituksena on tuoda terveyserot näkyviksi ja lisätä niitä koskevaa tietoisuutta Pohjois-Pohjanmaalla. Raporttiin on koottu tietoa pohjoispohjalaisien terveydestä, huonon terveyden riskitekijöistä, terveyskäyttäytymisestä, kuolleisuudesta ja terveyspalveluiden käytöstä sukupuolittain ja koulutusryhmittäin. Pohjois-Pohjanmaan maakunnan tietoja on verrattu Länsi-Suomen ja Lapin lääneihin sekä koko Suomen keskiarvoon. Raportin tiedot pohjautuvat keskeisiin rekisteri- ja kyselytietoihin. Tiedot kattavat parhaiten työikäiset, mutta myös lapsia ja nuoria on tarkasteltu mahdollisuuksien mukaan. Tietoja on lisäksi täydennetty ja syvennetty haastattelemalla pohjoispohjalaisia toimijoita.

Suomalaisten terveyden kehitys on ollut parin viime vuosikymmenen aikana suotuisaa. Elinajanodote on sadan viime vuoden aikana kohonnut lähes kaksinkertaiseksi ja alueelliset erot terveydessä ovat kaventuneet. Samanaikaisesti myös väestön toimintakyky on parantunut. Kuitenkin sosioekonomisten väestöryhmien välillä havaittavat terveys- ja kuolleisuuserot ovat Suomessa edelleen suuria. Kahden viime vuosikymmenen aikana sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat säilyneet ennallaan ja osin jopa kasvaneet. (Palosuo ym. 2007; www.teroka.fi).

Sosioekonominen asema ilmaisee henkilön sosiaalisen aseman yhteiskunnassa. Yleisimmin sitä kuvataan koulutuksen, ammattiaseman tai tulotason mukaisina ryhminä. Tässä raportissa sosioekonomisen aseman mittarina on käytetty koulutusta. Koulutustaso on melko hyvä sosioekonomisen aseman mittari, sillä koulutus määrittelee hyvin pitkälti ammattia, työnkuvaa ja tulotaso. Korkea-asteen koulutuksen saaneet, ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat elävät pidempään, ovat terveempiä, liikkuvat aktiivisemmin, elävät terveellisemmin ja hyötyvät palvelujärjestelmästä paremmin kuin vähän koulutetut, alemmat sosioekonomiset ryhmät (Palosuo ym. 2007). Vähemmän koulutettujen tulotaso on usein matalampi kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden ja usein myös toimihenkilöammattissa toimivien henkilöiden. Lisäksi vähemmän opiskelleiden toimenkuvaan kuuluu usein myös fyysisesti rasittavaa työtä. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. Työttömyys on lisäksi yleisempää vähemmän koulutetuilla. Työttömyydellä tiedetään olevan vaikutuksia niin terveyteen kuin terveyspalveluiden käyttöön (mm. Pensola ym. 2004).

### **Terveys ja toimintakyky**

Koettua terveyttä on tarkasteltu tässä raportissa työikäisillä Aikuisväestön terveyskäyttäytymiskyselyn (AVTK) ja nuorilla Kouluterveyskyselyn tietojen avulla. Tuloksissa on esitetty terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuuksia. Itse ilmoitettu koettu terveys kuvaa terveyden subjektiivista ulottuvuutta ja se on väestötasoisissa terveystutkimuksissa usein käytetty terveyden osoitin.

Koettu terveys ennustaa toimintakykyä, terveyspalvelujen käyttöä ja kuolleisuutta väestössä (Manderbacka 1998; Heistaro ym. 2004). Pidemmän ajanjakson tarkastelu osoittaa, että työikäisillä suomalaisilla koulutusryhmien väliset erot koetussa terveydessä ovat 1980-luvun alkuun verrattuna kaventuneet. Etenkin 1990-luvulla laman aikana ja pian sen jälkeenkin kaventuminen oli voimakasta Koetulla terveydellä mitattuna alemmissa koulutusryhmissä terveyden kohentuminen on 2000-luvulla tasaantunut ja koulutusryhmien väliset erot ovat pysyneet ennallaan, (Rahkonen ym. 2007.)

Tässä raportissa esitettyjen tulosten mukaan (luku 3.1) pohjoispohjalaiset kokevat terveytensä hieman huonommaksi kuin suomalaiset keskimäärin. Mitä vähemmän henkilöllä on koulutusta, sitä huonompi kokemus omasta terveydestä on. Suomalaiset lukiolaisnuoret kokevat terveytensä paremmaksi kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevat nuoret. Sen sijaan pohjoispohjalaiset lukiolaispojat kokevat terveytensä hieman huonommaksi kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevat pohjoispohjalaispojat. Äidin koulutuksella on tulosten perusteella yhteys peruskouluikäisten lasten koettuun terveyteen, sillä pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien lapset kokevat terveytensä huonommaksi kuin kouluttautuneempien äitien lapset.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä hänelle asetetuista vaatimuksista sekä työssä että kotona. Käsitettä voidaan jäsentää erilaisten mallien avulla. Ihmisen terveys ja toimintakyky koostuvat fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta alueesta. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF (International Classification of Functioning, Disability ja Health) tarjoaa kansainvälisesti sovitun yhtenäisen viitekehyksen kuvata toiminnallista terveydentilaa ja sen vuorovaikutussuhdetta ympäristötekijöihin. Luokituksen mukaan toimintakyky koostuu ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteesta sekä osallistumisesta ja suorituksista. Toimintakyvyn katsotaan olevan vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa. (Martelin ym. 2007, ICF 2004, [www.ttl.fi](http://www.ttl.fi).)

Toimintakyvyn rajoittuminen voi johtua sairaudesta tai iän mukana tapahtuvasta suorituskyvyn heikkenemisestä. Liikkumiskyky on toimintakyvyn keskeinen ulottuvuus, jonka ongelmat heijastuvat myös moniin muihin elämän alueisiin. Liikkumisongelmat rajoittavat osallistumismahdollisuuksia arkisista askareista harrastuksiin ja aina sosiaaliseen kanssakäymiseen asti ja näin ollen 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. (Martelin ym. 2007.)

Tässä raportissa työikäisten liikkumiskyvyn ongelmia tutkittiin tarkastelemalla niiden työikäisten osuutta, jotka ilmoittivat kyselyssä (AVTK), etteivät koe kykenevänsä juoksemaan 500 metrin matkaa. Tulosten perusteella työikäisen väestön

liikkumiskyvyn ongelmat ovat erittäin yleisiä. Erityisesti naisten tilanne on huolestuttava, sillä lähes joka toinen suomalaisnainen kokee, ettei kykene juoksemaan 500 metrin matkaa. Työikäisistä suomalaismiehistä joka neljäs kokee samoin. Liikkumiskyvyn ongelmat ovat Pohjois-Pohjanmaalla naisilla hieman vähäisempiä ja miehillä suunnilleen samaa tasoa kuin koko Suomessa keskimäärin. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot itse arvioitujen liikkumiskyvyn ongelmien suhteen ovat naisilla yhtä jyrkät, miehillä hieman pienemmät kuin koko Suomessa keskimäärin.

Sairauspoissaoloja voidaan käyttää eräänä työnteekijöiden hyvinvointia kuvaavana osoittimena. Tässä selvityksessä sairauspoissaoloja tarkasteltiin Aikuisväestön terveystyöntekijäkyselyn (AVTK) kysymyksellä: ”Kuinka monta kokonaista päivää olitte viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana sairauden takia poissa töistä tai hoitamatta tavallisia tehtäviä?”. Noin joka viides pohjoispohjalainen on vuoden aikana ollut vähintään 10 päivää sairauden takia poissa töistä tai kykenemätön suoriutumaan arkisista askareista. Useat sairauspoissaolot ovat sitä yleisempiä mitä alemmasta koulutusryhmästä on kyse. Sairauspoissaolot aiheuttavat suuria kustannuksia työnantajille ja siksi niiden vähentämiseen ja ennaltaehkäisyyn kannattaa panostaa ajoissa.

Työikäisten heikentynyttä toiminta- ja työkykyä selvitettiin myös työkyvyttömyyseläkkeiden avulla. Työkyvyttömyyseläkkeen saajia tarkasteltiin itse ilmoitetun pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen avulla sen myöntämisperusteiden selkeyden vuoksi. Tulosten mukaan pysyvät työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla kuin korkeimmin koulutetuilla. Pohjoispohjalaisilla alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero on naisilla noin viisinkertainen ja miehillä noin puolitoistakertainen.

Etsittäessä keinoja väestön toimintakyvyn parantamiseksi on hyödyllistä tietää, millaisia eroja sosioekonomisten ryhmien välillä on toimintakyvyssä. Toimien oikealla kohdentamisella voidaan saavuttaa väestötasolla parhaimpia tuloksia. Esimerkiksi varhaiskuntoutuksen järkevässä kohdentamisessa toimintakyvyn heikkenemisen kannalta riskialttiiden väestöryhmien tunnistaminen on tarpeellista (Martelin ym. 2007).

## Sairastavuus

Raporttia varten haastatellut pohjoispohjalaiset toimijat olivat huolissaan terveyden eriarvoisesta jakautumisesta ja ongelmien kasautumisesta huono-osaisimpiin ryhmiin, joissa myös terveyspulmat ovat yleisimpiä. Erityisesti kansansairauksien, kuten diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien, yleistyminen ja sen vaikutus kuntatalouteen huolestutti. Useampi haastateltava toi esille, että Pohjois-Pohjanmaa on sairain maakunta, mikäli tilannetta tarkastellaan kansansairauksien summaindeksillä (diabetes, psykoosit, sydämen vajaatoiminta, nivelreuma, astma, verenpainetauti ja sepelvaltimotauti) sekä kärkipäässä myös Kelan sairastavuus-



indeksillä mitattuna (Kela, Terveyspuntari).

Sairastavuusindeksi kertoo miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon. Sairastavuusindeksi perustuu kolmeen rekisterimuutujaan: työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä, erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä sekä kuolleisuuteen. Lopullinen sairastavuusindeksi on siten kolmen osaindeksin keskiarvo. (Kela, Terveyspuntari.) Sairastavuusindeksin tulkinnassa on kuitenkin huomioitava, että indeksiin vaikuttavien lääkekorvausoikeuksien sekä työkyvyttömyyseläkepäästösten saamiseksi on tehtävä diagnoosi terveydenhuollossa. Indeksii kuvaa siis osittain myös terveystalvelujärjestelmän toimivuutta eikä vain väestön sairastavuutta.

Tässä raportissa sairastavuutta on tutkittu tarkastelemalla pitkäaikaissairastavuutta sekä keskeisistä kansansairauksista diabetesta, sepelvaltimotautia ja masennusta. Pitkäaikaissairastavuutta tarkasteltiin eräiden lääkärin diagnosoimien vakavien ja usein pitkäaikaisten sairauksien kautta. Tarkasteluun otettiin ne henkilöt, jotka ilmoittivat sairastaneensa viimeisen vuoden (12 kk) aikana vähintään yhtä lääkärin toteamaa vakavaa sairautta. Vähintään yhdestä vakavasta sairaudesta kärsiminen on alimmassa koulutusryhmissä yleisempää kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Koulutusryhmien väliset erot ovat Pohjois-Pohjanmaalla pienemmät kuin vastaavat erot koko Suomessa.

Diabetesta tarkasteltiin diabetessairastavuuden sekä diabeteslääkeostojen ja diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden avulla alueittain ja koulutusryhmittäin. Diabetesta sairastaa työikäisistä suomalaisnaisista noin 3 % ja -miehistä noin 5 %. Vertailualueiden väliset erot ovat sairastavuudessa erittäin pieniä. Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuulumisen ja diabeteslääkeostot ovat Pohjois-Pohjanmaalla yleisempiä kuin koko Suomessa keskimäärin. Vähiten koulutetut ostavat korkeammin koulutettuja selvästi yleisemmin diabeteslääkkeitä ja ovat yleisemmin diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuden piirissä. Naisilla koulutusryhmien väliset erot diabeteslääkeostoissa sekä erityiskorvausoikeuden piiriin kuulumisessa ovat suuremmat kuin miehillä. Diabeteslääkkeitä ostaneiden osuudet ovat tarkastelujaksolla pysyneet Pohjois-Pohjanmaalla naisilla kahdessa alimmassa koulutusryhmässä suunnilleen samalla tasolla, mutta korkea-asteen koulutuksen saaneilla osuus on selvässä laskussa. Koko Suomessa diabeteslääkeostojen osuudet ovat kaikissa koulutusryhmissä kasvussa. Perusasteen koulutuksen suorittaneilla miehillä osuus on kasvanut selvästi eniten. Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksien osalta erityisen huolestuttavana voidaan pitää alimman koulutusryhmän miesten tilannetta, sillä tässä ryhmässä erityiskorvausoikeudet ovat jyrkässä kasvussa, mikä ennakoii myös lisääntyviä terveydenhuollon kustannuksia.

Pohjoispohjalaisten diabetessairastavuutta koskevat tulokset kertovat osin siitä, että diabetesta sairastavat ovat hoidon piirissä ja hoitotoimenpiteet tavoittavat hoidon tarpeessa olevat. On kuitenkin huomioitava, että väestössä on huomattava määrä tietämättään diabetesta sairastavia henkilöitä, joiden diabetesta ei ole oireetomuudesta johtuen vielä diagnosoitu. On arvioitu, että noin 200 000 henkilöä sai-

rastaa tietämättään diabetesta tai sen esiastetta (Peltonen ym. 2006). Tutkimusten mukaan (esim. Tuomilehto ym. 2001) tyypin 2 diabetestapauksista voitaisiin välttää terveillä elintavoilla jopa 90 prosenttia. Tyypin 2 diabeetikolla on lisäksi jopa 2–4-kertainen riski sairastua sepelvaltimotautiin. Arvioiden mukaan 30 prosenttia kaikista diabetestapauksista vähenisi, mikäli diabeteksen yleisyys olisi vähemmän koulutetuilla samalla tasolla kuin korkeammin koulutetuilla (Koskinen & Martelin 2007). Diabeteksen aiheuttamat suorat kustannukset olivat vuonna 2002 noin 340 euroa/potilas/vuosi. Komplisoitunut diabetes, jossa potilaalla esiintyy muita lisäsairauksia, on kustannuksiltaan 24-kertainen eli noin 8 300 euroa/potilas/vuosi. Pohjois-Pohjanmaalla diabeteksen suorat kustannukset vuonna 2002 olivat yhteensä noin 37,9 miljoonaa euroa. Terveyserojen kaventumisen myötä kustannukset leikkautuisivat Pohjois-Pohjanmaalla karkeasti arvioiden 26,5 miljoonaan euroon, jolloin säästöä tulisi 11,4 miljoonaa euroa. (Kangas 2002; Kaikkonen ym. 2008.)

Sepelvaltimotautia tarkasteltiin sydäninfarktien ilmaantuvuuden sekä palvelujen käyttöön liittyen sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden sekä myöhemmin käsiteltävän sepelvaltimokirurgian ja sepelvaltimotautikuolleisuuden avulla. Sydäninfarktin ilmaantuvuus on Pohjois-Pohjanmaalla sekä naisilla että miehillä hieman yleisempää kuin koko Suomessa. Miehillä sydäninfarktien ilmaantuvuus on noin kaksi kertaa yleisempää kuin naisilla. Pohjois-Pohjanmaalla sydäninfarktirisiko on alimmassa koulutusryhmässä noin 1,5-kertainen ylimpään koulutusryhmään verrattuna. Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on Pohjois-Pohjanmaalla selvästi yleisempää kuin vertailualueilla ja koko Suomessa. Miehillä erityiskorvausoikeuden piiriin kuuluminen on yleisempää kuin naisilla. Erityiskorvausoikeiden piiriin kuuluminen on yleisempää alimmassa koulutusryhmässä kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Tutkimusten mukaan jopa 80 prosenttia sepelvaltimotautitapauksista on ehkäistävissä terveillä elintavoilla (WHO 2003; Vartiainen ym. 2004).

Monet haastatelluista pohjoispohjalaisista nostivat puheissaan esiin myös mielenterveysongelmat ja erityisesti nuorten lisääntyneet päihde- ja mielenterveysongelmat. Pohjois-Pohjanmaan korkea nuorisotyöttömyys sekä kasautuneista ongelmista kärsivien nuorten syrjäytymiskehitys nousivat monissa haastatteluisissa esiin. Erityisesti moniongelmaisten nuorten tavoittamista korostettiin, jotta eniten apua tarvitseviin ryhmiin voitaisiin oikea-aikaisesti ja ennaltaehkäisevästi kohdentaa toimia syrjäytymiskehityksen katkaisemiseksi. Nuorten mielenterveysongelmia on tarkasteltu tässä raportissa keskivaikean tai vaikean masennusoireilun avulla. Työikäisistä on tarkasteltu niiden työikäisten ikävakioituja osuuksia, jotka kysymyshetkellä ilmoittivat kokeneensa itsensä masentuneiksi viimeisen 30 päivän aikana.

Pohjois-Pohjanmaalla toisen asteen oppilaitoksissa opiskelevista tytöistä lähes 15 % ja pojista vajaa 10 % oireilee masennuksesta. Pohjoispohjalaiset lukiolaisnuoret oireilevat keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta hieman yleisemmin kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevat. Koko maassa masennusoireilu on am-

mattioppilaitoksissa opiskelevilla hieman yleisempää kuin lukiolaisilla. Myös äidin koulutus on yhteydessä peruskoululaisen nuoren masennusoireiluun: pelkän peruskoulun käyneiden äitien lapsilla masennusoireilu on yleisempää kuin korkeammin kouluttautuneiden äitien lapsilla. Työikäisistä pohjoispohjalaisista noin 10 % kokee itsensä masentuneeksi. Pohjois-Pohjanmaalla masennuksen kokeminen on korkeammin koulutetuilla hieman yleisempää kuin vähiten kouluttautuneilla.

Masennusoireiden varhainen tunnistaminen ja tarvittavan avun saaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa oireiden alkamisesta ovat avainasemassa, sillä paranemisennuste on sitä parempi mitä varhaisemmin hoito päästään aloittamaan. Nuorten kohdalla olisi tehostettava opiskelu- ja kouluterveydenhuollon tukea ja pyrittävä tunnistamaan masentuneisuudesta kärsivät oppilaat mahdollisimman varhain ja ohjata heidät tarvitsemansa avun piiriin.

Aiempien tutkimusten mukaan vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä alemmissa koulutusryhmissä. Sosioekonomiset erot mielenterveydessä ovat suurempia varhaisaikuisuudessa ja aikuisuudessa kuin nuoruusiässä. (Ostamo ym. 2007). Vakavien mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi tulisi kehittää ennaltaehkäiseviä toimintamalleja ja suunnittelussa tulisi kiinnittää erityisestä huomiota vähän koulutettuihin, usein työntekijäammateissa toimiviin ryhmiin, sekä työttömiin ja syrjäytymisuhan alla oleviin. Toimien suunnittelussa tulisi tehdä laajaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä, sillä mielenterveyttä edistävää työtä voidaan tehdä hyvin laajalla kentällä, niin työpaikoilla, kouluissa, nuorisotyössä kuin järjestökentän monipuolisessa toiminnassa.

### **Biologiset vaaratekijät ja elintavat**

Edellä kuvatut tulokset osoittavat, että vähemmän koulutetuissa ryhmissä terveyspulmat ja sairastavuus ovat yleisempiä kuin korkeimmin koulutetuilla. Epäterveelliset elintavat, kuten tupakointi, liikunnan vähäisyys, huonot ruokatottumukset ja runsas alkoholinkäyttö, sekä biologiset vaaratekijät, kuten kohonnut verenpaine ja ylipaino ovat yhteisiä riskitekijöitä useille sairauksille. Riskitekijät tunnetaan varsin hyvin ja niihin voidaan vaikuttaa.

Biologisia vaaratekijöitä tarkasteltiin tässä raportissa lihavuuden (painoindeksi  $\geq 30$ ), kohonneen verenpaineen ( $\geq 140/90$  mmHg) ja koholla olevan veren kolesterolitason ( $\geq 5$  mmol/l) avulla. Lihavuuden ja kohonneen verenpaineen kohdalla oli löydettävissä selkeitä koulutusryhmien välisiä eroja.

Työikäisten lihavuus on Pohjois-Pohjanmaalla yhtä yleistä kuin koko Suomessa: noin joka viides pohjoispohjalainen on lihava. Lihavuus on yleisintä vähiten koulutusta suorittaneiden ryhmässä. Suomessa noin kolmanneksella työikäisistä naisista ja reilulla 40 % miehistä on kohonnut verenpaine. Pohjois-Pohjanmaan tilanne vastaa koko Suomen tilannetta. Myös kohonnut verenpaine on alemmissa koulutusryhmissä selvästi yleisempää kuin ylimmässä koulutusryhmässä. Sen sijaan veren koholla olevan kolesterolitason suhteen ei ollut havaittavissa koulutusryhmien

välisiä eroja. Kohonnut kolesterolitaso on työikäisillä kaikissa koulutusryhmissä erittäin yleistä: suomalaisnaisista noin 55 prosentilla ja miehistä noin 60 prosentilla on koholla oleva kolesterolitaso. Pohjois-Pohjanmaan tilanne on samankaltainen kuin koko Suomessa keskimäärin. Korkeaan verenpaineeseen ja kolesterolitasoon sekä korkeaan sydäninfarkttien ilmaantuvuuteen voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi tukemalla terveempiä elintapoja ja huolehtimalla siitä, että sairastuneet saavat riittävän ajoissa oikein kohdennettua ja laadukasta hoitoa. Erityisen tärkeää olisi tavoittaa vähiten koulutetut ryhmät.

Elintavoista tässä raportissa tarkasteltiin tupakointia, alkoholinkäyttöä, vihannesten ja hedelmien syömistä, liikunnan harrastamista ja hampaiden harjaamista. Työikäisistä suomalaisnaisista tupakoi päivittäin joka viides ja suomalaismiehistä lähes joka kolmas. Pohjoispohjalaisten tupakointi on samaa tasoa koko Suomen tilanteen kanssa. Tupakointi on keskittynyt selvästi alempiin koulutusryhmiin, sillä kaikista päivittäin tupakoivista pohjoispohjalaisnaisista noin 72 % ja pohjoispohjalaismiehistä noin 81 % on suorittanut enintään 12 vuotta koulutusta. Mikäli puolet enintään 12 vuotta opiskelleista pohjoispohjalaisista lopettaisi tupakoinnin, vähenisi tupakoinnin yleisyys naisilla 37 % ja miehillä 36 %. Vastaavasti jos puolet yli 13 vuotta opiskelleista lopettaisi tupakoinnin, vähenisi tupakointi alueella naisilla 13 % ja miehillä 11 % prosenttia.

Ammattioppilaitoksissa opiskelevilla pohjoispohjalaisnuorilla tupakointi (noin 40 % tupakoi) on liki neljä kertaa yleisempää kuin lukiolaisnuorilla (noin 10 % tupakoi). Myös äidin koulutuksella on yhteys peruskouluikäisten tupakointiin. Vähän kouluttautuneiden äitien lapsilla päivittäinen tupakointi on selvästi yleisempää kuin korkeammin kouluttautuneiden äitien lapsilla. Tulosten perusteella tupakoinnin vähentämispyrkimyksissä tulisi nuorten kohdalla kiinnittää erityistä huomiota ammattioppilaitoksissa opiskeleviin ja työikäisten kohdalla matalasti koulutettuihin, usein työntekijäammateissa toimiviin ryhmiin.

Alkoholin suurkulutuksen riskirajana pidetään naisilla vähintään 16 annosta ja miehillä vähintään 24 annosta viikossa (Käypä hoito -suositus). Tässä raportissa kyselytietojen tulosten mukaan työikäisistä pohjoispohjalaisnaisista noin 2 % ja miehistä noin 7 % voidaan lukea alkoholin suurkuluttajiksi. Koko Suomessa keskimäärin noin 3 % työikäisistä naisista ja noin 9 % miehistä käyttää alkoholia viikoittain yli riskirajan. Alkoholin suurkulutuksessa koulutusryhmien väliset erot olivat pieniä.

Kulutusta koskevat koulutusryhmittäiset tulokset ovat ristiriidassa alkoholi-kuolleisuutta koskevien tietojen kanssa (ks. luku 4.5), joiden mukaan alkoholin vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä (PYLL) on matalan koulutusryhmän pohjoispohjalaisnaisilla jopa noin kolminkertainen ja -miehilläkin noin 1,7-kertainen ylempään koulutusryhmään verrattuna. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu, että työntekijäammateissa toimivat henkilöt kärsivät enemmän vakavia terveyshaittoja samanlaisesta alkoholinkäytöstä kuin toimihenkilöammateissa toimivat. Työntekijäammateihin kuuluvilla on toimihenkilöihin verrattuna kaksi kertaa

enemmän vakavia, sairaalahoitoihin tai kuolemaan johtaneita alkoholihaittoja. Syitä alkoholinkäytön erilaisiin hättävää vaikutuksiin ei tunneta tarkasti, mutta juomataivoilla, juomisympäristöjen turvallisuudella ja sosiaalisella tuella on merkitystä haittojen ehkäisyssä. Sosiaaliryhmien välillä voi olla eroja myös kyvyssä vähentää juomista ennen kuin vakavampia haittoja ilmenee. Lisäksi monet muut riskitekijät, kuten epäterveellinen ruokavalio ja vähäinen liikunta, kasautuvat alempiin sosiaaliryhmiin voimistaen toistensa vaikutuksia. (Mäkelä & Paljärvi 2008). Tulosten ristiriita saattaa johtua osin myös siitä, että osa alkoholia erityisen runsaasti käyttävistä ei osallistu kyselytutkimuksiin, joissa alkoholinkulutusta kartoitetaan.

Ammattioppilaitoksissa opiskelevilla pohjoispohjalaisilla tytöillä viikoittainen alkoholinkäyttö on noin 2,5 kertaa yleisempää ja pojilla lähes kaksi kertaa yleisempää kuin lukiolaisilla. Pohjois-Pohjanmaan ammattioppilaitosopiskelijoista noin joka viides tyttö ja joka neljäs poika käyttää viikoittain alkoholia. Vähintään kerran kuussa itsensä tosi humalaan juovia on lukiolaistytöistä 19 % ja -pojista 27 % ja ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä 28 % ja pojista peräti 40 %. Myös äidin koulutus on yhteydessä peruskouluikäisen alkoholinkäyttöön; vähän koulutautuneiden äitien peruskouluikäisillä lapsilla alkoholin käyttö ja humalahakuinen juominen on yleisempää kuin korkeammin koulutautuneiden äitien lapsilla.

Erot terveydessä ja terveystyötyymisessä lukiolaisten ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien välillä saattavat heijastaa oppilaitosten elintapakulttuureja, lapsuudessa opittuja käyttäytymismalleja ja aiemman koulumenestyksen kytköksiä elintapoihin (mm. Kestilä 2008). Ammattioppilaitoksissa opiskelevien nuorten tupakointi ja humalahakuinen juominen ovat huolestuttavan yleisiä niin Pohjois-Pohjanmaalla kuin koko Suomessa. Mikäli muutosta ei saada aikaan, tämä tulee näkymään tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen määrän kasvuna.

Yleisesti alkoholin ja tupakan kulutukseen voidaan vaikuttaa veropolitiikalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) tavoitteena on, että alkoholijuomien kokonaiskulutus vähenee vuoteen 2011 mennessä vuoden 2003 tasolle. Myös kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma nostaa alkoholin kulutuksen ja tupakoinnin vähentämisen tärkeiksi tavoitteiksi. Kulutuksen vähentämiseen pyritään alkoholiveroa nostamalla. Lisäksi olisi tärkeää, että kunnat sisällyttäisivät ehkäisevän päihdetyön osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteita ja sovittaisivat päihdehuollonpalvelut muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa saumattomasti yhteensopiviksi. Tupakoinnin vähentämiseksi terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma esittää toimintalinjaksi tupakkaveron asteittaisen nostamisen ja lainsäädännölliset toimet harmaan kaupan ja matkustajatuonnin rajoittamiseksi. Lisäksi tulisi päättää tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta. (STM 2008:16.)

Edellä mainittujen koko väestöön kohdistuvien toimien rinnalla on lisäksi tärkeää auttaa alkoholin suurkuluttajia ja muita erityisryhmiä vähentämään kulutustaan ja välttämään alkoholin aiheuttamia haittoja. Vaikeasti syrjäytyneiden hoitoa

vaikeuttavat päihdepalveluihin pääsyn erilaiset kynnykset, kuten ajanvarausten noudattaminen ja päihtyneenä hoitoon pääsyn esteet. Ehkäisevä päihdetyö kytkeytyy laajasti hyvinvointia ja terveyttä edistävien toiminta- ja elinympäristöjen luomiseen. Sosiaali- ja terveystoimen lisäksi tätä työtä tehdään useilla tahoilla kuten opetus-, nuoriso- ja vapaa-aikatoimessa. (STM 2008:16.)

Tupakoinnin ja alkoholinkäytön lisäksi koulutusryhmien välisiä elintapaeroja havaittiin tässä raportissa niin liikunnan harrastamisen, ruokailutottumusten kuin suuhygieniankin osalta. Työikäiset pohjoispohjalaiset harrastavat liikuntaa hieman yleisemmin kuin suomalaiset keskimäärin. Huolestuttavaa on kuitenkin se, että noin 10 % pohjoispohjalaisista ei harrasta liikuntaa lainkaan. Korkeasti koulutetut harrastavat liikuntaa ja käyttävät ruokavaliossaan kasviksia yleisemmin kuin vähemmän koulutetut. Kaikista liikuntaa harrastamattomista korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on naisilla 75 % ja miehillä 81 %. Nuorten liikunnan vähäisyys on huolestuttavan yleistä. Riittävän liikunnan rajana pidettiin vapaa-ajan urheilua tai liikuntaa, joka on kestänyt vähintään puoli tuntia kerrallaan ja tapahtunut vähintään neljä kertaa viikossa tai hengästyttävää ja hikoiluttavaa liikuntaa vähintään kaksi tuntia viikossa. Ammattioppilaitoksissa opiskelevista pohjoispohjalaistyytöistä reilu 70 % ja -pojista noin 65 % harrastaa viikoittain liian vähän liikuntaa. Vastaavasti lukiolaisistyytöistä useampi kuin joka toinen ja -pojista noin puolet harrastaa liian vähän viikoittaista liikuntaa. Matalasti koulutettujen äitien lapsilla viikoittaisen liikuntasuosituksen alittaminen on yleistä.

Pohjoispohjalaiset lukiolaisnuoret syövät useammin vihanneksia kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevat nuoret. Koko Suomen tasolla ammattioppilaitoksissa opiskelevilla vihannesten syöminen vähintään kolmesti viikossa on hieman yleisempää kuin lukiolaisilla. Korkeasti koulutettujen äitien lapset syövät vihanneksia useammin kuin vähän kouluttautuneiden äitien lapset.

Työikäisistä suomalaisista naisista lähes 70 % ja miehistä noin 40 % harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä on pohjoispohjalaisnaisilla yhtä yleistä kuin suomalaisnaisilla keskimäärin. Pohjoispohjalaismiehet sen sijaan harjaavat hampaitaan hieman harvemmin kuin suomalaismiehet keskimäärin. Korkeimmin koulutetut harjaavat vähemmän koulutettuja useammin hampaitaan. Toisen asteen oppilaitoksissa opiskelevat tytöt harjaavat hampaansa useammin kuin pojat. Lukiolaisilla hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä on yleisempää kuin ammattioppilaitoksissa opiskelevilla.

Pohjois-Pohjanmaalla tehdyissä haastatteluissa liikunnan harrastaminen nousi vahvasti esiin terveyttä ja hyvinvointia vahvistavana elintapana. Tässä raportissa esitettyjen tulosten perusteella voidaan todeta, että on tarvetta kehittää sen tyyppistä toimintaa, jolla saataisiin erityisesti vähän koulutetut ja usein työntekijäammateissa toimivat aktiivisemmiksi liikkujiksi. Myös nuorten liikuntaharrastusten tukemiseen on satsattava entistä enemmän, sillä huolestuttavan suuri osa nuorista liikkuu vapaa-ajallaan liian vähän. Haastatellut pohjoispohjalaiset toimijat pitivät

lasten ja nuorten liikuntaharrastusten tukemista tärkeänä ja korostivat, että kaikilla on oltava tasapuoliset mahdollisuudet liikuntaharrastuksiin maksukyvyystä ja asuinpaikasta riippumatta.

Epäterveelliset elintavat kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, vähäinen liikunta ja epäterveelliset ruokailutottumukset ja erityisesti lihavuus näkyvät lopulta sairastavuutena ja kuolleisuudessa. Jotta esimerkiksi diabetes, sepelvaltimotauti, sydäninfarktien ilmaantuvuus ja kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin vähenisivät, elintapoja tulisi pystyä muuttamaan – etenkin vähän koulutettujen ryhmien kohdalla – terveenpään suuntaan. Lasten ja nuorten kehitysympäristöjä, kuten päiväkotia, kouluja ja oppilaitoksia, sekä työpaikkoja on kehitettävä tukemaan terveellistä käyttäytymistä.

## Kuolleisuus

Tässä raportissa kuolleisuutta on kuvattu elinajanodotteella, menetetyillä elinvuosilla (PYLL, Potential Years Life Lost) sekä ikävakioituina kuolleisuuslukuina 100 000 henkilövuotta kohti. Kaikissa kuolemansyitä koskevissa tuloksissa on käytetty henkilön peruskuolemansyytä, eikä mahdollisia myötävaikuttaneita kuolemansyitä ole huomioitu. Elinajanodotteet ja menetetyt elinvuodet (PYLL) laskettiin Elinolot ja kuolleisuus -aineistosta käyttäen vuosien 1999–2003 tietoja. Vältettävissä olevia kuolemia koskevat tulokset perustuvat eri aineistoon (REDD-aineisto) kuin muut kuolleisuustulokset, ja ne esitetään 25–74-vuotiaiden ikävakioituina kuolleisuuslukuina 100 000 henkilövuotta kohti.

Yleisin elinajan pituutta kuvaava mittari on vastasyntyneellä keskimäärin odotettavissa oleva elinaika eli elinajanodote. Elinajanodotteen avulla voidaan tiiviisti yhdellä luvulla kuvata jossakin väestössä eri ikäryhmissä tietyllä ajanjaksolla vallinnutta kuolleisuutta. Luku ei kuitenkaan ole varsinainen ennuste yksilön tai väestön elinajan pituudesta. (Koskinen ym. 2007; Pitkänen ja Sihvonen 2003), 25-vuotiaan elinajanodote kertoo, kuinka monta elinvuotta juuri 25 vuotta täyttäneillä henkilöillä vielä olisi keskimäärin jäljellä, jos heidän kuolleisuutensa vastedes olisi eri ikävaiheissa sama kuin näihin ikäryhmiin kuuluvilla henkilöillä oli laskelman pohjana olevina vuosina.

Vastasyntyneen elinajanodote on suomalaismiehillä 74,5 vuotta ja -naisilla 81,5 vuotta. Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa on seitsemän vuotta. Pohjois-pohjalaisen elinajanodote on lähellä koko Suomen vastaavia lukuja. Pohjois-pohjalainen tällä hetkellä 25-vuotias mies voi odottaa elävänsä noin 75-vuotiaaksi ja nainen 82-vuotiaaksi. Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneen 25-vuotiaan pohjois-pohjalaismiehen elinajanodote on viisi vuotta lyhyempi kuin keskiasteen tutkinnon suorittaneen miehen. Koulutusryhmien välinen ero on suunnilleen yhtä suuri kuin koko Suomessa keskimäärin. Pohjois-pohjalaisnaisilla vastaava koulutusryhmien välinen ero elinajanodotteessa on 3,7 vuotta korkeampaan koulutusryhmään kuuluvan eduksi. Kyseinen ero on hieman suurempi kuin vastaava ero

suomalaisnaisilla keskimäärin.

Menetetty elinvuodet kuvaavat tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Luku korostaa nuorella iällä tapahtuvien kuolemantapausten merkitystä. Laskettaessa PYLL-tunnusluku ikävälille 25–80 vuotta, arvioidaan esim. 25-vuotiaana kuolleen menettäneen 55 elinvuotta, kun taas 79-vuotiaana kuollut on menettänyt vain yhden vuoden. Yli 80-vuotiaana kuolleiden ei katsota menettäneen yhtään elinvuotta. ([http://www.terveytemme.fi/atlas/karttaraportti/notes\\_e\\_elot.htm](http://www.terveytemme.fi/atlas/karttaraportti/notes_e_elot.htm).)

Korkeasti koulutetut elävät pidempään kuin matalasti koulutetut. Matalasti koulutettujen ryhmässä menetettyjen elinvuosien määrä on selvästi suurempi kuin korkeasti koulutetuilla. Esimerkiksi kaikkien kuolinsyiden vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä (ikäväli 25–80 vuotta, /100 000 asukasta) on matalaan koulutusryhmään kuuluvilla pohjoispohjalaisilla lähes kaksinkertainen korkeamman koulutuksen saaneisiin verrattuna.

Kuolleisuuslukuihin perustuvien tutkimusten mukaan alkoholi ja tupakointi selittävät yhdessä noin puolet miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista (Mäkelä ym. 2002; Laaksonen ym. 2007).

Alkoholin aiheuttamia peruskuolemansyitä ovat neurologiset, sydänlihaksen ja ruoansulatuselinten sairaudet, sikiövauriot ja alkoholimyrkytys (Kuolemansyyt 2006, liite 2A). Alkoholin takia menetettyjen elinvuosien määrä Pohjois-Pohjanmaalla on hieman pienempi kuin koko Suomessa keskimäärin. Matalan koulutusryhmän pohjoispohjalaisnaisilla alkoholisyiden vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on noin kolminkertainen ja -miehillä lähes kaksinkertainen ylempään koulutusryhmään verrattuna.

Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetetyissä elinvuosissa on Pohjois-Pohjanmaalla kuten koko Suomessakin löydettävissä suuria koulutusryhmien välisiä eroja. Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on pohjoispohjalaismiehillä noin kolme kertaa suurempi kuin naisilla. Pohjois-Pohjanmaalla verenkiertoelinten sairauksien takia menetettyjen elinvuosien määrä on matalaan koulutusryhmään kuuluvilla lähes kaksinkertainen ylempään koulutusryhmään verrattuna. Sepelvaltimotautikuolleisuus on Pohjois-Pohjanmaalla selvästi yleisempää kuin keskimäärin koko Suomessa. Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero sepelvaltimotautikuolleisuudessa on suomalaismiehillä kaksinkertainen ja -naisilla jopa kolminkertainen. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot sepelvaltimotautikuolleisuudessa ovat samaa tasoa kuin koko Suomessa. Lisäksi terveydenhuollon toimin estettävissä olevat kuolemat ovat selvästi yleisimpiä vähiten kouluja käyneiden keskuudessa.

Suomalaisten sepelvaltimokuolleisuus on viimeisten vuosikymmenien aikana vähentynyt, mutta siitä huolimatta sen merkitys sosioekonomisten kuolleisuuserojen syynä on edelleen ylivoimaisesti suurin. Miehillä työntekijöiden ja ylempien toimihenkilöiden välisestä 35-vuotiaan elinajanodotteen erosta yli neljäsosa johtuu sepelvaltimotaudista. Verenkiertoelinten sairaudet kokonaisuudessaan aiheuttivat



miehillä 38 % elinajanodotteen kokonaiserosta. (Valkonen ym. 2007.)

Itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 asukasta kohden on Pohjois-Pohjanmaalla suurempi kuin koko Suomessa. Itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on matalaan koulutusryhmään kuuluvilla pohjoispohjalaisilla naisilla ja miehillä noin kaksinkertainen korkeampaan koulutusryhmään verrattuna. Itsemurhiin johtavat syyt voivat olla hyvinkin moninaisia ja taustalla saattaa olla lukuisten eri ongelmien kasautumista. Taustalta voi löytyä kuitenkin myös sellaisia tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa. Esimerkiksi elinoloista työttömyys on yhteydessä niin kokonaiskuolleisuuteen kuin itsemurhista ja verenkiertoelinten sairauksista aiheutuvaan kuolleisuuteen (Martikainen & Valkonen 1995; Pensola 2004). Myös mielenterveyden häiriöiden ja etenkin masennuksen varhaisella diagnosoinnilla ja hoitotoimenpiteillä voidaan ehkäistä itsemurhia. Etenkin nuorten kohdalla olisi tärkeää tavoittaa syrjäytymisuhan alla olevat nuoret, tarjota heille riittävät tukiverkostot ja taata näin kiinnittyminen yhteiskuntaan. Nuorten syrjäytymiskehityksen katkaisemista painotettiin myös tätä raporttia varten haastateltujen pohjoispohjalaistoimijoiden puheissa. Muutama haastateltu nosti lisäksi esiin vanhusten itsemurhat, joiden taustalla löytyy usein pitkään jatkunutta yksinäisyyttä ja sosiaalisten verkostojen puutetta. Mielenterveyttä ja yhteisöllisyyttä parantavien toimintojen, kuten kulttuuritarjonnan ja yhteisötoiminnan tukeminen on tärkeää. Matala sosioekonominen asema, työttömyys tai pienituloisuus ei saisi rajoittaa osallisuutta yhteiskuntaan.

### **Pohjoispohjalaisten työttömyys**

Vuonna 2008 työttömien osuus työvoimasta (työvoimaan luetaan kaikki 15–74-vuotiaat henkilöt, jotka tutkimusajankohtana olivat työllisiä ja työttömiä) oli Pohjois-Pohjanmaalla miehillä 10,1% ja naisilla 9,8 % (www.sotkanet.fi). Työttömyys- ja lomautusjaksoja on tässä raportissa tutkittu tarkastelemalla vähintään seitsemän kuukautta työttömänä tai lomautettuna olleiden työikäisten ikävakioituja osuuksia vuosina 1996–2005. Kyselytietojen perusteella vähintään seitsemän kuukauden työttömyys- ja/tai lomautusjaksot ovat Pohjois-Pohjanmaalla miehillä yhtä yleisiä ja naisilla hieman yleisempiä kuin koko Suomessa keskimäärin. Vähiten koulutetuilla työttömyys- ja lomautusjaksot ovat huomattavasti yleisempiä kuin ylemissä koulutusryhmissä. Kaikista niistä pohjoispohjalaisista, jotka kyselyhetkellä ilmoittivat olleensa viimeisen 12 kuukauden aikana vähintään seitsemän kuukautta työttömänä tai lomautettuna, korkeintaan 12 vuotta koulutusta suorittaneiden osuus on noin 80 %.

Erot työllisten ja työttömien välillä terveydessä ja terveystalveluiden käytössä nousivat vahvasti esiin pohjoispohjalaistoimijoiden haastatteluissa. Pohjois-Pohjanmaata kuvaavana alueellisena erityispiirteenä korostettiin pitkäaikaistyöttömyyttä ja korkeaa nuorisotyöttömyyttä. Työpaikat ja oppilaitokset nähtiin myös terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kannalta merkittävänä areenoina,

joilla voidaan vaikuttaa opiskelijoihin ja työlliseen työvoimaan. Lisäksi työpaikan menetyksen laaja-alaisia vaikutuksia henkilön terveyteen ja hyvinvointiin nostettiin esiin. Työpaikan menetyksen myötä henkilö putoaa työterveyshuollon ulkopuolelle. Työttömien pääasiallinen terveydenhuolto on kunnan järjestämä perusterveydenhuolto, joka ei välttämättä pysty takaamaan kaikille tarpeenmukaisia ja oikea-aikaisia terveyspalveluja. Työttömille tai muutoin pienituloisille yksityisten palveluiden käyttö ei yleensä ole taloudellisesti mahdollista. Työttömyyden myötä myös sosiaaliset verkostot saattavat supistua. Haastateltavat nostivat esille sen tosiasian, että pitkään jatkuessaan työttömyys voi aiheuttaa itsetunnon heikkene- mistä, psyykkisiä häiriöitä, runsasta alkoholinkäyttöä ja syrjäytymistä. Syrjäytymiskehitys ja epäterveet elämäntavat näkyvät jatkuessaan työttömien heikompana terveydentilana ja suurempana kuolleisuutena. Työttömyyden on osoitettu olevan yhteydessä huonon terveyden ja kuolleisuuden riskitekijöihin ja kohtaavan selvästi yleisemmin vähemmän koulutusta suorittaneita (Prättälä ym. 2007; Pensola ym. 2004). Työttömyys on yhteydessä niin kokonaiskuolleisuuteen kuin itsemurhista, alkoholista ja verenkiertoelinten sairauksista johtuvaan kuolleisuuteen (Martikainen & Valkonen 1995; Pensola 2004).

### **Terveyspalveluiden käyttö**

Tässä raportissa terveyspalvelujen käyttöä on tarkasteltu lääkäripalveluiden suurkulutuksen, psykiatristen hoitajaksojen sekä sepelvaltimotoimenpiteiden avulla. Lääkäripalvelujen suurkulutus (vähintään seitsemän lääkärin vastaanotolla käyntiä vuodessa) on Pohjois-Pohjanmaalla työikäisillä yhtä yleistä kuin koko Suomessa keskimäärin. Lääkäripalvelujen suurkulutus on vähän koulutusta suorittaneilla yleisempää kuin korkeimmin koulutetuilla. Pohjois-Pohjanmaalla valtaosa lääkäripalvelujen suurkuluttajista on enintään 12 vuotta kouluttautuneita: naisilla osuus on lähes 70 % ja miehillä noin 75 %. Myös tämä tulos kertoo siitä, että korkeasti koulutetut ovat terveempiä kuin vähän koulutetut, alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat. Saadusta tuloksesta huolimatta on kuitenkin vaikea sanoa kohtaa- vatko hoito ja hoidontarve toisensa riittävässä määrin.

Psykiatrisilla sairaalahoitajaksoilla tarkasteltuna psyykinen sairastavuus on Pohjois-Pohjanmaalla yleisempää kuin koko Suomessa keskimäärin. Psykiatriset hoitajaksot ovat pelkän peruskoulun suorittaneilla yleisempiä kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Pohjois-Pohjanmaalla psykiatriset hoitajaksot ovat tarkaste- luperiodilla 1999–2003 pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla naisilla lähes kolme kertaa yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla ja miehillä yli kolme kertaa yleisempiä. Aiempien tutkimusten mukaan monet vakavat mie- lenterveyden häiriöt ovat alemmissä koulutusryhmissä yleisempiä (Ostamo ym. 2007), joten hoito näyttää tältä osin kohdentuvan oikeasuuntaisesti.

Sepelvaltimotoimenpiteet ovat Pohjois-Pohjanmaalla yleisempiä kuin keski- määrin koko Suomessa. Pohjois-Pohjanmaalla sepelvaltimotoimenpiteitä tehdään

miehille yli kolme kertaa yleisemmin kuin naisille. Sepelvaltimotoimenpiteet ovat alemmissa koulutusryhmissä yleisempiä kuin korkeimmin koulutetuilla, mutta erot ovat pieniä. Toisaalta myös sepelvaltimotautikuolleisuus ja sen riskitekijät ovat vähän koulutetuilla selvästi yleisempiä (ks. luvut 5.4 ja 6.2), mikä viittaa siihen, että toimenpiteet eivät välttämättä jakaannu tarpeen mukaisesti.

Pohjoispohjalaisten haastateltujen mielestä terveydenhuollon painopiste on yhä enemmän sairaanhoidossa kuin ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa.

Tämän raportin tulosten mukaan terveydenhuollon toimin vältettävissä olevat kuolemat ovat vähemmän koulutetuilla selvästi yleisempiä kuin korkeimmin koulutuneilla. Tulos on osin selitettävissä sillä, että korkeasti koulutetut osaavat käyttää palvelujärjestelmää paremmin hyödykseen ja hakevat aktiivisemmin apua ongelmiinsa kuin vähän koulutetut ryhmät. Universaali, samaa kaikille tarjoava järjestelmä ei ole aina riittävä, koska se ei välttämättä ota huomioon väestöryhmien erilaisia lähtökohtia.

Pohjoispohjalaisten toimijoiden haastatteluissa korostui myös se, että korkeasti koulutetut käyttävät terveydenhuoltojärjestelmää enemmän ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon kun taas vähän koulutetut ja esimerkiksi työttömät puolestaan enemmän sairaanhoidon. Haastatellut totesivat, että työssäkäyvät ja etenkin korkeasti koulutetut ovat usein työterveyshuollon piirissä, pystyvät käyttämään yksityisen terveydenhuollon palveluita niin halutessaan ja käyvät säännöllisemmin terveystarkastuksissa. Yksinomaan perusterveydenhuollon varassa olevat kuten työttömät ja vähävaraiset taas käyttävät – usein huonosta taloudellisesta tilanteesta johtuen – lääkäri- tai hammaslääkäripalveluita vasta kun on aivan pakko, jolloin kyse on usein jo sairaudesta tai vakavasta oireilusta.

Myös aiempien tutkimusten mukaan terveystarkastuksiin ja lähes kaikkiin yleisten kansantautien riskitekijöihin sekä kuuloon ja näköön liittyviin seulonta-tutkimuksiin sekä terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumisessa on sekä miehillä että naisilla suuria sosioekonomisia eroja. Näiden palvelujen käyttäminen on sitä yleisempää mitä ylemmältä sosioekonomisesta asemasta on kyse (Koponen & Alha 2006). Terveydenhuoltojärjestelmän painopisteen tulisi entistä selkeämmin siirtyä sairaanhoidosta ennaltaehkäisevään toimintaan, jotta tulevaisuudessa sairastavuutta saataisiin pienemmäksi ja sitä kautta myös säästöjä kuntatalouteen.

## LOPUKSI

Sosiaaliryhmien väliset sosioekonomiset erot terveydessä, elintavoissa, palveluiden käytössä ja kuolleisuudessa ovat epäeettisiä, yhteiskunnalle kalliita, kuormittavat palvelujärjestelmää ja vaikuttavat merkittävästi mm. ikääntyvän väestön toimintakykyyn. Sosioekonomisiin eroihin voidaan kuitenkin vaikuttaa. Väestön terveyttä voidaan tehokkaimmin edistää kohdistamalla toimintaa ja palveluita niihin ryhmiin, joihin ongelmat kasautuvat, ja joiden tilanteen kohentamisella on suurin vaikutus koko väestön terveyteen. Koulutusryhmittäinen (tai sosioekonomisen aseman muiden ulottuvuuksien, kuten tulotason, ammattiaseman tms. mukainen) tarkastelu antaa toimenpiteiden kannalta lisätietoa siitä, missä ryhmissä terveysongelmia on eniten, eli missä on eniten terveyden edistämisen mahdollisuuksia.

Haastateltujen pohjoispohjalaisten toimijoiden mukaan sosiaaliset erot alueen asukkaiden välillä ilmenevät työttömien ja työllisten tai yleisemmin hyvä- ja huono-osaisten välisinä eroina niin terveydessä, hyvän terveyden ylläpitämisen mahdollisuuksissa, elintavoissa kuin terveyspalvelujen käytössäkin. Työttömyys ja sen eri muodot nähtiin keskeisimpänä syrjäytymiskehityksen riskitekijänä. Työllisyystilanteen parantaminen ja rakennetyöttömyyden murtaminen olisivat merkittäviä edistysaskelia pyrittäessä terveyserojen kaventamiseen ja väestön terveyden kohentamiseen. Etenkin alueen nuorisotyöttömyyden parantamiseen ja ongelmaisten nuorten syrjäytymiskehityksen katkaisemiseen tulisi haastateltujen pohjoispohjalaisten mielestä panostaa entistä enemmän.

Työllisten ja työttömien välisen terveyskuilun lisäksi on huomioitava lukumääräisesti suuret väestöryhmät, joissa terveyden edistämisen potentiaali on suuri. Tällöin terveyserojen yhteydessä puhutaan usein työntekijäammateissa toimivista (esim. rakennus-, siivous- ja kuljetusalojen työntekijät), vähän koulua käyneistä (esim. pelkän peruskoulutuksen suorittaneet) ja pienituloisista (esim. pelkän kansaneläkkeen varassa olevat vanhuksat). Eniten avun tarpeessa olevien ryhmien tunnistaminen esimerkiksi terveys- ja sosiaalipalvelujen arkisessa työssä saattaa olla vaikeaa. Terveyden hierarkkinen jakautuminen ja sen vähentämiseksi tarvittavat toimenpiteet edellyttävät terveyserojen luonteesta sekä kaventamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä käytävää keskustelua mm. palvelujärjestelmissä työskentelevien ammattilaisten kanssa.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM:n julkaisuja 2008:16) antaa lähtökohtia terveyserojen kaventamiselle, mutta toteutuakseen sitä tulee aktiivisesti käsitellä alueiden näkökulmasta ja myös toimeenpanna alueilla. Pohjois-Pohjanmaan maakunnalla on nyt käytössään suuri määrä tarvittavaa tietopohjaa toimintaohjelman toimeenpanoa ajatellen. Tarvitaan toimialat ylittävää keskustelua.

Maakunnan asukkaiden hyvinvoinnin parantaminen ja terveyserojen kaventaminen ovat vahvasti esillä Pohjois-Pohjanmaan maakuntaohjelmassa ja maakunnan hyvinvointiohjelmassa. Hyvinvointiohjelman toteuttamista tuetaan maakun-

nallisella hyvinvointisopimuksella, jossa sopimuksen allekirjoittaneet ilmaisevat halunsa kehittää ja edistää Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointia alueittain toteutettavan hyvinvointiohjelman linjausten mukaisesti. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on kirjattu strategiseksi linjaukseksi hyvinvointiohjelmaan. Terveyserojen kaventaminen pyritään myös kytkemään osaksi hyvinvointiohjelman kärkihankkeita, joiden ohjelman toimeenpano käynnistyy. Kärkihankkeiden tavoitteina on muun muassa saada passiiviset liikkujat liikkumaan, parantaa ikääntyvän väestön toimintakykyä ja yksinasuvien ikääntyvien syrjäytymisriskiä sekä vähentää nuorten keskuudessa suureksi haasteeksi muodostunutta polarisaatioilmiötä, joka näkyy esimerkiksi nuorisotyöttömyytenä, koulun keskeytyksinä ja mielen-terveysongelmina. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2008, julkaisu A:47; [www.pohjois-pohjanmaa.fi](http://www.pohjois-pohjanmaa.fi).) Terveyserojen kaventaminen on otettu hyvinvointiohjelman yhdeksi keskeisimmistä tavoitteista, ja ohjelman osana on julkaistu tietoa maakunnan sosioekonomisista terveyseroista (Murto ym. 2007). Lisäksi Pohjois-Pohjanmaan liitto ja Oulun lääninhallitus ovat yhteistyössä TEROKA-hankkeen kanssa järjestäneet maakunnassa useita kuntapäätäjille ja terveydenedistäjille suunnattuja koulutustilaisuuksia, joissa on esitetty tietoa terveyseroista ja niiden kaventamistyön paikallisista lähtökohdista. Kuntapäätäjät ja terveydenedistäjät tavoitavissa lehdistössä on julkaistu terveyserojen kaventamista käsitteleviä artikkeleita (Koskinen ym. 2008; Murto ym. 2008).

Terveys- ja hyvinvointieroihin pyritään vaikuttamaan myös TUKEVA-hankkeessa, joka on Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelmaan kuuluva yhtenäinen pohjoissuomalainen lasten, nuorten, ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämisen hankekokonaisuus sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallinnoimassa ja koordinoimassa Terveempi Pohjois-Suomi hankkeessa. Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeessa kehitetään Pohjois-Suomen maakuntien alueille ja kunnille hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita sekä johtamis- ja toimintamalleja. Pidempiaikaisina päämäärinä hankkeella on terveellisten elintapojen edistäminen, terveyserojen kaventaminen, syrjäytymisen ehkäisy ja yksilön oman vastuunoton lisääminen. ([www.pohjois-pohjanmaa.fi](http://www.pohjois-pohjanmaa.fi); [www.ouka.fi](http://www.ouka.fi)). Terveyserojen kaventaminen on myös kirjattu Oulun lääninhallituksen toiminnan tavoitteeksi vuosille 2007–2015. Pohjois-Pohjanmaan alueella on siis hyvät edellytykset saavuttaa tuloksia terveyserojen kaventamistyössä.

Tämä raportti antaa monilta osin kuvan terveyserojen tilanteesta. Tarvitaan kuitenkin seurantaa ja luotettavia seurantaosoittimia ja -työkaluja. THL on käynnistänyt temaattisen indikaattoriohjelman, joka tuottaa ehdotukset suomalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän suorituskyvyn osoittimista. Ehdotuksessa huomioidaan kuntien tarpeet tiedonkäyttäjinä. Tietojen saatavuutta ja helppokäyttöisyyttä kehitetään jatkossa mm. Terveys.fi kaltaisten sivustojen avulla. THL suunnittelee Alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta (ATH), jonka tarkoituksena on luoda kunnille ja alueille edellytyksiä seurata väestön ja sen osaryhmien terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä tehdään hyvin laajalla kentällä niin järjestöissä, yhdistyksissä, urheilu- ja nuorisoseuroissa kuin seurakuntatyössäkin. Pohjoispohjalaisten toimijoiden haastatteluista välittyi sanoma, että kolmannen sektorin potentiaalia tulisi hyödyntää terveyserojen kaventamistyössä entistä enemmän, sillä siellä tehdään arvokasta työtä ja ollaan lähellä ihmisiä. Poikkiallinnollisuutta ja yhteistyöverkostoja tulee lisätä entisestään ja hyödyntää kaikki käytävissä oleva osaaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveyserojen kaventaminen tulisi saada valtavirtaistettua siten, että se otetaan huomioon kaikessa päätöksenteossa. Tämä sanoma näkyy myös maakunnan hyvinvointiohjelman kärkihankkeessa ”Yhdessä hyvinvointia”, jonka tavoitteena on edistää hyvinvointia ja terveys kaikissa politiikoissa -periaatetta eli ottaa hyvinvointinäkökulma huomioon kaikessa suunnittelussa, päätöksenteossa ja johtamisessa yli hallintorajojen (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2008, julkaisu A:47). Tietoa on saatavilla runsaasti ja sitä tulisi hyödyntää tehokkaammin päätöksenteossa. Tiedon tulisi ohjata päätöksentekoa ja auttaa päätöksentekijöitä toimien kohdentamisessa. Tulevaisuuden kannalta on tärkeää siirtyä korjaavasta toiminnasta yhä enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan ja lisätä panostusta siihen. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen vaativat rohkeita ja ennakkoluulottomia, tulevaisuuteen suuntaavia ratkaisuja, laajaa yhteistyötä ja yhteistä tahtoa.

Tätä raporttia varten haastatellut pohjoispohjalaiset toimijat toivoivat, että terveyserojen kaventamistyö lähtisi tulevaisuudessa käyntiin entistä painokkaammin ja että alueella saataisiin entistä tiiviimpää yhteistyötä ja synergiaetuja eri toimijoiden kesken. Terveyserojen kaventamistyö nähtiin kokonaisvaltaisena asiana, johon voidaan vaikuttaa laajalla rintamalla yli sektorirajojen. Tarvitaan niin julkisen, yksityisen kuin kolmannen sektorin toimijoita ja näiden yhteistyötä kaventamispyrkimysten eteenpäin viemiseksi. Haastatteluissa korostui vahvasti, että terveyserojen kaventamistyö ei ole ainoastaan sosiaali- ja terveyssektorin tehtävä, vaan se vaatii laajaa poikkiallinnollista yhteistyötä yli sektorirajojen. Pohjois-Pohjanmaalla onkin jo tehty hyvää yhteistyötä ja luotu verkostoja mm. maakunnan hyvinvointiohjelmatyön saralla. Terveyseroajattelun valtavirtaistamista pidettiin tärkeänä ja korostettiin, että päätöksenteossa on otettava huomioon, että kaikilla päätöksillä on terveysvaikutuksia ja näin ollen myös terveyserovaikutuksia. Haastateltujen sanoma voidaan tiivistää yhteen lauseeseen: **terveyserojen kaventaminen on kaikkien yhteinen asia.**

**Nyt on terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen aika, kaikki pohjoispohjalaiset terveydenedistäjät liittykää yhteen!**

## LÄHTEET

- Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E ja Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Apr; 55(4):227–32.
- Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R ja Puska P. Suomalaisen aikuisväestön terveystäytyminen ja terveys, kevät 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/2000, Helsinki, 2000.
- Kaikkonen R, Kostiainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R ja Koskinen S (toim.) 2008. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B27/2008, Helsinki 2008.
- Kaikkonen R, Murto J, Linnanmäki E ja Koskinen S. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Oulun läänissä. Oulun lääninhallituksen julkaisusarja, julkaisu n:ro 2008:120, Oulu, Oulun lääninhallitus, 2008b.
- Kajantie M, Manderbacka K, McCallum A, Notkola I-M, Arffman M, Forsas E, Karvonen S, Kortteinen M, Leyland A ja Keskimäki I. How to carry out registerbased health services research in Finland? Compiling complex data in the REDD project. *Stakes discussion papers 1/2006*, Helsinki, Valopaino, 2006.
- Kangas T. Diabeetikkojen terveyspalvelut ja niiden kustannukset helsinkiläisten diabeetikkojen verrokkikontrolloitu poikkileikkaustutkimus. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2002:67*. Helsinki, Kansaneläkelaitos, 2002.
- Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: STM 2008:16.
- Kansanterveyslaki 1972/66.
- Kestilä L. Pathways to health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Childhood. Publications of the National Public Health Institute KTL 2008/A23, Helsinki, Yliopistopaino, 2008.
- Koponen P ja Alha P (2006) Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen. Teoksessa Häkkinen U ja Alha P (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki.
- Koskinen S, Murto J, Kaikkonen R. Pohjoispohjalaiset kokevat terveytensä huonommaksi kuin keskimäärin maassa. *Pohjois-Pohjanmaan näkymät 1/2008*, s. 6–7.
- Koskinen S, Martelin T, Notkola I-M, Notkola V, Pitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Rynnänen M ja Söderling I. (toim.) Suomen väestö. Helsinki, Gaudeamus, 2007.
- Koskinen S ja Martelin T. Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen, Teoksessa Terveysturvan huollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, Helsinki, 2007.
- Kuolemansyyt 2006. Helsinki, Tilastokeskus, 2006.
- Laaksonen M, Talala K, Martelin T, Rahkonen O, Roos E, Helakorpi S, Laatikainen T, Prättälä R. Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health*, 2007;8:1247–1252.
- Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G, Salminen I, Sundvall J, Leivistä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, ja Vartiainen E. FINRISKI 2002 tutkimuksen toteutus ja tulokset 1. Peruseräraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. Hakapaino Helsinki: 2003.
- Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A ja Keskimäki I. Terveyspalvelut, Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä E, Martelin T,

- Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- Manderbacka K. (1998) Questions on survey questions on health. Swedish institute of social research. Vol. 30. Tukholma: Stockholms Universitet. 1998.
- Martelin T, Sainio P, Sulander T, Helakorpi S, Tuomi K ja Koskinen S. Toimintakyky. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki, STM 2007:23. s. 122–128.
- Martikainen P ja Valkonen T. Lama ja ennenaikainen kuolleisuus. Väestö 1995:11, Helsinki, Tilastokeskus, 1995.
- Murto J, Kaikkonen R, Hyvönen E, Martelin T, Koskinen S. Koulutusryhmien väliset erot terveydessä ja elintavoissa Pohjois-Pohjanmaalla. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2008-2017. Pohjois-Pohjanmaan liiton julkaisuja. Julkaisu A:47, Pohjois-Pohjanmaa 2008, s. 42–44.
- Murto J, Kaikkonen R, Hyvönen E, Linnanmäki E, Tapaninen I, Tuulos T. Pohjois-Pohjanmaalla kavennetaan terveyseroja. Sosiaali ja terveysviesti 3/2008.
- Mäkelä P ja Paljärvi T. Do consequences of a given pattern of drinking vary by socio-economic status? A mortality and hospitalization follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits surveys. Journal of Epidemiology and Community Health, August 2008.
- Mäkelä P ja Österberg E. Upward trends in alcohol consumption and alcohol-related harm in Finland. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2007; 24:29-46.
- Mäkelä P, Holmila M ja Kaukonen O. Päihteet ja päihdepolitiikka, Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R ja Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki, Edita, 2002, s. 101–122.
- Nolte E ja Mckee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ 2003;327:1129.
- Nummela O, Helakorpi S, Uutela A ja Puska P. Kainuun aikuisväestön terveys ja terveyskäyttäytyminen 1999. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B22/1999, Helsinki, 1999.
- Ostamo A, Huurre T, Talala K, Aro H ja Lönnqvist J. Mielenterveys. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki, STM 2007:23. s. 87–104.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä E, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Takala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- Peltonen M, Saarikoski L, Lund L, Salminen I, Laatikainen T, Jouslahti P, Männistö S ja Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset: Menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B36/2008. Yliopistopaino Helsinki: 2008.
- Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J & Tuomilehto J. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Suomen Lääkärilehti 2006;3:163–170.
- Pensola T, Ahonen H ja Notkola V. Ammatit ja kuolleisuus – työllisten ja työttömien ammattiryhmittäinen kuolleisuus 1996–2000. Helsinki, Tilastokeskus, 2004.



- Pidämme huolta itsestämme, toisistamme ja ympäristöstämme. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2008–2017. Pohjois-Pohjanmaan liiton julkaisuja. Julkaisu A:47, Oulu 2008.
- Pitkänen K ja Sihvonen A-P (2003). Johdatus väestötieteeseen: <http://www.valt.helsinki.fi/sosio/vaesto/>.
- Pohjois-Pohjanmaan maakuntaohjelma 2007–2010. Pohjois-Pohjanmaan liiton julkaisuja. Julkaisu A:43, Oulu 2008.
- Pohjois-Pohjanmaa – alueiden ja yhteistyön maakunta. Pohjois-Pohjanmaan maakuntasuunnitelma 2020. Pohjois-Pohjanmaan liiton julkaisuja. Julkaisu A:33, Oulu, 2003.
- Prättälä R ja Paalanen L. toim. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007, Helsinki.
- Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A & Prättälä R. Koettu terveys. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki, STM 2007:23. s. 65–73.
- Reunanen A, Diabetes. Teoksessa Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J. ja Teperi J. (toim.) Health in Finland. National Public Health Institute, Stakes, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2006. s. 84–85.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2006. Tilastokeskus, 2006.
- Tuomilehto J, Lindström J ja Eriksson JG. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343–1350.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P ja Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki, STM 2007:23. s. 44–64.
- Valkonen T, Ahonen H ja Martikainen P, Remes H. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus* 2003;2:12–18.
- Valkonen T. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa Teoksessa Koskinen S ja Teperi J. (toim.) Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Stakes raportteja, 1999:243:25–29. Jyväskylä, Gummerus 285.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: STM 2001:4.
- Vartiainen E, Laatikainen T, Salomaa V, Ketonen M. Riskitekijöiden ja hoidon vaikutus sepelvaltimotautikuolleisuuden vähenemiseen Suomessa 1982–1997. *Suomen Lääkärilehti* 2004;59:3373–3377.
- Vohlonen I, Bäckmand H ja Korhonen J. Menetetyt elinvuodet PYLL-indeksi väestön hyvinvoinnin mittana, *Suomen Lääkärilehti* 2007;62(4)305–309.
- WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical report series 916. Geneva: World Health Organization, 2003.

**Internetpalvelut:**

Kansaneläkelaitos [www.kela.fi](http://www.kela.fi)

Terveyspuntari <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080904082237PN>

Oulun kaupunki: [www.ouka.fi](http://www.ouka.fi)

Pohjois-Pohjanmaan liitto: [www.pohjois-pohjanmaa.fi](http://www.pohjois-pohjanmaa.fi)

Sotkanet [www.Sotkanet.fi](http://www.Sotkanet.fi)

Stakesin terveyspalvelujen käyttöä kuvaava REDD-aineisto  
<http://groups.stakes.fi/THP/FI/hankkeet/REDD.htm>

TEROKA-hanke [www.teroka.fi](http://www.teroka.fi)

Terveysporttaali [www.terveytemme.fi](http://www.terveytemme.fi)

[http://www.terveytemme.fi/doc/Terveysporttaali\\_menetelmat.pdf](http://www.terveytemme.fi/doc/Terveysporttaali_menetelmat.pdf)

Tilastokeskus [www.stat.fi](http://www.stat.fi)

# Liite 1.

## HAASTATTELURUNKO

### TAUSTATIEDOT

Nimi

---

Tausta ja asema organisaatiossa

---

Tunnetteko muita haastateltavia? Poikkihallinnolliset verkostot?

### SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT POHJOIS-POHJANMAALLA

1. Oletteko tutustunut TEROKAN nettisivuihin ja sieltä löytyviin tietopaketteihin ([www.teroka.fi](http://www.teroka.fi)) sekä teille toimitettuun ennakkotulosmateriaaliin?
2. Mitä teille tulee mieleen väestöryhmien välisistä sosioekonomisista terveyseroista?
3. Miten nämä erot ilmenevät/näkyvät konkreettisesti Pohjois-Pohjanmaalla (yleisellä tasolla)?
4. Miten nämä terveyserot ilmenevät teidän näkökulmastanne (esim. päivittäisessä päätöksenteossa jne.)?
5. Mitä nämä ennakkoon esitetyt tulokset Pohjois-Pohjanmaan alueella kertovat teille?
6. Näettekö terveyserojen kaventamisen tärkeänä asiana Pohjois-Pohjanmaalla?

### TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN

7. Kansallinen sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM) linjaa seuraavia toimenpiteitä terveyserojen kaventamiseksi, miten ne teidän mielestänne soveltuvat terveyserojen kaventamistyöhön Pohjois-Pohjanmaalla:

- Vaikutetaan yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen.
- Tuetaan terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa terveydelle haitalliset elintavat ovat yleisiä.
- Parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.
- Kehitetään terveyserojen seurantajärjestelmää.
- Vahvistetaan tietopohjaa sekä kehitetään koulutusta ja viestintää koskien terveyseroja ja niiden kaventamista.

8. Minkäläisten jo olemassa olevien toimien näette vaikuttavan terveyseroihin ja mitkä olemassa olevat seikat voisivat toimia terveyserojen kaventamisen välineinä?

9. Miten te voisitte omissa toimissanne ja päätöksenteossa ottaa huomioon nämä väestöryhmien väliset erot?

- Mitkä ovat ne mahdollisuudet joita voitte esittää?

10. Mitä lisätietoa haluaisitte terveyseroista, jotta voisitte ottaa ne huomioon toimissanne?

11. Mitä tietoa jää tietopohjasta mielestänne pois, jos se perustuu rekisteri- ja kyselyaineistoihin? (Esim. nuoret, paikallistuntemus, jne.)

- miten tietopohjaa voisi täydentää?

12. Keiden tulisi olla aloitteellisia terveyserojen kaventamisessa?

- Ketkä olisivat vastuulliset toimijat?

13. Olisitteko kiinnostuneet jatkossa toimimaan yhteistyössä Pohjois-Pohjanmaan maakuntaliiton ja alueen muiden toimijoiden kanssa, jotta näitä eroja saataisiin konkreettisesti kavennettua?

- Mikä olisi paras paikallisen toiminnan lähtökohta?