

**EERO LAHELMA**  
professori  
Helsingin yliopisto,  
kansanterveystieteen osasto  
eero.lahelma@helsinki.fi

**OONA PENTALA**  
VTM, tilastotutkija  
THL, Hyvinvoinnin ja terveyden  
edistäminen -yksikkö

**ANNI HELLDÄN**  
ETM, kehittämisspäälikkö  
THL, Hyvinvoinnin ja terveyden  
edistäminen -yksikkö

**SATU HELAKORPI**  
FT, erikoistutkija  
THL, Lapset, nuoret ja perheet  
-yksikkö

**OSSI RAHKONEN**  
professori  
Helsingin yliopisto,  
kansanterveystieteen osasto

## Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina

**LÄHTÖKOHDAT** Tutkimusten mukaan väestön terveys on alemmissa koulutusryhmissä huonompi kuin yleisessä. Pitkän aikavälin tutkimustieto terveyserojen muutoksista on kuitenkin puuttunut. Selvitimme 25–64-vuotiaiden suomalaisten miesten ja naisten koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen muutoksia 36 vuoden aikana.

**MENETELMÄT** Aineistona oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimus vuosilta 1979–2014 (n = 2 183–4 089). Terveysmuuttujana oli itse ilmoitettu keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koettu terveys. Ikävakioiduille prevalensseille laskettiin viiden vuoden liukuvat keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit. Koulutusvuodet jaettiin kolmanneksiin kunakin vuonna.

**TULOKSET** Keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi terveytensä kokevien osuus pieneni hieman 36 vuoden aikana. Alimmassa koulutusryhmässä koettu terveys pysyi selvästi huonompana kuin kahdessa yleisessä koulutusryhmässä. Miehillä ja naisilla terveyserot olivat lähes yhtä suuret ja ne kaventuivat jonkin verran 1980-luvulta 1990-luvulle. Tämän jälkeen terveyserot ovat säilyneet ennallaan 2010-luvulle saakka.

**PÄÄTELMÄT** Kansanterveysohjelmat ovat tähdänneet sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen, mutta erot ovat säilyneet suurina. Terveyseroihin tulisi puuttua aikaisempaa tehokkaammin, jotta kehityssuunta saataisiin käännettyksi.

Sosioekonomisten ryhmien, kuten koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaiset terveyserot ovat nousseet merkittäväksi kansanterveyshaasteeksi sekä Suomessa että muissa maissa 1970-luvulta alkaen (1–3). Valtioneuvoston Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (4) sekä sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen terveysero-

ja ne ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä sekä Suomessa (7) että useimmissa muissa Euroopan maissa, mutta säilyneet ennallaan Etelä-Euroopassa (8). Ihmisten itsensä ilmaisema yleinen terveydentila eli koettu terveys on lukuisissa väestötutkimuksissa käytetty terveyden mittari (9). Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat niin ikään säilyneet ennallaan tai kasvaneet (10–12).

Aikaisemmissa suomalaisissa väestötason tutkimuksissa on selvitetty koetun terveyden sosioekonomisten erojen muutoksia (10,11,13). Tutkimusjaksot ovat kuitenkin olleet verrattain lyhyitä ja mittauspisteitä on ollut vain muutama, eikä 2000-luvun kehitystä tunneta. Lyhyen aikavälin tutkimukset eivät tavoita pitkäaikaisia prosesseja, jotka vaikuttavat terveydentilan muutoksiin. Väestötason terveyseroja muovavat vuosikymmeniä jatkuvat yhteiskunnalliset murrokset ja muutokset, kuten taloussuhdanteet, lama-ajat ja työttömyys, sekä väestörakenteen muutokset, kuten ikääntyminen ja koulutustason kasvu. Useamman vuosikymmenen trenditutkimukset, joissa mittauspisteitä on useita, ovat toistaiseksi puuttuneet. Voidaan

### *Elinajan odotteen koulutusryhmittäiset erot ovat suuret.*

jen kaventamisen toimintaohjelma (5) ovat tähdänneet sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseen. Sama tavoite on ilmaistu useissa hallitusohjelmissa, ja myös nykyisen pääministeri Sipilän hallituksen ohjelmaan sisältyy terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen (6).

Terveyseroille on tyypillistä, että ne toteutuvat säännönmukaisesti: mitä alempi on sosioekonominen asema, sitä huonompi on terveys (1,2). Säännönmukaisuus koskee terveydentilan eri osa-alueita lähes poikkeuksetta. Elinajan odotteen koulutusryhmittäiset erot ovat suuret,

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 23, Helsinki 2007.
- 2 Lahelma E, Rahkonen O. Sosiaalinen rakenne ja terveys. Kirjassa: Karvonen S, Kestilä L, Mäki-Opas T, toim. Terveyssosiologian linjoja. Gaudeamus, Helsinki 2017:19–39.
- 3 Mackenbach J. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. Soc Sci Med 2012;75:761–9.
- 4 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- 5 Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- 6 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. Hallituksen julkaisusarja 10/15, 2015.
- 7 Martikainen P, Ho J, Preston S, Peltonen R, Elo I. Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa. Tupakointi on merkittävä taustatekijä. Suom Lääkäril 2013;68:2435–42.
- 8 Mackenbach J, Kulhánová I, Menvielle G ym. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. J Epidemiol Community Health 2015;69:207–17.

## *Alimman koulutusryhmän koettu terveys säilyi selvästi huonompana kuin muiden.*

- 9 Manderbacka K. Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. Scand J Soc Med 1998;26:145–53.
- 10 Rahkonen O, Talala K, Laaksonen M ym. Suomalaisien koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979-2002. Suom Lääkäril 2004;59:2159–63.
- 11 Talala K, Härkänen T, Martelin T ym. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suom Lääkäril 2014;69:2185–92.
- 12 Hu Y, van Lenthe F, Borsboom G ym. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. J Epidemiol Community Health 2016;70:644–52.

olettaa, että terveyserot muuttuvat edelleen hitaasti eivätkä erot välttämättä kavennu, vaikka väestön terveys ylipäänsä onkin kehittynyt myönteisesti (1,7).

Terveyserojen pitkän aikavälin tutkimus kertoo väestön hyvinvointierojen kehityksestä sekä siitä, miten hyvin kansanterveyden tasa-arvo-tavoite toteutuu, kasvavatko terveyserot vai kaventuvatko ne. Tutkimus kertoo myös, missä väestöryhmissä kehityksen suunta on erityisen huolestuttava ja sairauksien ehkäisyyn sekä terveyden edistämisen tarpeet erityisen suuret. Terveyserojen kehityksellä on suuri merkitys paitsi terveyspolitiikalle, myös laajemmalle yhteiskuntapolitiikalle, sillä hyvä terveys ja toimintakyky ovat edellytyksenä aktiiviselle osallistumiselle yhteiskuntaan, kuten ansiotyöhön, koti- ja perhe-elämään sekä vapaa-ajan toimintaan.

Tutkimuksemme tavoitteena on kuvata työikäisten suomalaisten miesten ja naisten koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen muutoksia 36 vuoden aikana vuosina 1979–2014. Tänä aikana koulutusrakenne on muuttunut suuresti, sillä pelkän peruskoulutuksen suorittaneiden osuus on vähentynyt ja korkeasti koulutettujen osuus vastaavasti kasvanut. Vuonna 1979 enintään 9 vuotta koulutusta saaneiden osuus oli aineistossamme 61 %, 10–12 vuotta koulutettujen osuus oli 21 % ja 13 vuotta tai enemmän koulutettujen osuus oli 19 %. Vuon-

na 2014 koulutusjakauma oli kääntynyt pääläelleen ja vastaavat luvut olivat 7 %, 26 % ja 67 %. Koulutusrakenteen voimakas murros viime vuosikymmeninä vaikeuttaa koulutusryhmittäisten terveyserojen aikavertailua. Tämän vuoksi käytämme kolmea suhteellista koulutusryhmää absoluuttisten koulutusryhmien, kuten suoritettujen tutkintojen tai koulutusvuosien määrän sijasta. Suhteellisten koulutusryhmien tarkastelu antaa luotettavamman kuvan muutoksista kuin saman absoluuttisen koulutusryhmittelyn käyttäminen kussakin mittauspisteessä vuosina 1979–2014. Väestön ikärakenne on myös muuttunut suuresti ja vanhempien ikäryhmien osuus väestöstä on kasvanut. Ikä on voimakkaasti yhteydessä terveyteen ja huomi-

oimme ikärakenteen muutoksen rajautumalla työikäisiin ja käyttämällä analyysissä ikävakiointia.

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksemme aineisto saatiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttötutkimuksen ja terveys-tutkimuksesta (14). Aineisto on koottu vuosittain 1979–2014 postitse lähetetyillä kyselylomakkeilla ja kohdejoukkona on ollut Suomen 15–64-vuotias väestö. Otoskoko on ollut 5 000 henkilöä ja vastaajien määrä on vaihdellut vuosittain välillä 2 183–4 089. Lomakkeen kysymykset on pääosin säilytetty samanlaisina vuodesta toiseen, jotta ajassa tapahtuvat muutokset voidaan mahdollisimman luotettavasti tunnistaa. Tutkimuksemme on rajattu 25–64-vuotiaisiin, sillä tätä nuoremmilla koulutus on usein vielä kesken. Miehiä ja naisia tarkastellaan erikseen, sillä sukupuolten terveys ja sen taustatekijät poikkeavat toisistaan. Vastaamisaktiivisuus on heikentynyt trendinomaisesti ja kadon vaihteluväli oli 16 %:ista (1979) 47 %:iin (2014). Naiset sekä vanhemmat ikäryhmät ovat vastanneet muita aktiivisemmin.

Terveydentilan osoittimena käytettiin koettua terveyttä, joka on yksilön omaan arvioon perustuva laaja-alainen terveyteen liittyvän hyvinvoinnin ja sairastavuuden mittari. Koettu terveys on todettu reliabeliksi ja validiksi ja se ennustaa myöhempää laitoshoidon ja ennen aikaista kuolleisuutta (9,15,16). Koettua terveyttä tiedusteltiin kysymyksellä: ”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä: 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskinkertainen, 4) melko huono, 5) huono?” Vastausvaihtoehdot 3–5 yhdistettiin kuvaamaan keskitasoisista tai sitä huonompaa terveyttä.

Sosioekonomisen aseman osoittimena käytettiin koulutusta, joka on usein käytetty järjestysasteikollinen mittari (2). Koulutusta tiedusteltiin kysymyksellä: ”Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti?” Vastaajien kunakin 36 mittaushetkenä ilmoittamat koulutusvuodet jaettiin kolmeen yhtä suureen koulutusryhmään eli tertiiliin – alin, keskitasoinen ja ylin koulutustaso – jolloin tarkasteltavana ovat suhteelliset koulutusryhmät.

Analyysissä raportoimme keskitasoisien tai sitä huonomman koetun terveyden ilmaisei-

- 13 Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Trends in self-rated health in Finland 1972-1992. *Prev Med* 1996;25:625-32.
- 14 Helldán A, Helakorpi S. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. THL, Raportti 6/2015, Helsinki 2015.
- 15 Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M ym. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med* 1999;48:1117-22.
- 16 Martikainen P, Aromaa A, Lahelma E ym. Perceived health and cause-specific mortality among Finnish men and women aged 30 and over. *Yearbook of Population Research in Finland* 2002;38:25-36.
- 17 Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Kirjassa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisu 23. Helsinki 2007:44-64.
- 18 Moor I, Spallek, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:565-75.
- 19 Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M ym. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:327-32.
- 20 Tolonen H, Helakorpi S, Talala K ym. 25-year trends and socio-demographic differences in response rates: Finnish adult health behaviour survey. *Eur J Epidemiol* 2006;21:409-15.
- 21 Tolonen H, Laatikainen T, Helakorpi S ym. Marital status, educational level and household income explain part of the excess mortality of survey non-respondents. *Eur J Epidemiol* 2010;25:69-76.
- 22 Mackenbach J, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health* 2013;23:195-201.

den prevalenssi- eli vallitsevuusprosentteja tutkituissa osaryhmissä. Iän sekoittavan vaikutuksen eliminoimiseksi laskimme prevalenssit käyttämällä suoraa ikävakiointia. Vuosittaisen satunnaisvaihtelun eliminoimiseksi laskimme prevalensseille viiden vuoden liukuvat keskiarvot, jolloin osajaksoja tuli seitsemän. Tilastollista merkitsevyyttä tarkastellaan 95 prosentin luottamusvälien (95 %:n LV) avulla.

### Tulokset

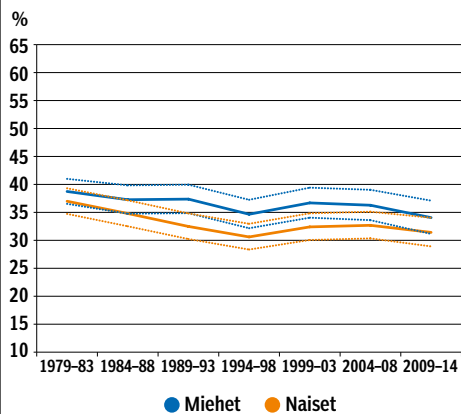
Ensimmäisenä osajaksona 1979-1983 miesten ilmoittaman keskitasoisien tai sitä huonomman koetun terveyden prevalenssi oli 39 % (95 %:n LV 36,5-41,0) ja viimeisenä osajaksona 2009-2014 se oli 34 % (31,1-37,1). Koko 36 vuoden tutkimusjaksolla koettu terveys kohentui jonkin verran (kuvio 1). Naisten trendi oli pääpiirtein samankaltainen, mutta naisten terveys säilyi koko ajan hieman miehiä parempana. Suku- puolieron hienoista kasvua voidaan havaita tutkimusjakson keskivaiheessa ja hienoista kaventumista jakson loppua kohti.

Miehillä keskitasoisien tai sitä huonomman koetun terveyden prevalenssin erot suhteellisen koulutuksen mukaan olivat suurimmillaan ensimmäisenä osajaksona 1979-1983 (kuvio 2). Alimmassa koulutusryhmässä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koetun terveyden prevalenssi oli 56 % (52,3-60,2) ja ylimmässä 24 % (20,1-27,6). Viimeisenä osajaksona 2009-2014 prevalenssit olivat 49 % (42,1-55,4) ja 24 % (19,6-28,6).

Koko 36 vuoden aikana alimman koulutusryhmän koettu terveys säilyi selvästi huonompana kuin keskimmäisen ja ylimmän ryhmän. Kahden ylemmän koulutusryhmän välinen ero oli pienempi kuin näiden ero alimpaan ryhmään. Koulutusryhmien väliset terveyserot kaventuivat 1979-1998 alimman koulutusryhmän koetun terveyden kohentuessa ja saavuttaessa ylempiä ryhmiä. 1990-luvun alun talouslaman aikana koettu terveys parani hetkellisesti, mutta kehitys kääntyi 2000-lukua kohti. Näillä muutoksilla ei kuitenkaan ollut suuria vaikutuksia koetun terveyden koulutusryhmittäisiin terveyseroihin. 1980-luvun lopulta alkaen koetun terveyden muutokset ovat olleet pieniä ja erot koulutusryhmien välillä ovat säilyneet pääpiirtein ennallaan. Koko tutkimusjakson aikana ylimmän ja alimman koulutusryhmän keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koetun terveyden

KUVIO 1.

**Keskitasoinen tai huonompi koettu terveys 25-64-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1979-2014. Ikävakioidut prevalenssit viiden vuoden liukuvina keskiarvoina (%) ja 95 %:n luottamusvälit.**



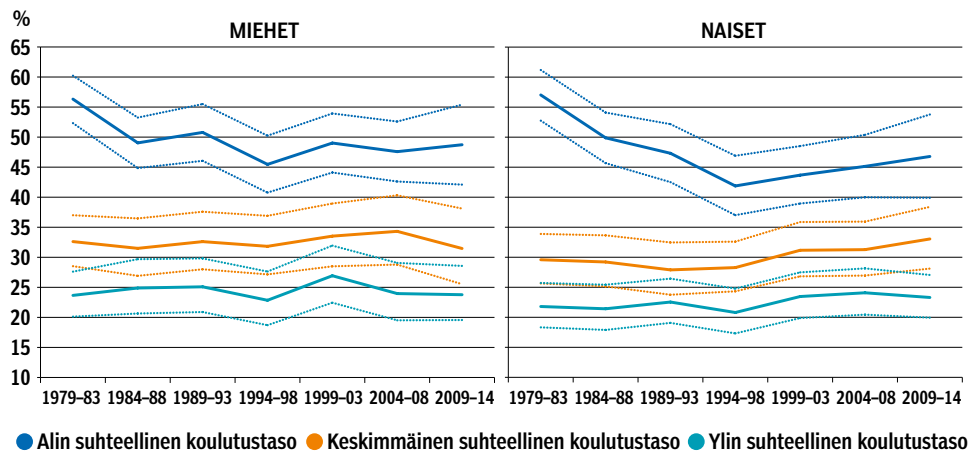
prevalenssin ero kaventui miehillä 32 prosenttiyksiköstä 24 prosenttiyksikköön.

Naisilla keskitasoisien tai sitä huonomman koetun terveyden prevalenssin erot suhteellisen koulutuksen mukaan ovat olleet pitkälti samankaltaiset kuin miehillä. Suurimmillaan erot olivat vuosina 1979-1983 (kuvio 2). Alimmassa koulutusryhmässä prevalenssi oli 57 % (52,8-61,2) ja ylimmässä ryhmässä 22 % (18,3-25,7). Vuosina 2009-2014 prevalenssit olivat 47 % (39,9-53,8) ja 24 % (19,9-27,0). Alimmassa koulutusryhmässä koettu terveys säilyi koko ajan selvästi huonompana, samoin kuin miehillä. Myös naisilla suhteellisen koulutuksen mukaiset terveyserot kaventuivat vuosina 1979-1998 ja alimman koulutusryhmän terveys saavutti ylempien tasoja. Koko tutkimusjakson aikana ylimmän ja alimman koulutusryhmän keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koetun terveyden prevalenssin ero kaventui naisilla 35 prosenttiyksiköstä 23 prosenttiyksikköön.

Lisäanalyysinä laskimme keskitasoisien tai sitä huonomman koetun terveyden prevalensseille myös kolmen vuoden liukuvat keskiarvot. Tulokset olivat molemmilla tavoilla hyvin samansuuntaiset. Tiheämpi perioditarkastelu paikansi 1990-luvun talouslaman aikaiset muutokset

KUVIO 2.

Keskitasoinen tai huonompi koettu terveys 25–64-vuotiailla miehillä ja naisilla suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1979–2014. Ikävakioidut prevalenssit viiden vuoden liukuvina keskiarvoina (%) ja 95 %:n luottamusvälit.



set erityisesti vuosille 1990–1996, jolloin koettu terveys parani sekä miehillä että naisilla alimmassa ja ylimmässä koulutusryhmässä. 2010-luvulla saattaa myös olla merkkejä koetun terveyden heikentymisestä alimmassa koulutusryhmässä.

Teimme lisäanalyysit myös käyttämällä absoluuttisia koulutusryhmiä: koulutusta enintään 9 vuotta (perusaste), 10–12 vuotta (keskiaste) ja 13 vuotta tai enemmän (korkea-aste). Tulokset olivat hyvin samansuuntaiset kuin suhteellista koulutusta käytettäessä. Terveyserojen kaventuminen oli 1980-luvulle tultaessa kuitenkin hieman lievempää tarkasteltaessa absoluuttisia koulutuseroja. Koko 36 vuoden jakson lopulla pelkän peruskoulutuksen saaneiden määrä oli pieni ja ryhmän terveys läheni keskimmäisen koulutusryhmän tasoa.

#### Pohdinta

Tutkimuksessamme tarkasteltiin työikäisten suomalaisten suhteellisen koulutuksen mukaisen terveyserojen muutoksia 36 vuoden aikana vuosina 1979–2014. THL:n Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimusaineisto (14) mahdollisti pitemmän tarkastelujakson kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tuloksemme osoittavat, miten terveyserot ovat

muuttuneet ja missä määrin merkittävät yhteiskunnalliset, taloudelliset ja rakenteelliset murrokset, kuten taloussuhdanteet, ovat heijastuneet terveyserojen kehitykseen.

Tutkimuksemme päätulokset olivat seuraavat:

1) Koko 36 vuoden jaksona keskitasoisesti tai sitä huonommaksi terveytensä kokevien osuus sekä miehistä että naisista pieneni jonkin verran. Naisten koettu terveys säilyi miehiä hieman parempana.

2) Suhteellisen koulutuksen mukaiset terveyserot pysyivät suurina koko jakson ajan. Alimmassa koulutusryhmässä koettu terveys oli selvästi huonompi kuin kahdessa muussa ryhmässä. Miesten ja naisten terveyserot olivat pääpiirtein samansuuruiset.

4) Terveyserot kaventuivat jonkin verran 1980-luvulta 1990-luvulle, naisilla hieman enemmän kuin miehillä.

5) 1990-luvun lopulta 2010-luvulle terveyserot ovat pysyneet lähes ennallaan ja ovat edelleen suuret.

Suomalaisten miesten ja naisten koetun terveyden kohentuminen viime vuosikymmeninä noudattaa samansuuntaista kehityskulkua kuin useimmissa Euroopan maissa (12). Tutkimuksessamme naisten koettu terveys säilyi hieman miesten terveyttä parempana. Terveysen suku-

puoliero vaihtelee ja monessa maassa naisten koettu terveys on jonkin verran huonompi kuin miesten. Suomessa koetun terveyden sukupuoliero on samansuuntainen kuin elinajan odotteen ero, joka on suuri (7).

Suhteellisten koulutusryhmien mukaiset koetun terveyden erot ovat pysyneet Suomessa tasaisen suurina. Myös useissa muissa Euroopan maissa vastaavat erot ovat ennallaan tai jonkin verran kasvaneet, eikä yhdessäkään tutkitussa maassa ole todettu terveyserojen kaventu-

### *Koetun terveyden erojen kehitys ei ole yhtä kielteinen kuin elinajan odotteen.*

mista (12). Tässä tutkimuksessa havaitsemamme terveyserojen kaventuminen 1980-luvulta 1990-luvulle toteutui alimman koulutusryhmän terveyden saavuttaessa ylempien ryhmien tasoa. Tämä myönteinen kehitys kuitenkin pysähtyi 1990-luvulla ja terveyserot ovat 2010-luvulla edelleen suuret. Etenkin miehillä alimmassa koulutusryhmässä on pieniä merkkejä terveyden huonontumisesta ja terveyserojen mahdollisesta kasvusta 2010-luvulla.

Koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen kehitys poikkeaa elinajan odotteesta, jossa koulutusryhmittäiset erot kasvoivat voimakkaasti 1970-luvulta 2010-luvulle (7). Kuolleisuuden perustuva elinajan odote ja itse raportoitu koettu terveys kuvaavat terveyttä ja terveyseroja eri tavoin, eikä terveyserojen kehityskulun tarvitse toteutua yhdenmukaisesti. Elinajan odotteeseen vaikuttavat keskeiset kuolemansyyt, kuten syövät, sydän- ja verisuonitaudit, tapaturmat ja alkoholiperäiset kuolemansyyt, joissa koulutusryhmittäiset erot ovat suuret (17). Koettu terveys taas kuvaa terveyttä, toimintakykyä ja näihin liittyvää hyvinvointia laaja-alaisesti (9). Vakavat sairaudet ovat suhteellisen pienessä osassa, mikä vaikuttanee siihen, että koetun terveyden erot eivät ole yhtä suuret eikä kehitys yhtä kielteinen kuin elinajan odotteen.

Tutkimusjaksoomme ajoittuu kaksi taloudellista laskusuhdannetta, vuosina 1992–1994 ja 2008–2009. Kummankaan laman vaikutus ei ilmene koetun terveyden heikkenemisenä tai koulutusryhmittäisten erojen kasvuna. Vuosittainen tarkastelu osoittaa, että terveys pikem-

minkin kohentui hetkellisesti 1990-luvun lama-vuosina. Talouslaman ja työttömyyden terveysseuraamukset eivät ole yksiselitteisiä: yhtäältä aineelliset voimavarat heikkenevät ja tämä rasittaa terveyttä, mutta toisaalta esimerkiksi alkoholinkäyttö vähenee ja liikunta lisääntyy (10). Terveysteen kohdistuvat laman seuraamukset lienevät haitallisimmat haavoittuvissa osaryhmissä, joita laaja väestötutkimus ei tavoita.

Koetun terveyden koulutusryhmittäisiä eroja selittävät myös yksilötason tekijät. Ajantasaista tietoa on saatu systemaattisesta katsauksesta, ja siinä tärkeimmiksi terveyseroja selittäviksi teki-jöiksi osoittautuivat aineelliset elinolot, jotka myös vaikuttivat epäsuorasti psykososiaalisten altisteiden ja terveyskäyttäytymisen kautta.

Useiden aikaisempien tutkimusten tapaan käytimme sosioekonomisen aseman osoittimena koulutusta, joka on järjestysasteikollinen ja voidaan määrittää myös ansiotyön ulkopuolella oleville. Koulutus muuttuu yleensä vain vähän yksilön elämänsä aikana. Väestön koulutus rakenne on kuitenkin muuttunut vuosikymmenten aikana suuresti. Huomioimme tämän muutoksen tutkimalla suhteellisia koulutuseroja. Sosioekonomisen aseman pääluottuvuudet – koulutus, ammattiasema ja tulot – ovat keskenään yhteydessä, ja ne ilmentävät yhtäältä sosioekonomista asemaa ylipäänsä ja toisaalta kunkin ulottuvuuden erityisluonnetta. Koulutus ohjaa ammattiin ja tuottaa tietoa sekä muita aineettomia voimavaroja, jotka auttavat ylläpitämään hyvää terveyttä. Sosioekonomisen aseman eri osoittimet antavat terveyseroista samansuuntaisen kuvan, joskin erojen suuruus voi vaihdella (12,19).

Tutkimuksemme etuna on 36 vuoden tarkastelujakso ja aineistojen riittävä koko. Trenditarkastelun kannalta on tärkeää, että aineistot on koottu samanlaisin menetelmin vuodesta toiseen. Pitkän jakson kääntöpuolena on vastaamiskadon lisääntyminen, etenkin nuorilla, miehillä ja vähiten koulutetuilla (20). Myös terveydentila vaikuttaa katoon ja tutkimukseen osallistumattomien kuolleisuus on suurempi kuin osallistuneiden (21). Valikoiva vastaamiskato voi vaikuttaa todettuihin koetun terveyden muutoksiin ja koulutusryhmittäisiin terveyseroihin. Koetun terveyden kohentuminen saattaa olla yliarvio ja terveyserojen säilyminen ennallaan 1990-luvun lopulta 2010-luvulle aliarvio.

Tuloksemme yhdessä muiden tutkimusten (7,11,12) kanssa vahvistavat, että terveyserot ovat säilyneet. Terveyserojen kaventaminen on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi ja eroihin tulisi puuttua nykyistä paljon tehokkaammin, jotta kehityssuunta voitaisiin kääntää (3). Suomalle asettuu erityisiä haasteita, sillä terveystoiminnan vertailussa maamme sijoittui kärkipaikoille lähes kaikilla osa-alueilla, mutta Länsi-Euroopan mittakaavassa suuret terveyserot muodostivat poikkeuksen (22).

Analyysijä kansanterveysohjelmien epäonnistumisen syistä ei toistaiseksi ole. Sosiaali- ja terveysministeriön terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaan (5) summatuista keinoista useat ovat jatkuvasti ajankohtaisia ja käyttökelpoisia: vaikuttaminen köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen sekä epäterveellisiin elintapoihin, kuten runsaaseen alkoholin käyttöön ja tupakointiin. Lisäksi ohjelmassa mainitaan sosiaali- ja terveyspalvelut, joiden rooli juuri nyt on ajankohtainen sote- ja aluehallintouudistuksen edetessä. Uudistuksen vaikutukset terveyden tasa-arvoon olisi syytä arvioida ja pyrkiä välttämään uusien eriarvoistavien rakenteiden syntymistä. Terveyseroja voidaan torjua myös käytännön lääkärintyössä, ja olisi tärkeää turvata eri väestöryhmille tasarvoiset mahdollisuudet palveluihin.

Vuonna 2004 Suomen Lääkärilehdessä ilmestyneen edellisen trenditutkimuksemme otsikko oli ”Suomalaisten koettu terveys parantunut,

#### TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Tutkimusten mukaan terveys jakautuu väestössä epätasaisesti siten, että alemmissa sosioekonomisissa ryhmässä terveys on huonompi kuin ylemmissä ryhmässä.
- Koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen pitkän aikavälin kehitystä Suomessa ei tunneta.

#### TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Vuodesta 1979 vuoteen 2014 koettu terveys on säilynyt johdonmukaisesti huonoimpana alimmassa, toiseksi huonoimpana keskimmaisessä ja parhaana ylimmässä suhteellisessa koulutusryhmässä.
- Koulutusryhmittäiset terveyserot kaventuivat jonkin verran 1980- ja 90-luvulla, mutta ovat olleet tämän jälkeen tasaisen suuret sekä naisilla että miehillä.
- Aikaisempien kansanterveysohjelmien toimet eivät ole olleet riittäviä, jotta terveyseroja olisi kyetty kaventamaan.

terveyden koulutuserot säilyneet 1979–2002” (10). Kaksitoista vuotta myöhemmin tilanne on ennallaan ja koetun terveyden suuret koulutusryhmittäiset erot pysyvät edelleen merkittävänä yhteiskuntapolitiikan ja terveyden edistämisen haasteena. ●

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

Changes in the differences in self-rated health by education 1979–2014

**EERO LAHELMA**  
Professor  
Department of Public Health,  
University of Helsinki  
E-mail: eero.lahelma@helsinki.fi

**OONA PENTALA**  
**ANNI HELLDÄN**  
**SATU HELAKORPI**  
**OSSI RAHKONEN**

# Changes in the differences in self-rated health by education 1979–2014

## Background

Prior research shows that population health is poorer in lower than higher educational groups. Nevertheless, evidence on changes in health inequalities over longer periods is lacking. We examined 36-year trends from 1979 to 2014 in educational differences in self-rated health among working aged Finnish women and men.

## Methods

Data for the study were derived from the survey of health behaviour and health among the Finnish adult population conducted by the Finnish National Institute for Health and Welfare (THL). The data were collected annually from 1979–2014 using mail surveys (n = 2183 to 4089). The health variable used was health rated by the subjects themselves as average or poor. We calculated 5-year moving averages and 95% confidence intervals for the age-adjusted prevalence of average or poor self-rated health. Socioeconomic status was measured on the basis of the number of years of full-time education divided into three tertiles representing low, average or high educational status..

## Results

In the course of the 36-year period the prevalence of average or poor self-rated health decreased somewhat, with women's health being slightly better than that of men. Health inequalities between educational groups remained large over the study period. Health in the lowest educational group was clearly worse than that in the two higher groups. Health inequalities among women and men were broadly similar and narrowed somewhat from the 1980s to 1990s. After that, the health inequalities remained almost unchanged until the mid-2010s.

## Conclusion

Public health programmes, such as Health 2015 by the Finnish Government, have aimed at narrowing health inequalities, but the inequalities have remained large. The programme of the current Finnish Government led by Prime Minister Sipilä also includes narrowing health inequalities as a target. Health inequalities should be tackled more efficiently in order to be able to reverse the current development. Promoting health, in particular, among those of lower socioeconomic status would help improve the overall population health.