



## Terveyden sosiaalinen eriarvoisuus hyvin vanhoilla

Suomen itsenäisyyden eli sadan viime vuoden aikana ihmisten terveys on parantunut. Elinajanodote on yksi yleisimpiä terveydenmittareita ja se tarkoittaa vuosia, joita tietynikäisen henkilön odotetaan vielä elävän. Sata vuotta sitten, vastasyntyneen tytön elinajanodote oli 48 vuotta ja pojan 45 vuotta (Human Mortality Database 2017). Viime vuonna vastaavat elinajanodotteet olivat 84.1 vuotta tytölle ja 78.4 vuotta pojalle (Suomen virallinen tilasto 2017a). Sadassa vuodessa elinajanodote on lähes tuplaantunut. Mitkä asiat ovat johtaneet elinajanodotteen positiiviseen kehitykseen?

1900-luvun alussa suuri kuolleisuus erityisesti ensimmäisen elinvuoden aikana sekä tarttuvat taudit laskivat elinajanodotetta. Kehittyvät elinolosuhteet, yhteiskuntasuunnittelun myötä parantunut hygienia, modernisaation vaikutukset kuten laki äitiys- ja lasten neuvoloista ja koulutustason kohoaminen nostivat elinajanodotetta. Samaan aikaan elinajanodotteen kasvun kanssa syntyvyys pieneni, joten väestön keski-ikä alkoi nousta. 1900-luvun jälkipuoliskolla tarttuvien tautien yleisyys kuolinsyynä väheni ja kroonisista eli pitkäaikaisista sairauksista tuli tärkein kuolinsyy. Kroonisista sairauksista tuli tärkeä kansanterveystyön kohde ja 1970-luvulla aloitettu Pohjois-Karjala projekti on aikansa tunnetuin terveydenedistämishanke. Sen tavoitteena oli vähentää sydän- ja verisuonitauteja elintapoja muuttamalla. Tärkeimpiä toimia oli rajoittaa tupakointia, liiallista suolan käyttöä sekä kovien rasvojen saantia. 2000-luvulla yleinen terveystietoisuuden lisääntyminen sekä lääketieteellisten toimenpiteiden kehittyminen on siirtänyt kuolleisuutta yhä vanhempiin ikäryhmiin.

Suurin osa ihmisistä niin Suomessa kuin muissakin länsimaisissa yhteiskunnissa elää varsin pitkän elämän. Vuonna 2012, 65-vuotta täyttäneiden määrä ylitti Suomessa miljoonan, mikä on hieman yli 20 prosenttia koko väestöstä. 1990-luvun alusta tähän päivään, 80-vuotiaiden määrä on tuplaantunut ja on nyt lähes 300 000, samalla ajanjaksolla 90-vuotiaiden määrä on triplaantunut ja on nyt lähes 50 000 ja satavuotiaiden määrä on viisinkertaistunut ja on nyt 815 (Suomen virallinen tilasto 2017b). Hyvin vanhojen ihmisten määrän kasvu on ollut erityisen nopeaa 2000-luvulla. Terveydenhuoltopolitiikan tavoitteet terveyden maksimoinnista tai ainakin elinajanodotteen kasvamisesta ovat toteutuneet. Elinajanodotteen positiivista kehitystä voidaankin pitää suurena saavutuksena.

Pitkäikäisyyden yleistymisen tarkoittaa vanhojen ihmisten määrän lisääntymistä ja nyky-yhteiskunnassa myös vanhojen ihmisten osuuden kasvua suhteessa nuorempaan väestöön, sillä syntyvyys on pientä. Tämänkaltaisessa tilanteessa väestö vanhenee. Perinteisesti vanhuuden on ajateltu alkavan eläkkeelle jäämisestä. Näin ollen pitkä elämä pitäisi sisältää myös pitkän vanhuudeksi määriteltävän ajanjakson. Tutkimuksissa vanhat ihmiset on määriteltä monella tavalla ja usein käytettyjä luokituksia ovat yli 65-vuotiaat, yli 75-vuotiaat tai yli 85-vuotiaat. Tiedämme että terveys ja toimintakyky heikkenevät iän myötä mutta yksilöiden väliset erot terveydessä ovat suuria. Korkeammassa ikäluokissa ihmiset ovat terveyden suhteen heterogeenisempi joukko kuin nuorissa ikäluokissa. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että terveyden heikkeneminen tai

sairauksien lisääntyminen alkaa vaikuttaa toimintakykyyn keskimäärin 75–80-vuoden iässä, jolloin myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa.

Vaikka elinajanodote on jatkuvasti kasvanut, terveyden positiivinen kehitys ei ole ollut yhtä nopeaa kaikissa väestöryhmissä. Yleisesti puhutaan terveyseroista, kun tarkoitetaan systemaattisia eroja terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa eri väestöryhmien välillä. Esimerkki systemaattisista terveyseroista on naisten miehiä lähes 6 vuotta korkeampi elinajanodote (Suomen virallinen tilasto 2017a). Sukupuolen lisäksi terveyseroja on havaittu muun muassa eri alueiden ja etnisten ryhmien välillä. Omassa väitöskirjatutkimuksessani olen tarkastellut terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välillä. Sosioekonomisella ryhmällä viitataan yhteiskunnan sosiaaliseen ympäristöön. Yksilöt kiinnittyvät sosioekonomisiin ryhmiin erilaisten resurssien kuten vallan, arvostuksen, tiedon, taidon, omaisuuden ja muun muassa kulttuuristen voimavarojen mukaan. Voimavarat ovat sitä suuremmat mitä korkeammasta sosioekonomisesta asemasta on kyse.

Empiirisessä tutkimuksessa edellä mainittuja voimavaroja kuvataan yleisesti koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen avulla. Koulutuksen ajatellaan kuvaavan yksilön tiedollisia, taidollisia ja psyykkisiä voimavaroja sekä arvoja kun ammattiasema puolestaan kuvaa enemmän aineellisia voimavaroja ja työ- ja elinoloja. Tulot ilmentävät selkeimmin aineellisia voimavaroja. Koulutus, ammattiasema ja tulot ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja yhdessä ne muodostavat sosioekonomisen aseman ytimen. Yhteiskunnan rakenteet määrittävät sosioekonomisia terveyseroja. Maailman terveysjärjestön mukaan terveyden vaihtelulla, joka perustuu tarpeettomiin tai vältettävissä oleviin riskeihin sekä epäoikeudenmukaisiin olosuhteisiin, viitataan terveyden eriarvoisuuteen. Tällaisia syitä terveyseroihin ovat muun muassa heikot työ- ja elinotot sekä terveyspalvelujen riittämättömät saavutettavuus.

Sosioekonomisten terveyserojen tutkimus alkoi nykymuodossaan Iso-Britanniassa kirjoitetusta laajamittaisesta komiteamietinnöstä, *The Black Report* (Townsend & Davidson 1982). Raportti sai nimensä komitean puheenjohtajan Sir Douglas Blackin mukaan, vaikka nimi on yhdistetty myös raportin synkkään viestiin terveyserojen olemassaolosta aikana, jolloin terveydenhuollon kehityksen myötä sosioekonomisten terveyserojen ajateltiin jo väistyneen. Toisin kuitenkin kävi ja raportti osoitti systemaattisesti, että heikommassa sosiaalisessa asemassa olevilla oli huonompi terveys kuin korkeammassa asemassa olevilla ja erot ryhmien välillä olivat jopa kasvaneet. Nykytutkimus perustuu vahvasti raportin esiin nostamiin oivalluksiin sairauksien perimmäisistä syistä. Jos elinympäristö sairastuttaa, mitä tapahtuu, kun potilas kotiutetaan hoidosta takaisin samaan ympäristöön? Terveyserojen kaventaminen ei näin ollen onnistu pelkästään terveydenhuollon keinoin vaan niiden kaventamisessa on huomioitava myös terveyden sosiaaliset määrittäjät.

Toinen merkkipaalu sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksessa on Iso-Britanniassa jo 1960-luvulla aloitettu *Whitehall* -tutkimus (mm. Marmot, Rose, Shipley & Hamilton 1978). Tutkimuksen johtaja Sir Michael Marmot, jota voidaan kutsua terveyserotutkimuksen yhdeksi suurista nimistä, on todennut, että ”mitä alhaisempi on sosiaalinen asema, sitä suurempi on sairauksien riski.” Tämä yksi lause kiteyttää vuosikymmenten tutkimustulokset. *Whitehall* -tutkimuksissa tarkasteltiin Lontoossa Whitehallin alueella työskentelevien valtionvirkamiesten sepelvaltimotautikuolleisuutta. Tutkimuksessa havaittiin, että alimmasa ammattiasemassa olevilla läheteillä oli 3.6 kertainen kuolleisuus hallinnossa työskenteleviin verrattuna. Tutkimuksessa toinen tärkeä havainto oli se, että kuolleisuuseroja ei havaittu vain ylimmän ja alimman ammattiryhmän välillä vaan ne läpi leikkasivat kaikki ryhmät. Jos ammattiasemaryhmiä ajatellaan portaiden

askelminä, jossa ylimpänä on johtaja ja alimpana lähetti, kuolleisuus on askel askeleelta suurempaa mitä alemmas rappuja kuljetaan. Ilmiö tunnetaan terveyden sosiaalisena gradienttina. Kolmas huomioitava asia uraa uurtavassa tutkimuksessa on se, että kaikki tutkimukseen osallistujat olivat työssäkäyviä valtion virkamiehiä, joten ammattiaseman ja työssäkäynnin perusteella tutkimuksessa ei ollut mukana varsinaisesti huono-osaisia. Länsimaissa terveyserot ovat yleensä suhteellisia, vaikka absoluuttistakin köyhyyttä esiintyy.

Tuhannet tutkimukset ovat vahvistaneet sosioekonomisten terveyserojen olemassaolon. Sosioekonomiset terveyserot ovat yksi epidemiologisen tutkimuksen johdonmukaisimpia havaintoja ja sosioekonominen asema on yksi voimakkaimmista, ellei voimakkain yksittäinen terveyden määrittäjä (Lynch & Kaplan 2000). Sosioekonomiset terveyserot tunnustetaan maailmanlaajuisesti, niitä on havaittu kaikissa tutkituissa ikäryhmissä, miehillä ja naisilla lähes kaikilla terveyden mittareilla. Mitä sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat yksilön tai yhteiskunnan kannalta?

Suomessa on muuhun Eurooppaan verrattuna suuret erot kuolleisuudessa. Miehillä korkeimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla on 12.5 vuotta pidempi elinajanodote kuin alimpan tuloviidennekseen kuuluvilla. Naisilla ero on 6.8 vuotta. (Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen, & Valkonen 2011.) Yksilönäkökulmasta sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat suurta määrää ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia ja toimintakyvyn menetyksiä eli inhimillistä kärsimystä. Yhteiskunnan näkökulmasta ennenaikaiset kuolemat ja sairastavuus vähentävät työvuosia ja siten muun muassa verotuloja sekä lisäävät terveydenhuollon kustannuksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kirjannut useita syitä sille, miksi terveys- ja hyvinvointieroja tulisi kaventaa. Yksi tärkeä syy on se, että vältettävissä olevia terveyseroja ei voida pitää oikeudenmukaisina. Toisaalta huono terveys on yksi sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä, jo-

ten terveydellä on itseisarvon lisäksi myös muita vaikutuksia.

Kun tavoitteena on parantaa koko väestön terveyttä, keskimääräinen terveys kohenee tehokkaimmin, kun heikommassa asemassa olevien terveys paranee. On myös esitetty, että terveyserojen kaventamisella pyritään turvaamaan palvelujen riittävyys tilanteessa, jossa avun ja hoivan tarpeen on arvioitu kasvavan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Terveyseroja kaventamalla voidaan vähentää yksilöille aiheutuvia fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia kustannuksia. Yhteiskunnan näkökulmasta terveyseroilla on ainakin taloudellisia ja sosiaalisia seuraamuksia. Suomi on suhteellisen pienten tuloerojen maa ja tutkimukset ovat osoittaneet, että tasaisemman tulonjaon maissa ihmiset ovat onnellisempia ja voivat paremmin. Pelkkä talouskasvu ei takaa hyvinvoivaa yhteiskuntaa, sillä vauraissa maissa, joissa eriarvoisuus on suurta sosiaaliset ongelmat kuten rikollisuus, ahdistuneisuus ja mielenterveysongelmat lisääntyvät. Eriarvoisuus luo kasvualustan epäluottamukselle ja poliittiselle polarisoitumiselle, luo yhteen kuulumattomuuden tunnetta ja voi johtaa jopa radikalisoitumiseen.

Miten sosioekonomiset terveyserot vaikuttavat päivittäisiin toimintoihin ja minkälaiset toimet niitä ylläpitävät yksilön ja yhteiskunnan kohtaamisissa. Corey Abramsonin (2015) *The End Game* -kirjaa mukaillen, ensimmäinen kysymys kuuluu, kuka saa elää vanhaksi? Korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat elävät pidemmän elämän ja he ovat keskimäärin terveempiä kuin matalammassa asemassa olevat. Kuvitellaan tilanne, jossa henkilö tarvitsee kaupasta purkin maitoa. Maitopurkin saavutettavuus riippuu muun muassa henkilön fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä, käytössä olevista kulkuvälineistä, kaupan sijainnista, sosiaalisesta tukiverkosta ja kotipalvelun kattavuudesta. Maitopurkki on vaivatonta hakea kaupasta, jos kauppaan on lyhyt matka tai käytössä on auto eivätkä toimintakyvyn rajoitteet vaikeuta tehtävää. Tilanne voi olla hy-

vin toisenlainen henkilöllä, joka asuu yksin ja jolla on toimintakyvyn rajoitteita, pitkä matka kauppaan eikä kotipalvelun apua saatavilla. Maitopurkin saatavuuteen vaikuttavat monet niin yksilön kuin ympäristönkin tekijät.

Toinen esimerkki liittyy terveystalveluiden käyttöön. Sairauden oireiden alkaessa, yleensä jonkin ajan kuluttua ilmenee tarve hakeutua sosiaali- tai terveystalveluihin. Hoitoon hakeutuminen edellyttää oikean palvelun löytämistä. Korkea koulutus antaa paremmat valmiudet palvelujärjestelmässä navigointikykyyn. Sairauksien varhainen toteaminen pienentää sairauden haittoja, nopeuttaa siitä paranemista ja parantaa hoidon ennustetta. Terveystalveluihin pääsyn nopeus riippuu kuitenkin monista tekijöistä. Kuinka varhaisessa vaiheessa terveystalveluihin otetaan yhteyttä, kuinka pitkä jonotus aika on ja kuinka tarkasti sairauden oireet ja sen vakavuuden kykenee kuvailemaan. Jos käytössä on vakuutus tai varallisuutta, terveystalveluihin pääsy käy nopeammin. Varallisuus voi vaikuttaa myös siihen, kuinka lääkkeiden ostoon ja käyttöön suhtaudutaan.

Edellä mainitut esimerkit osoittavat, että vaikka heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat kohtaavat työ- ja elinoloissaan enemmän terveysriskejä, terveysongelmien ilmetessä heillä on vähemmän erilaisia resursseja terveydentilan palauttamiseen ja vähemmän mahdollisuuksia päivittäisten toimintojen ylläpitoon ja siten myös itsenäiseen asumiseen.

Kuten tunnetussa televisio-ohjelmassa kysytään, pitääkö olla huolissaan? Suurin osa asioista, joista ollaan huolissaan ei koskaan tapahdu. Huolissaan oleminen siis toimii. Suomessa ollaan tällä hetkellä kovasti huolissaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja palvelujen uudistuksesta. Uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. Se miten maakuntaudistuksella ja valinnanvapaudella päästään toivottuihin tavoitteisiin jää nähtäväksi. Terveystalvelujärjestelmän merkityksen

on kuitenkin arveltu olevan kasvussa terveyseroja välittävänä ja ylläpitävänä tekijänä. Se on erityisen huolestuttavaa tilanteessa, jossa hyvin vanhojen ihmisten määrän odotetaan edelleen kasvavan ja terveystalvelujen tarpeen lisääntyvän. Suomessa terveystalveluissa on perustunut kansalaisten yhdenvertaisuutta korostaviin arvoihin ja periaatteisiin. Tavoite seuraavalle sadalle vuodelle itsenäisessä Suomessa voisi olla säilyttää sellaiset arvot terveystalveluissa kuin universaalisuus, oikeudenmukaisuus ja solidaarisuus ja kehittää niiden käytännön toteutumista (esim. Muuri, Manderbacka, Vuorenkoski & Keskimäki 2008).

Väitöskirjatutkimuksessani esitän, että keski-ikäisessä väestössä hyvin tunnetut sosioekonomiset terveyserot eivät häviä iän myötä vaan ne jatkuvat pitkälle vanhuuteen. Tutkimuksessa sosioekonomisia eroja havaittiin terveydessä, toimintakyvyssä, kuolleisuudessa sekä pitkäaikaishoidon käytössä 90-vuotiailla ja sitä vanhemmilla tamperelaisilla<sup>1</sup>. Sosioekonomisen aseman osoittimina olivat ammattiasemaan perustuva luokka sekä koulutustaso. Useilla terveyden, toimintakyvyn ja kuolleisuuden osoittimilla tarkasteltuna erot sosioekonomisten ryhmien välillä olivat asteittaisia; mitä korkeampi sosioekonominen asema, sitä parempi terveys ja pienempi kuolleisuus. Terveyseroja havaittiin sekä miehillä että naisilla molemmilla sosioekonomisen aseman osoittimilla tarkasteltuna. Ympäri vuorokautisen pitkäaikaishoidon käytössä erot ammattiryhmien välillä olivat melko pieniä. Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin viitteitä siitä, että ylimmän ammattiryhmän henkilöt käyttivät muita ammattiryhmiä useammin yksityisesti tuotettuja pitkä-

<sup>1</sup> Aineistona oli Tervaskannot 90+ -tutkimuksen postikyselynä kerätyt poikkileikkauksaineistot vuosilta 2001, 2003, 2007 ja 2010 (n=2,862, vastausprosentti 80) sekä terveystarkastusaineisto vuodelta 2000 (n=262, vastausprosentti 61). Tiedot kuolleisuudesta ja pitkäaikaishoidon käytöstä poimittiin seurantatutkimuksiin Tilastokeskuksen rekistereistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereistä.

aikaishoidonpalveluja ja toisaalta muut ryhmät käyttivät enemmän julkisesti tuotettuja pitkäaikaishoidonpalveluja kuin ylimmän ammattiryhmän henkilöt.

Hyvin vanhojen määrä on lisääntynyt nopeasti, joten ikäryhmästä ei ole vielä paljon tutkittua tietoa. Tämän tutkimuksen tulokset, jotka osoittavat, että vielä vanhimmissakin ikäryhmissä saattaa olla potentiaalia väestön terveyden kohentamiseksi, tulisi toistaa muilla aineistoilla. Lisää tutkimusta tarvitaan muun muassa siitä, minkälaiset mekanismit ylläpitävät terveyseroja hyvin vanhana. Tässä tutkimuksessa sosioekonomisia terveyseroja tarkasteltiin yhtenä ajanhetkenä. Jatkotutkimuksissa olisi kiinnostavaa tarkastella sitä, miten vanhimpien ikäryhmien terveys on kehittynyt sosioekonomisissa ryhmissä viimeisten vuosikymmenten aikana. Ympäri vuorokautisen pitkäaikaishoidon järjestämisessä on tapahtunut suuria muutoksia kuluneen kymmenen vuoden aikana ja koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää ollaan parhaillaan uudistamassa. On välttämätöntä, että näiden suurten muutosten vaikutuksia palvelujen saatavuuteen ja terveyseroihin seurataan myös vanhimmissa ikäryhmissä.

#### Linda Enroth, TtT

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta (Terveystieteet) ja Gerontologian tutkimuskeskus (GEREC), Tampereen yliopisto  
Sähköposti: linda.enroth@uta.fi

*Gerontologian alaan kuuluva väitöskirja "Social inequality in the health of the oldest old : Socio-economic differences in health, functioning, mortality and long-term care use in the population aged 90+" tarkastettiin 1.12.2017 Tampereen yliopistossa.*

#### Kirjallisuus

- Abramson, C. (2015). *The end game*. Harvard: University Press.
- Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research. Haettu 18.11.2017 osoitteesta: [www.mortality.org](http://www.mortality.org)
- Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (2011). *Sosiaali-epidemiologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. Teoksessa Berkman, L. & Kawachi, I. (toim.), *Social epidemiology*, 13–35. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 244–249. doi:10.1136/jech.32.4.244
- Muuri, A., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L. & Keskimäki, I. (2008). Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka*, 73 (2008): 4.
- Suomen virallinen tilasto 2017a: Kuolleet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2529. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 18.11.2017 osoitteesta: <http://www.stat.fi/til/kuol/index.html>
- Suomen virallinen tilasto 2017b. Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 18.11.2017 osoitteesta: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Valkonen, T. (2011). Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen lääkirilehti*, 66(48), 3651–3657.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen perustelut. Haettu 20.11.2017 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet/kaventamisen-perustelut>
- Townsend, P. & Davidson, N. (1982). *Inequalities in health: The black report*. London: Penguin.