



Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria

SUOMEN SOSIAALINEN TILA 3/2017

Pääviestit

- Terveys vaihtelee tulotason mukaan useimmilla terveysmittareilla tarkasteltuna
- Tuloryhmien välisten terveyserojen suuruus on vaihdellut, mutta ne ovat säilyneet merkittävänä
- Tässä raportissa tarkastelluista indikaattoreista suurimmat terveyserot tuloryhmien välillä ovat menetyksissä elinvuosissa, pienimmät kansantaudeissa
- Avohoidon lääkäripalveluiden käytössä ei havaita tuloryhmien välisiä eroja, mutta kun palvelujen tarve otetaan huomioon, suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisia enemmän, sillä työterveyshuolto ja yksityiset palvelut ovat paremmin saatavilla
- Tuloryhmien väliset terveyserot eivät johdu vain koulutuksen ja ammattiaseman kaltaisten sosiaalisten taustatekijöiden eroista, vaan taustalla voivat olla myös mm. lapsuuden ja nuoruuden olot ja kokemukset
- Tuloryhmittäisten terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla

Kirjoittajat:

Karvonen Sakari
tutkimusprofessori, THL
Martelin Tuija
tutkimuspäällikkö, THL
Kestilä Laura
tutkimuspäällikkö, THL
Junna Liina
tutkija, Helsingin yliopisto

Tässä raportissa kuvataan terveyden tuloryhmittäisiä eroja, niiden muutoksia ja erojen taustalla olevia tekijöitä. Vaikka muita terveyseroja, joilla tarkoitetaan yleisesti sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveydentilassa, on tarkasteltu varsin runsaasti, on tulojen mukaisia tarkasteluja vähemmän eikä tuloksia ole koottu yhteen. Tämä raportti kokoaa yhteen tärkeimpiä tutkimustuloksia terveyden tuloryhmittäisistä eroista, ja se sisältää myös aiemmin julkaisemattomia tietoja mm. koetun terveyden erojen kehityksestä. Terveyden eriarvoisuutta tarkastellaan monipuolisesti usean indikaattorin ja aineiston avulla. Raportin lopuksi pohditaan keinoja terveyden tuloryhmittäisten erojen kaventamiseksi.

SUOMALAISTEN TERVEYS PARANTUNUT, MUTTA TERVEYSEROT SITKEÄSSÄ

Väestöryhmien välillä on sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaisia eroja terveydessä. Erityisen suuret erot on havaittavissa sosioekonomisten ryhmien välillä, eli tarkasteltaessa terveyden vaihtelua esimerkiksi koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen mukaisesti. Terveyseroja on tutkittu pitkään ja ne ovat olleet myös politiikassa vahvasti esillä.

Terveyden tasa-arvon näkökulmasta eriarvoisuus on sellaista terveyden vaihtelua, jonka voidaan katsoa olevan epäoikeudenmukaista ja myös vältettävissä olevaa. Kyse ei ole siis kaikista terveydessä havaituista eroista, vaan erityisesti sellaisista eroista, joiden syntyä ei voi pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tuloksena ja joihin yhteiskunnalliset tekijät merkittävästi vaikuttavat. Vaikka terveyserojen kaventaminen on ollut suomalaisessa terveystaloudessa tärkeä painopistealue jo pitkään, erityisesti politiikkaohjelmien tasolla, ovat terveyden sosioekonomiset erot olleet varsin pysyviä ja jopa kasvaneet. Terveyserojen kasvuun on vaikuttanut se, että huono-osaisimpien väestöryhmien terveyden ja hyvinvoinnin kehitys on ollut hitaampaa kuin muiden väestöryhmien.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa yhä selvempiä ja kansainvälistikin katsottuna suuria (OECD 2016, 73). Suomalaisten terveys on kuitenkin yleisesti kehittynyt varsin myönteisesti viimeisten vuosikymmenten aikana usean mittarin mukaan tarkasteltuna. Myönteinen kehitys näkyy esimerkiksi elinajanodotteen pitenemisenä. Lisäksi suomalaiset kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja pitkäaikaissairaiden osuus on pienentynyt. Edelleen esimerkiksi lapsi- ja imeväiskuolleisuus ovat Suomessa maailman pienimpiä ja lasten terveydentila yleisesti erittäin hyvä kansainvälistikin tarkasteltuna.

Huolta myönteisen kehityksen jatkumisesta tulevaisuudessa on kuitenkin esitetty: monet terveydentilassa ja elintavoissa näkyvät suotuisat muutokset ovat selvimpiä iäkkäässä ja keski-ikäisessä väestössä, ja nuorimmassa 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä myönteiset muutokset ovat vähäisempiä (Koskinen ym. 2012).

Elinolot ja kuolemansyyt (EKSY) -rekisteriaineisto

Kuolleisuutta kuvaavat tunnusluvut (PYLL ja elinajanodote, ks. kuvaukset tarkemmin liitteestä 1) perustuvat Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen Tilastokeskukselta tilaamaan Elinolot ja kuolemansyyt (EKSY) -rekisteriaineistoon, joka on muodostettu kansallisista rekistereistä koottuja tietoja yhdistämällä. Laskelmat on tehty THL:ssä, ja tiedot on julkaistu THL:n Terveytemme.fi -palvelussa.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aikuisväestölle suunnattu kyselytutkimus, jonka aineistot kerättiin vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Terveystiedot kysyttiin puhelimitse ja rekistereistä täydennettiin vastaajien tulotiedot. Aineisto edustaa 18–79 -vuotiaita Suomessa vakituisesti asuvia henkilöitä. Viimeisimmässä, vuoden 2013 aineistossa oli 4 226 vastaajaa ja vastanneiden osuus oli 72,3 %.

Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH, sittemmin FinSote)

Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH, sittemmin FinSote) on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama kyselytutkimus, jonka avulla seurataan hyvinvoinnissa, terveydessä, palvelujen tarpeessa, palvelujen käytössä ja niiden riittävydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä. Tutkimus käynnistyi vuonna 2010, ja se toteutetaan vuosittain kansallisena (otoskoko 10 000). Joka neljäs vuosi otoskoko kasvatetaan yhteistyössä alueiden ja kuntien kanssa niin, että muutoksia voidaan seurata myös kunta- ja aluetasolla. Tässä artikkelissa on käytetty vuosien 2013–2015 aineistoja, joissa vastanneiden osuus oli 53 %.

Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat johdonmukaisia ja ne näkyvät esimerkiksi kuolleisuudessa, somaattisessa sairastavuudessa ja koetussa terveydentilassa. Selviä sosiaaliryhmittäisiä eroja havaitaan myös terveyspalvelujen käytössä sekä useissa terveyden kannalta haitallisissa elintavoissa. Sitä mukaa kun kansantautien riskitekijät ovat vähentyneet, väestön yleinen terveydentila on kohentunut. Yksi merkittävä esimerkki terveydelle haitallisten elintapojen muutosista on aikuisten ja nuorten tupakoinnin väheneminen viimeisen vuosikymmenen aikana. (Koskinen ym. 2012; Kinnunen ym. 2017).

TERVEYDEN TULORYHMITTÄISET EROT NÄKYVÄT USEILLA TERVEYSVASTEILLA

Terveydentilaa on hyödyllistä tarkastella usean indikaattorin avulla terveyden eri ulottuvuuksien tavoittamiseksi. Kuolleisuus on ehdottomin huonon terveyden osoitin, mutta se kuvastaa useimmissa tapauksissa elämänkulun mittaan kasautuneiden vaikutusten päätepistettä tai lopputulosta. Kuolinsyiden mukainen tarkastelu kuvaa kokonaiskuolleisuutta vivahteikkaammin kuolemaan johtanutta kehitystä. Esimerkiksi itsemurhan taustalla on erilaisia tekijöitä kuin vaikkapa verenkiertoelinten tautikuolleisuuden.

Terveydentilaa voidaan tarkastella myös omaan arvioon perustuen koettuna terveytenä, tai ihmisten raportoimien oireiden, lääkärin toteamien sairauksien tai mielenterveyttä kuvaavien indikaattoreiden avulla. Näissä tiedoissa havaittuja tuloryhmien välisiä eroja on koottu eri tutkimuksista taulukkoon 1.

Taulukko 1. Tuloryhmittäiset erot eri terveysvasteissa sekä alimman ja ylimmän tuloryhmän suhde

Terveysvaste	Tuloviidennes					Alin/ ylin
	Ylin	Toiseksi ylin	Keskimmäinen	Toiseksi alin	Alin	
Menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 henkilöä kohti (PYLL)¹	5 181		7 261	11 008	16 713	3,2
Koettu terveys kesinkertainen tai huonompi², %	16,3	19,8	25,0	24,8	35,2	2,2
Koettu terveys huono³, %	10,9	12,5	13,4	16,7	18,4	1,7
Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus³, %	8,8	9,4	10,4	11,8	14,9	1,7
Vähintään neljä koettua oiretta³, %	28,1	28,4	32,0	34,6	35,9	1,3
Jokin vakava kansantauti³, %	58,7	61,2	63,0	66,7	62,3	1,1
Terveyspalvelujen käyttö⁴, %	69,3	70,0	70,2	70,0	68,9	1,0

¹ Väestörekisteri- ja kuolleisuustiedot, Tilastokeskus, ² HYPA 2013, ³ ATH 2013–15, ⁴ ATH 2014

Kotitalouden kulutusyksikkö

OECD:n kotitalouden kulutusyksikkökohtaisen tulon laskaavassa kotitalouden yhteenlasketut tulot jaetaan sen jäsenten määrällä ja painotetaan iän mukaan. Kulutusyksikkökohtainen tulo tekee mahdolliseksi erikokoisten ja eri-ikäisistä henkilöistä koostuvien kotitalouksien tulojen vertailun ja huomioi yhteiskäytöstä koituvan taloudellisen hyödyn.

Kotitalouden ensimmäinen täysikäinen henkilö saa painoarvon 1, muut yli 17-vuotiaat painon 0,7 ja alle 18-vuotiaat painon 0,5.
<http://www.oecd.org/eco/growth/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf>

Väestö on siinä jaettu viiteen yhtä suureen tuloryhmään kotitalouden käytävissä olevien tulojen mukaan ottaen huomioon niin sanotut kulutusyksiköt. Tuloryhmittäisten erojen suuruutta kuvataan ylimmän ja alimman tuloryhmän suhteella. Menetettyjen elinvuosien – PYLL-mittari – kohdalla kaksi suurituloisinta viidennestä on taulukossa yhdistetty ylimmäksi tuloryhmäksi.

Ennenaikaista kuolleisuutta kuvaavassa PYLL-indeksissä (*Potential Years of Life Lost* eli menetetyt elinvuodet, ks. liite 1) tuloryhmien välinen suhteellinen ero on tarkasteltavista mittareista kaikkein selvin: alimmassa tulokvintiilissä ikävällillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien määrä on yli kolminkertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 prosenttiin. Erosta noin neljännes liittyy alkoholi-kuolemiin ja yhtä suuri osuus verenkiertoelinten tauteihin, tapaturmaiset kuolemat ja itsemurhat kattavat eroista yhteensä lähes viidesosan.

Tuloryhmien väliset erot ovat erityisen korostuneita alkoholiin liittyvissä kuolinsyissä: niiden vuoksi ikävällillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 vastaavanikäistä kohti on alimmassa tuloviidenneksessä jaksolla 2012–2014 miltei kahdeksankertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 prosenttiin. Verenkiertoelinten tauteihin liittyvissä kuolemissa vastaava luku on 3,6 ja syöpäkuolemissa 1,7. Ennenaikaisen kuolleisuuden tuloryhmittäistä vaihtelua on tarkasteltu monipuolisemmin aikaisemmin julkaistussa raportissa, joka perustuu THL:n Terveyspalvelussa esitettyihin tietoihin. (Parikka ym. 2017.)

Koetun terveyden ja mielenterveyden erot suuria

Suuria suhteellisia tuloryhmien välisiä eroja ilmenee myös koetussa terveydessä ja mielenterveydeltään kuormittuneiden osuuksissa. Puhelinhaastatteluna tehdyn ja koko suomalaista väestöä edustavan Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen mukaan keskinkertainen tai sitä huonompi koettu terveys oli vuonna 2013 yli kaksi kertaa yleisempää alimmassa kuin ylimmässä tuloviidenneksessä. Samansuuntainen tulos saadaan myös vuosina 2013–15 kerätystä Alueellinen terveys ja hyvinvointi (ATH) -postikyselystä, mutta menetelmällisistä eroista johtuen tulokset eivät ole vertailukelpoisia. Silti tässäkin indikaattorissa tuloryhmien väliset erot ovat merkittävät: huono koettu terveys vaihtelee 11 ja 18 prosentin välillä tuloryhmästä riippuen (1,7-kertainen ero). Vastaavan suuruinen ero on myös mielenterveydessä, jota kuvataan tässä viisiosaisen, psyykkistä kuormittuneisuutta mittaavan MHI-5 -mittarin (*Mental Health Inventory*) avulla. Ylimmässä tuloryhmässä merkittävästi psyykkisesti kuormittuneita oli yhdeksän prosenttia aikuisväestöstä, kun alimmassa tuloryhmässä heitä oli jo 15 prosenttia.

Oireista tarkasteltiin tavallisia psykosomaattisia oireita kuten kuumetta ja niska- tai selkäsärkyä (yleisistä oireista muodostettu mittari on kuvattu liitteessä 1). Vähintään neljää oiretta edeltävän 30 päivän aikana kokeneiden osuus oli yhteydessä tuloihin siten, että oirehtivia oli ylimmässä tuloryhmässä 28 prosenttia vastaajista, mutta alimmassa tuloryhmässä selvästi enemmän: 36 prosenttia.

Kansantaudeissa pienin tuloryhmäero

Pienin tuloryhmittäinen ero havaittiin itse ilmoitettujen lääkärin toteamien vakavien kansantautien (yleisimmistä kansantaudeista muodostettu mittari on kuvattu liitteessä 1) yleisyydessä. Ylimmässä tuloryhmässä näitä tauteja kertoi sairastavansa 59 prosenttia vastaajista ja alimmassa tuloryhmässä 62 prosenttia vastaajista. Tosin tautien yleisyys kasvoi tulojen pienentyessä niin, että nämä taudit olivat yleisimpiä toiseksi alimmassa tuloryhmässä.

Alimman tuloryhmän osalta kyse voi siis osittain olla alidiagnosoinnista, mihin viittaavat osaltaan myös terveyspalvelujen käytön vähäiset erot (kun palvelun tarvetta eli sairastavuutta ei ole otettu huomioon) sekä se, että esimerkiksi verenkiertoelinten tauteihin liittyvässä ennenaikaisessa kuolleisuudessa on selvät tuloryhmien väliset erot. Myös valikoiva kato saattaa vaikuttaa asiaan.

Edellä mainittujen indikaattoreiden lisäksi taulukossa 1 esitetään myös viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana avohoidon lääkäripalveluja käyttäneiden ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet eri tuloviidenneksissä vuonna 2014. Lääkäripalvelujen käyttö on väestössä melko yleistä, osuuden ollessa noin 70 prosenttia. Osuudet eri tuloryhmissä ovat hyvin samankaltaisia.

Erojen pienuus johtuu siitä, että palvelujen tarvetta ei ole näissä luvuissa otettu huomioon. Tuoreen terveyspalvelujen käytön tuloryhmäeroja käsittelevän raportin mukaan sosioekonomiset erot avohoidon palvelujen käytössä ovat edelleen suuria ja suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisempia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon (Manderbacka ym. 2017). Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on myös aiemmin raportoitu suuria ja varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät työterveyshuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin (Häkkinen ja Nguyen 2010).

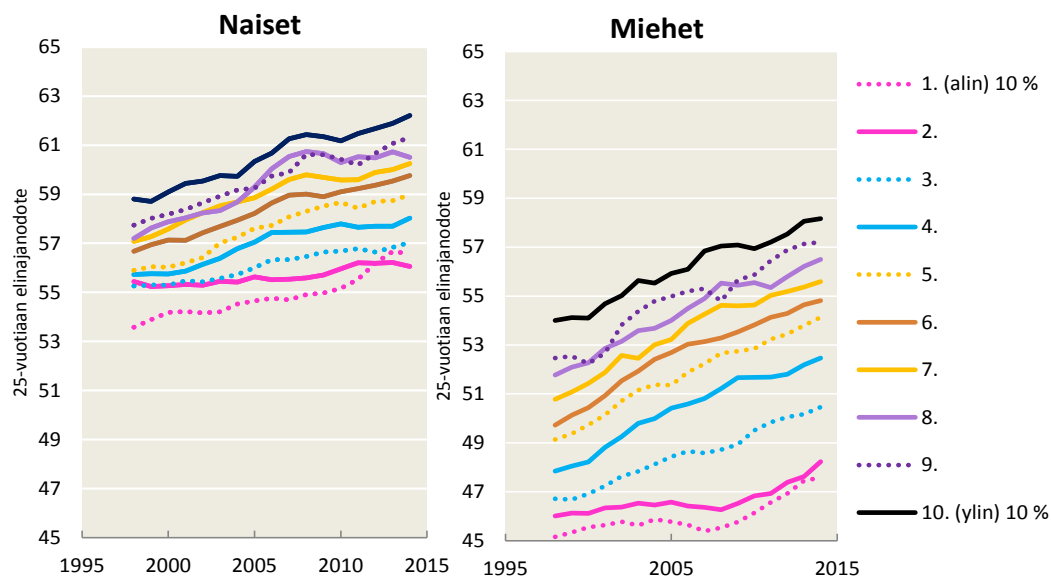
TERVEYSEROT SÄILYNEET SUURINA, KOETUN TERVEYDEN EROT KASVUSSA

Seuraavassa tarkastellaan tuloryhmien välisten terveyserojen kehitystä kahden erityyppisen, mutta yleisesti käytetyn terveysmittarin valossa, eli kuolleisuutta kuvaavan elinajanodotteen ja koetun terveyden perusteella.

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vuosina 1988–2007 suomalaisten elinajanodote 35 vuoden iässä kasvoi selvästi kaikissa tuloryhmissä, paitsi alimassa tuloviidenneksessä, jossa positiivinen kehitys pysähtyi varhain 1990-luvulla. Ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä 35-vuotiaan elinajanodotteessa kasvoi kyseisellä jaksolla miehillä 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen. Suurin syy elinajanodote-erojen kasvuun tuolla aikavälillä oli työikäisten alkoholikuolleisuuden lisääntyminen alimassa tuloviidenneksessä. Samaan suuntaan vaikutti lisäksi naisilla syöpäkuolleisuuden kasvu ja miehillä iskeemisiin sydänsairauksiin liittyvän kuolleisuuden hidastuminen alemmissä tuloryhmissä. (Tarkiainen ym. 2011.) Tuloryhmien välisten erojen kasvu pysähtyi 2010-luvulla, mikä liittyi siihen, että alimman tuloviidenneksen elinajanodote lähti kasvuun. Tämän kehityksen taustalla oli alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden väheneminen alimmissä tuloryhmissä erityisesti miehillä. (Tarkiainen ym. 2017.)

Kuviossa 1 havainnollistetaan 25-vuotiaan elinajanodotteen kehitystä eri tulokymmenyksissä vuosina 1996–2014 miehillä ja naisilla, käyttäen kolmen vuoden liukuvia keskiarvoja satunnaisvaihtelun pienentämiseksi. Kuvio osoittaa, että etenkin miehillä elinajanodote on useimpina vuosina ollut johdonmukaisesti sitä suurempi, mitä ylemmästä tulokymmenyksestä on kyse.

Tarkastelujakson loppuun mennessä ylimmän ja alimman tulokymmenyksen ero oli molemmilla sukupuolilla supistunut lähes yhdellä vuodella verrattuna huippuvuosiin eli 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puoliväliin. Siitä huolimatta ero on edelleen huomattava: naisilla 5,6 vuotta ja miehillä peräti 10,6 vuotta. Elinajanodote kasvoi tarkastelujaksolla kaikissa tulokymmenyksissä, mutta kasvuvauhdissa oli eroja. Naisilla kasvu oli vähäisintä toiseksi alimmassa tuloryhmässä, kun taas alin tuloryhmä saavutti ja ohitti sen jakson loppuun mennessä. Miehillä 25-vuotiaan elinajanodotteen kasvu oli suurinta tulojakauman keskivaiheilla, naisilla puolestaan kahdessa ylimmässä tulokymmenyksessä.

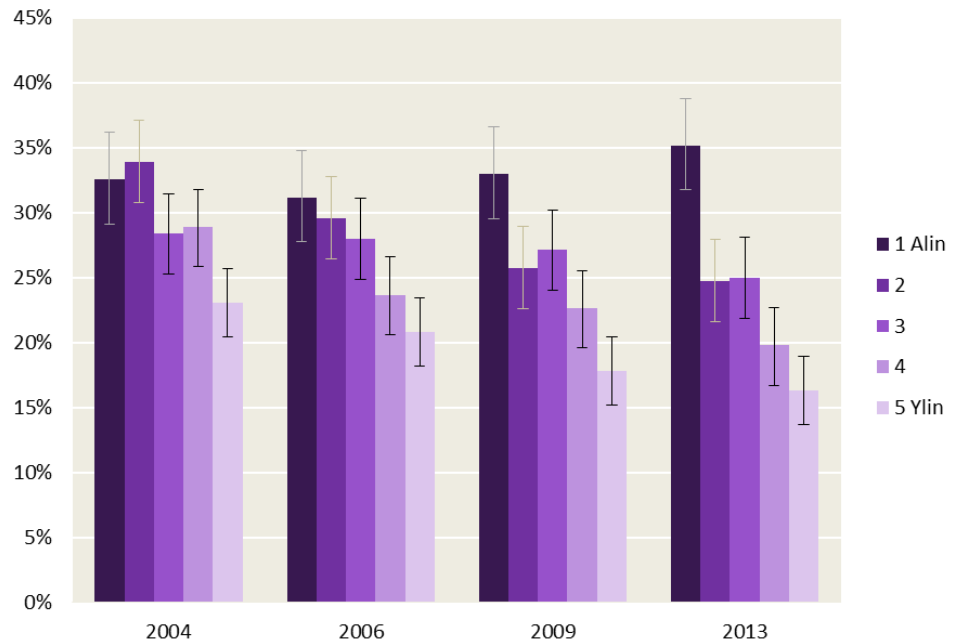


Kuvio 1. 25-vuotiaan elinajanodotteen kehitys tulokymmenyksittäin miehillä ja naisilla vuosina 1996–2014 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot, esim. '2014' = 2012–2014). (Lähde: EKSY-aineisto, www.terveytemme.fi)

Koetun terveyden kuilu kasvanut yli kaksinkertaiseksi

Samankaltainen tuloryhmien välinen ero on havaittavissa myös koetussa terveydessä. Kuviossa 2 esitetään terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden 18–79 -vuotiaiden suomalaisten ikävakioidut osuudet vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Tiedot perustuvat Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen tietoihin. Kotitalouden tulot ovat erittäin merkittävä tekijä työikäisten koetulle terveydelle: huono koettu terveys, joka kuvaa henkilön omaa kokemusta terveydentilastaan kokonaisuutena, on kaikkina vuosina alimmissa tuloryhmissä ylimpiä tuloryhmiä yleisempää.

Suomalaisten koettu terveys koheni yleisesti tarkastelujaksolla, mutta trendi ei ole ollut samanlainen kaikissa tuloryhmissä. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välinen kuilu keskitasoisesta tai huonomman terveyden kokemuksessa kasvoi ajanjaksolla 1,4 -kertaisesta yli kaksinkertaiseksi. Kyse ei ole kuitenkaan vain alimman ja ylimmän tuloryhmän välisistä eroista, sillä koettu terveys kohenee asteittain tulojen nousun myötä. Miesten ja naisten koetun terveyden trendi noudatti tutkimusjaksolla samoja linjoja, suhteessa oman sukupuolen keskiarvoon.



Kuvio 2. Terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden ikävakioidut osuudet (%; 95 %:n luottamusväli) 18–79 -vuotiaista vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 tuloviidenneksittäin. Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -aineisto.

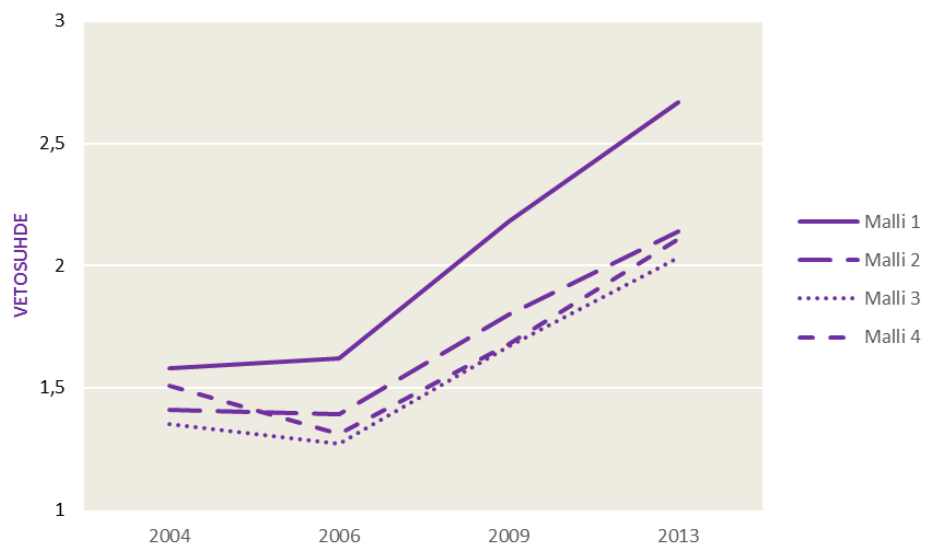
TULORYHMÄERO KAPENEE KUN MUUT TAUSTATEKIJÄT OTETAAN HUOMIOON

Tuloryhmien välisten terveyden erojen syitä voi tarkastella monesta näkökulmasta. Tärkeä havainto on, että tuloviidennekset eroavat toisistaan rakenteellisesti, esimerkiksi useiden muiden sosiodemografisten piirteiden suhteen.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen mukaan vuosina 2004–2013 alimpaan tuloviidennekseen kuuluva oli muita tuloryhmiä todennäköisemmin vähän koulutettu, asui yksin ja oli työelämän ulkopuolella. Alin tuloviidenneks oli ylintä viidennestä nuorempi, kun taas ylimmät tuloryhmät muodostuivat lähinnä 35–64 -vuotiaista eli jo työuralleen vakiintuneista työkäisistä. Vaikka suomalaisten koulutusaste on noussut tasaisesti, alimman tuloviidenneksen koulutustaso ei ole 2000-luvulla enää juuri kohonnut: alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista puolet oli suorittanut korkeintaan perusasteen tutkinnon sekä vuonna 2004 että vuonna 2013. Ylimmässä tuloryhmässä korkeintaan perusasteen suorittaneiden osuus oli noin 15 prosenttia. Vielä senkin jälkeen kun iän ja sukupuolen merkitys vakioidaan, pientuloisin viidennes asuu muita ryhmiä todennäköisemmin yksin: lähes 40 prosenttia on yksinasujia. Lisäksi joukossa on verrattain paljon yksinhuoltajaperheitä. Varakkaimpien joukossa kahdestaan ilman lapsia asuvia avo- tai aviopareja oli hieman yli puolet ryhmästä, kun pienituloisimpien ryhmässä kahdestaan ilman lapsia asui noin neljännes. (HYPA-aineistot vuosilta 2004 ja 2013, julkaisemattomia tuloksia.)

Kuviossa 3 ja liitetaulukossa 1 tarkastellaan tuloryhmien välisiä eroja *vetosuhteina* (*odds ratio, OR*), jotka kuvaavat muiden ryhmien todennäköisyyttä johonkin lopputulokseen suhteessa vertailuryhmään, joka saa aina arvon 1. Muissa ryhmissä tätä pienemmät arvot tarkoittavat, että näihin ryhmiin kuuluvilla on vertailuryhmää pienempi todennäköisyys raportoida keskitasoista tai huonompaa terveyttä. Suuremmat arvot taas tarkoittavat vastavasti vertailuryhmää suurempaa todennäköisyyttä.

Näiden edellä mainittujen rakenteellisten tekijöiden voi olettaa määräytyneen osin jo ennen tulojen muodostumista ja määrittävän siis myös tulotasoa. Tämän vuoksi on syytä tarkastella sitä, johtuvatko tuloryhmien väliset terveyserot ryhmien välisistä rakenteellisista eroista. Seuraavassa esitetään aiemmin julkaisematon tarkastelu siitä, selittääkö rakenteellisten tekijöiden vakiointi tuloryhmien välisiä terveyseroja tilastollisessa mielessä. Kuviossa 3 ja liitetaulukosta 1 ilmenee, missä määrin ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välinen suhteellinen ero (*vetosuhde eli odds ratio, OR*) keskinkertaisessa tai huonommassa koetussa terveydessä liittyy edellä kuvattuihin rakenteellisiin tekijöihin.



Malli 1: Kotitalouden tulot, ikä ja sukupuoli.

Malli 2: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli ja koulutus.

Malli 3: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli, koulutus ja pääasiallinen toiminta.

Malli 4: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perhetyyppi.

Kuvio 3.

Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen suhteellinen ero vetosuhteena keskinkertaisessa tai sitä huonommassa koetussa terveydessä vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

Tuloryhmien välinen ero kapeneekin jonkin verran otettaessa nämä rakenteelliset tekijät huomioon, mutta esimerkiksi vuonna 2013 alimpaan tuloviidenneksen kuuluvien riski kokea terveytensä keskinkertaiseksi tai huonommaksi oli yli kaksinkertainen suhteessa parhaiten ansaitsevan viidenneksen vastaavaan riskiin vielä sen jälkeen, kun henkilön ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perhetyyppi (lapsiperhe, pariskunta, yksinasuja, muu) oli vakioitu.

Vastavasti sekä koulutusryhmien että työttömien ja työllisten välinen ero keskinkertaisessa tai huonommassa koetussa terveydessä oli tilastollisesti merkitsevä tuloista riippumatta (liitetaulukko, malli 4). Tämä viittaa siihen, että koulutuksen ja työllisyyden vaikutus koettuun terveyteen välittyy myös muuten kuin pelkästään aineellisten resurssien kautta: korkea koulutus ja työssäkäynti vähentävät huonon koetun terveyden riskiä.

Kirjallisuus

Bjorner JB, Fayers P ja Idler E. (2005) Self-rated health. Assessing quality of life. Kirjassa: Fayers, P. M., & Hays, R. D. (toim.) Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. Ss 309-323. Oxford University Press.

Cuijpers P, Smits N, Donker T, ten Have M ja de Graaf R. (2009) Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res.* 2009 Aug 15; 168(3):250-5.

Deaton A. (2013) What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? Kirjassa: Eyal N, Hurst SA, Norheim OF, Wikler D. (toim.) Inequalities in Health. Ss. 263-281. Oxford University Press.

De Looper M ja Lafortune G. (2009) Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. *OECD Health Working Papers* (43), 1.

Erdil E ja Yetkiner IH. (2004) A panel data approach for income-health causality. FNU-47. Middle East Technical University, Ankara, Turkey.

Hiilamo H. (2017) 15 reseptiä tuloerojen kaventamiseksi. Kalevi Sorsa -säätö.

Häkkinen U ja Nguyen L. (2010) Rikas käy edelleen lääkäriässä köyhää enemmän. *Optimi* 2010:2.

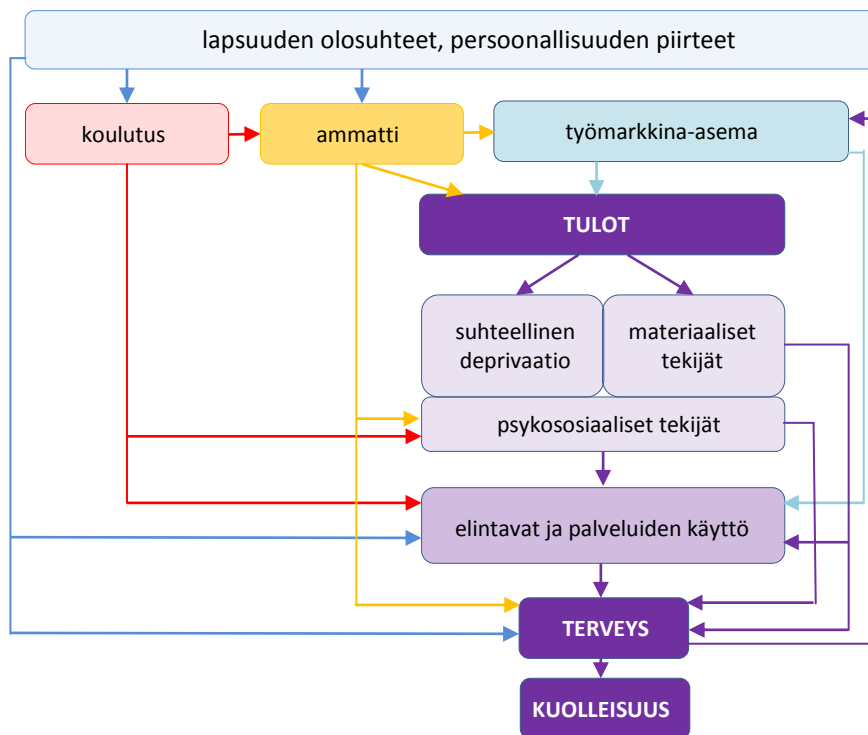
Karvonen S, Kestilä L ja Mäki-Opas T. (toim.) (2017) *Terveys sosiologi-an linjoja*. Gaudeamus.

Kinnunen J, Pere L, Raisamo S, Katainen A, Ollila H, Rimpelä A. (2017) Nuorten terveystapatutkimus 2017: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö sekä rahapelaaminen. Raportteja ja muistioita 2017: 28. STM.

Koskinen S, Lundqvist A ja Ristiluoma N. (2012) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti: 2012/068. THL.

TERVEYSEROJEN TAUSTALLA ON MONIA TEKIJÖITÄ

Jos rakenteelliset tekijät selittävät vain osan tuloryhmien välisestä terveyseroista, kuten tässä koetun terveyden esimerkissä, mitkä muut seikat voivat olla näiden sitkeiden erojen taustalla? Sosioekonomisten tekijöiden kokonaisuus on monimutkainen, ja eri osatekijöiden vaikutus terveyteen välittyy useiden taustatekijöiden kautta. Yhteiskunnalliset rakenteet muokkaavat ihmisten elinympäristöjä, asumis- ja työoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveyspalveluja, joilla taas on välitön yhteys terveyteen. Kuvioon 4 on koottu ne olennaiset tekijät, joiden on havaittu tai oletettu selittävän tai välittävän tulojen vaikutusta terveyteen. (Tarkiainen 2016; Karvonen ym. 2017.)



Kuvio 4. Tulojen ja terveyden välistä yhteyttä selittävät ja välittävät tekijät (muokattu Tarkiainen 2016, s. 25, pohjalta).

Aineelliset tekijät vaikuttavat tuloryhmien välisiin terveyseroihin esimerkiksi kulutusmahdollisuuksien ja asumisen kautta. Absoluuttisen tuloköyhyyden yleisyydestä kertoo esimerkiksi se, että vuonna 2016 lähes 30 prosenttia 20–54-vuotiaista ja miltei viidennes 55–74-vuotiaista suomalaisista ilmoitti joutu-neensa rahan puutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkäriässä-käynnistä (Murto ym. 2017).

Myös suhteellinen deprivatio eli kokemus aineellisten resurssien niukkuudesta verrattuna henkilölle tärkeään viiteryhmään voi vaikuttaa haitallisesti terveyteen esimerkiksi psykobiologisten tai -sosiaalisten mekanismien kautta.

Psykobiologisiin mekanismeihin kuuluvat esimerkiksi stressin fyysiset vaikutukset, ja psykososiaalisilla mekanismeilla puolestaan viitataan eroihin koetussa sosiaalisessa arvostuksessa sekä sosiaalisissa suhteissa ja tuessa. Esimerkiksi luottamuksen ja arvostuksen kokemukset jakautuvat Suomessa sosiaalisen aseman mukaan (Maunu 2014).

Laaksonen M, Prättälä R, Helasoja V, Uutela A ja Lahelma E. (2003) Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(9), 711-717.

Mackenbach JP. (2016) The persistence of health inequalities in modern welfare states. The explanation of a paradox. Kirjassa Mackenbach JP. (toim.): Health inequalities in Europe. New insights from comparative studies. Ss. 179-192. Erasmus MC.

Manderbacka K. (2011) Terveydenhuollon rakenteet, rahoitus ja oikeudenmukaisuus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48(1):1-3.

Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A ja Häkkinen U. (2017) Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Suomen sosiaalinen tila 2/2017, Tutkimuksesta tiiviisti 9, THL.

Marmot M. (2015) The Health Gap. Bloomsbury.

Maunu A. (2014) Kuinka terveyttä tehdään. Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. EHYT Kat-sauksia 1, 2014.

Murto J, Pentala O, Koskela T ja Jussmäki T. (2017) Poimintoja aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja elinoloista Suomessa 2013–2016 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 7, THL.

Mäkelä P, Martikainen P ja Peltonen M. (2017) Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4, THL.

OECD. (2016) Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. DOI:10.1787/9789264265592-en

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A ja Gissler M. (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 – tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. THL.

Tulot ja muut sosioekonomisen aseman ulottuvuudet sekä niihin liittyen perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat vahvasti elintapoja (esim. Laaksonen ym. 2003; Saarela ym. 2015). Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöllä ja palveluista saadulla hyödyllä on osoitettu olevan vahva yhteys sosioekonomiseen asemaan sekä aineellisista että kulttuurisista syistä johtuen. Korkeammat tulot mahdollistavat suuremman terveyspalveluiden kulutuksen: suurituloiset kuluttavat pienituloisia enemmän esimerkiksi yksityisiä terveyspalveluja. Lisäksi esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä ei aina kohtelee ihmisiä tasa-arvoisesti. Resurssit ovat siis sekä epätasa-arvoisesti saatavilla että käytössä (Sihto ym. 2007).

Tuloryhmien väliset terveyserot juontavat juurensa jo elämän varhaisvaiheista

Osa tuloryhmien välisistä terveyseroista voi juontaa juurensa jo yksilön elämänsä alkuvaiheisiin ja lapsuuden perhetilanteeseen. Lapsuuden ja nuoruuden olosuhteiden on havaittu vaikuttavan terveyden kehittymiseen aikuiselle iälle asti sekä koulutuksen, ammatin ja tulojen kautta että myös muita reittejä. Esimerkiksi Suomessa vuoden 1987 syntymäkohortista tehtyjen tutkimusten mukaan pitkään toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapset olivat 21 ikävuoteen mennessä joutuneet itsekin turvautumaan toimeentulotukeen, jäivät pelkän peruskoulun varaan ja käyttivät psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita ja psyykenlääkkeitä huomattavasti yleisemmin kuin niiden vanhempien lapset, jotka eivät olleet saaneet toimeentulotukea (Paananen ym. 2012).

On myös syytä muistaa, että terveyden ja tulojen suhde on ainakin osittain kaksisuuntainen (esim. Erdil ja Yetkiner 2004). Valikoitumishypoteesin mukaan terveyden ja tulojen välinen suhde selittyy pitkälti terveyden vaikutuksella henkilön tulokehitykseen, sillä huonosta terveydestä kärsivillä on heikommat mahdollisuudet ansaita. Vaikka taloudellisen aseman vaikutus terveyteen on voimakkaampi kuin terveyden vaikutus taloudelliseen asemaan, erityisesti keski-ikässä ja sen jälkeen terveysongelmat voivat kuitenkin johtaa tulojen menetykseen.

Tulojen ja terveyden yhteys ei siis ole kausaalinen syy-seuraus -suhde, vaan on oltava jokin väliin tuleva tekijä, jonka pohjalta näiden kahden tekijän välinen yhteys tulee ymmärrettäväksi. Edellä näitä väliin tulevia tekijöitä nimitettiin psykobiologiseksi ja -sosiaaliseksi mekanismeiksi. Yhdeksi mekanismeiksi on esitetty sosiaalista vertailua ja sen aiheuttamaa stressiä (Wilkinson ja Pickett 2006), mutta on epäselvää, millä alue- tai yhteisötasolla vertailu tapahtuisi eli keihin ihmiset omaa asemaansa vertaavat. Tulo- ja terveyseroja onkin tarkasteltu laajasti eri tasoilla, mutta tulokset vaihtelevat verraten paljon.

Tuloerojen ja terveyserojen kehitys ei ole suoraviivainen. Esimerkiksi Suomessa terveyserojen kehitys ei ole seurannut johdonmukaisesti tuloerojen muutoksia, vaikka pääpiirteissään näin onkin. Kun Suomi kuitenkin lukeutuu maihin, joissa terveyserot ovat suuret, vaikka tuloerot edelleen ovat pienet, sosiaalisen vertailun mekanismi ei voi selittää ainakaan kokonaan havaittuja eroja.

Stressin lisäksi selittäjäksi onkin tarjottu materiaalisia tekijöitä (köyhyys sinänsä) tai institutionaalisia tekijöitä I. ”hyvinvointirakenteita” (mm. palvelujärjestelmä, koulutusjärjestelmä). Materiaalinen selitys viittaa teoriaan, jonka mukaan köyhyydestä sinänsä aiheutuu monia kielteisiä seurauksia ihmisten elinoloille ja elämäntavalle, joten terveyden tulosidonnaisuus tulee ymmärrettäväksi tätä kautta. Materiaalinen selitysmalli selittää kuitenkin lähinnä sitä, että pienitulo-

Parikka S, Martelin T, Koskela T, Härkönen T, Kilpeläinen K, Tarkiainen L ja Koskinen S. (2017) Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnossa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5. THL.

Saarela H, Mäki-Opas T, Silventoinen K ja Borodulin K. (2015) Sosiodemografiset erot suomalaisten hyötyliikunnassa. *Liikunta & Tiede* 52(1):55-63.

Sihto M. (2016) Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Kirjassa: Sihto M ja Karvonen S. (toim.): Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Ss. 12-37. Teema 24. THL.

Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M ja Valkonen T. (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988-2007. *Suomen Lääkärilehti* 66(48):3651-3657.

Tarkiainen L. (2016) Income and mortality – the dynamics of disparity: a study on the changing association between income and mortality in Finland. Publications of the Faculty of Social Sciences 16. Sociology. University of Helsinki.

Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R ja Remes H. (2017) Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen Lääkärilehti* 72(9):588-593.

simpien terveys on muita huonompi. Sen sijaan terveyden asteittainen paraneminen tulotason noustessa edellyttää muita selityksiä. Näistä edellä jo tuotiin esiin yhtenä esimerkkinä palvelujärjestelmä, jonka vaikutuksessa on siis kyse erityisesti hyvinvointirakenteiden vaikutuksesta.

SOSIAALISEN ERIARVOISUUDEN VÄHENTÄMINEN KAVENTAA TERVEYDEN TULORYHMÄEROJA

Yleisesti terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä, joita voidaan toteuttaa kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Terveyserojen kaventamisessa on yhtäältä kyse politiikoista, jotka vähentävät epätasa-arvoa ja yhteiskunnan jakautumisen vaikutusta, ja toisaalta toimista, jotka vähentävät huono-osaisten ryhmien altistumista terveyttä vahingoittaville tekijöille. Lisäksi huomionarvoisia ovat politiikat, jotka vähentävät heikompiosaisten ryhmien haavoittuvuutta ja vähentävät sairaudesta johtuvia epäedullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seurauksia. (Sihto 2016.)

Seuraavassa tarkastellaan lähemmin kolmea keskeistä keinojen ryhmää, joilla terveyseroihin voidaan vaikuttaa: rakenteellisen tason keinoja, terveyspalvelujärjestelmää ja elintapoihin vaikuttamista.

Rakenteellisella tasolla kyse on sosiaalisesta eriarvoisuudesta, jonka ilmentymiä terveydessä havaittavat erot osaltaan ovat. Tuloryhmittäisiin eroihin vaikuttaminen edellyttäisi siis tuloerojen kaventamista esimerkiksi progressiivisen verotuksen avulla. Tuloerojen kaventamisen keinoja on äskettäin tarkasteltu toisaalla (Hiilamo 2017). Yksilö- ja yhteisötasolla tärkeitä ovat muun muassa terveyttä mahdollistavat rakenteet ja ympäristöt, joiden tulisi olla tarjolla tulotasosta riippumatta. Terveyserojen kaventamiseksi on syytä puuttua niiden taustalla oleviin syytekijöihin, joihin tulot ja varallisuuskin lukeutuvat, ja vaikuttaa esimerkiksi politiikan ja lainsäädännön keinoin köyhyyteen, epätasa-arvoon ja syrjintään, koulutukseen, työoloihin ja asumiseen. Yhdyskuntasuunnittelulla ja kaavoituksella voidaan vahvistaa ja luoda turvallisia ympäristöjä, jotka tukevat ihmisten terveyttä tulotasosta ja asuinpaikasta riippumatta.

Yksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirre on *palvelujärjestelmään* sisältyvä eriarvoistava rakenne, mihin on kiinnitetty huomiota lukuisissa kansainvälisissä arvioissa (Manderbacka 2011). Työterveyshuolto on tarjolla vain työssä käyvälle – ja näin ollen hyvätuloisemmalle – väestönosalle, kun julkinen terveydenhuolto on kaikkien käytettävissä. Yksityiset palvelut puolestaan ovat asiakkaalle julkisia palveluja kalliimpia, joten ainakaan pienituloisimmat eivät voi niitä käyttää. Palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen uudistamisessa tulisi kiinnittää huomiota palvelujen hintojen kohtuullisuuteen ja väestön tarpeiden mukaisuuteen. Kuten tässäkin katsauksessa on todettu, niin sanottu käänteisen hoidon laki pätee edelleen: hyvätuloiset käyttävät tarpeisiinsa nähden palveluja liikaa ja toisin päin.

Alkoholin käyttö selittää suuren osan tuloryhmien kuolleisuuserosta

Elintapoihin vaikuttaminen on kolmas keino terveyden tuloryhmäeroihin vaikuttamisessa rakenteelliseen tasoon ja palvelujärjestelmään vaikuttamisen ohella. Ihmisten terveyttä edistäviä valintoja, koskien esimerkiksi ravintoa, liikuntaa tai päihteitä, voidaan yhteisö- ja yksilötasolla tukea erilaisten interventoiden, viestinnän ja sosiaalisen markkinoinnin keinoin. Nämä tukitoimet tulisi kohdentaa erityisesti heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin.

Yhtenä suurena tuloryhmittäisiä kuolleisuuseroja selittävänä tekijänä on alkoholi-kuolleisuus. Alkoho- liin liittyvät kuolemat selittävät merkittävän osan tuloryhmien kuolleisuuserosta ja alkoholikuolleisuuden muutokset ovat olleet paljolti kuolleisuuserojen muutosten taustalla. Vuodesta 2000 vuoteen 2007 alkoholiin liittyvät syyt selittivät erojen kasvun lähes kokonaan (Mäkelä ym. 2017). On kuitenkin muistettava, että kuolleisuuden muutoksia eivät selitä välttämättä samat tekijät kuin kuolleisuuseroja. Verenkiertoelinten taudit selittävät alkoholiehtoisen kuolleisuuden ohella suuren osan tuloryhmien eroista, vaikka niiden osuus kuolleisuuden muutoksista on viimemainittua vähäisempi, sillä sairastavuus niihin kehittyy hitaammin eivätkä vuosittaiset muutokset niihin liittyvässä kuolleisuudessa ole yhtä nopeita kuin alkoholisyissä.

Tuloryhmät eivät niinkään eroa käytetyn alkoholin määrän suhteen, vaan kyse on enemmän juomatavasta, josta aiheutuu eri tavalla haittoja niin käyttäjälle itselleen kuin heidän läheisilleen ja muille. Pia Mäkelä työtovereineen (2017) suosittelee paitsi suoraan juomatapoihin vaikuttamista muun muassa mini-intervention ja hoitoon pääsyn madaltamisen keinoin, mutta myös muihin terveyden riskitekijöihin vaikuttamista ja yleistä elinolojen parantamista. Alkoholin saatavuuden paraneminen ja hintojen alentaminen lisäävät kuolleisuutta eniten ryhmissä, joissa kulutus ja kuolleisuus ovat jo ennestään korkeita (ibid). Näin ollen alkoholin saatavuuden muutosten seuraukset näkyvät voimakkaimmin alimmissa tuloryhmissä.

Terveyden tuloryhmäerojen kaventamisen keinot vaihtelevat

Yksittäistä syytä terveyden tuloryhmäeroille ei siis voida esittää, mutta kansainvälisestä tutkimuksesta on johdettavissa useita mahdollisia selityksiä (esim. Mackenbach 2016). Lisäksi selitysmallien soveltuvuus vaihtelee kulttuurin ja hyvinvointijärjestelmän mukaan, mikä tulee ottaa huomioon kaventamiskeinoja etsittäessä. Suomen sisälläkin terveyden tuloryhmäerot vaihtelevat selvästi: maakunnittainen tarkastelu osoitti, että tuloryhmäerot kuolleisuudessa ovat suurimmillaan Pohjois- ja Etelä-Savon ja Kainuun maakunnissa, vaikka eroja havaitaan kaikissa maakunnissa (Parikka ym. 2017). Erojen kaventaminen edellyttää siis voimavarojen suuntaamista juuri näille alueille ja huomion kiinnittämistä etenkin siihen, että myös näiden maakuntien kaltaisilla haja-asutusvaltaisilla alueilla lähipalvelut ovat hyvin saatavilla. Lisäksi on varmistettava, että tulo- ja varallisuuserot pysyvät hallinnassa, sillä suuret erot ovat yhteiskunnalle haitallisia terveyden lisäksi monella muullakin tavoin (Deaton 2013). Viime sijassa kyse on brittiläisen epidemiologin Michael Marmotin (2015) luonnehdinnan mukaan eriarvoisuudesta, joka perustuu vallan, varallisuuden ja voimavarojen eroihin, ja joka johtaa sellaisiin arkielämän ja elinolojen eroihin, jotka ilmenevät terveydessä.

ISBN 978-952-302-896-8
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-896-8>

Julkaisun viite

Karvonen Sakari, Martelin Tuija, Kestilä Laura ja Junna Liina 2017. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Liite 1. Tärkeimpien mittarien kuvaus

PYLL-indeksi (*Potential Years of Life Lost*) ilmaisee tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän väestössä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti. Ennenaikaisen kuoleman yläikäraja on THL:n tuottamassa PYLL-indeksissä asetettu 80 vuoteen, joka vastaa suomalaisen elinajanodotetta. Esimerkiksi 30-vuotiaana kuolleen lasketaan menettäneen 50 vuotta, 50-vuotiaana kuolleen 30 vuotta jne.

25-vuotiaan elinajanodote tietyssä tuloryhmässä kertoo keskimääräisen jäljellä olevan elinajan (vuosina), jos henkilö pysyisi samassa ryhmässä koko loppuikänsä ja jos myös ikäryhmittäiset kuolemanvaaraluvut säilyisivät muuttumattomina kyseisessä tuloryhmässä. Elinajanodote siis tiivistää tiedot tarkasteluhetkellä tietyssä väestössä tai sen osaryhmässä vallitsevasta ikäryhmittäisestä kuolleisuudesta yhteen vertailun mahdollistavaan lukuun, johon ikärakenne tai sen muutos ei vaikuta; se ei ole ennuste sen paremmin yksilö- kuin väestötasollakaan.

Koettu terveys on yleisen subjektiivisen terveyden mittari. Vastaajaa pyydetään tyyppillisimmin arvioimaan terveydentilaansa viisiportaisella asteikolla. Vaikka indikaattori on yksinkertainen, sen on todettu olevan yhteydessä sekä kuolleisuuteen, että funktionaaliseen terveyteen ja kroonisiin sairauksiin (Bjorner ym. 2005). Lukuisat tahot kuten OECD:n terveyskomitea (De Looper ja Lafortune 2009) suosittelivat indikaattoria käytettäväksi väestöryhmien terveydentilaa koskeviin vertailuihin.

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus (MHI-5) viittaa siihen, että henkilöllä on mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö tai jokin muu mielenterveyshäiriö (esim. Cuijpers ym 2009). Väestön sairaustaakasta merkittävä osa johtuu mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja heikentävät elämänlaatua enemmän kuin useimmat ruumiilliset sairaudet. Mielenterveyshäiriöt lisäävät myös riskiä sairastua muihin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja masennukseen. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa psyykkistä kuormitusta ja toinen positiivista mielialaa. "Seuraavat viisi (5) kysymystä koskevat sitä, miltä Teistä on tuntunut 4 viime viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana: Ympyröikää yksi numero joka riviltä." Kysymyspatterin alakysymyksiinä kysyttiin a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä c) tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi d) tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi ja e) ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa, 6) en lainkaan. Kuhunkin kysymykseen vastataan asteikolla 1-6. Lopullisen pistemäärän laskemiseksi pistemäärät kysymyksiin c) ja e) muunnetaan käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet lasketaan yhteen (summapistemäärä välillä 5-30) ja muutetaan asteikolle 0-100. Psyykinen kuormittuneisuus voidaan raportoida jatkuvana muuttujana tai käyttää katkaisukohtana pistemäärää 52, jolloin 52 tai sen alle pistettä saavilla on jo kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua. Tarkastelussa ovat skaalatun pistemäärän enintään 52 pisteen vastanneiden osuus. (lähde: Terveytemme.fi.)

Vakavia kansantauteja tutkittiin pyytämällä vastaamaan kysymykseen: "Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?" Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei ja vastaajalle luettiin kolmetoista yleistä sairautta, joista vakavien kansantautien indikaattoriin sisällytettiin seuraavat yhdeksän: 1) diabetes, 2) kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, 3) aivohalvaukset, 4) sydänveritulppa tai sydäninfarkti, 5) sepelvaltimotauti tai angina pectoris (=rintakipua rasituksessa), 6) syöpä, 7) nivelreuma tai muu niveltulehdus, 8) selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus sekä 9) pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus tai keuhkolaajentuma. Iäkkäimmillä, yli 74-vuotiailla vastaajilla mukaan otettiin myös polven tai lonkan kulumavika (niveliiriko), jota ei muilta kysytty. Tarkastelussa oli vastaajat, joilla oli ainakin yksi yhdeksästä luettelusta kansantaudista.

Tavallisten **oireiden esiintymistä** kysyttiin seuraavasti: "Onko Teillä ollut seuraavia oireita tai vaivoja 30 viime päivän aikana?" Vaihtoehtoina olivat kyllä tai ei ja kaikkiaan erilaisia oireita tai vaivoja listattiin 13 erilaista. Näistä oireitamisindikaattoriin valittiin seuraavat yksitoista: 1) kuumetta (yli 38 astetta), 2) päänsärkyä, 3) yskää, 4) ripulia tai oksentelua (vähintään kolme kertaa vuorokaudessa vähintään yhtenä päivänä), 5) oksentelua, 6) nivelsärkyä, 7) selkäkipua tai selkäsärkyä, 8) rintakipua rasituksessa, 9) unettomuutta, 10) vatsavaivoja tai 11) virtsanpidätysongelmia. Tarkastelussa ovat vastaajat, joilla esiintyi vähintään neljää oiretta tai vaivaa edeltävän kuukauden aikana.

Liitetaulukko 1. Vetosuhteet (OR, 95 % LV) keskinkertaiselle tai huonommalle koetulle terveydelle tuloryhmittäin vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -aineisto.)

		2004		2006		2009		2013		
		OR	LV (95%)	OR	LV (95%)	OR	LV (95%)	OR	LV (95%)	
Malli 1. Tulot.	1. Ylin	1.00		1.00		1.00		1.00		
	2.	1,34*	1,07 - 1,69	1,2	0,96 - 1,51	1,31*	1,02 - 1,69	1,24	0,96 - 1,56	
	3.	1,3*	1,04 - 1,64	1,46*	1,17 - 1,84	1,68*	1,32 - 2,15	1,72*	1,34 - 2,19	
	4.	1,62*	1,30 - 2,02	1,45*	1,17 - 1,81	1,48*	1,16 - 1,90	1,64*	1,30 - 2,08	
	5. Alin	1,58*	1,25 - 1,99	1,62*	1,29 - 2,03	2,18*	1,70 - 2,79	2,67*	2,06 - 3,44	
		Ikä	1,03*	1,03 - 1,04	1,04*	1,04 - 1,05	1,04*	1,03 - 1,04	1,05*	1,05 - 1,06
	Mies	1.00		1.00		1.00		1.00		
	Nainen	0,79*	0,68 - 0,90	0,91	0,79 - 1,05	0,96	0,82 - 1,12	0,86	0,74 - 1,00	
Malli 4. Tulot.	1. Ylin	1.00		1.00		1.00		1.00		
	2.	1,34*	1,06 - 1,69	1,1	0,87 - 1,39	1,23	0,95 - 1,59	1,17	0,91 - 1,51	
	3.	1,3*	1,02 - 1,66	1,3*	1,03 - 1,66	1,52*	1,17 - 1,97	1,55*	1,19 - 2,00	
	4.	1,59*	1,24 - 2,04	1,24*	0,97 - 1,59	1,26*	0,96 - 1,65	1,44*	1,10 - 1,87	
	5. Alin	1,51*	1,16 - 1,97	1,31*	1,01 - 1,70	1,68*	1,27 - 2,24	2,11*	1,57 - 2,83	
		Ikä	1,03*	1,02 - 1,03	1,04*	1,03 - 1,05	1,04*	1,03 - 1,05	1,05*	1,05 - 1,06
		Mies	1.00		1.00		1.00		1.00	
		Nainen	0,79	0,69 - 0,92	0,9	0,78 - 1,04	0,99	0,84 - 1,16	0,88	0,76 - 1,03
		Korkeakoulutus	1.00		1.00		1.00		1.00	
		Keskiaste	1,21*	1,00 - 1,46	1,69*	1,24 - 2,31	1,38*	1,12 - 1,69	1,5*	1,25 - 1,81
		Peruskoulutus	1,25*	1,02 - 1,54	1,93*	1,37 - 2,70	1,53*	1,22 - 1,91	1,64*	1,31 - 2,04
		Töissä	1.00		1.00		1.00		1.00	
		Muu	0,86	0,64 - 1,17	1,13	0,82 - 1,56	1,09	0,75 - 1,58	1,24	0,85 - 1,83
		Työtön	1,47*	1,10 - 1,97	1,28	0,93 - 1,77	1,86*	1,35 - 2,56	1,47*	1,04 - 2,07
		Eläkeellä	1,04	0,80 - 1,36	1,12	0,86 - 1,44	1,06	0,82 - 1,36	0,85	0,67 - 1,09
		Lapsiperhe	1.00		1.00		1.00		1.00	
	Lapseton pariskunta	1,42*	1,14 - 1,77	1,11	0,90 - 1,38	1,10	0,87 - 1,38	1,14	0,90 - 1,46	
	Useita aikuisia	1,53*	1,21 - 1,94	1,49*	1,04 - 2,12	1,11	0,73 - 1,70	1,12	0,73 - 1,71	
	Yksinhuoltaja	1,26	0,78 - 2,04	1,07	0,65 - 1,76	1,00	0,56 - 1,81	0,97	0,57 - 1,67	
	Yksinasuja	1,18	0,94 - 1,48	1,08	0,86 - 1,36	1,16	0,90 - 1,49	1,1	0,85 - 1,43	

*p<0,05

Julkaisu on osa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa Suomen sosiaalinen tila -raporttisarjaa. Sarjassa esitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia teemoja ja ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja eriarvoisuuteen.