



Terveyden seuranta ja terveyserojen kaventaminen Suomessa – havaintoja terveyseroista ja käytännön toimista

PÄÄLÖYDÖKSET

- Terveyserojen kaventaminen on ollut viimeisen 30 vuoden ajan keskeinen painopiste suomalaisessa terveystilassa. Väestöryhmittäiset erot terveydessä eivät kuitenkaan ole merkittävästi kaventuneet 2000-luvulla, ja joiltakin osin terveyserot ovat jopa kasvaneet.
- Terveyserojen kaventamisessa tarvitaan säännöllistä tilanteen seuranta. Suomessa keskeiset tietolähteet ovat kansalliset väestötutkimukset ja rekisteritiedot.
- Väestön terveyttä tulisi tarkastella säännöllisesti ainakin sukupuolen, asuinalueen, sosioekonomisen aseman, syntyperän ja toiminnanrajoitteisuuden näkökulmasta, ottaen huomioon myös risteävät tekijät.
- Suomen lainsäädäntö velvoittaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen palveluiden laadussa ja saatavuudessa. Tiedon hyödyntäminen päätöksenteon tukena ja vaikuttavien toimien mahdollistajana edellyttää laaja-alaista asiantuntijatyötä eri toimijoiden kesken.

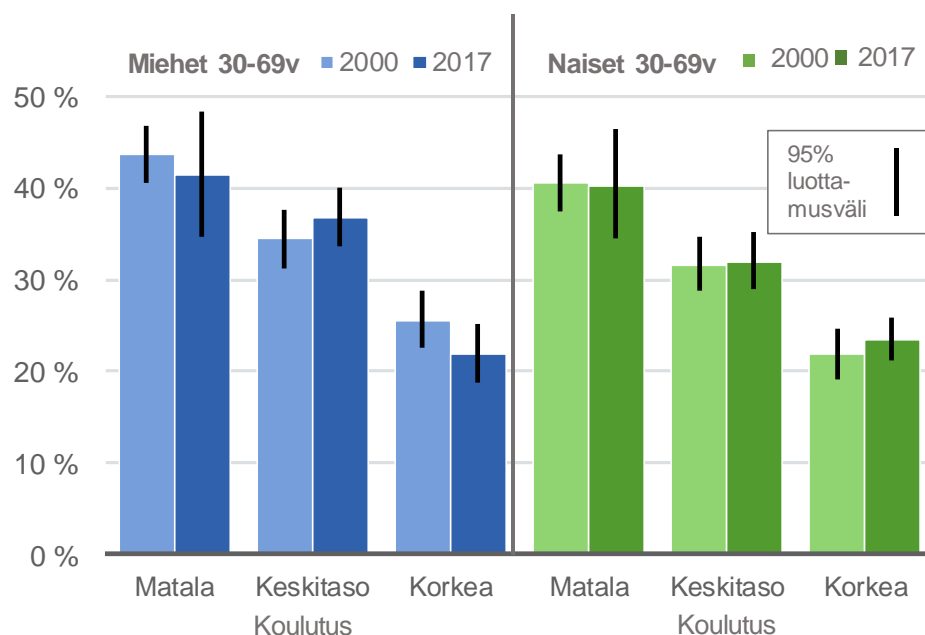
Suomalaisten terveys on yleisesti kehittynyt monilla osa-alueilla myönteisesti, mutta tois-taiseksi väestöryhmittäisiä eroja terveydessä ei ole pystytty merkittävästi kaventamaan ja joiltakin osin erot ovat jopa kasvaneet. (Koskinen ym. 2018, Karvonen ym. 2017; Rahkonen ym. 2011)

Laadukkaaseen tutkimustietoon pohjautuva päätöksenteko ja tarkoituksenmukaisesti kohdennetut toimet sekä niiden tuloksellisuuden arviointi vaativat säännöllisesti päivittyvää tietoa väestön terveydentilasta ja siinä ilmenevästä eriarvoisuudesta. Tietoa tarvitaan valtakunnallisesti, alueellisesti ja väestöryhmittäin, kuten esimerkiksi eri etnisen taustan ja sosioekonomisen aseman mukaan. (Koskinen ym. 2018.)

Tässä työpaperissa esitetään havaintoja terveyseroista, terveyden seurannasta ja terveyserojen kaventamisen käytännön toimista Suomessa. Havaintoja kerättiin Euroopan unionin JAHEE-hankkeessa (Joint Action Health Equity Europe), jossa tavoitteena oli ”parempi terveyden tasa-arvo Euroopan maissa”. Suomen osatavoitteina oli muun muassa kuvata terveyden eriarvoisuuden seurannan kansallinen tavoitetila ja kehittää ja testata eri tapoja eriarvotiedon muuttamiseksi toimenpiteiksi.

Havaintoja terveyseroista

Terveyseroille on tyypillistä, että mitä alempi on ihmisen sosioekonominen asema, sitä heikompi on hänen terveytensä. Säännönmukaisuus koskee lähes poikkeuksetta terveydentilan eri osa-alueita kuten sairastavuutta, kuolleisuutta ja koettua terveyttä. (esim. Karvonen & Kauppinen 2009 & 2014; Koskinen ym. 2018; Parikka ym. 2017; Rissanen ym. 2020.) (Kuvio 1., Kuvio 2. ja Kuvio 3.)



Lähde: Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 -tutkimukset, THL

Kuvio 1. Koettu terveys keskitasoinen tai huonompi vuonna 2000 ja 2017 (Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 tutkimusaineistot)

Satu Majlander

Hannamaria Kuusio

Tapani Kauppinen

Katri Kilpeläinen

Timo Koskela

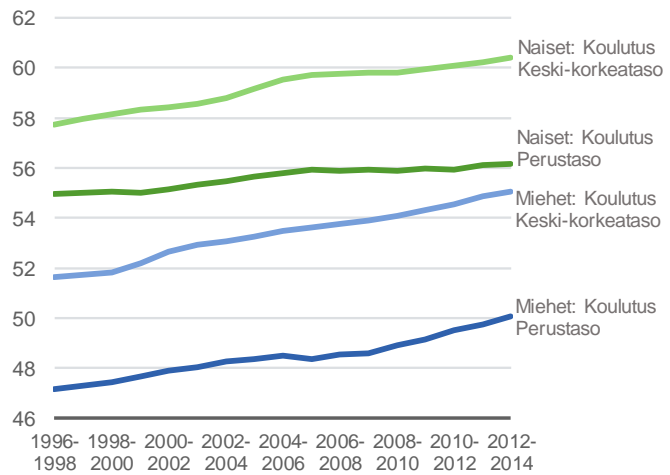
Tuulia Rotko

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

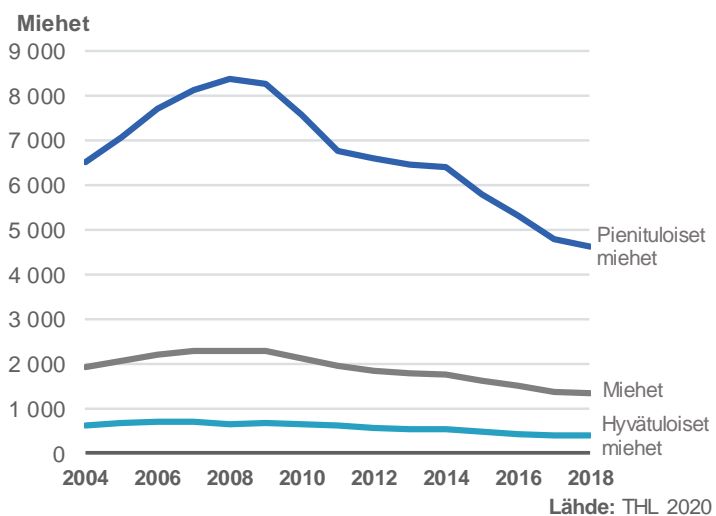
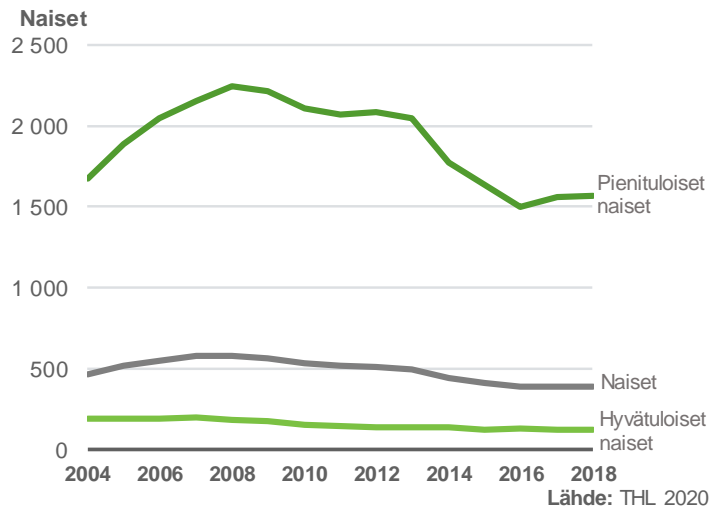
Terveyden eriarvoisuuden indikaattorit, ehdotus:

- 30-vuotiaan elinajanodote, koulutusryhmittäin
- Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä, tuloryhmittäin
- Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista, 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Vältettävissä olevat sairaalahoitajaksot, tuloryhmien mukaan eriarvoisuusindeksi (RII)
- Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m²) (%), 20 vuotta täyttäneet (mitattu paino), koulutusryhmittäin
- Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuosittelun mukaisesti käyttävien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Terveysliikuntasuosituksen mukaisesti liikkuvat/ Terveysliikuntasuosituksen mukaan riittämättömästi liikkuvat (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
- Työkykynsä heikentyneeksi arvioivien osuus, (%), 20–74 -vuotiaat, koulutusryhmittäin
- Toimintarajoitteita terveysongelman vuoksi, osuus (%), 20–64-vuotiaat, koulutusryhmittäin.

[Terveyserojen kansalliset indikaattorit \(ryhmä-id 813\)](#) Sotkanet-verkkopalvelussa

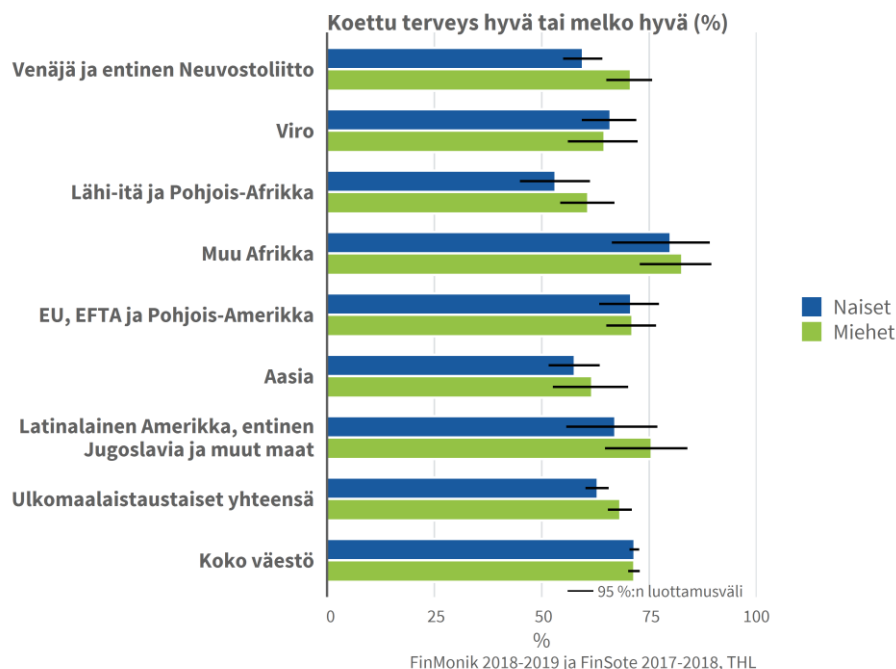


Kuvio 2. Elinajanodote miehillä ja naisilla koulutusryhmittäin 1996–2014 (lähde: terveytemme.fi).



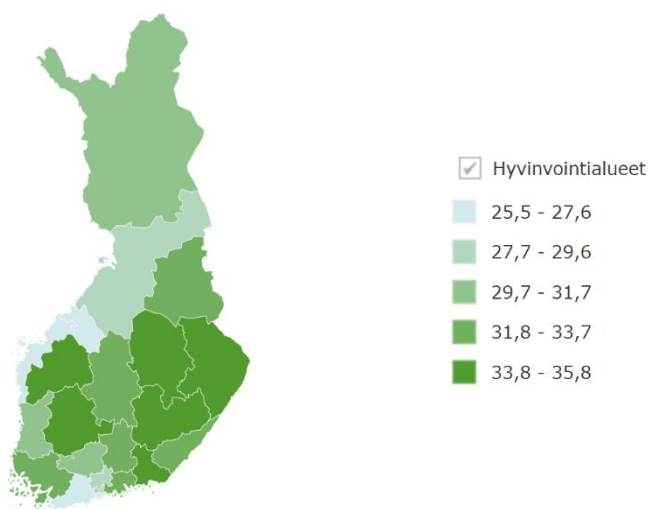
Kuvio 3. Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä miehistä naisista ja miehistä.

Terveys vaihtelee myös kieli- ja kulttuuriryhmien kuten romanien ja koko väestön sekä maahan muuttaneiden ja koko väestön välillä. Myös ryhmien sisällä on huomattavia terveys- ja hyvinvointieroja. Esimerkiksi maahan muuttaneet kokevat terveytensä heikommaksi kuin koko väestö, mutta koettu terveys myös maahan muuttaneissa vaihtelee syntymämaahan mukaan (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Koettu terveys hyvä tai melko hyvä syntymämaahan mukaan, ikä- ja sukupuolivakioituna

Väestön terveys vaihtelee sosioekonomisten tekijöiden lisäksi myös alueiden välillä. Etelä- ja länsisuomalaiset ovat keskimäärin terveempiä kuin itä- ja pohjoissuomalaiset. Esimerkiksi itäisessä Suomessa asuvat arvioivat työkykynsä useammin heikentyneeksi kuin läntisessä Suomessa asuvat. (Parikka ym. 2017.)



Kuvio 5. Työkykynsä heikentyneeksi (enintään 7/10) arvioivien osuus (%) vuonna 2020 (lähde: Terveystemme.fi).

Kuvaus JAHEE-hankkeesta

Joint Action on Health Equity Europe (JAHEE) 06/2018-11/2021. Mukana 25 EU-maata.

Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on merkittävä eurooppalainen tavoite, johon JAHEE-hankkeessa tartutaan eri maiden yhteistyönä.

Suomi on mukana kolmessa eri teema-alueessa omilla toimillaan:

1. ”Terveyden eriarvoisuuden seuranta” -työpaketissa tehdään ehdotus kansallisesta terveyden eriarvoisuustiedon seurannasta ja parannusehdotuksista.
2. ”Maahan muuttaneiden terveys” -työpaketissa tunnistetaan keskeisiä toimia politiikoissa maahan muuttaneiden terveyden edistämiseksi ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi
3. ”Terveyden eriarvoisuus kaikissa politiikoissa” -työpaketissa tuetaan ja arvioidaan kahta valittua maakuntaa eriarvoisuuden huomioonottamisessa HYTE-työssä.

Tähän raporttiin on koottu Suomessa tehdyt toimet ja niiden opit.

Ennenaikaiset kuolemat ovat yleisempiä itäisessä ja pohjoisessa Suomessa kuin etelässä ja lännessä. Maakuntien välillä on selviä kuolleisuuseroja ja miehillä erot ovat suurempia kuin naisilla. Miesten elinajanodote on naisten elinajanodotetta lyhyempi kaikissa maakunnissa. Vuosina 2017–2019 sukupuolten välinen ero oli suurin Kainuussa, jossa miesten elinajanodote oli 6,7 vuotta lyhyempi kuin naisten. Keski-Pohjanmaalla sukupuolten välinen ero oli pienin, 3,9 vuotta. (SVT 2019.)

Terveyden eriarvoisuuden seuranta

Terveyden eriarvoisuuden kaventamiseksi tarvitaan säännöllisesti kertyvää seurantatietoa, joka ohjaa eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäviä toimia sekä vaikutusten arviointia. (Rotko ym. 2012). Suomessa rekisterit, tilastot ja väestötutkimusaineistot ovat keskeisiä väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia tietolähteitä.

Toistaiseksi haasteena on ollut se, että tietoa ei ole saatavilla kaikista väestöryhmistä. Rekisteriaineistoista puuttuvat tiedot ja ajantasaisuuden puutteet ovat ongelmana erityisesti ulkomaista syntyperää olevia tarkasteltaessa (mm. ihmisten liikkuvuus, maahan- ja maastamuutto). Lisäksi joitakin väestöryhmiä koskevaa tietoa ei rekisteristä saada ollenkaan (mm. saamelaisia ja Suomen romaneja sekä paperittomia henkilöitä koskevat tiedot). Myös alueelliset ja muutkin väestöryhmäerot saattavat rekisteritiedoissa osaltaan vääristyä esim. erilaisten hoito- ja kirjaamiskäytäntöjen vuoksi.

Tarve väestöryhmittäiselle tiedolle on tunnistettu ja väestötutkimuksia kehitetään huomioiden nykyiset tiedon katvealueet ja haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät. Suomessa on tehty useita erillistutkimuksia, joissa on pyritty luotettavasti arvioimaan terveyttä, hyvinvointia ja sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta eri väestöryhmillä. Erillistiedonkeruista viisi on kohdistunut Suomen ulkomaista syntyperää olevaan väestöön (ml. yksi turvapaikanhakijoihin) ja yksi Suomen romaniväestöön (Castaneda ym. 2012; Nieminen ym. 2015; Skogberg ym. 2019; Weiste-Paakkanen ym. 2018; Kuusio ym. 2020). Tavoitteena on sisällyttää kieli- ja kulttuurivähemmistöjen terveyden ja hyvinvoinnin väestötutkimuksiin perustuva seuranta osaksi THL:n koko väestöön kohdistuvia tiedonkeruita.

Havaintoja käytännön toimista

JAHEE-hankkeessa tuettiin kahden tulevan hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja eriarvoisuuden vähentämisen strategisten tavoitteiden valmistelua (ks. THL 2021a). Tulevat hyvinvointialueet valmistelivat alueellista hyvinvointikertomusta, jossa kuvataan alueen hyvinvoinnin tila väestöryhmittäin sekä esitetään tulevan valtuustokauden ajalle strategisia tavoitteita hyvinvoinnin lisäämiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi (lisää kertomustyöstä esim. THL 2021b). Sivupalkissa esitellyjä indikaattoreita testattiin valmistelun kuluessa ja niitä käytettiin hyväksi tavoitteiden asettamisessa.

Hyvinvointikertomukset ovat sote-lain mukaisesti lakisäätteisiä asiakirjoja, joita tehdään säännöllisesti sekä hyvinvointialueilla että kunnissa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 6§, 7§). Hyvinvointikertomukset valmistellaan laajassa monialaisessa työryhmässä ja työhön liittyy usein erilaisia laajempia osallistumisen muotoja. Näissä työpajoissa ja seminaareissa osallistujat nostivat esiin runsaasti eriarvoisuuteen liittyviä havaintoja, jotka liittyivät omakohtaisiin kokemuksiin tai jo olemassa oleviin eriarvoisuutta kuvaavien indikaattoreiden aiheuttamiin huoliin. Indikaattoreiden olemassaolo on tärkeää, jotta osalliset voivat joko tunnistaa eriarvoisuuden ilmenemismuotoja tai saada varmistusta omankohhtaisten kokemusten todenperäisyydestä.

Tähän mennessä eriarvoisuuteen liittyviä indikaattoreita ei ole ollut Suomessa helppoa löytää, eikä kaikkia ole saatavilla aluekohtaisesti. Yleensä eriarvoindikaattorit eivät ole valmiita, vaan ne vaativat useamman tiedon yhdistämistä ja eri alueellisten ja kansallisten tietolähteiden tunnistamista. Nyt eriarvotiedon indikaattoreita ja tietolähteitä on ensimmäistä kertaa koottu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuille (THL 2021c) ja tähän julkaisuun.

Terveyden eriarvoisuuteen liittyvä huoli ei aina välttämättä tarvitse indikaattoria tueksi, jotta se päätyisi hyvinvointialueen strategiseksi tavoitteeksi. Keskustelussa esiinnoussut huoli saattoi toistua eri toimijoiden kokemuksissa ja kertautua niin, että valmistelijat olivat yksimielisiä koetun asian tärkeydestä ilman konkreettista mitattua tietoa. Usein taustalla

oli tietoisuus kehityskuluista tai olosuhteista, joita oli voitu kuvata kansallisesti. Tällaisia tavoitteita saattoi olla esimerkiksi lasten päihteiden käyttö, ylisukupolvinen syrjäytyminen tai tietyn palvelun saatavuuden vaihtelut.

Toisaalta hankkeessa havaittiin selkeitä eriarvoisuuden indikaattoreita, joita oli raportoitu aiemmin alueittain ja joita oli käsitelty valmisteluvaiheessa, mutta jotka eivät päätyneet alueen terveyden eriarvon kaventamisen tavoitteiksi. Osa hyvinkin yksilöidystä huolista saattaa hyvinvointikertomuksen tiivistysvaiheessa kadottaa alkuperäisen terveyseronäkö-kulmansa. Esimerkiksi jaettu huoli tiettyjä ominaisuuksia omaavista pitkäaikaistyöttömistä hiipui toimeksi työttömien terveystarkastuksesta tai yleisemmin työikäisten työkyvystä. Yksittäisiin ihmisryhmiin kohdistuvat tavoitteet saattavat jäädä taka-alalle universaalien, laajemmille väestöryhmille kehitettävien toimien paremman hyväksyttävyyden vuoksi.

Osa jaetuista ja mitattavissa olevista sosioekonomisista hyvinvointi- ja terveyseroista ei yksinkertaisesti mahtunut mukaan hyvinvointikertomusten tiiviiseen strategisten tavoitteiden kokonaisuuteen. Indikaattoreiden olemassaolo ei siis yksistään riitä, vaan tarvitaan monialaisesti yhteinen ymmärrys indikaattorin kuvaamasta ilmiöstä ja niistä kehityskuluista ja mahdollisista seurauksista, mitä indikaattorin kuvaama ilmiö saattaa aiheuttaa. Indikaattoritietoja esiteltäessä hyvinvointialueilla tarvittaisiin kuvauksia syy-seuraus-ketjuista ja vaihtoehtoisia kustannusmallinnuksia indikaattoreiden ilmiöistä.

Kahteen tulevan hyvinvointialueen hyvinvointikertomukseen jäi useita eriarvoisuuteen liittyviä tavoitteita, vaikka kaikkia tunnistettuja asioita ei voitu ottaa mukaan. Hyvinvointikertomus on valmistelijoittensa ja päättävien luottamushenkilöittensä näköinen poliittinen valinta ja tahdonilmaus, johon voidaan valita vain muutamia kehitettäviä asioita kerrallaan.

Jotta tämä arvokeskustelu olisi mahdollista, tulisi olla

- tarjolla helposti löydettäviä, säännöllisesti päivittyviä eriarvoisuutta kuvaavia indikaattoreita alueittain,
- riittävän monialainen ja asiantunteva joukko tunnistamassa alueen eriarvoisuuden erityispiirteitä ja arvottamassa indikaattoreiden avulla huolten määrää,
- mahdollisuus mallintaa tulevia vaihtoehtoisia kehityskulkuja arvottamisen avuksi ja
- avoin valmistelu- ja päätöksentekoprosessi, jossa voidaan käydä eri toimijoiden välistä aitoa vuorovaikutusta.

Johtopäätökset

Väestöryhmittäiset erot terveydessä eivät ole merkittävästi kaventuneet 2000-luvulla ja joiltakin osin terveyserot ovat jopa kasvaneet. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että vähemmän koulutetut sairastavat yhä enemmän ja korkeasti koulutetut ovat yhä terveempiä.

Laadukkaat väestötutkimus- ja rekisteritiedot mahdollistavat väestön terveyden ja siinä ilmenevän eriarvoisuuden seurannan. Väestötutkimuksia (sekä terveystarkastustutkimuksia että kysely- ja haastattelutietoja) tarvitaan täydentämään rekisteritietoa. Rekistereistä saadaan suhteellisen kattavasti tietoa julkisten palvelujen käyttäjistä, mutta katvealueelle jäävät ne ihmiset, jotka eivät syystä tai toisesta hakeudu tai pääse palveluihin. Rekistereistä ei myöskään saada tietoa mm. koetusta terveydestä, toimintakyvystä ja terveystottumuksista tai yksilölliseen kokemukseen perustuvista ilmiöistä kuten syrjinnästä, luottamuksesta tai kohtelusta palveluissa. Kaikilla viimeksi mainituilla tiedetään olevan yhteys ihmisen terveyteen, joka puolestaan kasvattaa terveyseroja. (Castaneda & Kuusio 2019.)

Väestötutkimuksista saadaan myös arvokasta tietoa sairauksien riskitekijöistä kuten elintavoista. Terveyserojen kaventamisen ja laaja-alaisen hyvinvointipolitiikan näkökulmasta ihmisten terveyttä tulisikin tarkastella kattavasti eri tiedonkeruutavoin saatavin tiedoin.

Ihmisen sosioekonomisen aseman kuten koulutustaustan ja pääasiallisen toiminnan tai työmarkkina-aseman tulisi olla mukana väestön terveyden tilaa ja siinä ilmenevää eriarvoisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa. Lisäksi syntyperä ja toiminnanrajoitteisuus ovat tärkeitä tekijöitä terveyserojen seurannassa, unohtamatta risteävien tekijöiden tarkastelua.

Toistaiseksi eri rekisterinpitäjiltä ja väestötutkimuksista saatujen tietojen yhdistämisessä on vielä haasteita, joita on pyrittävä ratkomaan. Ongelmana on myös, että kaikista ilmiöistä ei ole käytettävissä eriarvotietoa aluetasoilla.

Terveyden eriarvoisuuteen liittyvä huoli ei aina välttämättä tarvitse indikaattoria päätöksenteon tueksi, vaan hyvinvointikertomuksen valmistelijoiden yksimielisyys koetun asian tärkeydestä usein riittää.

Väestön terveyden eriarvoisuuden seurantaan on Suomessa olemassa osaamista ja välineitä, joiden hyödyntämiseen on annettu suositus JAHEE-hankkeessa muodostetun terveyserojen seurannan indikaattorikehikossa.

Monien indikaattoreiden tietosisällön osalta THL on Suomessa keskeinen tietoa tuottava taho, mutta eri rekisterinpitäjiltä ja väestötutkimuksista saatujen tietojen yhdistämisessä on vielä haasteita, joita on pyrittävä ratkomaan. Tiedon hyödyntäminen päätöksenteon tukena ja vaikuttavien toimien mahdollistajana edellyttää laaja-alaista asiantuntijatyötä ja tietojen keruuta, kokoamista ja tulkintaa eri toimijoiden yhteistyössä.

Lähteet

Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.) (2012) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 2012, No. 61. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Castaneda AE, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S. (2015) Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Työpaperi 18/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Castaneda A & Kuusio H (2019) Sosiaalinen hyvinvointi, kotoutuminen ja terveys sekä näiden väliset yhteydet Suomen ulkomailla syntyneessä väestössä. Teoksessa: Kazi Villiina & Alitolppa-Niitamo Anne & Kaihovaara Antti (toim.). Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019: Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna L. (2017) Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Karvonen S. & Kauppinen T. (2009) Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. Yhteiskuntapolitiikka 74(5), s. 467–486.

Karvonen S & Kauppinen T (2014) Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa: Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä Laura, Moisio Pasi & Muuri Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, s. 80–97.

Koskinen S, Martelin T, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koponen P. (2018) Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa: Koponen Päivikki, Borodulin Katja, Lundqvist Annamari, Sääksjärvi Katri, Koskinen Seppo (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Koskinen S & Linnanmäki E (2008) Väestöryhmien välisten terveyserojen seurantarjestelmän kehittäminen. Teoksessa: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 161–168

Kuusio H, Seppänen A, Somersalo L, Lilja E. (toim.) (2020) Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa. FinMonik-tutkimus 2018–2019. Raportti 1/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [viitattu 25.8.2021]. Luettavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Nieminen T (2015) Työttömyys ja työvoiman ulkopuolella olevat. Teoksessa: Nieminen Tarja, Sutela Hanna, Hannula Ulla (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus, s. 121–134

Parikka S, Martelin T, Koskela T, Härkönen T, Kilpeläinen K, Tarkiainen L, & Koskinen S (2017) Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Rahkonen O, Laaksonen M, Tallukka T, Lahelma E (2011) Sosiaaliluokkien välisten terveyserojen selittäminen ja niiden vähentämisen haaste. Esimerkkinä työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen. Janus vol. 19 (4) 2011, s. 358–368.

Rissanen P, Parhiala K, Hetemaa T ym. (2020) Tiedosta arviointiin. Tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus Suomessa 2018. Päätöksenteon tueksi 2/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Rotko T, Kauppinen T, Mustonen N & Linnanmäki E (2012) Kuilun kaventajat: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 –loppuraportti 41/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Skogberg N, Mustonen KL, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (2019) Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12/19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL 2021a. Alueellinen hyvinvointijohtaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 30.6.2021] Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/alueellinen-hyvinvointijohtaminen>.

THL 2021b. Alueellinen hyvinvointikertomus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 30.6.2021] Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/alueellinen-hyvinvointijohtaminen/alueellinen-hyvinvointikertomus>.

THL 2021c. Keskeiset indikaattorit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 30.6.2021] Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/keskeiset-indikaattorit>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-2529. 01 2019. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 16.8.2021]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/kuol/2019/01/kuol_2019_01_2020-10-22_tie_001_fi.html.

Weiste-Paakkanen A, Lämsä R, Kuusio H. (toim.) (2018) Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi. Romanien hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Raportti 15/2018, s. 16–25.

Tämän julkaisun viite:

Satu Majlander, Hannamaria Kuusio, Tapani Kauppinen, Katri Kilpeläinen, Timo Koskela, Tuulia Rotko (2021) Terveyden seuranta ja terveyserojen kaventaminen Suomessa – havaintoja terveyseroista ja käytännön toimista. Tutkimuksesta tiiviisti 59/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-746-3 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-746-3>