

Ammattien väliset erot kuolleisuudessa ja terveyspalveluiden käytössä

Lapsilta kysytään usein, mikä sinusta tulee isona. Aiheesta on kaikkien varmasti tuntema lastenlaulukin, jossa lapset vastaavat tuohon kysymykseen: hyvä iskelmälaulaja, paras tenniksen pelaaja, joku semmonen karjakko, ihan oikea lentäjä, kiltti sairaanhoitaja, oman kuormurin kuljettaja ja kuuluisa taiteilija (1). Itsehän en kyseiseen kysymykseen osaa vastata vielääkään.

Toteutuneista ammateista taas laulaa Anssi Kela laulussaan 1972 (2). Luokkakavereista tuli muurareita, taksikuskeja, suutareita, yksinhuoltajaäitejä, autokauppiaita, lääkäreitä, virkamiehiä ja väepeleitä. Kaikilla ei tainnut mennä ihan suunnitelmien mukaan.

Ammatinvalinnalla voi olla kauaskantoiset seuraukset. Yksi räikeimmistä yhteiskunnallisista epäkohdista on eri ammateissa toimivien eriarvoisuus kuoleman edessä.

Yleisemminkin ottaen on niin, että mitä paremmassa asemassa yhteiskunnassa ihminen on, sitä pidempään hän elää. Eroja löytyy, tarkasteltiinpa asemaa koulutuksen, ammattiluokan tai tulojen mukaan (3–4). Korkeasti koulutetut elävät pidempään kuin vain peruskoulun käyneet, parempituloiset pidempään kuin matalatuloiset.

Työttömien kuolleisuus on korkeampi kuin työssä olevilla (5). Mutta työssä käyvienkin välillä on eroja. Työssä käyvät voidaan jakaa esimerkiksi johtajiin, erikoisasiantuntijoihin, asian- tuntijoihin ja työntekijöihin. Lasten laulusta esimerkkejä työntekijäammateista ovat karjakko ja kuormurinkuljettaja, Anssi Kelan laulusta muurari, suutari ja taksikuski. Työntekijöillä on korkeampi kuolleisuus kuin muilla (6).

Terveyseroihin ei ole yhtä yksittäistä syytä vaan erot voivat johtua monista eri syistä.

Ensinnäkin sosiaaliluokka voi vaikuttaa terveyteen. Syynä on se, että elinolot eri luokkaan kuuluvilla vaihtelevat. Koulutus tuo mukanaan taitoja ja tietoja. Korkea koulutus myös lisää hal-

linnan tunnetta. (7.) Paremmat tulot luovat taloudellista turvaa ja mahdollistavat muun muassa paremman asumisen, ravinnon, harrastukset ja muun vapaa-ajan vieton (8).

Työntekijäammateissa työolot ovat usein monin tavoin terveydelle haitallisia. Työtehtävät saattavat olla fyysisesti raskaita. Vaaraa saattaa aiheuttaa työssä käytettävät pesuaineet ja maalit tai työn tekemisessä syntyvät huurut, höyryt, kaasut ja pölyt. Työajat voivat olla epäsäännölliset ja sisältää esimerkiksi vuorotyötä. Myös vaikeusmahdollisuudet voivat olla heikot.

Terveyserot voivat johtua myös eroista elintavoissa, jotka puolestaan vaikuttavat terveyteen. Elintavoista esimerkiksi tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, vähäinen liikunta ja epäterveelliset ravintotottumukset ovat yleisempiä alemmissa sosiaaliryhmissä (9).

Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaa muun muassa perhe, taloudelliset mahdollisuudet ja ympäröivä kulttuuri (10). Kuten vaikkapa se, onko työpaikalla tapana mennä tauolla tupakalle vai lyhyelle kävelyllä. Vai onko harjoittelijan tehtävä laivalla pitää huolta siitä, että jääkaappi on aina täynnä kylmää olutta – esimerkki elävästä elämästä – vai kenties jotain muuta juomaa.

Myös terveyspalveluiden käyttö voi vaikuttaa terveyseroihin. Suomen järjestelmä, jossa työllisille on useimmiten käytössä työterveyshuollon maksuttomat palvelut ilman jonotusta, on kansainvälisesti poikkeuksellinen.

Työelämän ulkopuolella olevat kääntyvät julkisten terveyspalveluiden puoleen. Sinne aikaa voi olla vaikeampi saada ja jonot voivat olla pitkiä. Lisäksi hyvätuloisilla on mahdollisuus käyttää yksityistä terveydenhuoltoa.

Tämä voi johtaa siihen, etteivät terveyspalveluja välttämättä käytäkään ne, joilla on siihen suurin tarve vaan ne, jotka sinne parhaiten pääsevät. Heidän sairautensa huomataan näin ken-

ties aiemmin eikä tilanne pääse kehittymään niin pahaksi.

Myös työllisten välillä voi olla eroja terveystalveluiden saatavuudessa. Työterveyshuollon saatavuudessa on vaihtelua työnantajien välillä (11). Suuremmilla työnantajilla on keskimäärin laajemmat työterveyshuoltosopimuksen kuin pienillä. Pienyrityksissä työskentelevillä ei välttämättä ole työterveyshuoltoa lainkaan sen lakisääteisyysdestä huolimatta. Julkisen terveydenhuollon resursseista ja työterveyshuollon tarpeellisuudesta onkin käyty kiivasta keskustelua.

Terveyserojen syynä voi olla myös se, että tiettyyn väestöryhmään valikoituu eli jostain syystä ohjautuvat tai hakeutuvat sellaiset henkilöt, joilla jo entuudestaan on huono terveys tai elintavat.

Huono fyysinen tai psyykinen terveys lapsuudessa voi esimerkiksi haitata koulunkäyntiä ja johtaa siten matalaan koulutukseen, ammatti- asemaan ja tuloihin.

Erityisen haitallista on myös erilaisten haitallisten olojen kumuloituminen. Toimeentulovaikeudet, raskaat työolot ja hankala perhetilanne. Silloin ei välttämättä riitä rahkeet enää itsestä huolehtimiseen.

Tämä kaikki tiedetään jo. Miksi aihetta tulee edelleen tutkia?

Suomessa on jo vuosikymmeniä ollut tavoitteena ensinnäkin parantaa väestön terveyttä ja toisaalta kaventaa terveyden väestöryhmittäisiä eroja. Terveysterot ovat kuitenkin erittäin pysyviä ja Suomessa suurempia kuin monessa muussa Euroopan maassa (12).

Tästä herää kysymys, voisiko väestöryhmien tarkastelu tarkemmalla tasolla tuoda lisäinformaatiota terveyserojen syistä. Sen sijaan, että tutkitaan työntekijöitä yhtenä ryhmänä, tarkasteltaisiinkin eri työntekijäammattaja erikseen: siivoojia, tarjoilijoita, muurareita, taksikuskeja, suutareita.

Myös työntekijäammattien välillä on eroja esimerkiksi työoloissa, tuloissa, elintavoissa kuten alkoholikäytössä tai terveystalveluiden käytössä. Esimerkiksi lastenhoitajan työympäristö ja ammatin niin sanottu kulttuuri on kovin erilainen kuin vaikkapa hitsaajalla, vaikka molemmat ovat työntekijäammattaja.

Ammattien välillä onkin pysyviä eroja kuolleisuudessa. Vähän on kuitenkin tutkittu, mistä ammattien väliset erot kuolleisuudessa johtuvat.

Tutkimuksessani tarkoitus oli tunnistaa korkean kuolleisuuden ammatteja ja selvittää sitten tarkemmin syitä näiden ammattien korkealle kuolleisuudelle.

Aineistoina tutkimuksessa käytin laajoja yksilötason rekisteriaineistoja. Rekisteriaineistot ovat hallinnollisia tarkoituksia varten kerättyjä tietoja, joita on tietysti edellytystin mahdollista käyttää myös tutkimuskäytössä.

Kuolleisuustutkimuksessa käyttämäni aineisto käsitti kaikki vuoden 2000 lopussa Suomessa asuneet palkansaajat. Heidän kuolleisuuttaan seurattiin vuoden 2015 loppuun asti.

Selvitin, selittävätkö koulutuksen, tulojen, työttömyyden ja toimialan huomioinen työntekijäammattin korkeaa kuolleisuutta. Eli voisiko ammatin korkea kuolleisuus johtua siitä, että ammatissa on keskimääräistä palkansaajaa matalampi koulutus ja tulot ja toisaalta korkeampi työttömyys.

Lisäksi selvitin, voisiko ammattien korkeampi kuolleisuus johtua ammattien korkeammasta alkoholikuolleisuudesta.

Tutkimuksessa huomattiin, että sosioekonomisten tekijöiden ja alkoholin vaikutus ammatin kuolleisuuteen ei ole saman suuruinen eikä välttämättä edes samansuuntainen kaikissa työntekijäammattissa, joissa on korkea kuolleisuus.

Kuolleisuuden lisäksi tarkastelin ammattien välisiä eroja terveystalveluiden käytössä. Tässä osatutkimuksessa käytössäni oli rekisteriaineisto kaikkien oululaisten palkansaajien terveystalveluiden ja etuuksien käytöstä vuonna 2018.

Vielä niistä ammattilauluista. Tamperelaiset kirjastonhoitajat ovat koonneet listan eri ammatteja käsittelevistä lauluista (13). Lauluja löytyy ikkunanpesijöistä, kaivostyöläisistä, henkilöstöpäälliköistä, maalareista, tarjoilijoista, maanviljelijöistä, rekkakuskeista, jopa keinosiementäjistä.

Kaikkein eniten lauluja löytyy kuitenkin merenkulkijoista. Merenkulkijoiden ammatti onkin hyvin poikkeuksellinen ja laiva työympäristönä vaativa (14). Merenkulkijat viettävät pitkiä aikoja merellä eristyksissä perheestä ja muusta yhteiskunnasta. Vapaa-ajanviettomahdollisuudet laivalla ovat rajalliset. Laivalla on sopeuduttava erityisoloihin, kuten merenkäyntiin.

Selvitin tutkimuksessani, mistä merenkulkijoiden korkeampi kuolleisuus voisi johtua.

Väitöstutkimuksessani selvisi, että ammatti on tärkeä osa terveyden eriarvoisuuden ymmär-

tämisessä. Sosioekonomisten erojen tapaan myös ammattien väliset kuolleisuuserot ovat suhteellisen pysyviä. Kuolleisuuserojen pysyvyys on yksi osoitus siitä, että niiden syy on erityisesti rakenteissa, ei yksilöissä. Niinpä parannuskeinojenkin tulee olla rakenteellisia. Jos terveydelle haitallisia rakenteita pystytään muuttamaan, on sillä kaikkein tehokkain vaikutus.

Terveyseroja kaventavien toimenpiteiden tulisi kohdentua aiempaa enemmän korkean kuolleisuuden työntekijäammattihin. Ammatit, joissa sosioekonomiset ja ammattiin liittyvät tekijät eivät selittäneet korkeaa kuolleisuutta, vaativat erityistä huomiota.

Ensinnäkin terveyspalveluiden tulee olla yhtäläisesti saatavilla ja saavutettavissa. Terveydenhuollon resurssit kannattaisi suunnata korkean kuolleisuuden ammattihin. Riskialoilla toimiville työnantajille tulisi korostaa terveydenhuollon hyödyllisyyttä myös työnantajan näkökulmasta.

Yksilöön kohdistuvia interventiota ei kuitenkaan ole todettu kovin vaikuttaviksi. Sama kuin sairaudesta hoidettaisiin vain oireita muttei sairauden varsinaista syytä.

Kaikkein tärkeintä olisikin paneutua juuri-siihin, niihin haitallisiin työoloihin. Tässä heittäisinkin pallon ennen kaikkea työnantajille.

Elin- ja työympäristön tulisi olla sellainen, että terveellisten elintapojen noudattaminen on helppoa, ettei niiden eteen tarvitse nähdä erityistä vaivaa.

Väitöskirjaprosessini loppusuoralla maailman valloitti koronapandemia. Sen myötä myös ammatit nousivat julkiseen keskusteluun. Kun asiantuntijat saattoivat vetäytyä etätöihin, joutuivat useat työntekijäammattit etulinjaan.

Korona kohdistui ennen kaikkea yhteiskunnan kannalta tärkeää lähityötä tekeviin työntekijäammattihin, kuten bussikuskeihin ja kaupan kassoihin (15). Monissa näissä ammateissa kuolleisuus oli jo entuudestaan keskimääräistä korkeampaa. Toisaalta koronan vaikutuksista – sekä altistumisesta taudille että lisääntyneestä työtaakasta – kärsivät myös useat alhaisen kuolleisuuden ammatit, kuten sairaanhoitajat ja opettajat (16). Ammattien olosuhteet voivatkin muuttua.

Myös ammattirakenne muuttuu ajan myötä. Nykyajan lapsi ei ehkä edes tiedä, mikä on karkakko, vaan haaveilee sen sijaan tubettajan työstä. Ammattien välisiä terveyseroja onkin tärkeää tutkia myös tulevaisuudessa.

LÄHTEET

- (1) Minusta tulee isona. Sävel Markku Kopisto, sanat Chriss Johansson.
- (2) 1972. Sävel ja sanat Anssi Kela.
- (3) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-J, ym. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468–81. doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- (4) Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971–85. Tutkimuksia 172. Helsinki: Tilastokeskus; 1990.
- (5) Roelofs DJ, Shor E, Davidson KW, ym. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 2011;72(6):840–854. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005
- (6) Katikireddi SV, Leyland AH, McKee M, ym. Patterns of mortality by occupation in the UK, 1991–2011: a comparative analysis of linked census and mortality records. *Lancet Public Health* 2017;2:e501–12. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30193-7
- (7) Lahelma E, Rahkonen O. Sosioekonominen asema. Kirjassa: Laaksonen M, Silventoinen K (toim.) *Sosiaaliepideemiologia*. Helsinki: Gaudeamus; 2011, 41–59.
- (8) Teperi J, Keskimäki I. Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Kirjassa: Saari J, Yeung AB (toim.) *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus; 2007, 274–291.
- (9) Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym. (toim.). Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health; 2009.
- (10) Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annu Rev Sociol* 2010;36:349–370. doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102529
- (11) Virtanen S, Husman P. Sosioekonomiset terveyserot. Kirjassa: Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I ym. (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2009*. Helsinki: Työterveyslaitos; 2010, 147–152.
- (12) Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M ym. Progress against inequalities in mortality: register based study of 15 European countries between 1990 and 2015. *European J Epidemiol* 2019;34:1131–1142. doi: 10.1007/s10654-019-00580-9
- (13) Ammattilaulut. Luettu 15.12.2022 <https://www.vahvike.fi/sites/default/files/perussivu-pdf/Ammattilaulut.pdf>
- (14) Forsell K, Eriksson H, Järholm B, ym. Work environment and safety climate in the Swedish merchant fleet. *Int Arch Occup Environ Health* 2016;90:161–168. doi: 10.1007/s00420-016-1180-0

- (15) Magnusson K, Nygård K, Methi F, ym. Occupational risk of COVID-19 in the first versus second epidemic wave in Norway, 2020. *Euro Surveill* 2021;26(40):2001875. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.40.2001875.
- (16) Ervasti J, Aalto V, Pentti J, ym. Association of changes in work due to COVID-19 pandemic with psychosocial work environment and employee health: a cohort study of 24 299 Finnish public sector employees. *Occup Environ Med* 2022;79:233–241. doi: 10.1136/oemed-2021-107745

HANNA RINNE
VTT, erikoistutkija
Kelan tutkimus

Valtiotieteiden maisteri Hanna Rinteen väitöskirja "Differences in mortality and health care use by occupation" tarkastettiin Helsingin yliopiston valtiotieteellisessä tiedekunnassa 7.10.2022. Vastaväittäjänä toimi tutkimusprofessori, dosentti Ilmo Keskimäki Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta ja ohjaajina erikoistutkija, dosentti Mikko Laaksonen Eläketurvakeskuksesta ja dosentti Veijo Notkola.