

Anniina Tolkkinen, Laura Madanat-Harjuoja ja Mervi Taskinen

## Sosioekonomiset tekijät liittyvät lasten syöpäkuolleisuuteenkin

Sosioekonomisen aseman on osoitettu vaikuttavan väestön terveydentilaan sekä terveyspalveluiden käyttöön ja saatavuuteen niin, että ylempiin sosiaalisiin ryhmiin kuuluvat saavat etua (1). Sosioekonomisen aseman kuvaajina käytetään yleensä henkilön tulo- ja koulutustasoa sekä ammattia ja työllisyystilannetta. Vertailukelpoisia mittareita sosioekonomisen aseman vaikutuksesta väestön terveyteen ovat esimerkiksi sairastavuus ja kuolleisuus.

Sosioekonomiseen asemaan liittyvät terveyserot on kansainvälisestikin nostettu pediatrian tutkimuksen keskiöön (2). Viime vuosina on saatu viitteitä eri sosiaalisiin ryhmiin kuuluvien lasten terveyserojen suureneemisesta, ja esimerkiksi perheen huonomman sosioekonomisen aseman on osoitettu suurentavan perheen lasten ylipaino-, mielenterveysongelma- ja astmariskiä (3–5).

Tutkimusryhmämme havaitsi suomalaisesta rekisteriaineistosta, että kun vanhempien tulo- ja koulutustaso oli heikompi, heidän lastensa riski kuolla syöpään oli suurempi kuin parempituloisten ja korkeammin koulutettujen vanhempien lasten (6). Erot koulutuksen vaikutuksessa näkyivät selkeimmin 2000-luvulla, jolloin korkeimmin koulutettujen vanhempien lasten viiden vuoden elossaolo-osuus oli 86 % ja heikoimmin koulutettujen vanhempien lasten 82 %.

Korkeimpaan tuloluokkaan kuuluvien vanhempien lasten riski kuolla syöpään oli noin 30 % pienempi kuin alimpaan tuloluokkaan kuuluvien vanhempien lasten. Selkeää vaihtelua diagnostisten ryhmien välillä ei havaittu. Tutkimuksessa olivat mukana kaikki Suomessa

vuosina 1990–2009 alle 20-vuotiaana syöpädiagnoosin saaneet eli noin 4400 syöpään sairastunutta lasta ja nuorta. Muissa Pohjoismaissa on tehty samankaltaisia vanhempien koulutustasoon liittyviä havaintoja, mutta vanhempien tulotason vaikutus näkyy selkeimmin Suomessa.

Sosiaalisten ryhmien välinen ero lasten syöpäkuolleisuudessa on huolestuttava ja vaikeasti selitettävä. Lapsuusiän syöpää hoidetaan Suomessa yliopistosairaaloissa yhtenäisten hoitoprotokollien mukaan, eikä perheen varallisuus vaikuta hoitojen saamiseen. Kaikki saavat samalla diagnoosilla saman hoidon. Suomi on kokonaissyöpäkuolleisuuden osalta kansainvälisesti kahdeksan parhaimman maan joukossa, ja lapsuusiän akuuttiin lymfaattiseen leukemiaan sairastuneiden viiden vuoden elossaolo-osuutemme on Euroopan suurin (7). Tästä huolimatta tutkimustuloksemme osoittavat, että sosiaalista eriarvoisuutta esiintyy.

Suomessa terveyspalveluiden käytössä ja saatavuudessa on havaittavissa selkeitä eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä (8). Eriarvoisuus somaattisten terveyspalveluiden saatavuudessa sosioekonomisen aseman kannalta näyttää painottuvan avoterveydenhuoltoon. Korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat suosivat yksityisiä työterveyshuollon ja lääkäripalveluita, kun taas huonommassa asemassa olevat turvautuvat pääasiassa julkiseen terveydenhuoltoon. Suurituloiset käyttävät palveluja muita enemmän suhteessa tarpeeseen, ja eriarvoisuus näyttää muodostuvan pääosin yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen

Sosiaalinen eriarvoisuus ei saisi vaikuttaa lasten terveydentilaan tai kuolleisuuteen

käytöstä. Hoidon saatavuus ja palvelujen käyttö eroavat alueellisestikin (9).

Sosioekonomiseen asemaan liittyvät terveys- ja kuolleisuuserot saattavat osittain selittyä matlampaan koulutustasoon yleisemmin liittyvästä huonommalla terveydenlukutaidolla (10). Tällä tarkoitetaan henkilön kykyä vastaanottaa ja käyttää terveyteen liittyvää tietoa. Vanhempien taitotieto voi heijastua lasten oireiden havaitsemiseen ja hoitoon hakeutumiseen. Toisaalta selkeät erot avoterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa voivat hidastaa hoitoon pääsyä. Yhdessä nämä tekijät voivat viivästyttää ensimmäistä lääkärikontaktia ja siten erikoissairaanhoidon pääsyä, mikä lisää kuolemanriskiä.

Suomen perustus- ja terveydenhuoltolaissa on säädetty, että kaikille asukkaille tulisi taata yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät terveyspal-

velut sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinpaikasta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä riippumatta (11,12). Tämän toteutumiseen on vielä matkaa. Terveyspalveluiden saatavuuden yhdenvertaisuus ei välttämättä tarkoita, että kaikille taataan samat palvelut, vaan osa ihmisistä saattaa tarvita kohdennettuja palveluita ja vaatia enemmän terveydenhuollon resursseja. Tämä tulisi huomioida palvelujärjestelmien kehittämisessä. On myös tärkeää huomioida ne taustalla olevat tekijät, jotka vaikuttavat terveyden sosioekonomisen aseman kautta. Muitakin yhteiskunnallisia toimia tarvitaan, jotta sosioekonomisten ryhmien välinen kuilu kaventuisi. Sosiaalinen eriarvoisuus ei saisi vaikuttaa lasten terveydentilaan tai kuolleisuuteen Suomen kaltaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa. ■



**ANNIINA TOLKKINEN, LL, lastentauteihin erikoistuva lääkäri**  
Suomen Syöpärekisteri  
Lasten ja nuorten sairaala, HYKS

### SIDONNAISUDET

**Anniina Tolkkinen:** Ei sidonnaisuuksia

**Laura Madanat-Harjuoja:** Ei sidonnaisuuksia

**Mervi Taskinen:** Luento-/asiatuntijapalkkio (Orion), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Amgen)

**LAURA MADANAT-HARJUOJA, LT, dosentti, lastentautien ja terveydenhuollon erikoislääkäri**  
Suomen Syöpärekisteri

**MERVI TASKINEN, LT, dosentti, lastenhematologian erikoislääkäri, osastonylilääkäri**  
Lasten ja nuorten sairaala, HYKS

### KIRJALLISUUTTA

1. de Looper M, Lafortune G. Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. OECD Health working papers, No. 43. Paris: OECD Publishing 2009. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-disparities-in-health-status-and-in-access-and-use-of-health-care-in-oecd-countries\\_225748084267](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-disparities-in-health-status-and-in-access-and-use-of-health-care-in-oecd-countries_225748084267).
2. Cheng TL, Goodman E. Race, ethnicity, and socioeconomic status in research on child health. *Pediatrics* 2015;135:e225–37.
3. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990–2005. *Obesity* 2008;16:275–84.
4. Currie J, Lin W. Chipping away at health: more on the relationship between income and child health. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:331–44.
5. Gong T, Lundholm C, Rejnö G, ym. Parental socioeconomic status, childhood asthma and medication use – a population-based study. *PLoS One* 2014;9:e106579.
6. Tolkkinen A, Madanat-Harjuoja L, Taskinen M, ym. Impact of parental socioeconomic factors on childhood cancer mortality: a population-based registry study. *Acta Oncol* 2018;57:1547–55.
7. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, ym. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018;391:1023–75.
8. Manderbacka K, Aalto AM, Kestilä L, ym. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimuksesta tiivistä 9/2017. [www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132346/](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132346/).
9. Shemeikka R, Rinne H, Manderbacka K, ym. Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 37/2014, s. 29–36.
10. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics* 2009;124 (Suppl 3):S265–74.
11. Suomen perustuslaki [11.6.1999/731]. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
12. Terveydenhuoltolaki [31.12.2010/1326]. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)