

# Sosioekonomiset terveyserot 100-vuotiaassa Suomessa

Suomalaiset kansanterveystutkijat olivat osa kansainvälistä tiedeyhteisöä jo 100 vuotta sitten, mutta tänään kansainvälisyys on tutkijoille vielä paljon tärkeämpää. Kansakuntien terveys on laajentunut ensin kysymykseksi globaalista ja nyttemmin planetaarisesta terveydestä (Horton ym. 2014). Nykyaikaisen kansanterveystutkimuksen kohteena eivät ole vain yksilöt ja yhteisöt, vaan myös yhteiskunnat, kulttuurit ja sivilisaatiot – ja tämä kaikki osana planeettamme luonnonjärjestelmää. Epidemiat sekä ympäristö- ja ilmasto-ongelmat eivät tunne kansallisia tai alueellisia rajoja, ja teollisen ja jälkiteollisen yhteiskunnan sekä globaalin talouden vaikutukset ulottuvat nekin kaikkialle. Nämä kehityskulut muovavat yhteiskuntien rakenteita ja kulttuureja sekä ihmisten elinoloja, elintapoja ja ajattelua, ja tätä kautta terveyden kehitystä ja sen jakautumista yksilöiden, väestöryhmien, kansakuntien ja alueiden välillä.

Globaalia terveyttä ja hyvinvointia kuvaa elinajanodote, joka 50 vuodessa on pidentynyt koko maailman mitassa 17 vuodella ja vuonna 2014 se oli 71.4 vuotta. Suomessa elinajanodote on pidentynyt samaan aikaan 12 vuodella ja vuonna 2015 se oli 81.1 vuotta, mikä oikeuttaa 21. sijalle kansakuntien joukossa. Globaali yleiskehitys on siis ollut myönteinen ja köyhät ja keskivarakkaat maat ovat jopa saavuttaneet rikkaampia maita. Maiden välinen eriarvoisuus on kuitenkin edelleen erittäin suuri, sillä eteläisen Afrikan köyhissä maissa elinajanodote on vain runsaat 50 vuotta.

Suomessa elinajanodote on pidentynyt tasaisesti 150 vuoden ajan, mutta vielä 100 vuotta sitten se oli nykyisten köyhimpien kehitysmaiden tasolla. Myönteisen yleiskehityksen sisällä terveys, sairaudet ja ennenaikainen kuolema kuitenkin jakautuvat epätasaisesti yhteiskuntaluokkien tai sosioekonomisten ryhmien, kuten koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaan. Monessa maassa, myös autonomisessa Suomessa yhteiskuntaluokkien väliset terveyserot tunnistettiin jo 1800-luvun puolivälissä (Karisto ym. 1990).

Terveyseroista käytiin kansainvälistä tieteellistä keskustelua, josta suomalaiset tutkijat saivat vaikutteita ja johon he myös itse osallistuivat. Suomen itsenäisyyden aattona vuonna 1916 Akseli Koskimies (1869–1943), sittemmin lääkintöhallituksen pääjohtaja, julkaisi perusteellisen analyysin kansainvälisestä sosiaalilääketieteellisestä keskustelusta ja asetti tutkimuksen tehtäväksi tarkastella ”henkilöä erityisen yhteiskuntaluokan, taloudellisen ryhmän jäsenenä – jona hän on hänen yhteiskuntaluokalleen ominaisille tai siinä luokassa esiintyville terveydenvaaroille alttiina”.

Itsenäistymisen jälkeisessä murroksessa, joka oli kärjistynyt kansalaissodaksi, Koskimiehen ohjelma kuitenkin ehtyi. Yhteiskuntaluokkia, kuten sosioekonomisia terveyseroja koskevat kysymykset eivät enää soveltuneet tutkimusaiheiksi. Vasta pari vuosikymmentä myöhemmin ilmestyi YK:n väestöasiantuntijana uransa tehneen Väinö Kanniston (1916–2002) tutkimus keuhkotautikuolleisuuden sosioekonomisista eroista (Kannisto 1947).

Ratkaiseva sysäys terveyserojen kansainväliselle tutkimukselle ja siihen liittyvälle terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle tuli vasta vuonna 1980, kun brittiläinen komiteamietintö The Black Report valmistui. Raportti summasi siihenastisen terveyserojen tutkimuksen ja osoitti, että sosioekonomiset terveyserot eivät olleet poistuneet, vaan olivat edelleen suuret ja johdonmukaiset eivätkä rikkaimmista maista, kuten Britannia, Yhdysvallat tai Ruotsi välttyneet niiltä (Townsend & Davidson 1982). Myös suomalaiset tutkimukset vahvistivat, että sosioekonomiset erot sairastavuudessa (Purola & Kalimo 1970) ja kuolleisuudessa (Valkonen & Notkola 1977) olivat suuret ja johdonmukaiset.

1990-luvulta alkaen sosioekonomisten terveyserojen tutkimus on lisääntynyt eksponentiaalisesti. Aihepiiri kuuluu nykyään kansanterveystutkimuksen ydinalueisiin, jolla suomalaisten tutkijoiden kansainvälinen panos on huomattava (Bouchard ym. 2015). Nykytutkimus antaa hyvän

kuvan terveyseroista ja niiden kehityksestä viimeisten vuosikymmenten aikana Suomessa ja lukuisissa muissa maissa. Terveyseroja esiintyy kaikissa maissa, joista tutkimuksia on käytettävissä, ja erot noudattavat säännönmukaisuutta: mitä alempi sosioekonominen asema, sitä huonompi terveys.

Euroopan maissa koetun terveyden, sairastavuuden ja kuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat kasvaneet tai säilyneet ennallaan 1990-luvulta 2010-luvulle (Hu ym. 2016, Mackenbach ym. 2015). Suomessa koetun terveyden sosioekonomiset erot ovat olleet Euroopan mittakaavassa keskitasoiset. Tarkemmassa Suomen aikuisväestön analyysissä koetun terveyden sosioekonomiset erot ovat säilyneet 1970-luvun lopulta 2010-luvun puoliväliin saakka. Erot kaventuivat jonkin verran 1980-luvulla, mutta ovat sittemmin säilyneet ennallaan (Lahelma ym. 2017).

Kuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat olleet Suomessa länsieurooppalaisittain melko suuret etenkin miehillä ja kasvaneet myös naisilla. Tarkemmassa Suomen väestön analyysissä elinajanodotteen tuloryhmittäiset erot kasvoivat sekä miehillä että naisilla 1990-luvulta 2000-luvulle. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen elinajanodotteen ero on erittäin suuri: miehillä noin 10 vuotta ja naisilla noin 5 vuotta. Vaikka erojen kasvu on 2010-luvulla tasaantunut, ovat erot säilyneet suurina (Tarkiainen ym. 2017).

Sosioekonomiset terveyserot syntyvät useiden eri tekijöiden tuloksena ja ne ovat osoittautuneet luultua sitkeämmiksi sekä Suomessa että muissa maissa. WHO:n maailmalaajuisessa ohjelmassa korostetaan, ettei terveyseroille ole biologisesti välttämättömiä syitä, vaan syitä on etsittävä poliittisesta, sosiaalisesta ja taloudellisesta ympäristöstä, jossa ihmiset kasvavat, elävät, tekevät työtä ja vanhenevat (WHO 2008). Globaalissa ohjelmassa esillä ovat erityisesti makrotason tekijät, kuten köyhyys, työ- ja muut elinolot, vallan ja resurssien epätasainen jakautuminen sekä myös terveelliset elintavat ja terveyspalvelut. Yhteisten syiden lisäksi eri maissa vaikuttavat kansalliset erityispiirteet. Esimerkiksi Suomessa sydän- ja verisuonitaudit, alkoholi-ongelmat ja onnettomuudet ovat alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä suhteellisesti yleisempiä kuin ylemmissä ryhmissä ja niillä on merkittävä osuus terveyserojen muodostumisessa.

Tietomme terveyseroista ja niiden syistä on karttunut, mutta myös erojen kaventaminen osoittautunut luultua vaikeammaksi. Terveyserojen torjuminen on kuulunut useiden terveys- ja yhteiskuntapoliittisten ohjelmien tavoitteisiin, mutta toistaiseksi erojen kaventaminen ei ole onnistunut. Esimerkiksi Suomessa valtioneuvoston Terveys 2015-ohjelma käynnistyi vuonna 2001 tavoitteena kuolleisuuserojen kaventuminen viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä, mutta tosiasiassa erot tuona aikana kasvoivat. Myös nykyisen pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman tavoitteena on, että hallituskaudella ”terveys- ja hyvinvointierot ovat kaventuneet”.

Muiden maiden kokemukset terveyserojen kaventamisesta ovat paljolti samansuuntaiset kuin Suomen. Hyvinvointivaltioissa, kuten Suomessa, suuret ja pysyvät terveyserot ovat pettymys ja paradoksi pyrittäessä kansalaisten ja väestöryhmien väliseen tasa-arvoon. On syytä analysoida, miksi eroja ei ole onnistuttu kaventamaan kattavista terveys- ja yhteiskuntapoliittista ohjelmista huolimatta. Terveyserojen johtaviin tutkijoihin kuuluva alankomaalainen Johan Mackenbach (2012) on arvioinut, että jos aineellisten ja henkisten voimavarojen epätasaista jakautumista kyettäisiin radikaalisti vähentämään, kaventuisivat myös sosioekonomiset terveyserot. Poliittiset toimijat eivät kuitenkaan ole olleet valmiita riittävän syvällisiin uudistuksiin.

Tähänastista pontevammalle terveyseroihin puuttumiselle on useita perusteita. Ensiksikin terveyseroja voidaan pitää epäoikeudenmukaisina siinä määrin kuin ne ovat ehkäistävissä. Toiseksi terveyserot heikentävät entisestään alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien asemaa yhteiskunnassa ja vaikeuttavat heidän asemansa parantamista. Kolmanneksi terveyserot aiheuttavat suuria kansanterveyden menetyksiä väestössä. Neljänneksi terveyseroista koituu huomattavia taloudellisia kustannuksia muun muassa työkyvyn menetyksinä sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen tarpeen kasvuna.

100-vuotiaan Suomen tehtäväliselle sopii kansalaisten tasa-arvon ja hyvinvoinnin edistäminen ja turvaaminen, kuten sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Suomalainen terveyserojen tutkimus on jo pitkään hyötynyt kansainvälisestä yhteistyöstä ja sen anti kansainväliselle tutkimukselle on ollut merkittävä. Tutkimus on tukenut maiden välisten ja maiden

sisäisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävien terveys- ja yhteiskuntapoliittisten ohjelmien ja toimenpiteiden kehittelyä koko maailman mittassa, Euroopassa ja sovellettuna kunkin maan erityistarpeisiin. Tieto terveyseroista on karttunut ja ohjelmat sisältävät toimenpiteitä erojen kaventamiseksi myös Suomessa. Entistä pontevampia toimia kuitenkin tarvitaan. Yhdistämällä tutkijoiden, viranomaisten ja poliitikkojen voimat sekä Suomessa että muissa maissa on mahdollista pysäyttää terveyserojen kasvu ja kääntää suunta erojen kaventumiseksi.

## KIRJALLISUUS

- Bouchard L, Albertini M, Batista R. ym. Research on health inequalities: A bibliometric analysis (1966–2014). *Soc Sci Med* 2015;141:100–108.
- Horton R, Beaglehole R, Bonita R ym. From public to planetary health: a manifesto. *Lancet* 2014;383:847.
- Hu Y, van Lenthe F, Borsboom G ym. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:644–652.
- Kannisto V. Keuhkorautikuolevuus ja ammatti. *Duodecim* 1947;53:460–462.
- Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O. 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. *Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. Sosiaalilääk Aikak* 1990;27:206–220.
- Koskimies A. Mitä ovat sosiaalhygienia ja sosiaalimediisiina. *Duodecim* 1916;32:133–147.
- Lahelma E, Pentala O, Helldán A ym. Koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen muutos Suomessa vuosina 1979–2014. *Lähetetty julkaistavaksi* 2017.
- Mackenbach J. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 2012;75:761–769.
- Mackenbach J, Kulhánová I, Menvielle G ym. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:207–217.
- Purola T, Kalimo E. Sairastavuuden ammattiloittainen vaihtelu työvoima- ja eläkepoliittisena ongelmana. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja M:14; 1970.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R ym. Pitkään jatkunut sosiaaliryhmien välisten elinajanodotterojen kasvu on pääosin pysähtynyt 2010-luvulla. *Suom Lääkäril* 2017;72 (ilmestyy).
- Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health: The Black Report*. London: Penguin; 1982.
- Valkonen T, Notkola V. Influence of socioeconomic and other factors on the geographic variation of mortality in Finland. Helsinki: Publications of the Department of Sociology 105, University of Helsinki; 1977.
- WHO. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

EERO LAHELMA  
*Professori*  
*Helsingin yliopisto*  
*Kansanterveystieteen osasto*