



Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014

Päälöydökset

- Tuloryhmien välillä on suuret erot kuolleisuudessa, mutta erot eivät enää viime vuosina ole kasvaneet.
- Kuolleisuus ennen 80. ikävuotta on ajanjaksolla 1996–2014 pienentynyt miehillä ja naisilla kaikissa tuloryhmissä.
- Itä- ja Pohjois-Suomessa ennenaikaiset kuolemat ovat edelleen yleisempiä kuin lännessä ja etelässä. Miehillä maakuntien väliset kuolleisuuserot ovat suuremmat kuin naisilla.
- Tuloryhmien kuolleisuusero on selkeä kaikissa maakunnissa, ja sen taustalla ovat erityisesti alkoholista ja verenkiertoelinten sairauksista johtuvat kuolemat.
- Pienituloisimmassa väestön viidenneksessä maakuntien väliset kuolleisuuserot ovat kaikkein suurimmat, erityisesti tarkasteltaessa alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia.

Kirjoittajat:

Suvi Parikka
Tutkija, THL

Tuija Martelin
Tutkimuspäällikkö, THL

Timo Koskela
Erikoissuunnittelija, THL

Tommi Härkänen
Tutkimuspäällikkö, THL

Katri Kilpeläinen
Kehittämispäällikkö, THL

Lasse Tarkiainen
Tutkijatohtori, HY

Seppo Koskinen
Tutkimusprofessori, THL

Johdanto

Suomessa väestöryhmien väliset terveyserot ovat suuria, ja niiden kaventaminen on jo pitkään ollut yksi terveystalouden keskeisistä päämääristä. Sukupuolten välisten terveyserojen lisäksi eroja on esimerkiksi alueiden ja sosioekonomisten ryhmien välillä, ja ne ovat varsin johdonmukaisia lähes riippumatta siitä, millaisella mittarilla terveyttä mitataan.

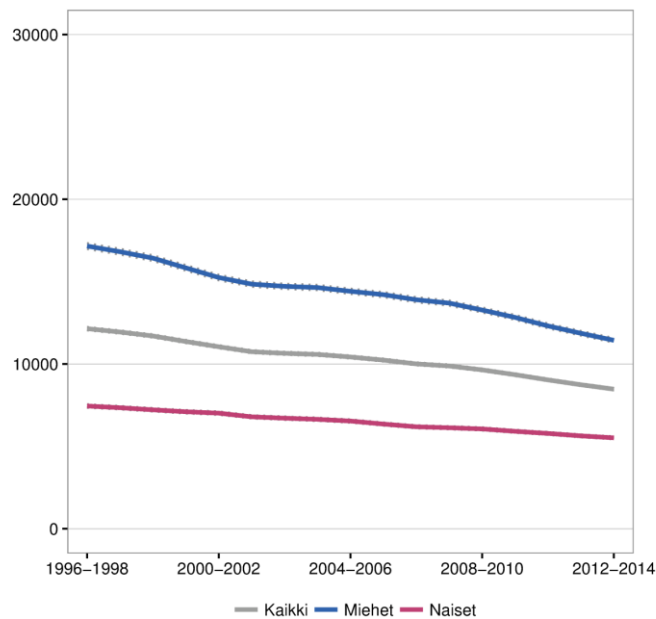
Kuolleisuus on yksi yleisimmistä käytetyistä terveysosoittimista. Kuolleisuuseroista voidaan saada koko väestöä koskevaa tietoa yhdistämällä tietoa eri rekistereistä. Tutkimuksissa on havaittu, että erojen kaventamisyrittämisestä huolimatta erot elinajanodotteessa ovat pikemminkin kasvaneet 1980-luvulta aina viime vuosikymmenen loppupuoliskolle saakka erityisesti tuloryhmien mutta myös koulutusryhmien välillä (Valkonen ym. 2007; Tarkiainen ym. 2011; Tarkiainen ym. 2017).

Väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen on yksi sote-uudistuksen keskeisistä tavoitteista. Vuodesta 2019 alkaen maakunnille tulee velvoite seurata alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä (Maakuntalaki, luonnos 22.12.2016, 136§), ja niiden on valtuustokausittain valmisteltava alueellinen hyvinvointikertomus (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, luonnos 22.12.2016, 8 §). Lakiehdotus antaa maakunnille keskeisen roolin eriarvoisuuden seurannassa: ”Alueellisessa hyvinvointikertomuksessa tulee erityisesti kiinnittää huomiota väestöryhmien välisten sekä alueellisten hyvinvointi- ja terveyserojen tarkasteluun.” Maakunnittaiset tiedot kuolleisuuseroista tarjoavat tärkeän lähtökohdan tähän tehtävään.

Tässä artikkelissa kuvataan kuolleisuuden tuloryhmittäisten erojen kehitystä koko maassa jaksolla 1996–2014 sekä eroja maakunnittain. Kuolleisuuden mittarina käytetään menetettyjä elinvuosia (PYLL, Potential Years of Life Lost) ikävälillä 25–80 vuotta. Kokonaiskuolleisuuden ohella tarkastellaan keskeisiä kuolemansyryhmiä. Tulokset perustuvat Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen Tilastokeskukselta tilaamaan rekisteriaineistoon, joka on muodostettu kansallisista rekistereistä koottuja tietoja yhdistämällä. Laskelmat on tehty THL:ssä, ja tulokset on julkaistu THL:n Terveystemme.fi-palvelussa.

Kuolleisuuden tuloryhmittäisten erojen kasvu taittunut

Menetetyt elinvuodet ikävälillä 25–80 vuotta ovat vähentyneet jaksolla 1996–2014 (Kuva 1). Myönteinen kehitys on ollut miehillä nopeampaa kuin naisilla, minkä ansioista sukupuolten välinen ero on kaventunut kahden viime vuosikymmenen aikana. Miehillä ennenaikainen kuolleisuus on kuitenkin edelleen selkeästi suurempi kuin naisilla. Jaksolla 2012–14 kuolemat ikävälillä 25–80 vuotta aiheuttivat koko maassa miehillä noin 11 600 elinvuoden menetyksen 100 000 henkilöä kohden, naisilla vastaava menetys oli noin 5 500 elinvuotta.



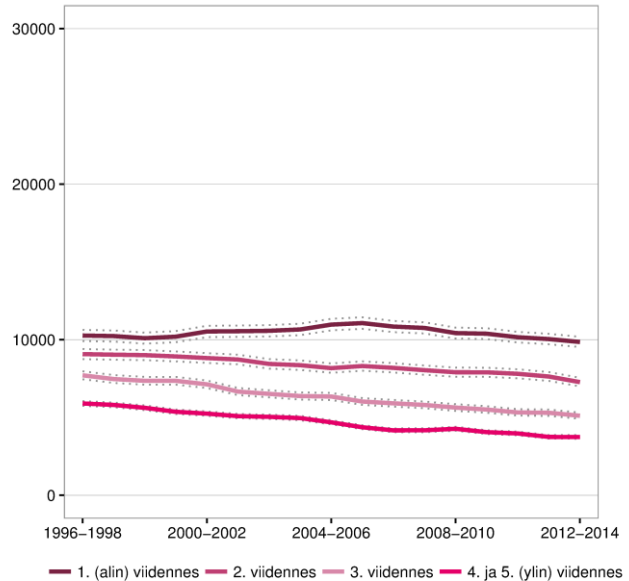
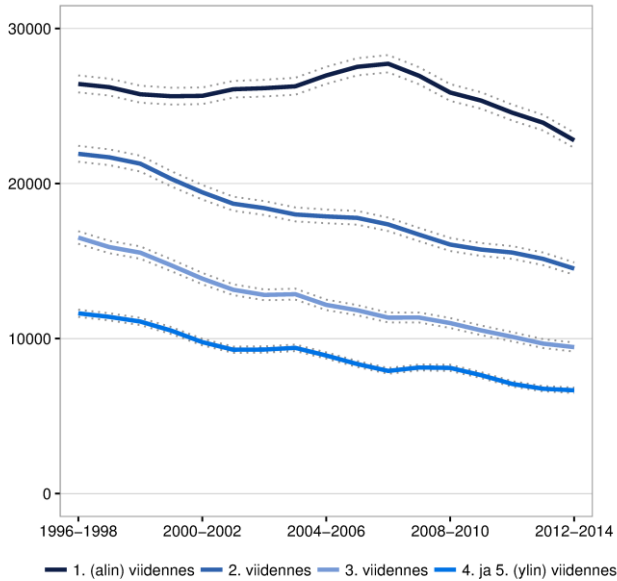
Kuvio 1. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v./100 000 vastaavanikäistä koko maassa sukupuolittain ajanjaksolla 1996–2014

Mikä on PYLL-indeksi?

Indeksi ilmaisee tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän väestössä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti. Indeksissä painottuvat erityisesti sellaiset terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat, jotka lisäävät kuoleman riskiä nuoremmissa ikäryhmissä. Ennenaikaisen kuoleman yläikäraja on THL:n tuottamassa PYLL-indeksissä asetettu 80 vuoteen, joka vastaa suomalaisen elinajanodotetta. Sosioekonomisten kuolleisuuserojen tarkastelussa alarajaksi on valittu 25 vuotta, koska suurella osalla sitä nuoremmista koulutus on vielä kesken ja työvoimaan kuuluvien osuus on selvästi pienempi kuin vanhemmissa ikäryhmissä.

Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot ovat erityisen suuret miehillä. Tarkasteluajanjaksolla erot kasvoivat 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puoleenväliin saakka (Kuvio 2). Sen jälkeen menetettyjen elinvuosien erojen kasvu kuitenkin pysähtyi, ja erot ovat hieman kaventuneet. Jaksolla 2012–14 pienituloisimpaan viidennekseen kuuluvien miesten ryhmässä menetettyjen elinvuosien väestöön suhteutettu määrä oli kolminkertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 %:iin. Naisilla menetettyjen elinvuosien määrä oli yli kaksinkertainen pienituloisimmassa viidenneksessä suurituloisimpaan 40 %:iin verrattuna. Naisilla menetetyt elinvuodet pienituloisimmassa viidenneksessä olivat jaksolla 2012–2014 kuitenkin edelleen lähes samalla tasolla kuin 1990-luvun puolivälissä, kun taas muissa tuloryhmissä naisten kuolleisuus pienentyi tutkimusjaksolla.

Tarkiainen ym. (2017) tutkimuksessa on tarkasteltu 2010-luvulla havaittua sosioekonomisten ryhmien välisten elinajanodote-erojen kasvun pysähtymisen ja hienoisesta kaventumisesta taustalla olevia kuolemansyitä. Tulosten mukaan kuolleisuuserojen kaventumiseen vaikutti varsinkin alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden väheneminen alimmissa tuloviidenneksessä, mikä näkyi erityisesti työikäisillä miehillä. Alkoholin suuri merkitys kuolleisuuserojen kehityksessä korostui, kun otettiin huomioon kuolemat, joissa alkoholisairaus tai päihtymys on ollut myötävaikuttavana tekijänä. Tulosten mukaan myös osa verenkiertoelinten sairauksiin, tapaturmiin ja väkivaltaisiin syihin liittyvän kuolleisuuden positiivisesta kehityksestä saattaa olla yhteydessä vähentyneeseen alkoholinkulutukseen (Tarkiainen ym. 2017). Vertailtavat ajankohdat, tuloryhmät, kuolemansyyluokitus ja kuolleisuusmittari ovat tässä tutkimuksessa erilaiset, mutta samat tekijät selittävät pääosan erojen kasvun pysähtymisestä myös menetettyjä elinvuosia tarkasteltaessa.

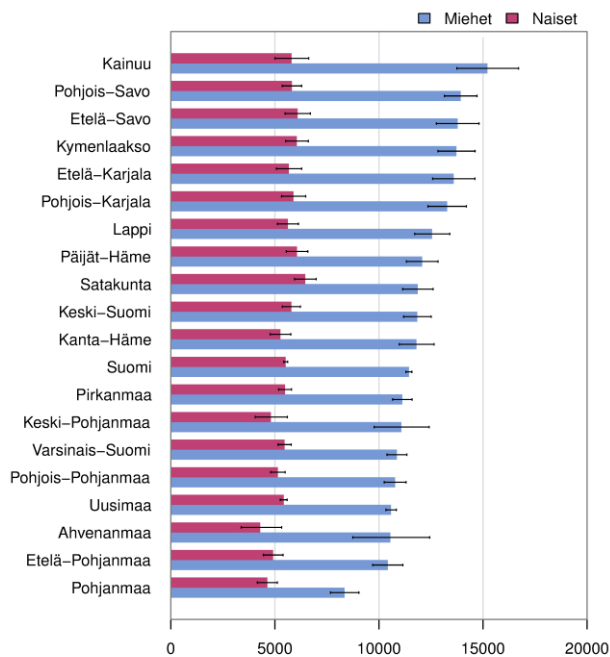


Kuvio 2.

Miesten (vasemmalla) ja naisten (oikealla) menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v./100 000 vastaavanikäistä koko maassa ajanjaksolla 1996–2014 tuloryhmittäin.

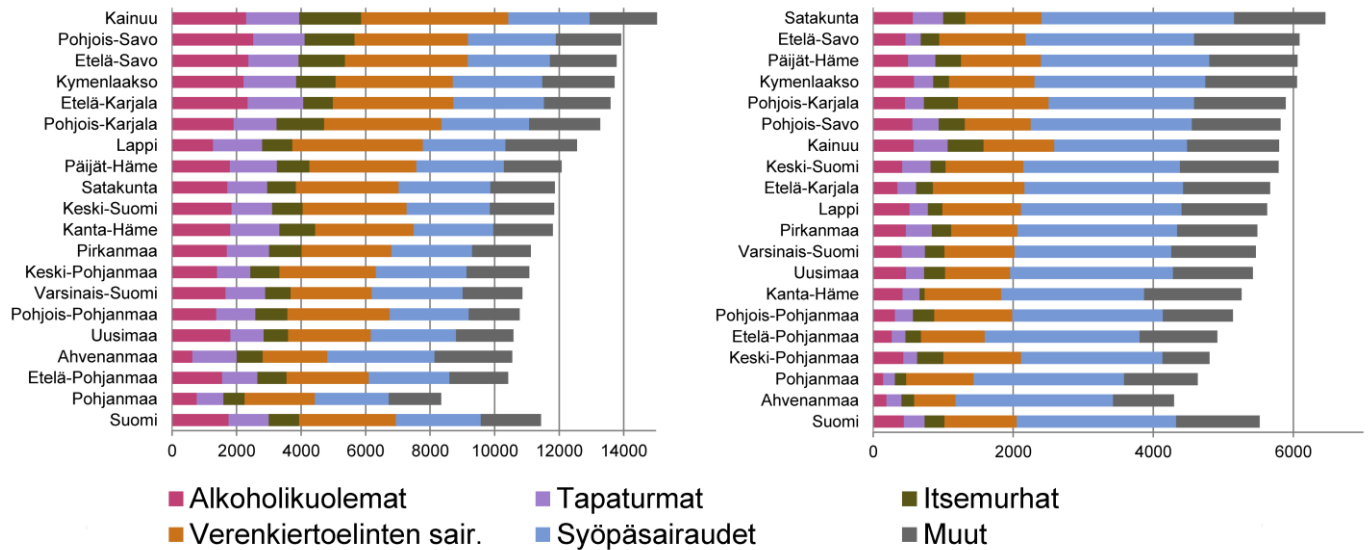
Maakuntien välillä edelleen suuret kuolleisuuserot

Miehillä PYLL-indeksi oli jaksolla 2012–14 Itä- ja Pohjois-Suomen maakunnissa korkeampi kuin koko maassa keskimäärin ja Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla sekä Uudellamaalla puolestaan matalampi kuin koko maassa (Kuvio 3). Naisilla alueelliset erot olivat pääosin samansuuntaiset kuin miehillä, mutta pienemmät. Kainuussa ennenaikainen kuolleisuus aiheutti miehillä noin 15 200 elinvuoden menetyksen 100 000 henkilöä kohden. Kainuun miesten PYLL-indeksi oli 1,8-kertainen suhteessa Pohjanmaan vastaavaan lukuun. Naisilla ennenaikainen kuolleisuus oli korkeinta Satakunnassa (noin 6500 menetettyä elinvuotta), jossa indeksi oli 1,4-kertainen verrattuna Pohjanmaan vastaavaan lukuun.



Kuvio 3.

Kaikki kuolemansyyt, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v./100 000 vastaavanikäistä maakunnittain ja sukupuolittain ajanjaksolla 2012–2014.



Kuvio 4.

Miesten (vasemmalla) ja naisten (oikealla) menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v./100 000 vastaavanikäistä kuolinsyryryhmittäin ja maakunnittain ajanjaksolla 2012–2014.

Eniten menetettyjä elinvuosia ikävälillä 25–80 vuotta aiheuttivat ajanjaksolla 2012–2014 verenkiertoelinten sairaudet (miehet 26 %, naiset 19 %) sekä syöpäsairaudet (miehet 23 %, naiset 41 %; Kuvio 4). Alkoholisyyden osuus oli miehillä 15 % ja naisilla 8 %. Myös tapaturmien ja itsemurhien osuus oli miehillä suurempi kuin naisilla (19 % vs. 10 %).

Maakuntien välillä on merkittävää vaihtelua eri kuolemansyiden aiheuttamien menetettyjen elinvuosien määrissä. Alkoholikuolemat aiheuttivat miehillä eniten elinvuosien menetyksiä Pohjois- ja Etelä-Savossa, Etelä-Karjalassa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa. Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettiin eniten elinvuosia Kainuussa, Lapissa, Etelä-Savossa, Etelä- ja Pohjois-Karjalassa, Kymenlaaksossa ja Pohjois-Savossa. Kainuu erottui muista maakunnista myös miesten korkean itsemurhakuolleisuuden vuoksi. Tapaturmien vuoksi eniten elinvuosia menetettiin puolestaan Etelä-Karjalassa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa.

Naisilla alkoholikuolemat aiheuttivat eniten elinvuosien menetyksiä Kymenlaaksossa, Kainuussa, Satakunnassa ja Pohjois-Savossa. Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettiin elinvuosia eniten Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa, Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa. Naisilla itsemurhakuolleisuus oli korkeinta Kainuussa ja Pohjois-Karjalassa. Tapaturmien vuoksi eniten elinvuosia menetettiin puolestaan Kainuussa ja Satakunnassa; pienten lukumäärien vuoksi itsemurha- ja tapaturmakuolleisuuteen liittyy kuitenkin paljon satunnaisvaihtelua näissä maakunnissa. Sekä naisilla että miehillä syöpäsairauksien aiheuttaman ennenaikaisen kuolleisuuden maakunnittaiset erot olivat melko pieniä.

Näin tutkimus tehtiin:

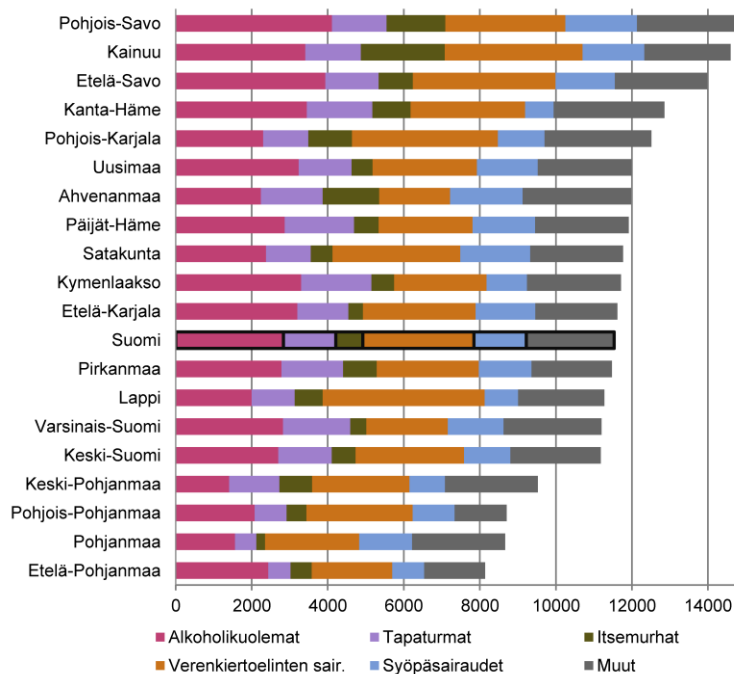
Tilastokeskuksen väestönlaskenta- ja kuolinsyrekisteritietoja yhdistämällä tehty aineisto kattaa vakinaisesti Suomessa asuvan 25 vuotta täyttäneen väestön vuosina 1996–2014. Vuosittaiset kuolemantapaukset ja henkilövuodet laskettiin erikseen sukupuolen, 5-vuotiskäryhmän, alueen ja koulutuksen mukaan. Asuntokunnan käytävissä olevat tulot mitattiin vuosina 1995, 2000, 2005 ja 2010 ja kunkin henkilön tulokymmenys määritettiin erikseen miehille ja naisille. Kuolemantapaukset ja henkilövuodet laskettiin vuosittain käyttäen tuoreinta tulotietoa. Käytävissä olevat tulot sisältävät kaikkien asuntokunnan jäsenten palkka- ja pääomatulot sekä tulonsiirrot, ja niistä on vähennetty maksetut verot. Yhteenlasketut tulot jaettiin asuntokunnan kulutussyksikköjen määrällä. Laitosväestön kohdalla käytettiin henkilökohtaisia käytävissä olevia tuloja. Henkilöt, joilla ei ollut lainkaan henkilökohtaisia tai asuntokunnan tuloja tai joiden tuloista ei ollut tietoja (alle 0,5 % henkilövuosista) poistettiin aineistosta tuloanalyysien kohdalla.

Kuolemantapaukset ryhmiteltiin peruskuolemansyyhin mukaan Tilastokeskuksen 54-luokkaiseen kuolemansyyluokitukseen perustuen. Tutkimuksessa käytetyt viisi luokkaa olivat alkoholikuolemat, verenkiertoelinten sairaudet, tapaturmat (pois lukien alkoholi-myrrytys), itsemurha ja syöpäsairaudet. Aluetason tuloksia varten yhdistettiin kolmen peräkkäisen vuoden tiedot riittävän tapausmäärän varmistamiseksi.

Kuolemanvaaraluvut laskettiin kuolemantapausten lukumäärän ja henkilövuosien osamääränä 5-vuotiskäryhmittäin. Luottamusvälit laskettiin käyttämällä Monte Carlo -menetelmää.

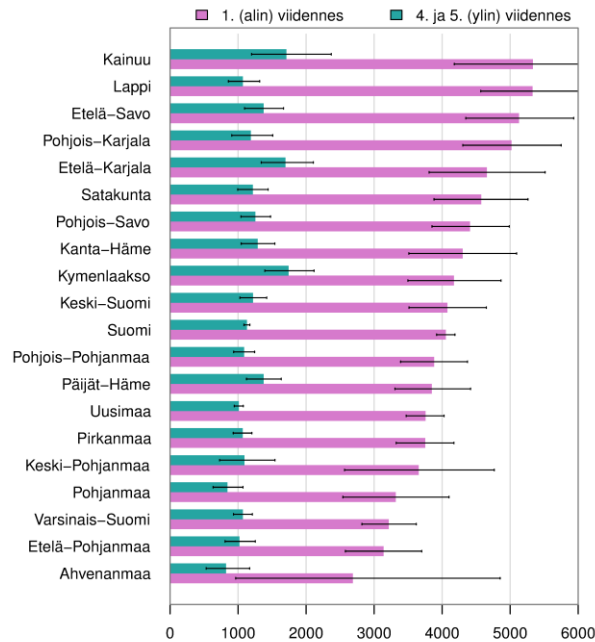
Verenkiertoelinten sairaudet ja alkoholikuolemat aiheuttivat suuren osan tuloryhmien kuolleisuuseroista myös maakunnissa

Tuloryhmien väliset ennen aikaisen kuolleisuuden erot näkyivät johdonmukaisesti kaikissa maakunnissa jaksolla 2012–14 (Kuvio 5). Kainuun ja Etelä- ja Pohjois-Savon maakunnissa tuloryhmien väliset erot olivat kaikkein suurimmat. Menetettyjen elinvuosien määrä oli näissä maakunnissa alimmassa tuloviidenneksessä yli 3,5-kertainen ylimpään tuloryhmään (eli kahteen ylimpään tuloviidennekseen) verrattuna, kun taas Etelä-Pohjanmaalla – jossa ero oli pienin – vastaava suhdeluku oli 2,5. Myös Pohjanmaan sekä Keski- ja Pohjois-Pohjanmaan maakuntia luonnehtivat maan keskitasoa pienempi ennen aikainen kuolleisuus ja kapeammat tuloryhmien väliset erot. Alkoholit ja verenkiertoelinten sairaudet olivat sekä koko maassa että lähes kaikissa maakunnissa tuloryhmien välisen kuolleisuuserojen tärkeimmät syyt, minkä vuoksi niitä tarkastellaan seuraavassa tarkemmin.



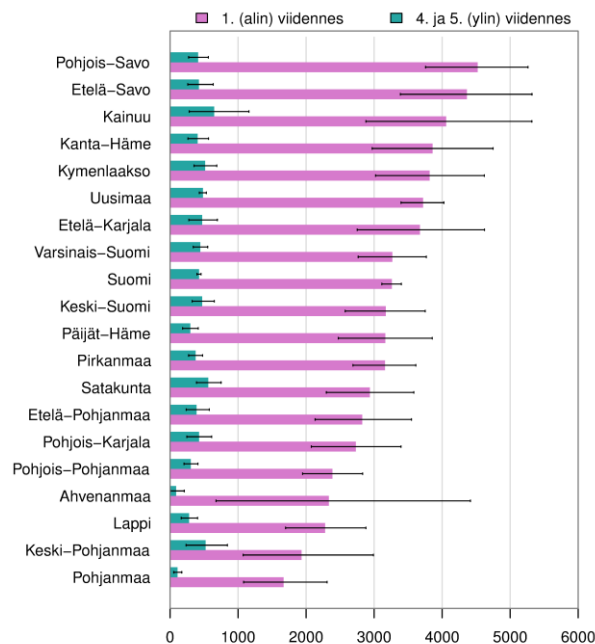
Kuvio 5. Tuloryhmien (alin tuloviidennes vs. ylin 40 %) väliset erot menetetyissä elinvuosissa (PYLL) kuolemansyittäin ikävälillä 25–80 v. /100 000 vastaavanikäistä maakunnittain jaksolla 2012–2014.

Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien ero tuloryhmi- en välillä oli sekä absoluuttisesti että suhteellisesti suurin Lapissa, missä pienituloisimman viidenneksen verenkiertoelinten sairauksien PYLL-indeksi oli lähes viisinkertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 %:iin (Kuvio 6). Alue-erot verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetetyissä elinvuosissa olivat suuret varsinkin pienituloisimmassa viidenneksessä: Kainuussa, Lapissa, Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa elinvuosia menetettiin enemmän kuin koko maassa keskimäärin ja Etelä-Pohjanmaalla, Varsinais-Suomessa ja Pohjanmaalla puolestaan vähemmän kuin koko maassa. Suurituloisimpaan 40 %:iin kuuluvilla verenkiertoelinten sairauksien PYLL-indeksi oli koko maan tasoa korkeampi Kainuussa, Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa.



Kuvio 6. Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v. /100 000 vastaavanikäistä maakunnittain ja tuloluokittain ajanjaksolla 2012–2014.

Alkoholikuolemien takia menetetyissä elinvuosissa oli kaikkein suurimmat erot pienituloisimman viidenneksen ja suurituloisimman 40 %:n välillä (Kuvio 7). Alueerot korostuivat erityisesti pienituloisimmassa viidenneksessä. Pienituloisimmassa viidenneksessä alkoholikuolemien PYLL-indeksi oli Pohjois-Savossa, Etelä-Savossa, Kainuussa, Kanta-Hämeessä, Kymenlaaksossa, Uudellamaalla ja Etelä-Karjalassa suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Näistä Pohjois- ja Etelä-Savossa alkoholikuolemien aiheuttama elinvuosien menetys oli pienituloisimmassa viidenneksessä kymmenkertainen suurituloisimpaan 40 %:iin verrattuna. Suurituloisimpaan 40 %:iin kuuluvilla 25 vuotta täyttäneillä alkoholikuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet jakautuivat melko tasaisesti maakuntien välillä lukuun ottamatta Pohjanmaan ja Ahvenanmaan maakuntia, joissa suurituloisten alkoholikuolleisuuden PYLL-indeksi oli selkeästi alle maan keskitason.



Kuvio 7. Alkoholikuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 v. /100 000 vastaavanikäistä maakunnittain ja tuloluokittain ajanjaksolla 2012–2014.

KIRJALLISUUTTA

Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, Remes H. Pitkään jatku-
nut sosiaaliryhmien välisten
elinajanodote-erojen kasvu on
pääosin pysähtynyt 2010-luvulla.
Suomen lääkärilehti
2017;72(9):53–59.

Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen
M. Sosioekonomiset erot alkoholi-
kuolleisuudessa ja alkoholin käy-
tössä. Tutkimuksesta tiiviisti
4/2017. THL, Helsinki.

Koskinen S, Puska P. SOTE ja alu-
eelliset terveyserot. Erikoislääkäri
2017;27(1):24–27.

Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann
R. What causes health inequality?
A systematic review on the
relative importance of social
causation and health selection.
European Journal of Public Health
2015;25(6):951–960.

Tarkiainen L, Martikainen P, Re-
mes H, Valkonen T. Tuloluokkien
väliset erot elinajanodotteessa
ovat kasvaneet vuosina 1988–
2007. Suomen lääkärilehti
2011;66(48):3651–3657.

Valkonen T, Ahonen H, Martikai-
nen P, Remes H. Sosioekonomiset
kuolleisuuserot. Teoksessa: Pa-
losuo H, Koskinen S, Lahelma E,
Prättälä R, Martelin T, Ostamo A,
Keskimäki I, Sihto M, Talala K,
Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.)
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen
socioekonomisten terveyserojen
muutokset 1980–2005. Helsinki
2007, Sosiaali- ja terveysministeri-
ön julkaisuja 2007:23, s. 44–64.

Tämän julkaisun viite

Parikka S, Martelin T, Koskela T,
Härkänen T, Kilpeläinen K, Tarkiai-
nen L, Koskinen S. Tuloryhmien
väliset kuolleisuuserot maakun-
nissa 1996–2014. Tutkimuksesta
tiiviisti 5/2017. THL, Helsinki.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen
laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-831-9
ISSN 2323-5179

<http://www.thl.fi/hyvinvointi-ja-terveyserot>

Myös muissa kuolemansyissä tuloryhmien väliset erot olivat johdonmukaisia kaikissa maakunnissa. Tapaturmien vuoksi menetettyjä elinvuosia oli alimmassa tuloviidenneksessä eniten Kymenlaaksossa, Kanta-Hämeessä ja Päijät-Hämeessä; itsemurhissa puolestaan Kainuu, Pohjois-Savo ja Pohjois-Karjala olivat synkimmät alueet. Syöpäkuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien alue- ja tuloryhmäerot olivat pienempiä kuin muissa kuolemansyissä, ja alueerot olivat lisäksi osittain erityyppisiä: esimerkiksi Kainuussa menetetttiin sekä alimmassa että ylimmässä tuloryhmässä syöpätautien vuoksi vähemmän elinvuosia kuin koko maassa keskimäärin. (ks. www.terveytemme.fi)

Yhteenveto

Ennenaikainen kuolleisuus on pienentynyt miehillä ja naisilla kaikissa tuloryhmissä 20 viime vuoden aikana. Tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu pysähtyi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmen loppupuolella, ja erot ovat sen jälkeen hieman kaventuneet. Pääosa kuolleisuuserojen kaventumisesta selittyy alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähenemisellä alimmassa tuloviidenneksessä erityisesti työikäisillä miehillä (Tarkiainen ym. 2017). Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot ovat kuitenkin edelleen suuret.

Tämän tutkimuksen valossa myös maakuntien väliset kuolleisuuserot ovat suuria erityisesti miehillä. Itä- ja Pohjois-Suomessa ennenaikaiset kuolemat ovat edelleen yleisempiä kuin lännessä ja etelässä. Tuloryhmien väliset erot näkyvät johdonmukaisina kaikissa maakunnissa, ja kaikkein korostuneimpia ne ovat Pohjois- ja Etelä-Savossa sekä Kainuussa. Verenkiertoelinten taudit ja alkoholikuolemat ovat merkittävimmit tuloryhmien kuolleisuuseroja selittävät tekijät. Jos koko maassa ja kaikissa tuloryhmissä saavutettaisiin yhtä hyvä tilanne kuin tällä hetkellä edullisimmassa asemassa olevassa väestöryhmässä eli Pohjanmaan suurituloisimmassa 40 %:ssa, menetettyjen elinvuosien määrä koko väestössä pieneneisi lähes puoleen nykytilanteeseen verrattuna. Vastavasti verenkiertoelinten tautien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä pieneneisi miltei 60 %, ja alkoholikuolemien aiheuttamat elinvuosien menetykset supistuisivat peräti kymmenesosaan nykyisestä.

Alueittaisten kuolleisuuserojen syntymekanismit ovat monimutkaisia ja liittyvät usein alueen sosioekonomiseen väestörakenteeseen ja muuttoliikkeeseen, joka saattaa olla valikoitunutta terveyden mukaan. Myös sosioekonomisten terveyserojen taustalla on useita tekijöitä: heikko sosiaalinen asema voi erilaisien mekanismien välityksellä johtaa huonoon terveyteen ja ennenaikaisen kuoleman riskin kasvuun, mutta toisaalta terveysongelmat voivat heikentää henkilön sosiaalista asemaa (Kröger ym. 2015).

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen. Sekä alueellisen että sosioekonomisen eriarvoisuuden kaventamisessa tärkeitä ovat valtakunnan tasoiset ratkaisut, kuten alkoholi-, tupakka-, koulutus- ja työvoimapolitiittiset toimenpiteet. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa alueellisen eriarvoisuuden kaventaminen edellyttää sitä, että resursseja suunnataan etenkin niille alueille, missä kuolleisuuden taso ja tuloryhmien välinen eriarvoisuus on suurinta. (Mäkelä ym. 2017; Koskinen ja Puska 2017). Erityisesti alkoholihaittojen ja mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa tärkeitä ovat myös riittävät monialaiset palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertainen saatavuus. Pienituloisimpien kohdalla haasteena on etenkin haja-asutusalueilla huolehtia matalan kynnyksen lähipalveluiden saavutettavuudesta.