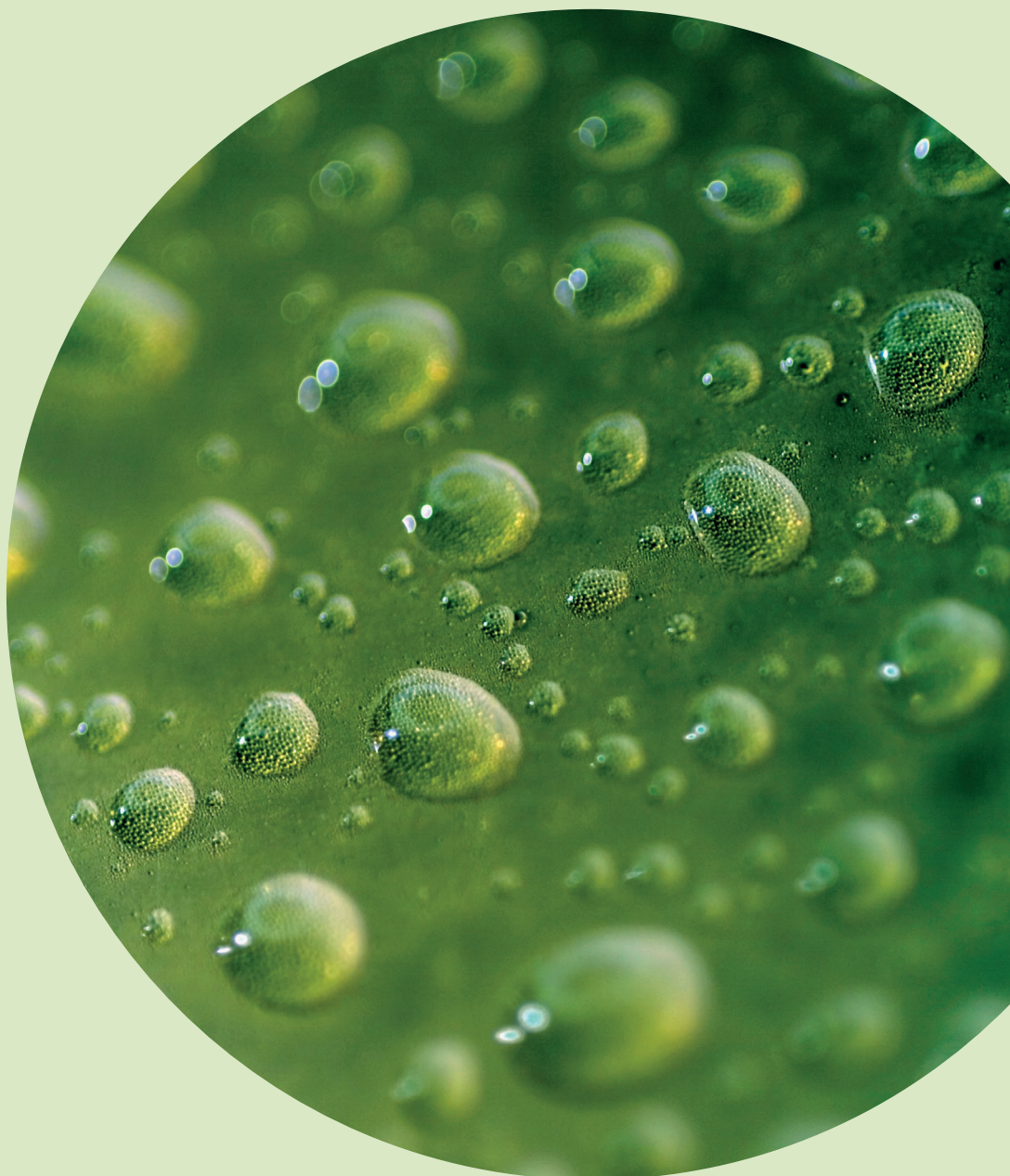


Satu Jokela
Katri Kilpeläinen
Suvi Parikka
Laura Sares-Jäske
Timo Koskela
Sonja Lumme
Tuija Martelin
Päivikki Koponen
Seppo Koskinen
Tuulia Rotko

Terveyden eriarvoisuus Suomessa

Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen

RAPORTTI



Raportti 5/2021

Satu Jokela, Katri Kilpeläinen, Suvi Parikka, Laura Sares-Jäske,
Timo Koskela, Sonja Lumme, Tuija Martelin, Päivikki Koponen,
Seppo Koskinen, Tuulia Rotko (toim)

Terveyden eriarvoisuus Suomessa

Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-656-5 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-656-5>

Helsinki, 2021

Esipuhe

Suomalaisten terveys on kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmenten aikana ja sekä miesten että naisten eliniän odotteen kasvu on jatkunut. Terveyserot ovat kuitenkin edelleen kansainvälisesti tarkasteltuna suuria. Terveysten eriarvoisuuden kasvun hillitsemiseksi on kehitettävä vaikuttavia keinoja, joilla terveyseroja voidaan kaventaa. Eriarvoisuuden tilaa kuvaavaa säännönmukaisesti päivittyvää seurantatietoa tarvitaan ohjaamaan kaventamiseen tähtäviä toimia sekä mahdollistamaan näiden toimien vaikutusten arviointia. On tärkeää huomioida että terveyden eriarvoisuus on ilmiönä niin moniulotteinen, että tiedon hyödyntäminen päätöksenteon tukena ja vaikuttavien toimien mahdollistajana vaatii laaja-alaista asiantuntijatyötä eri toimijoiden kesken.

THL on Suomessa keskeinen väestön terveyttä koskevaa tietoa tuottava taho, mutta ajantasaisen ja kattavan tiedon tuottamiseen liittyy kehittämistarpeita. Tiedon kattavuutta tulisi parantaa huomioimaan laajemmin eri väestöryhmät. Tietosisältöjä tulisi myös kehittää huomioiden erityisesti eriarvoisuuden eri osa-alueet, kuten syrjäntäkokemukset.

Tässä terveyserojen seurantajärjestelmän kehittämissuunnitelmassa esitetyt 13 sosioekonomisten terveyserojen seurantaindikaattoria on määritelty laajassa asiantuntijayhteistyössä. Indikaattoreiden määrää on rajattu, mutta ne on pyritty valitsemaan kuvastamaan monipuolisesti terveyden ja hyvinvoinnin eri osa-alueita. Valinnassa on huomioitu myös tiedon säännöllinen saatavuus. Indikaattorit soveltuvat hyvin Suomen aikuisväestön terveyden ja hyvinvoinnin sosioekonomisten terveyserojen arviointiin ja seurantaan.

Tämä raportti ja sen sisältämä indikaattoriehdotus on lopputulos Euroopan unionin JAHEE-hankkeen (Joint Action Health Equity Europe) Suomen osaprojektista (WP 5). Esitettyjen indikaattoreiden toivotaan johtavan tiedon systemaattisempaan käyttöön terveyserojen seurannassa ja erojen kaventamiseen tähtäävien toimien ohjauksessa Suomessa. Maakohtaisen seurannan kehittämisen lisäksi JAHEE -hankkeen tavoitteena on myös yhtenäistää terveyserojen seuranta Euroopassa ja mahdollistaa vertailu eri EU-maiden välillä. Toivomus on, että Suomen esimerkki kannustaa muita EU-maita jakamaan kokemuksiaan terveyden eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäävistä toimista ja kehittämään seurantajärjestelmiään.

Tiina Laatikainen
johtaja
Hyvinvointivaikuttajat osasto
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmä

Satu Jokela, Katri Kilpeläinen, Suvi Parikka, Laura Sares-Jäske, Timo Koskela, Sonja Lumme, Tuija Martelin Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Tuulia Rotko (toim.). Terveyden eriarvoisuus Suomessa -Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 5/2021. 76 sivua. Helsinki 2021. ISBN 978-952-343-656-5 (verkkojulkaisu)

Raportin idea: Kaikilla suomalaisilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia hyvään terveyteen. Tämä raportti kuvaa terveyden eriarvoisuutta ja sen syitä sekä pohtii mitä asian parantamiseksi voitaisiin tehdä. Suomessa terveyden eriarvoisuuden seurannan merkitystä on tähdennetty monissa keskeisissä kansallisissa terveysohjelmissa, mutta tällä hetkellä terveyden eriarvoisuutta ei seurata systemaattisesti, eikä seurantajärjestelmän kehittämiseksi ole olemassa millekään taholle määritettyä velvoitetta. Tämän Euroopan unionin JAHEE-hankkeen (Joint Action Health Equity Europe) Suomen osaprojektin (WP 5) tavoitteena on kuvata terveyden eriarvoisuuden seurannan kansallinen tavoitetilä ja esittää siihen perustuvat keskeiset eriarvoisuuden seurantaindikaattorit. Esitettyjen indikaattoreiden toivotaan johtavan tiedon systemaattisempaan käyttöön terveyserojen seurannassa ja erojen kaventamiseen tähtäävien toimien ohjauksessa. Tavoitteena on myös yhtenäistää terveyserojen seuranta Euroopassa ja mahdollistaa vertailu eri EU-maiden välillä. Toivomme myös, että Suomen kannustaa muita EU-maita jakamaan kokemuksiaan ja kehittämään seurantajärjestelmiään

Taustaa: Suomalaisen terveys on yleisesti kehittynyt melko myönteisesti viime vuosikymmenten aikana eri mittarein tarkasteltuna, mutta väestöryhmien välillä on edelleen suuriakin terveyseroja. Väestön terveys vaihtelee erityisesti sosioekonomisten ryhmien välillä, eli kun tarkastellaan terveyttä esimerkiksi koulutuksen, ammatiaseman tai tulojen mukaisesti. Systemaattisia terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välillä ilmenee esimerkiksi terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat merkittävä kansanterveyshaaste sekä Suomessa että muissa Euroopan maissa.

Terveyden eriarvoisuuteen liittyvät tekijät ja olottuvuudet on Suomessa melko hyvin tunnistettu ja niiden merkitys koko väestön hyvinvoinnin kannalta ymmärretään. Sosioekonomisilla ryhmillä on erilaiset elintavat, kuten ruokailu- ja liikuntatottumukset, stressitekijät ja päihteiden käyttötavat. Lisäksi eri yhteiskuntaluokissa elävät ihmiset saavat Suomessa erilaista terveydenhuoltoa. Karkeasti ilmaistuna niiden, jotka terveydenhuoltoa eniten tarvitsisivat, on vaikeinta sitä saada. Hyvätuloisilla on Suomessa kattava työterveyshuolto, ja he käyttävät sen palveluja kansainvälisesti vertaillen ahkerasti, kun taas köyhät jonottavat julkisiin palveluihin. Hyvätuloisilla on myös varaa ostaa tarvitsemansa lääkkeet, joka ei ole välttämättä mahdollista pienituloiselle.

Terveyserojen kaventaminen on ollut viimeksi kuluneiden 30 vuoden ajan terveyspolitiikan keskiössä, ja se on tälläkin hetkellä keskeinen painopiste suomalaisessa terveyspolitiikassa. Suomen lainsäädäntö velvoittaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen palveluiden laadussa ja saatavuudessa. Eriarvoisuutta on pyritty vähentämään pitkäjänteisesti ottamalla ”Hyvinvointi kaikissa politiikoissa” tietoiseksi tavoitteeksi kaikissa ministeriöissä. Kuitenkaan toistaiseksi eroja ei ole pystytty merkittävästi kaventamaan ja joiltakin osin erot ovat jopa kasvaneet.

Terveyden eriarvoisuuden kasvun hillitsemiseksi on kehitettävä vaikuttavia keinoja, joilla väestöryhmien välisiä suuria terveyseroja voidaan kaventaa. Tätä varten tarvitaan terveyden eriarvoisuuden tilaa kuvaavaa säännönmukaisesti päivittyvää seurantatietoa, joka ohjaa eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäviä toimia sekä näiden toimien vaikutusten arviointia.

Terveyserojen seurannan tarkoitus on tehdä erot näkyviksi, tukea valtakunnallisesti ja alueellisesti terveyserojen huomioimista yhteiskunnan eri sektoreilla ja mahdollistaa muutosten ennakointi sekä toiminnan tuloksellisuuden arviointi. Systemaattinen seuranta mahdollistaa väestössä ilmenevien terveystarpeiden selvittämisen ja ennakkoinnin (tarveanalyysi), tietoon perustuvan poliittisen päätöksenteon, palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen ja tuen terveysvaikutusten arviointiin terveyspoliittisessa päätöksenteossa.

Kansallisesti tuotetun eriarvoisuuden tilaa kuvaavan tiedon tulisi vastata myös alueellisiin tarpeisiin seurata väestön terveyden eriarvoisuuden tilaa, verrata omaa tilannetta muihin alueisiin, sekä arvioida eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäävien toimenpiteiden vaikutuksia.

Aineistot ja valitut mittarit: Rekisterit, tilastot ja väestötutkimusaineistot ovat keskeisiä väestön terveyden ja hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien tilaa kuvaavia tietolähteitä Suomessa. Suomessa asuvan väestön terveyden eriarvoisuudesta olisi saatavilla nykyistä paremmin tietoa näitä tietolähteitä hyödyntämällä.

Terveyden eriarvoisuutta kuvaavan tiedon systemaattiselle tuottamiselle on haasteena ollut se, että tietoa ei ole saatavilla kaikista väestöryhmistä. Rekisteriaineistojen kattavuus on ongelma erityisesti ulkomaalaistaustaisiin kohdennetuissa tutkimuksissa (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).

Laadukkaat väestötutkimus- ja rekisteriaineistot mahdollistavat väestön terveyden ja siinä ilmenevän eriarvoisuuden seurannan. Väestötutkimuksia (sekä terveystarkastustutkimuksia että terveystutkimuksia) tarvitaan täydentämään rekisteritietoa. Rekistereistä ei saada tietoa koetusta terveydestä, toimintakyvystä ja terveystottumuksista eikä monista muista ilmiöistä, jotka ovat yhteydessä ihmisen hyvinvointiin, kuten syrjinnästä. Väestötutkimuksista saadaan myös arvokasta tietoa sairauksien riskitekijöistä.

Tulokset: Raportissa esitellään keinoja, joilla terveyserojen seurantajärjestelmää voisi Suomessa kehittää. Raportti sisältää esimerkiksi indikaattorilistan, jota suomalaisen aikuisväestön sosioekonomisten terveyserojen seuraamisessa voisi hyödyntää. Indikaattorit ovat THL:n asiantuntijoiden valitsemia. Valituissa indikaattoreissa tunnistetaan ne ilmiöt, jotka ovat keskeisiä työikäisten terveyden, terveyteen vaikuttavien tekijöiden ja terveyspalvelujen kannalta, ja joissa on havaittu selkeitä koulutus- tai tuloryhmien välisiä eroja. Indikaattorit kattavat viisi terveyteen liittyvää aluetta: terveydentila, työ- ja toimintakyky, riskitekijät, toimeentulovaikkeudet ja terveyspalveluiden käyttö.

Ehdotuksessa on pitäydytty THL:n verkkopalveluista saataviin koulutus- tai tuloryhmittäin tuotettuihin indikaattoreihin. Tästä johtuen suuressa osassa indikaattoreita ei ole yläikärajaa. Ehdotetut indikaattorit ovat saatavissa Sotkanet-tilastopankista (sotkanet.fi). Valinnassa huomioitiin myös pohjoismainen eriarvointindikaattorisuositus sekä painotettiin EU-maiden välistä vertailumahdollisuutta. Jatkossa indikaattorilistaa voidaan täydentää tai päivittää tiedon saatavuuden parantuessa (esim. aiempaa kattavampi rekisteritieto).

Terveyden eriarvoisuuden indikaattorit, ehdotus:

1. 30-vuotiaan elinajanodote, koulutusryhmittäin
2. Alkoholiakuolemien, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavanikäistä, tuloryhmittäin
3. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
4. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
5. Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
6. Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m²) (%), 20 vuotta täyttäneet (mitattu paino ja pituus), koulutusryhmittäin
7. Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuosituksen mukaisesti käyttävien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
8. Terveysliikuntasuosituksen mukaan riittävästi liikkuvat (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
9. Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
10. Lääkärin vastaanottopalveluita riittävästi saaneiden osuus (%) palveluita tarvinneista, 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin
11. Päivystyksellisesti alkaneet vältettävissä olevat sairaalahoitajaksot, tuloryhmien mukainen eriarvoisuusindeksi (RII)
12. Työkykynsä heikentyneeksi arvioivien osuus (%), 20–74 -vuotiaat, koulutusryhmittäin

13. Toimintarajoitteita terveysongelman vuoksi ilmoittavien osuus (%), 20–64 -vuotiaat, koulutusryhmittäin.

Johtopäätökset ja ehdotus: Parempaan terveyteen tähtäävillä sosiaali- ja terveyspolitiikan toimilla voidaan vaikuttaa osaan terveyden eriarvoisuuteen johtavista tekijöistä, mutta sen lisäksi tarvitaan myös monialaisesti muita yhteiskunnallisia toimia, jotka mahdollistavat ihmisten hyvinvoinnin.

Vaikka toistaiseksi terveyseroja ei ole pystytty merkittävästi kaventamaan, ja ne ovat joillakin osa-alueilla jopa kasvaneet, on Suomessa eriarvoisuuden kaventamiseen edelleen vahva pyrkimys. Riittävään ja luotettavaan tietoon perustuva arviointi ja päätöksenteko ovat terveyserojen kaventamispyrkimyksessä onnistumisen välttämätön edellytys. Tämän vuoksi tiedon saanti ja sen hyödyntäminen tulisi varmistaa tarpeeksi vahvalla ja pysyvällä seurantarakenteella.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä vuodelta 2020 esitetään pitkän aikavälin toimia, joiden tavoitteena on hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eriarvoisuuden vähentäminen vuoteen 2030 mennessä. Periaatepäätöksen mukaisesti päätöksentekijöillä tulee olla käytössään riittävästi ajantasaista tietoa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi sekä välineet arvioida vaihtoehtoisten päätösten vaikutuksia.

Terveyserojen seurannassa keskeistä on säännöllisyys, ajantasaisuus, pitkäjänteisyys, olennaisimpien ilmiöiden kattaminen ja käyttäjäystävällisyys.

Raportissa esitettyjen indikaattoreiden toivotaan johtavan tiedon systemaattisempaan käyttöön, terveyserojen seurantaan ja erojen kaventamiseen tähtäävien toimien ohjaukseen. Mallia toimivista seurantakäytännöistä voitaisiin ottaa muista maista, joissa väestön terveyden eriarvoisuutta kuvaavaa tietoa jo hyödynnetään systemaattisesti. Suomessa terveyden eriarvoisuutta koskeva tietotuotannon tulisi olla kytkettynä osaksi pysyvää tutkimus- ja kehittämistyötä. Tutkimustulokset tulisi raportoida sukupuolen, iän ja alueen lisäksi koulutuksen sekä mahdollisesti jonkin muun sosioekonomisen aseman osoittimen mukaan. Suomen kattavat rekisteriaineistot tämän hyvin mahdollistavat.

Lisäksi ehdotamme, että alueelliset hyvinvointiryhmät hyödyntävät tässä raportissa esiteltyjä indikaattoreita lakisääteisessä hyvinvointikertomustyössään terveyserojen kaventamiseksi.

Nyt esiteltyjä indikaattoreita ehdotetaan lisättäväksi puuttuvien osien myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA-mittaristo), joka on alueiden vuosittaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän arvioinnin perusta sekä työkalu palvelujärjestelmän ohjaamiseen ja johtamiseen.

THL arvioi vuosittain Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa ja antaa aluekohtaiset asiantuntija-arviot palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta ja kustannustehokkaasta toteutuksesta. Asiantuntija-arvioita hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollon yleisessä ohjaamisessa, suunnittelussa ja kehittämisessä. Arviointi perustuu sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantoon sekä arviointimalliin, joka

koostuu tehtäväkokonaisuuksista, suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista ja arvioitavista alueista. Myös näissä arvioinneissa olisi tärkeää hyödyntää tässä raportissa ehdotettuja indikaattoreita.

Avainsanat: terveys, eriarvoisuus, sosioekonomiset terveyserot, kyselytutkimus, rekisteritutkimus, seuranta

Sammandrag

Satu Jokela, Katri Kilpeläinen, Suvi Parikka, Laura Sares-Jäske, Timo Koskela, Sonja Lumme, Tuija Martelin Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Tuulia Rotko (red.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa - Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen [Den ojämlika hälsan i Finland - Förslag för utveckling av ett uppföljningssystem i hälsa i Finland]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 5/2021. 76 sidor. Helsingfors, Finland 2021. ISBN 978-952-343-656-5 (nätpublikation)

Syftet med rapporten: Alla finländare har inte samma möjligheter till god hälsa. Denna rapport beskriver den ojämlika hälsan i Finland och dess orsaker samt vad som skulle kunna göras för att förbättra situationen. I Finland har vikten av att följa ojämlikhet i hälsa betonats i många centrala nationella hälsoprogram, men för närvarande följs den ojämlika hälsan inte upp systematiskt och ingen instans ansvarar för att utveckla ett sådant uppföljningssystem. Målet för Finlands delprojekt (WP 5) inom Europeiska unionens JAHEE-projekt (Joint Action Health Equity Europe) är att beskriva en status för det nationella uppföljningssystem för ojämlikhet i hälsa i Finland, presentera idéer för att förbättra situationen, inklusive nyckelindikatorer för uppföljningssystem för ojämlikhet i hälsa. De föreslagna indikatorerna förväntas leda till en mer systematisk uppföljning av hälsoskillnader och styrning av åtgärder som syftar till att minska skillnaderna. Ett annat mål är att bidra till en mer enhetlig uppföljning av hälsoskillnaderna i Europa och möjliggöra en jämförelse mellan olika EU-länder. Vi hoppas också att Finlands arbete kan inspirera andra EU-länder att dela med sig av sina erfarenheter och utveckla sina uppföljningssystem.

Bakgrund: Finländarnas hälsa har allmänt sett utvecklats ganska positivt under de senaste decennierna, men det finns fortfarande stora hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper. Befolkningens hälsa varierar särskilt mellan socioekonomiska grupper, det vill säga när man granskar hur hälsan fördelar sig mellan till exempel olika utbildningsgrupper, yrkesgrupper eller inkomstgrupper. Systematiska hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper förekommer till exempel i förhållande till hälsotillstånd, sjukdomsförekomst och dödlighet. Hälsoskillnaderna mellan de socioekonomiska grupperna är en betydande utmaning för folkhälsan både i Finland och i andra europeiska länder.

Faktorerna i den ojämlika hälsans bestämningsfaktorer är relativt väl identifierade i Finland och man förstår vilken betydelse de har för hela befolkningens välfärd. De socioekonomiska grupperna har olika levnadsvanor, såsom mat- och motionsvanor, stressorer och alkohol- och drogkonsumtion. Dessutom skiljer sig hälsovården i Finland åt mellan olika samhällsklasser. Enkelt uttryckt, det är svårast för dem som är i störst behov av hälsovård att få den. I Finland har personer med goda inkomster en vältäckande företagshälsovård som de - också i internationell jämförelse - nyttjar ofta, medan personer med låga inkomster köar till de offentliga tjäns-

terna. Personer med goda inkomster har också råd att köpa de läkemedel de behöver, vilket inte nödvändigtvis är fallet för låginkomsttagare.

En minskning av hälsoskillnaderna har under de senaste 30 åren stått i fokus för hälsopolitiken och är även för närvarande en central prioritering i den finländska hälsopolitiken. Finlands lagstiftning syftar till att främja människors hälsa och välfärd och till lika behandling i fråga om tjänsternas kvalitet och tillgänglighet. Man har strävat efter att minska ojämlikheten på lång sikt genom att göra "Hälsa i alla politikområden" till ett medvetet mål vid alla ministerier. Hittills har man dock inte lyckats minska skillnaderna i någon betydande utsträckning och till vissa delar har de till och med ökat.

För att stävja de ökade skillnaderna i hälsa mellan befolkningsgrupper måste effektiva insatser utvecklas. För att kunna utveckla effektiva insatser behövs a) regelbundet uppdaterade uppföljningsdata som tydliggör skillnaderna i hälsa, och b) uppföljningsdata som motiverar de åtgärder som implementeras samt uppföljningsdata som möjliggör en bedömning av effekterna av dessa åtgärder.

Syftet med uppföljningen är att synliggöra skillnader i hälsa på nationell och regional nivå inom samhällets olika sektorer, uppmärksamma förändringar samt utvärdera verksamhetsresultat. En systematisk uppföljning gör det möjligt att utreda och förutse befolkningens hälsobehov (behovsanalys). Den möjliggör evidensbaserade politiska beslut och en behovsprövad allokering av tjänster. Uppföljningen stöder en bedömning av hälsokonsekvenserna i det hälsopolitiska beslutsfattandet.

Den nationella rapporteringen kring ojämlikhet i hälsa bör också svara mot de regionala behoven av att följa upp ojämlikhet i hälsa. Man bör kunna jämföra den egna situationen med situationen i andra områden samt bedöma effekterna av åtgärder som syftar till att minska ojämlikheten.

Data och indikatorer: Registers och material från befolkningsforskning är centrala datakällor för information om befolkningens hälsa och välfärd i Finland. Genom att utnyttja dessa datakällor skulle man få bättre tillgång till information om ojämlikhet i hälsa bland Finlands befolkning än för närvarande.

Det har varit en utmaning att få till stånd en systematisk uppföljning kring skillnader i hälsa eftersom information om alla befolkningsgrupper inte funnits tillgänglig. Registermaterialets begränsningar är ett problem särskilt i studier som intresserar sig för personer med utländsk bakgrund (bl.a. människors rörlighet, inflyttning och utflyttning). Uppgifter om vissa befolkningsgrupper finns dessutom inte alls i registret (bl.a. uppgifter om samer, romer i Finland och papperslösa personer).

Högklassiga survey- och registerdata möjliggör uppföljning av befolkningens hälsa och ojämlikhet i hälsa. Befolkningsundersökningar (både hälsoundersökningar och hälsoenkäter) behövs för att komplettera registeruppgifterna. Registren ger inte information om den upplevda hälsan, funktionsförmågan och hälsovanorna och inte heller om diskriminering och liknande fenomen som också har ett samband med

människans välbefinnande. Befolkningsundersökningar ger också värdefull information om riskfaktorer för olika sjukdomar.

Resultat: Rapporten presenterar sätt att utveckla ett uppföljningssystem för ojämlikhet i hälsa i Finland. Rapporten innehåller till exempel indikatorlistan för att övervaka socioekonomiska ojämlikheter i den finska vuxna befolkningen. De rekommenderade indikatorerna har valts ut av THL:s experter. Indikatorlistan identifierar fenomen som är centrala för hälsan i yrkesverksam ålder, och där tydliga skillnader har observerats mellan utbildnings- eller inkomstgrupper. Indikatorerna täcker fem områden relaterade till hälsa: hälsostatus, hälsoriskfaktorer, funktions- och arbetsförmåga, försörjningssvårigheter och hälsovård. De flesta indikatorer har ingen övre åldersgräns. De föreslagna indikatorerna finns på THL:s statistikbanken Sotkanet (sotkanet.fi). I valet av indikatorer beaktades den nordiska rekommendationen om ojämlikhetsindikatorer samt betonades möjligheten att jämföra EU-länderna med varandra. I framtiden kan listan kompletteras eller uppdateras när tillgången på information förbättras (t.ex. mer omfattande registerinformation).

Indikatorer för ojämlikhet i hälsa, förslag:

1. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder, enligt utbildningsgrupp
2. Alkoholrelaterad dödlighet, förlorade levnadsår (PYLL) i åldern 25-80 år / 100 000 personer i samma ålder, enligt inkomstgrupp
3. Andelen personer som upplever sin hälsa som medelmåttig eller sämre (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
4. Andelen personer som utsatts för betydande psykisk belastning (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
5. Andelen personer som röker dagligen (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
6. Andelen feta personer (kroppens viktindex BMI \geq 30 kg / m²) (%), 20 år fyllda (uppmätt vikt och längd), enligt utbildningsgrupp
7. Andelen personer som äter grönsaker och frukt enligt näringsrekommendationerna (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
8. Personer som enligt rekommendationen för hälsotion motionerar otillräckligt (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
9. Andelen personer som på grund av brist på pengar blivit tvungna att göra avkall på mat, läkemedel eller läkarbesök (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
10. Andel personer som inte fått läkarvård trots (%) av dem som skulle ha behövt tjänster, 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
11. Undvikbara under jourtid började sjukhusvårdsperioder, ojämlikhetsindex enligt inkomstgrupperna (RII)
12. Andel personer som bedömer sig ha nedsatt arbetsförmåga (%), 20–74 -åringar, enligt utbildningsgrupp

13. Andelen personer som uppger funktionshinder på grund av hälsoproblem (%), 20–64-åringar, enligt utbildningsgrupp.

Slutsatser och förslag: Genom social- och hälsovårdspolitiska åtgärder som siktar mot bättre hälsa kan man påverka en del av de faktorer som leder till ojämlikhet i hälsan. Utöver detta behövs också andra sektorsövergripande samhälleliga åtgärder som möjliggör människors välfärd.

Även om hälsoskillnaderna hittills inte har kunnat minskas märkbart och de till och med har ökat inom vissa delområden, finns det fortfarande en stark ambition att minska ojämlikheten i Finland. Bedömning och beslutsfattande som grundar sig på tillräcklig och tillförlitlig information, är en nödvändig förutsättning för att man ska lyckas minska hälsoskillnaderna. Därför bör tillgången till och utnyttjandet av information säkerställas med en tillräckligt stark och bestående struktur för uppföljning.

I statsrådets principbeslut från 2020 föreslås långsiktiga åtgärder vars mål är att minska ojämlikheten i välfärd, hälsa och säkerhet fram till 2030. Enligt principbeslutet ska beslutsfattarna ha tillgång till tillräckligt aktuell information för att främja välfärd, hälsa och säkerhet samt verktyg för att bedöma konsekvenserna av alternativa beslut.

I uppföljningen av hälsoskillnaderna är det viktigt med regelbundenhet, aktualitet, långsiktighet samt inkludering av de viktigaste fenomenen och användarvänlighet.

De uppföljningsindikatorer för socioekonomiska hälsoskillnader som presenteras i detta förslag till utveckling av systemet för uppföljning av hälsoskillnader har fastställts i samarbete mellan ett flertal experter vid THL. Listan över indikatorer lämpar sig väl för bedömning och uppföljning av de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och välfärd bland den vuxna befolkningen i Finland.

Man hoppas att de föreslagna indikatorerna ska leda till en mer systematisk användning av information, uppföljning av hälsoskillnader och styrning av åtgärder som syftar till att minska skillnaderna. En modell för fungerande uppföljningspraxis kunde hämtas från andra länder där information som beskriver ojämlikhet i befolkningens hälsa redan utnyttjas systematiskt. I Finland bör informationsproduktionen om ojämlikhet i hälsan vara kopplad till det permanenta forsknings- och utvecklingsarbetet. Forskningsresultaten bör rapporteras enligt kön, ålder och område samt enligt utbildning och eventuellt någon annan indikator för socioekonomisk status. Finlands omfattande registermaterial möjliggör detta väl.

Dessutom föreslår vi att de regionala välfärdsgrupperna, för att minska hälsoskillnaderna, utnyttjar indikatorerna som presenteras i denna rapport i sitt lagstadgade arbete med välfärdsberättelsen.

Det föreslås att de nu presenterade indikatorerna, till de delar de saknas, också läggs till bland indikatorerna för kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården (KUVVA-indikatorerna), vilka utgör en grund för regionernas årliga utvärdering av

social- och hälsovårdssystemet samt är ett verktyg för styrning och ledning av servicesystemet.

THL gör årliga utvärderingar av nuläget inom social- och hälsovården i Finland och ger regionala expertutvärderingar som bedömer om tillgången till service är jämlik och om servicen genomförs kostnadseffektivt. Expertutvärderingarna används i den allmänna styrningen, planeringen och utvecklingen av social- och hälsovården. Bedömningen grundar sig på social- och hälsovårdsministeriets uppdrag samt på en utvärderingsmodell som består av olika uppgiftshelheter, prestationsförmågans dimensioner och de områden som bedöms. Även i dessa utvärderingar skulle det vara viktigt att utnyttja de indikatorer som föreslås i denna rapport.

Nyckelord: hälsa, ojämlikhet, hälsoskillnader, socioekonomiska grupper, undersökning, registerundersökning, uppföljning

Abstract

Satu Jokela, Katri Kilpeläinen, Suvi Parikka, Laura Sares-Jäske, Timo Koskela, Sonja Lumme, Tuija Martelin Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Tuulia Rotko (ed.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa - Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen*. [Health inequalities in Finland- Proposal for the development of a health inequality monitoring system in Finland]. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Report 5/2021. 76 pages. Helsinki, Finland 2021. ISBN 978-952-343-656-5 (online publication)

The aim of the report: All Finns do not have similar opportunities for good health. This report describes what the health inequalities and their causes are and considers what could be done to improve the situation. In Finland, the importance of monitoring health inequalities has been emphasized in many key national health programs, but at present health inequalities are not systematically monitored and there is no obligation for any party to develop a monitoring system. The aim of this sub-project of the Joint Action Health Equity Europe project of the European Union (JAHEE / Work package 5) is to describe the status of national health inequality monitoring in Finland, and to present ideas for improving the situation, including a list of key indicators to be monitored. It is hoped that the presented indicators will lead to a more systematic use of information in monitoring health inequalities and guiding actions to reduce inequalities. The aim is also to harmonize the monitoring of health inequalities in Europe and to enable comparisons between different EU countries. We also hope that Finland will encourage other EU countries to share their experiences and develop their monitoring systems.

Background: Health in Finland has developed positively in recent decades, but there are still large differences between population groups. Wide inequalities persist between socio-economic groups, for example by education, occupational status and income, in different domains of health such as self-reported health, morbidity, and mortality. Health inequalities according to socio-economic groups are a significant public health challenge both in Finland and in other European countries.

The background variables related to health inequalities are fairly well identified in Finland, and their significance for the welfare of the entire population is understood. Socio-economic groups have different lifestyles, such as eating and exercise habits, stressors, and substance use patterns. In addition, people living in different social classes receive different health care in Finland. Roughly, those who would need health care the most, it is the hardest to access it. High-income people have comprehensive occupational healthcare in Finland, while low-income people queue up for public services. High-income people can also afford to buy the medicines they need, which may not be possible for low-income people. Reducing health inequalities has been at the heart of the Finnish health policy for the past 30 years, and

it is still one of the key issues. Finnish legislation obliges the promotion of people's health and welfare and the realization of equality in the quality and availability of services. Efforts have been made to reduce inequalities in the long term by making "Health in All Policies" a conscious goal at all levels of government. However, so far the differences have not been significantly reduced, and in some respects the differences have even increased.

In order to reduce the growth of health inequalities, effective tools need to be developed to reduce the large health inequalities between population groups. To this end, there is a need for regularly updated monitoring data on the state of health inequalities, which will guide actions to reduce inequalities and assess the impact of these actions.

The purpose of monitoring health inequalities is to make differences visible, to support the consideration of health inequalities in different sectors of society nationally and regionally, and to enable anticipation of changes and evaluation of the effectiveness of activities. Systematic monitoring enables the identification and anticipation of health needs in the population (needs analysis), informed policymaking, the appropriate targeting of services, and support for health impact assessment in health policymaking. Nationally produced data on health inequalities should also respond to regional needs to monitor the state of health inequality in the population, to compare one's own situation with other regions, and to assess the impact of measures to reduce inequality.

Registers and population survey data are the key sources of information describing the state of the various dimensions of public health. Better information on the health inequalities of the population of Finland would be available by utilizing more of these data sources. The nationally collected population health data is not automatically available by population groups - that has been the main challenge for the systematic production of information on health inequalities so far. Also the poor coverage of some register data is an identified problem, especially in studies targeting foreigners (e.g. mobility of people, immigration and emigration). In addition, information on some population groups is not available from the register at all (e.g. information on the Sámi and Finnish Roma and undocumented persons).

High-quality population survey and register data make it possible to monitor the health of the population and the inequalities in Finland. Register-based data needs to be supplemented with population surveys, both Health Interview and Health Examination Surveys. The registers do not provide information on perceived health, risk factors, functional capacity, living habits, nor on many other key phenomena related to the well-being, such as discrimination.

Results: The report presents ways to develop a health inequality monitoring system in Finland. The report contains, for example, a list of key indicators for monitoring socio-economic inequalities in the Finnish adult population. The recommended indicators have been selected by THL's experts. The indicator list identifies those

phenomena that are central to the health of working-age people and where clear differences have been identified between education or income groups. The indicators cover five areas related to health: health status, functioning and work ability, life styles, subsistence difficulties, and health care. Most indicators do not have an upper age limit. The proposed indicators are available at THL's online service, Sotkanet Indicator Bank (sotkanet.fi). The selection also took into account the Nordic recommendation of inequality indicators and emphasized the possibility of comparison between EU countries. In the future, the list of indicators can be supplemented or updated as the availability of information improves (e.g. more comprehensive register information).

Indicators of health inequalities, proposal:

1. Life expectancy at the age of 30 years, by education
2. Alcohol-related deaths, potential years of life lost (PYLL) at ages 25-80 / 100 000 inhabitants, by income
3. Self-perceived health moderate or poor, aged 20 years and over, by education
4. Psychological distress, aged 20 years and over (%), by education
5. Daily smokers, aged 20 years and over (self-reported), by education
6. Obesity (Body Mass Index BMI >30 kg/m², aged 20 years and over, by education
7. Proportion of those who use/eat fruit and vegetables in accordance with nutrition recommendation (%), aged 20 years and over, by education
8. Leisure-time physical inactivity (%), aged 20 years and over, by education
9. The proportion of those who had to compromise on food, medicine or doctor visits due to lack of money, of those needing these services, aged 20 years and over (%), by education
10. The proportion of those who have received insufficient doctor's appointment services of those need-ing these services, aged 20 years and over (%), by education
11. Avoidable hospital care: ambulatory care sensitive conditions, relative inequality index (RII), by income
12. Proportion of those who assess their work ability impaired (%), aged 20-74, by education
13. Proportion of people reporting long term restrictions in daily activities, by education (Global Activity limitation indicator, GALI)

Conclusions and recommendations: Social and health policy measures can contribute to some of the factors decreasing the health inequalities, but there is also a need for cross-sectoral collaboration. Although it has not been possible to significantly reduce health inequalities so far, and they have even increased in some areas,

there is still a strong effort in Finland to reduce inequalities. Knowledge-based decision-making, monitoring and evaluation are understood to be of great importance in achieving these goals. Therefore, access to and use of information should be ensured by a sufficiently strong and permanent monitoring structure.

The Finnish Government's decision-in-principle for 2020 has outlined long-term measures aimed at reducing inequalities in welfare, health and safety by 2030 (STM /2020/102). In accordance with the decision-in-principle, decision-makers must have sufficient up-to-date information to promote welfare, health and safety, as well as tools to assess the impact of alternative decisions.

The key points for the successful monitoring of health inequalities are regularity, up-to-date information, long-term point of view, coverage of the most important phenomena, and user-friendliness of the data.

It is hoped that the presented indicators will lead to a more systematic use of information, the monitoring of health inequalities and the guidance of actions to reduce inequalities. A model of effective monitoring practices could be taken from other countries where information on population health inequalities is already systematically used. In Finland, information production on health inequalities should be integrated into permanent research and development. In addition to gender, age and region, research results should be reported by education and possibly also by some other socio-economic status. Finland's comprehensive registry data make this possible.

In addition, we suggest that regional welfare working groups utilize these indicators in their statutory welfare reports to reduce health inequalities.

It is proposed that the presented indicators will be added to the Social and Health Care Cost Effectiveness list (KUVA list), which is the basis for the evaluation of the regions' annual social and health service system, and a tool for guiding and managing the service system.

THL coordinates the annual service system assessment in cooperation with the Ministry of Social Affairs and Health, representatives of the regions, and experts from several THL departments and units. The assessment focuses on ten sets of functions in the service systems, which are assessed from the perspectives of availability, integration, quality, customer-oriented approach and cost-effectiveness. It would be important to utilize the proposed indicators also in these assessments.

Keywords: health, health inequalities, socio-economic health inequalities, survey, register, monitoring

Sisälllys

Esipuhe.....	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	9
Abstract	14
Sisälllys	19
Johdanto	21
1 Väestön terveys Suomessa	25
2 Tutkimustietoa sosioekonomisista terveyseroista Suomessa	29
2.1 Toimintakykyiset elinvuodet ja kuolleisuus.....	29
2.2 Koettu terveys, sairastavuus, riskitekijät ja elintavat	33
2.3 Yhteenveto terveyseroista Suomessa.....	38
3 Terveyserojen kaventaminen Suomessa.....	40
4 Terveyspalvelut terveyserojen kaventamisessa	42
5 Terveiden eriarvoisuuden tietolähteitä Suomessa	46
5.1 THL:n väestötutkimukset.....	46
5.2 Rekisteriaineistot	47
6 Terveiden eriarvoisuuden seuranta tulevaisuudessa.....	52
6.1 Menetelmät	54
6.2 Mittarit ja indikaattorit.....	54
Pohdinta.....	62
Johtopäätökset.....	64
Liitteet	66
Lähteet.....	72

Johdanto

Suomalaisten terveys on yleisesti kehittynyt melko myönteisesti viime vuosikymmenten aikana eri mittarein tarkasteltuna, mutta väestöryhmien välillä on edelleen suuria terveyseroja (Aromaa & Koskinen 2002; Karvonen ym. 2017; Koponen ym. 2018; Lahelma ym. 2017). Väestön terveys vaihtelee esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaan. Nämä erot ovat erityisen korostuneita sosioekonomisten ryhmien välillä, eli kun tarkastellaan terveyden vaihtelua esimerkiksi koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen mukaisesti. Terveyseroista tai terveyden eriarvoisuudesta puhuttaessa viitataan yleensä sosioekonomisten ryhmien välillä ilmeneviin eroihin. Systemaattisia terveyseroja ilmenee esimerkiksi terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa.

Sosioekonomisten ryhmien mukaiset terveyserot ovat merkittävä kansanterveyshaaste sekä Suomessa että muissa Euroopan maissa. Esimerkiksi elinajan odotteen koulutusryhmittäiset erot ovat suuret, ja ne ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä sekä Suomessa (Martikainen ym. 2013) että useimmissa muissa Euroopan maissa, mutta säilyneet ennallaan Etelä-Euroopassa (Mackenbach ym. 2015). Pohjoismaisessa tarkastelussa koulutusryhmien väliset erot köyhyys- tai syrjäytymisriskissä (At Risk of Poverty or Social Exclusion, eli AROPE indikaattori) ja hyväksi koetussa terveydessä ovat suurimmat Suomessa ja Ruotsissa. Elintavoista tupakoinnin koulutusryhmien väliset erot ovat suuret kaikissa Pohjoismaissa (The Nordic Welfare Centre).

Terveyden eriarvoisuudella tarkoitetaan epäoikeudenmukaisia ja vältettävissä olevia eroja terveydessä. Näiden erojen syntyyn vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden (esim. koulutus, työllisyys, sosiaaliset ja psykososiaaliset tekijät ja terveyskäyttäytyminen) ohella yhteiskunnalliset tekijät (esim. yhteiskunnan arvot ja normit, koulutus-, talous- ja työllisyyspolitiikka sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen). Yksilöllisten tekijöiden voidaan katsoa jakaantuvan taloudellisiin ja sosiaalisiin edellytyksiin hankkia terveyttä ylläpitäviä ja sairauksia ehkäiseviä palveluita sekä terveyskäyttäytymiseen, joka ei ole riippuvaista edellä mainituista edellytyksistä. (Pampel ym. 2010.) Alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla ja pienipalkkaisilla on havaittu keskimäärin enemmän hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä ongelmia kuin ylimpään koulutusryhmään kuuluvilla ja suurituloisilla (Aromaa & Koskinen 2002; Borrel ym. 2017; Diderichsen & Hallqvist 1998; Koponen ym. 2018; Lahelma 2017; Rahkonen ym. 2011). Ongelman monisyisyyttä kuvaa se, että väestöryhmien välisen terveyserojen kaventaminen on osoittautunut hyvin vaikeaksi (Kestilä & Karvonen 2018; Lahelma & Rahkonen 2017). Heikko sosioekonominen asema voi johtaa huonompaan terveyteen ja ennenaikaiseen kuolemaan. Toisaalta huono terveydentila voi johtaa heikompaan sosiaaliseen asemaan. Parempaan terveyteen tähtäävillä sosi-

aali- ja terveyspolitiikan toimilla voidaan vaikuttaa osaan terveyden eriarvoisuuteen johtavista tekijöistä, mutta sen lisäksi tarvitaan myös monialaisesti muita yhteiskunnallisia toimia, jotka mahdollistavat ihmisten hyvinvoinnin kokonaisvaltaisesti. (WHO 2019.)

Palvelujen kaikille yhdenvertainen laatu ja saatavuus ovat terveyden eriarvoisuuden kannalta olennaisia. Suomen terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kaikille on tarjottava yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Palveluiden tulisi myös tähdätä väestöryhmien väliseen terveyserojen kaventamiseen. Suomessa on kuitenkin havaittu selviä väestöryhmittäisiä eroja palvelujen laadussa ja käytössä, jotka eivät ole selitettävissä erilaisella palvelujen tarpeella. (Manderbacka ym. 2017.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksen lakimuutosprosessi on parhaillaan käynnissä tätä raporttia kirjoitettaessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa perustason palveluja vahvistetaan ja painopistettä siirretään ehkäisevään työhön, sekä varmistaa, että peruspalveluissa pystytään puuttumaan ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Tavoitteen saavuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, jota toteutetaan vuosina 2020–2022. Hanketta koordinoi THL (ks. Sote-uudistus -verkkosivut). Hankkeen konkreettisena tarkoituksena on perustaa Suomeen laaja-alaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia, joista asiakas saa tarvitsemansa avun yhden yhteydenoton perusteella. Palveluja pyritään kehittämään ja sovittamaan yhteen palveluketjuiksi ja kokonaisuukiksi. Myös asiakkaiden ohjautumista oikeaan palveluun pyritään kehittämällä toimintatapoja ja digitaalisia ratkaisuja erilaiset tarpeet huomioiden.

Terveyserojen kaventaminen on ollut viimeisen 40 vuoden ajan suomalaisen terveyspolitiikan keskiössä ja on tälläkin hetkellä keskeinen painopiste suomalaisessa terveyspolitiikassa (Hallitusohjelma 2019; Palosuo ym. 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 ja 2008). Terve, työkykyinen ja osaava väestö on myös kestävä talouden perusta. Eriarvoisuutta on pyritty vähentämään pitkäjänteisesti ottamalla ”Hyvinvointi kaikissa politiikoissa” tietoiseksi tavoitteeksi kaikilla hallintotasolla. (Rotko ym. 2013.) Sosioekonomiset hyvinvointi- ja terveyserot on tunnistettu niin monimutkaisiksi ongelmiksi, ettei yksittäinen toimija tai vastuutaho pysty niihin yksin tarttumaan vaan tarvitaan laaja-alaista yhteistyötä. Kuitenkaan toistaiseksi eroja ei ole pystytty merkittävästi kaventamaan ja joiltakin osin erot ovat jopa kasvaneet. (ks. esim. Karvonen ym. 2017; Rahkonen ym. 2011.) Suomessa on myös tunnistettu tarve toimivalle terveyseroja koskevalle tiedonvälitykselle ja yhteistyörakenteille niin henkilöiden kuin organisaatioiden välillä. Pysyvät rakenteet mahdollistavat katkeamattoman tiedon, kokemuksen ja yhteisen ymmärryksen kasvamisen. Alueiden ja toimijoiden tuki hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa tulisi myös olla kestävää ja systemaattista. (Rotko ym. 2012.) Valtioneuvoston periaatepäättös hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisestä 2030 linjaa niitä

toimia, joilla suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuus vähenee vuoteen 2030 mennessä. Periaatepäätös on osa YK:n kestävän kehityksen tavoiteohjelman (Agenda 2030) toimeenpanoa Suomessa. Periaatepäätöksessä on neljä painopistettä: 1) Kaikille mahdollisuus osallisuuteen, 2) Hyvät arkiympäristöt, 3) Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta ja palvelut sekä 4) Päätöksenteolla vaikuttavuutta. Tavoitteena on turvata kestävä hyvinvointi kaikissa väestö- ja ikäryhmissä. Julkisen hallinnon ja rakenteiden muutos tukee ihmisten omaa toimijuutta ja arjen sujuvuutta.

Suomen lainsäädäntö velvoittaa kaikkien maassa asuvien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen palveluiden laadussa ja saatavuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuustavoitteet on määritelty perustuslaissa, erityislainsäädännössä sekä sosiaali- ja terveyspoliittisissa asiakirjoissa. Keskeisiä lakeja tästä näkökulmasta ovat: Suomen perustuslaki (731/1999), Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014), Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Vammaispalvelulain mukaisesti vammaisilla henkilöillä on oikeus yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen ja syrjimättömyyteen sekä tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin (380/1987). Asiakkaiden näkökulmasta myös kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen on keskeistä. Asiakkaiden oikeudesta käyttää suomen- tai ruotsinkieltä säädetään kielilaissa (423/2003) ja saamenkielisten kielellisistä oikeuksista saamen kielilaissa (1086/2003). Kotoutuslain (1386/2010) mukaan kaikilla maahanmuuttajilla on oikeus saada perustietoa Suomesta sekä alkuvaiheen ohjausta ja neuvontaa, mm. terveyspalveluista. Laissa määritelty kotoutumissuunnitelma edistää maahanmuuttajan mahdollisuuksia osallistua yhdenvertaisena jäsenenä yhteiskunnan toimintaan.

Eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäävien toimien tulee perustua laadukkaaseen tutkimustietoon. Tiedon katvealueet on tärkeää tunnistaa ja tietopohjaa tulisi kehittää niin, että kaikilla toimenpiteillä ja niitä koskevien vaikutusten arvioinnilla on vahva tutkimuksellinen perusta. Nykyisiä katvealueita terveys- ja hyvinvointi-indikaattoreissa ovat esimerkiksi väestöryhmittäinen tieto, eri perustein haavoittuvassa asemassa olevia koskeva tieto ja syrjintää koskeva tieto. Monien indikaattoreiden tietosisällön osalta THL on Suomessa keskeinen tietoa tuottava taho. Tiedon hyödyntäminen päätöksenteon tukena ja vaikuttavien toimien mahdollistajana vaatii kuitenkin laaja-alaista asiantuntijatyötä eri toimijoiden kesken.

Tietoa tarvitaan kansallisen seurannan lisäksi myös kansainväliseen seurantaan, sillä esimerkiksi Euroopan unionin toimet ja kansainväliset sopimukset velvoittavat Suomea tuottamaan vertailukelpoista tietoa eri toimijoille. Kroonisten kansantautien ja syrjäytymisen sekä tartuntatautien leviämisen estäminen edellyttävät laajaa kansainvälistä yhteistyötä. Monilla EU:n päätöksillä ja direktiiveillä on huomattava vaikutus sosiaali- ja terveyssektorin toimintaan. (STM 102/2020.)

Koronaepidemian myötä yhteistyön ja tiedon jakamisen merkitys on entisestään korostunut. Suomessa koronaepidemian ja siitä johtuvien poikkeusolojen on arvioi-

tu heikentävän erityisesti joidenkin sosiaalisesti vaikeassa asemassa olevien hyvinvointia. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi toimeentulotuen tarpeessa olevat henkilöt, mielenterveys- ja päihdekuntoutajat, asunnottomat sekä ulkomaalaistaustaiset työkikäiset henkilöt. (Kestilä ym. 2020.) Myös toimintarajoitteisten ihmisten taloudellinen tilanne on heikentynyt muuta väestöä enemmän ja heidän arvionsa muutoksista yksinäisyydessä, nukkumisessa ja liikunnassa olivat muita kielteisemmät (Parikka ym. 2020). Epidemian aikana psyykkistä oireilua on ilmennyt erityisesti opiskelijoilla, iäkkäillä ja terveydenhuollonhenkilöstöllä. Lisäksi epidemia on vaikuttanut merkittävästi joidenkin väestöryhmien arkielämään ja elintapoihin, kun sosiaaliset kontaktit ovat vähentyneet ja sähköinen asiointi ja etätö ovat lisääntyneet. Varsinkin nuoret aikuiset ja iäkkäät ovat kokeneet yksinäisyyttä ja myös univaikeudet ovat olleet yleisiä. Vapaa-ajan liikunnan ja ravitsemuksen osalta on nähty sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia. Koronaepidemia on vaikuttanut myös palveluiden, kuten päihde- ja mielenterveyspalveluiden saannin vaikeutumiseen ja hoitovajeen syntymiseen niin perus- kuin erikoissairaanhoidon palveluissa. Pidemmällä aikavälillä COVID-19 -pandemian leviämisen estämiseksi tehdyt toimenpiteet voivat jopa kasvattaa sosioekonomisia hyvinvointi- ja terveyseroja, mutta tätä on vielä tämän raportin kirjoittamisvaiheessa vaikea ennustaa. (ks. Kestilä ym. 2020; Rissanen ym. 2020.)

Suomessa terveyden eriarvoisuuden seurannan merkitystä on tähdennetty monissa keskeisissä kansallisissa terveysohjelmissa, mutta tällä hetkellä terveyden eriarvoisuutta ei seurata systemaattisesti, eikä seurantajärjestelmän kehittämiseksi ole olemassa millekään taholle määritettyä velvoitetta. Tämän Euroopan unionin JA-HEE-hankkeen (Joint Action Health Equity Europe) Suomen osaprojektin (WP 5) tavoitteena on kuvata terveyden eriarvoisuuden seurannan kansallinen tavoitetila ja esittää siihen kuuluvat keskeiset eriarvoisuuden seurantaindikaattorit. Esitettyjen indikaattoreiden toivotaan johtavan tiedon systemaattisempaan käyttöön terveyserojen seurannassa ja erojen kaventamiseen tähtäävien toimien ohjauksessa. Tavoitteena on myös yhtenäistää terveyserojen seurantaa Euroopassa ja mahdollistaa vertailu eri EU-maiden välillä. Toivomme myös, että Suomen esimerkki kannustaa muita EU-maita kehittämään omia vastaavia seurantajärjestelmiään.

Tässä raportissa keskitytään vältettävissä oleviin terveyden sosioekonomisiin eroihin aikuisväestössä. Raportissa kuvataan aluksi THL:n tuottamaa tietoa Suomen aikuisväestön terveydentilasta yleisesti ja sosioekonomisten terveyserojen näkökulmasta, minkä jälkeen määritellään keskeiset terveyseroja kuvaavat tiedonlähteet ja lopuksi muodostetaan ehdotus eriarvoisuuden seurantajärjestelmäksi Suomessa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä.

1 Väestön terveys Suomessa

Suomen väestön terveydessä on viime vuosikymmenten aikana tapahtunut monella terveyden osa-alueella myönteistä kehitystä. Esimerkiksi kansantautien riskitekijöiden vähentyminen on johtanut väestön yleisen terveydentilan kohentumiseen. Tässä luvussa kuvataan keskeisiä ajankohtaisesti väestön terveyteen liittyviä tekijöitä, joita on tärkeä huomioida nyt ja tulevaisuudessa.

Väestön terveydessä tapahtunut myönteinen kehitys näkyy esimerkiksi elinajanodotteen piteneemisestä. Suomalaiset myös kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja pitkäaikaissairaiden osuus väestössä on pienentynyt (Karvonen ym. 2017). Yksi merkittävä esimerkki terveydelle haitallisten elintapojen muutoksista on työikäisten ja nuorten tupakoinnin väheneminen kymmenen viime vuoden aikana. (Kinnunen ym. 2017; Koponen ym. 2018). Suomessa myös lapsi- ja imeväiskuolleisuus ovat maailman pienimpiä, ja kansainvälisestäkin tarkasteltuna voidaan todeta, että lasten terveydentila on yleisesti erittäin hyvä (Karvonen ym. 2017). Kielteisenä kehityksenä voidaan todeta esimerkiksi työikäisten lihavuuden ja eläkeikäisten humalajuomisen lisääntyminen, sekä kohonneen verenpaineen, psyykkisen kuormittuneisuuden ja masennuksen yleisyys (Koponen ym. 2018). Suomessa yleisimpiä kroonisia eli pitkäaikaisia kansantauteja ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Monet yhteiset tekijät altistavat eri kansantaudeille. Näitä riskitekijöitä ovat muun muassa terveyden kannalta epäedullinen ruokavalio, vähäinen liikunta, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja lihavuus. (Bauer ym. 2014; Danaei ym. 2009; Härkänen ym. 2020; Nyberg ym. 2020.)

Suomen väestön terveyttä tarkasteltaessa keskeistä on myös huomioida Suomessa asuvat kieli- ja kulttuurivähemmistöt, joiden terveydestä ja hyvinvoinnista tutkimustietoa on vielä varsin vähän. Romanian hyvinvointitutkimuksessa (ROOSA) havaittiin, että romaneilla on monia terveyteen liittyviä haasteita. Koettu terveys oli huomattavasti alhaisempi kuin koko väestössä aikaisemmissa tutkimuksissa. Myös pitkäaikaissairaudet (kuten diabetes, sepelvaltimotauti ja astma) ja toimintakyvyn ongelmat, sekä monet terveydelle haitalliset elintavat (mm. tupakointi) näyttivät olevan muuta väestöä yleisempiä. Tutkimukseen osallistuneilla ylipaino oli yleistä. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen saamisessa havaittiin ongelmia ja koulutustaso oli tutkimukseen osallistuneilla muuhun väestöön nähden alhaisempi. (Weiste-Paakkanen ym. 2018.) Työ- ja elinkeinoministeriön selvityksen mukaan romanien koulutustaso on keskimäärin noussut, vaikka koulutuspolut ovat yhä usein muuta väestöä rikkonaisempia ja työttömyyttä on edelleen enemmän kuin pääväestöllä. (TEM 2019.) Positiivisena kehityksenä ROOSA -tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kuitenkin nähdä romanien koulutustason nousu, joka saattaa parantaa myös

työllistymismahdollisuuksia, mikäli syrjintään liittyviä ongelmia pystytään ratkaisemaan. Romanit ovat yhteiskunnassa monella tavalla haavoittuvassa asemassa ja terveyden eriarvoisuuden kaventamisen näkökulmasta ongelmien ratkaisemiseen tulisi löytää tehokkaita keinoja. (Weiste-Paakkanen ym. 2018.)

Saamelaisten terveydestä ja hyvinvoinnista ei Suomessa ole kattavasti tutkimustietoa. Vakavat ja kuolemaan johtavat onnettomuudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, astma sekä mielenterveysongelmat näyttävät lisääntyneen saamelaisten keskuudessa (Sjölander 2011). Elintapojen muutos on vaikuttanut saamelaisten terveyteen perinteisten elinkeinojen harjoittamisen vähentyessä (ks. esim. Soininen 2015). SÁRA-tutkimuksessa (2015–2018) tutkittiin saamelaisten kotiseutualueen ulkopuolella asuvia saamelaisia. Tutkimuksessa huolta herätti erityisesti saamelaisten henkiseen hyvinvointiin liittyvät ongelmat, joihin on tärkeää jatkossa kiinnittää huomioita palveluissa. Saamelaisalueen ulkopuolella asuvat saamelaiset olivat yleisesti tyytyväisempiä sosiaali- ja terveyspalveluihin kuin saamelaisalueella asuvat, vaikka alueellisia eroja havaittiin myös saamelaisalueella. (Heikkilä ym. 2019.) Keskeinen asia saamelaisten terveyden edistämisen näkökulmasta on omankielisten palvelujen saatavuus ja palveluiden kulttuurilähtöisyys (Heikkilä ym. 2012).

Suomen väestönkasvusta suuri osa perustuu maahanmuuttoon. Kansanterveyden kannalta on huolestuttavaa, että tutkimukset osoittavat Suomeen muuttaneella väestöllä olevan koko väestöön verrattuna yleisesti ottaen enemmän terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä merkittäviä haasteita. Ne tosin vaihtelevat eri taustatekijöiden mukaan tarkasteltuna ja eri alueilta ja eri perustein Suomeen muuttaneiden välillä on suuria eroja. Esimerkiksi lääkärin diagnosoimia pitkäaikaissairauksia oli tuoreen FinMonik -tutkimuksen mukaan ulkomaalaistaustaisilla harvemmin kuin koko väestössä, kun heitä tarkasteltiin yhtenä ryhmänä. Erot olivat kuitenkin suuria sairauden, taustamaaryhmän ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna. Sairastavuudessa todetut erot voivat heijastaa eroja terveydentilassa, mutta myös sairauksien tunnistamisessa ja hoitamisessa. (Kuusio ym. 2018.) Yhteisenä haasteena Suomessa asuvilla ulkomaisista syntyperää olevilla, sekä kieli- ja kulttuurivähemmistöillä ovat syrjinnän kokemukset, jotka väistämättä vaikuttavat myös heidän hyvinvointiinsa ja terveyteensä. (Castaneda & Kytö 2019; Heikkilä ym. 2018; Kuusio 2018; Weiste-Paakkanen ym. 2018.)

Suomessa väestön terveys vaihtelee myös alueittain. Esimerkiksi elintaso on keskimäärin korkeampi kaupungeissa ja niiden läheisellä maaseudulla kuin harvaan asutuilla maaseutualueilla (Karvonen & Kauppinen 2009 & 2014). Kaupunkialueet ovat myös sisäisesti alueellisesti eriytyneitä, esimerkiksi väestön tulotason suhteen (Saikkonen ym. 2018). Maantieteellisiä eroja tarkastellessa voidaan havaita, että etelä- ja länsisuomalaiset ovat terveempiä kuin itä- ja pohjoissuomalaiset (ks. esim. Rissanen ym. 2020). Myös ennenaikaiset kuolemat ovat yleisempiä itäisessä ja pohjoisessa Suomessa kuin etelässä ja lännessä. Maakuntien välillä on selviä kuolleisuuseroja ja miehillä erot ovat vielä suurempia kuin naisilla. (Parikka ym. 2017.)

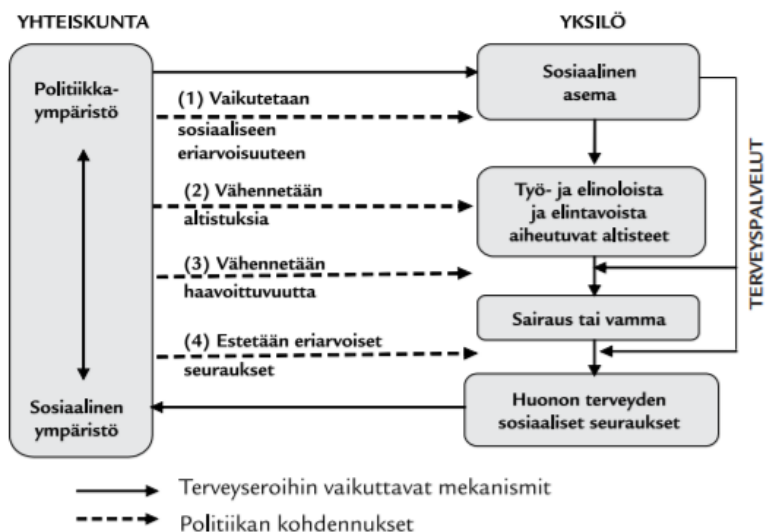
Erot terveydessä risteävät eri tekijöiden kesken tarkasteltuna. Intersektionaalisuudella tarkoitetaan tarkastelutapaa, jossa monien tekijöiden katsotaan vaikuttavan samanaikaisesti yksilön identiteettiin ja asemoitumiseen yhteiskunnallisissa valtasuhteissa. Intersektionaalisen ajattelutavan mukaan vain yhtä tekijää, kuten esimerkiksi sukupuolta, yhteiskuntaluokkaa, ikää, etnistä taustaa, toimintakykyä tai seksuaalista suuntautumista ei voida analysoida erillään muista. Eri tekijöiden vaikutusta ihmisen terveyteen on hyvä tarkastella myös suhteessa toisiinsa. Intersektionaalisuus voidaan suomentaa risteävinä eroina tai risteävänä eriarvoisuutena. (ks. Tasa-arvosanasto)

Suomessa on paljon tutkimusnäyttöä siitä, että sosioekonomisilla tekijöillä (mm. koulutus, ammattiasema, tulotaso, asuminen, työllisyys) on yhteys ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Muuta väestöä heikompi sosioekonominen asema on yhteydessä myös ulkomaalaistaustaisten ja etnisten vähemmistöjen heikompaan terveyteen sekä alueellisiin eroihin. Suomen väestössä ilmenee väestöryhmien välisiä eroja terveydessä sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen perusteella tehdyissä vertailuissa. (Karvonen ym. 2017.) Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan sosiaalisen aseman mukaisia eroja, joita ilmenee esimerkiksi kuolleisuudessa, koetussa terveydessä, pitkäaikaissairastavuudessa, fyysisessä toimintakyvyssä ja mielenterveydessä (Kestilä & Rahkonen 2011; Kinnunen ym. 2017; Koskinen ym. 2012; Palosuo ym. 2007; Rahkonen ym. 2011; Rotko ym. 2011; Talala ym. 2014).

Suomessa pitkään jatkuneessa suotuisassa kansanterveyden kehityksessä on havaittu viime vuosina hidastumista, ja useimpien terveyden ja hyvinvoinnin mittareiden mukaan korkea-asteen koulutuksen saaneet voivat parhaiten ja perusasteen koulutuksen saaneet huonoiten (Aromaa & Koskinen 2002; Koponen ym. 2018). Sosiaaliryhmittäisiä eroja lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi huono työmarkkina-asema ja yksin asuminen (Manderbacka ym. 2017; Palosuo 2007; Rotko ym. 2011). Tiedetään, että monet huono-osaisuuden tekijät kasautuvat jo nuoruudessa ja niillä voi olla eri tekijöiden vaikutuksista johtuen yhteys terveyteen ja hyvinvointiin myöhemmin elämässä. Useissa tutkimuksissa on myös havaittu ylisukupolvista huono-osaisuutta. (kts. esim. Paananen ym. 2012; Kauppinen ym. 2014; Ristikari ym. 2016.) Terveyseroille on tyypillistä, että ne toteutuvat säännönmukaisesti: mitä alempi ihmisen sosioekonominen asema on, sitä huonompi on terveys. Säännönmukaisuus koskee terveydentilan eri osa-alueita lähes poikkeuksetta. (ks. esim. Rissanen ym. 2020.)

Terveyden eriarvoisuuden syntyyn ja ilmenemiseen väestössä kytkeytyvät monet yksilöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät. (Kuva 1.) Henkilön sosiaaliseen asemaan kytkeytyy erilaisia työ- ja elinoloihin liittyviä altisteita, jotka lisäävät sairauksien ja vammojen riskiä. Myös terveyteen vaikuttavien elintapojen on todettu vaihtelevan selvästi sosioekonomisen aseman mukaan. Lisäksi eri yhteiskuntaluokissa elävät ihmiset saavat Suomessa erilaista terveydenhuoltoa. Karkeasti ilmaistuna niiden, jotka terveydenhuoltoa eniten tarvitsisivat, on vaikeinta sitä saada. Hyvätuloisilla on

Suomessa kattava työterveyshuolto, ja he käyttävät sen palveluja kansainvälisesti vertaillen ahkerasti, kun taas matalatuloiset jonottavat julkisiin palveluihin. Viime vuosina ero on kuitenkin aavistuksen kaventunut.



Kuva 1. Viitekehys terveyserojen taustatekijöistä ja vaikuttamisen mahdollisuuksista (suomennettu, alkuperäinen kuva: Diderichsen ym. 2001)

Ilmiönä ja käsitteenä terveyden eriarvoisuus on laaja. On myös tärkeää huomioda, että kaikki ihmisten tai väestöryhmien välillä havaitut erot eivät ole eriarvoisuutta, vaan eroissa voi osittain olla kyse esimerkiksi sellaisesta geneettisestä alttiudesta, johon ei voida juuri vaikuttaa. Nykyisten varsin sitkeiden hyvinvointi- ja terveyserojen lisäksi väestön ikääntymisen mukanaan tuomat seuraukset haastavat hyvinvointiyhteiskunnan toimivuutta ja vaativat määrätietoista ja kokonaisvaltaista yhteiskuntapolitiikkaa. (Karvonen & Kestilä 2018.)

2 Tutkimustietoa sosioekonomisista terveyseroista Suomessa

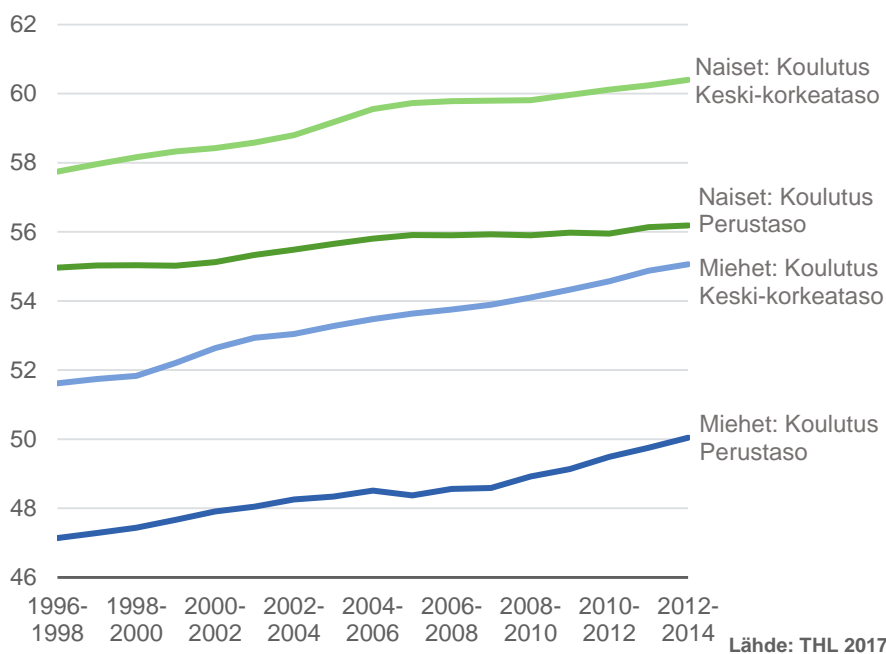
Terveyserojen on havaittu olevan systemaattisia: mitä alempi sosioekonominen asema, sitä huonompi terveys. Erot ovat samansuuntaisia lähes poikkeuksetta terveyden eri osa-alueilla. Tässä luvussa kuvataan väestön toimintakykyisiä elinvuosia ja kuolleisuutta sekä koettua terveyttä, sairastavuutta, riskitekijöitä ja elintapoja koulutusryhmien välillä.

2.1 Toimintakykyiset elinvuodet ja kuolleisuus

Toimintakykyisten, eli ilman toimintakyvyn rajoitteita elettyjen elinvuosien määrä, on eräiden laskelmien mukaan suomalaisilla miehillä suurempi kuin naisilla: esimerkiksi vuonna 2012 vastasyntyneen elinajanodote oli naisilla 83,7 vuotta ja miehillä kuusi vuotta lyhyempi, kun taas toimintakykyisiä elinvuosia oli miehillä 57,3 vuotta ja naisilla 56,2 vuotta. Samojen laskelmien mukaan suomalaisilla on toimintakykyisiä elinvuosia selvästi vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin. On kuitenkin syytä ottaa huomioon, että maiden välisiin vertailuihin liittyy monia, esimerkiksi tietolähteistä ja vastaustaipumusten eroista johtuvia ongelmia. (Palosuo ym. 2007; Sihvonen ym. 2017.) Koetun terveyden ja elinajanodotteen koulutusryhmittäiseen vaihteluun perustuvien laskelmien mukaan toimintakykyisten elinvuosien odote oli sekä miehillä että naisilla 1990-luvun alkupuoliskolla johdonmukaisesti sitä suurempi, mitä ylemmstä koulutusasteesta oli kyse (Sihvonen ym. 2007).

Kuolleisuus on yksi yleisimmin käytetyistä terveysosoittimista. Koko väestöä koskevia kuolleisuuseroja on tarkasteltu yhdistämällä tietoa eri rekistereistä. Yksi yleisimmin käytetyistä kuolleisuutta kuvaavista mittareista on elinajanodote. Suomessa tuloryhmien välisten erojen kasvu elinajanodotteessa pysähtyi 2010-luvulla. Tämä johtui alimman tuloviidenneksen elinajanodotteen kasvusta. Kehityksen taustalla on alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden väheneminen erityisesti alempaan tuloviidennekseen kuuluvilla miehillä. (Tarkiainen ym. 2011; Tarkiainen ym. 2017.) 25-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodotteen kehitystä eri tulokymmenyksissä vuosien 1996–2014 välillä tarkastelleessa tutkimuksessa kävi ilmi, että ero ylimmän ja alimman tulokymmenyksen välillä kaventui hieman, mutta oli edelleen huomattava: naisilla 5,6 vuotta ja miehillä 10,6 vuotta. Elinajanodote kasvoi tarkastelujaksolla kaikissa tulokymmenyksissä, mutta kasvuvauhdissa oli eroja. Naisilla kasvu oli vähäisintä toiseksi alimmassa tuloryhmässä,

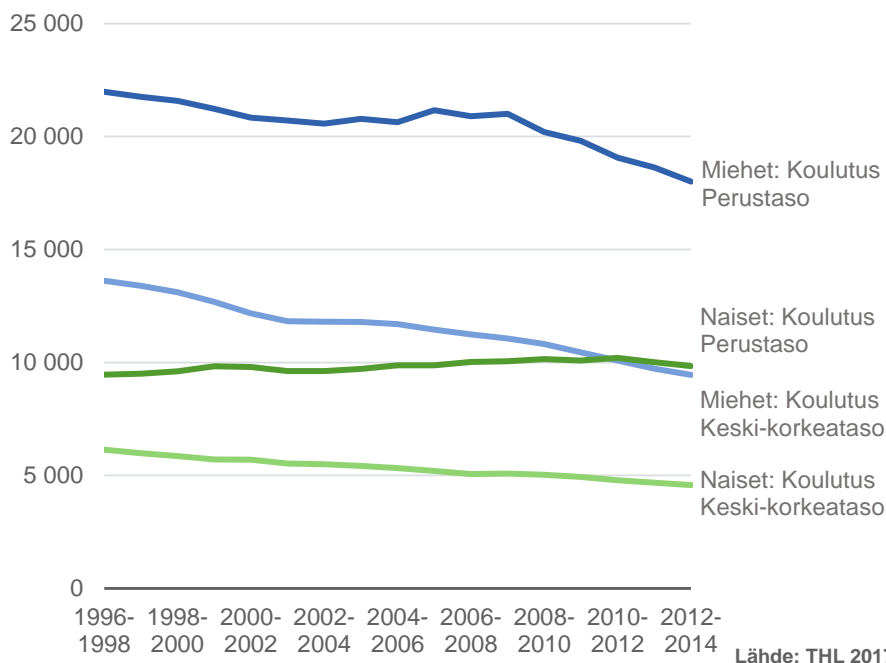
kun taas alin tuloryhmä saavutti ja ohitti sen jakson loppuun mennessä. Miehillä 25-vuotiaan elinajanodotteen kasvu oli suurinta tulojakauman keskivaiheilla, naisilla puolestaan kahdessa ylimmässä tulokymmenyksessä. (Karvonen ym. 2017.) Myös elinajanodotteen koulutusryhmittäiset erot ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä (Kuvio 1.), ja elinajanodotteen ero sukupuolten välillä on myös suuri. Miehillä ennenaikainen kuolleisuus on selkeästi suurempaa kuin naisilla. Sukupuolten väliset erot korostuvat silloin kun tarkastellaan eri koulutusluokkien välisiä eroja. Sairastavuuteen vaikuttavien riskitekijöiden vahvuus vaihtelee eri väestöryhmissä, mikä ylläpitää eroja myös elinajanodotteessa. (Rissanen ym. 2020.)



Kuvio 1. 25-vuotiaan elinajanodote (vuotta) miehillä ja naisilla koulutusryhmittäin 1996–2014 (Lähde: Parikka ym. 2017, Terveystemme.fi)

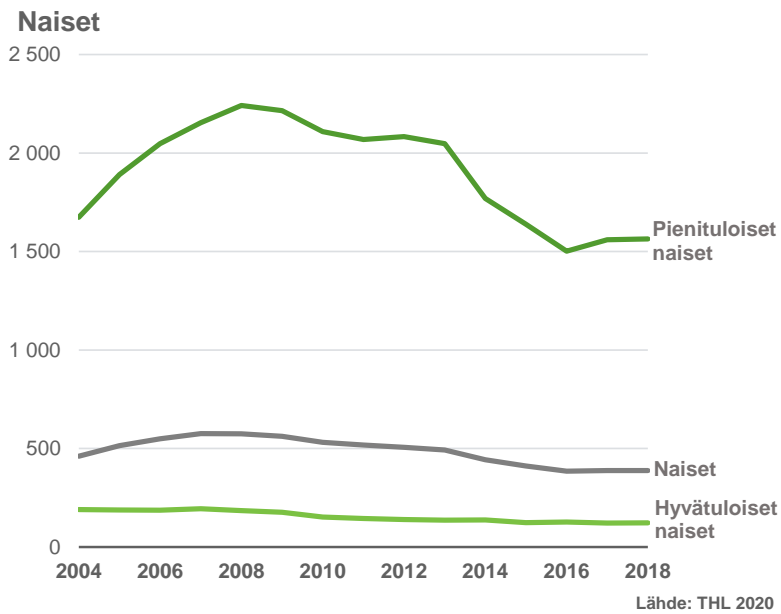
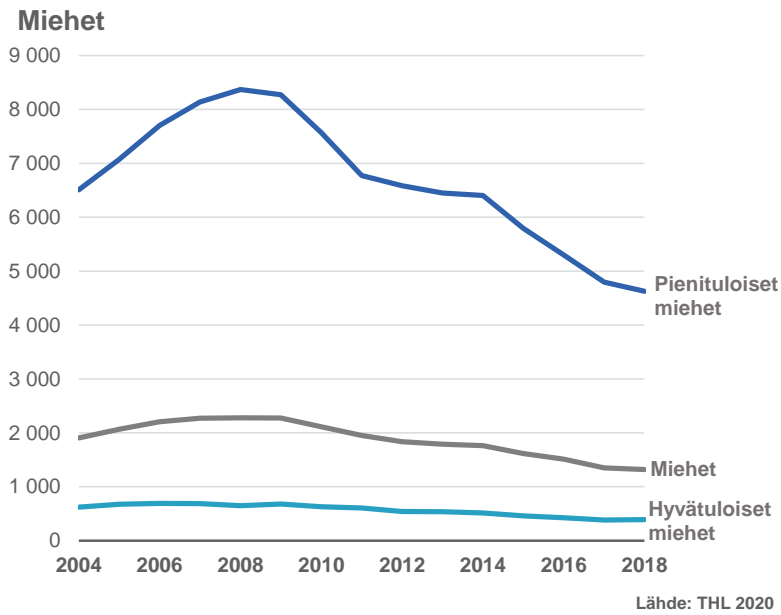
Toinen kuolleisuuden mittari on menetetyt elinvuodet (PYLL, Potential Years of Life Lost). Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin tuloryhmittäisten kuolleisuuserojen kehitystä koko maassa jaksolla 1996–2014 sekä eroja maakunnittain, havaittiin, että tuloryhmien väliset kuolleisuuserot olivat suuret, mutta ne eivät olleet kasvaneet viimeisten tarkastelu vuosien aikana. Tulosten mukaan vuosien 1996–2014 aikana kuolleisuus ennen 80. ikävuotta oli pienentynyt kaikissa tuloryhmissä. Pääosa kuolleisuuserojen kaventumisesta selittyi alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähenemisellä alimmassa tuloviidenneksessä erityisesti työikäisillä miehillä. Tulokset osoittivat myös että tuloryhmien välinen kuolleisuusero oli

selvä kaikissa maakunnissa. Eniten menetettyjä elinvuosia ikävälillä 25–80 vuotta aiheuttivat ajanjaksolla 2012–2014 verenkiertoelinten sairaudet, syöpäsairaudet ja alkoholisytyt. Noin puolet ikävälillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien erosta alimman tuloviidenneksen ja ylimmän 40 prosentin välillä liittyi alkoholiperäisiin kuolemansyihin ja verenkiertoelinten tauteihin. (Parikka ym. 2017; Tarkiainen ym. 2017.) (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta/100 000 vastaavan ikäistä 1994–2014 (Lähde: Parikka ym. 2017, Terveystemme.fi)

Kuolleisuuserot näkyvät eri kuolemansyissä. Kuolleisuudessa havaitut tuloluokkien väliset erot ovat selitettävissä muun muassa alkoholikuolemista johtuvilla eroilla, mutta muitakin syitä on tunnistettu, esim. miesten iskeemiset sydänsairaudet sekä terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevat kuolemat. (Manderbacka ym. 2013.) (Kuvio 3.) Alkoholikuolleisuuden vähentäminen on yksi keskeinen tavoite terveyden eriarvoisuuden kaventamiseksi Suomessa. Siihen on pyritty muun muassa alkoholi- ja hintapolitiikalla, ja lisäksi tarvitaan myös universaaleja sosiaalipoliittisia keinoja ja riskiryhmille suunnattuja toimia. (Mäkelä ym. 2017.)



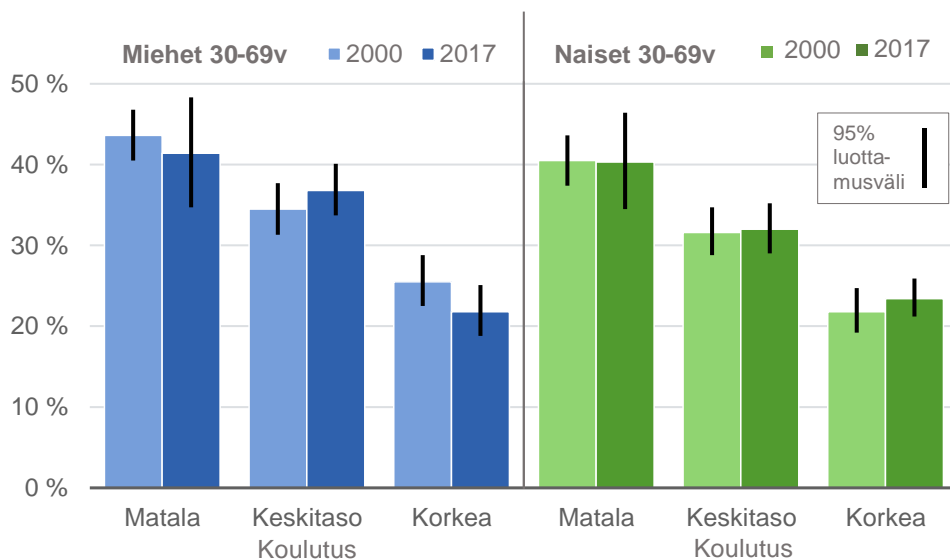
Kuvio 3. Alkoholikuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) tuloryhmittäin miehillä ja naisilla ikävälillä 25–80-vuotta / 100 000 vastaavanikäistä. (Lähde: Sotkanet.fi)

Terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus eli kuolemat, joita ei pitäisi tapahtua, jos oikea-aikaista ja vaikuttavaa terveydenhuoltoa on saatavilla, on Suomessa vähentynyt voimakkaasti 2000-luvulla, mutta sosioekonomiset erot vältettävissä olevassa kuolleisuudessa ovat kasvaneet (Lumme ym. 2018).

2.2 Koettu terveys, sairastavuus, riskitekijät ja elintavat

Tuoretta tutkimustietoa koulutusryhmittäisten terveyserojen muutoksia vuosien 2000 ja 2017 välillä on saatavilla kansallisesti edustaviin Terveys 2000- (Aromaa & Koskinen 2002) ja FinTerveys 2017 (Koponen ym. 2018) -tutkimuksiin perustuvista aineistoista. Näistä aineistoista voidaan havaita, ovatko terveyden, toimintakyvyn ja terveyskäyttäytymisen koulutusryhmittäiset erot pysyneet 17 vuoden aikana ennallaan vai ovatko ne kaventuneet tai kasvaneet. Näitä aiemmin julkaisemattomia tuloksia esitetään tässä niiden terveysindikaattorien osalta, joista tämä tieto oli vertailukelpoisessa muodossa käytettävissä ja analysoitavissa ko. väestötutkimusaineistoja käyttäen (kuvaus käytetyistä aineistoista ja menetelmistä liitteenä).

Koettu terveys on yksilön omaan arvioon perustuva laaja-alainen terveyden mittari. Koettu terveys ennustaa ennen aikaista kuolleisuutta (Martikainen ym. 2002) ja sen on havaittu olevan yhteydessä terveyteen ja kroonisiin sairauksiin (Bjorner ym. 2005). Suomen väestössä ilmenee suuria tulo- ja koulutusryhmien välisiä eroja koetussa terveydessä: mitä alempi koulutus- tai tulotaso, sitä huonompi on koettu terveys (Karvonen ym. 2017). Koetun terveyden sosioekonomiset erot ovat myös säilyneet suurina. Vuosien 1979–2014 seurannassa havaittiin, että suhteellisen koulutuksen mukaiset terveyserot pysyivät suurina koko jakson ajan. Miehillä ja naisilla terveyserot olivat lähes yhtä suuret ja ne kaventuivat jonkin verran 1980-luvulta 1990-luvulle. Tämän jälkeen terveyserot ovat säilyneet ennallaan 2010-luvulle saakka. (Lahelma ym. 2017.) Aiemmin julkaisemattomien Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 aineistoihin perustuvien tulosten mukaan koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot pysyivät ennallaan vuodesta 2000 vuoteen 2017 sekä miehillä että naisilla (Liitetaulukko 1. ja 2., Kuvio 4.). Väestötutkimuksissa on yleisen koetun terveyden lisäksi kysytty myös kokemusta suun terveydestä, jossa terveyserot ovat olleet myös merkitseviä ja samansuuntaisia kuin yleensä koetussa terveydessä. Suun terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus kasvoi vuosien 2000 ja 2017 välillä erityisesti alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla, mutta muutos oli samansuuntainen myös miehillä. (Liitetaulukko 1. ja 2.)



Lähde: Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 -tutkimukset, THL

Kuvio 4. Koettu terveys keskitasoinen tai huonompi vuonna 2000 ja 2017 (Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 tutkimusaineistot)

Mielenterveysongelmat ovat Suomessa merkittäviä terveysongelmia kaikissa ikäryhmissä. Psykkinen kuormittuneisuus ja masennus ovat yleisiä suomalaisessa aikuisväestössä, erityisesti työkäisillä naisilla ja 80 vuotta täyttäneillä. (Suvisaari ym. 2018.) Masennusoireet ovat yleistyneet koko väestössä vuosien 2011–2017 aikana sekä miehillä että naisilla. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan kahdeksalla prosentilla naisista ja kuudella prosentilla miehistä oli lääkärin edellisen vuoden aikana toteama masennus. Merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta kokee puolestaan 15 prosenttia miehistä ja joka viides nainen (GHQ-12-mittarilla mitattuna). Suomessa työkyvyttömyyden aiheuttaneiden sairauksien suurin ryhmä on vuodesta 2000 alkaen ollut mielenterveyden häiriöt, joiden osuus vuonna 2017 oli 42 prosenttia (Findikaattori 2018c). Psykkinen kuormittuneisuuden (MHI-5 -mittarilla arvioituna) on havaittu olevan merkittävästi yleisempää matalimmassa koulutusryhmässä verrattuna korkeimpaan koulutusryhmään (9 vs. 15 %) (Murto ym. 2010–2016). Koulutuksen ja psyykkiseen oireilun yhteyden on todettu vaihtelevan eri mittareilla ja luokituksilla. Esimerkiksi miehillä alemman koulutuksen on havaittu olevan yhteydessä lisääntyneeseen unettomuuteen. Alin koulutus vuosissa mitattuna oli sitä vastoin yhteydessä vähäisempään unettomuuteen ja vähäisempään stressiin miehillä, mutta huonoon yleiseen mielenterveyteen naisilla (MHI-5 -mittari). (Talala ym 2014.) Työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen mielenterveyden häiriöiden takia näyttäisi olevan yleisempää alemmin koulutetuilla ja pienituloisilla vastaaviin verrokki-

ryhmiin nähden, mutta myös toimihenkilöillä ja työttömällä verrattuna työntekijöihin (Karolaakso ym. 2020).

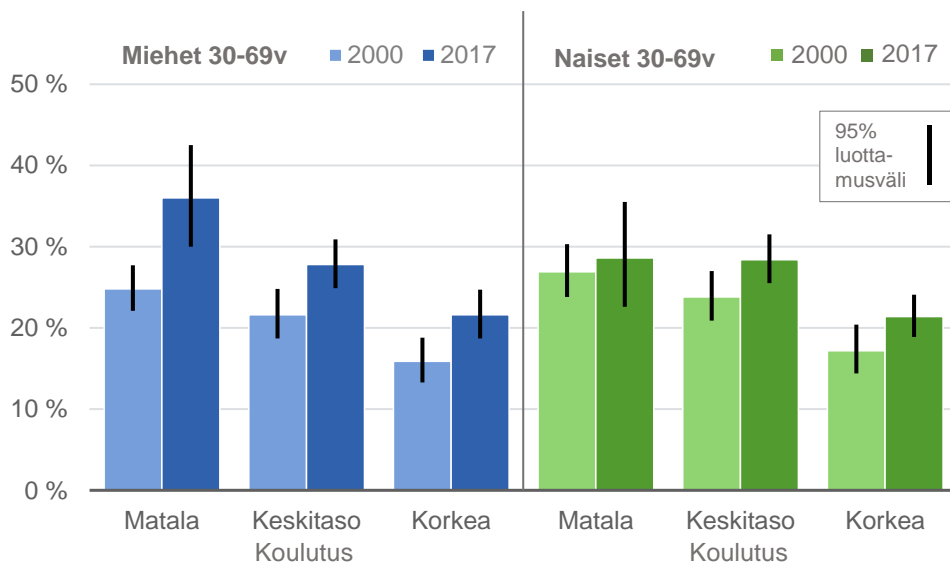
Koulutusryhmien väliset erot psyykkisen kuormittuneisuuden (GHQ-12 yli 3 pistettä) ja masennusoireiden (BDI-6 yli 4 pistettä) yleisyydessä pysyivät Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 aineistoihin perustuvissa muutosanalyyseissa ennallaan kun tarkasteltiin miehiä ja naisia yhdessä. Sukupuolittain tarkasteltuna koulutusryhmittäiset erot ja niiden muutokset ovat erilaisia, kun tarkastellaan psyykkistä kuormittuneisuutta ja depressio-oireita: korkeasti koulutetuilla miehillä on enemmän psyykkistä kuormitusta 2017, sen sijaan vähemmän depressio-oireita. Masennusoireilua on enemmän vähemmän koulutetuilla, eikä tässä ole tapahtunut muutosta vuosien 2000 ja 2017 välillä. Miehillä psyykkisesti kuormittuneiden osuuksissa ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Sen sijaan naisilla sekä matalimmassa että korkeimmassa koulutusryhmässä psyykkisesti kuormittuneiden osuudet olivat hieman nousseet. Psyykkisessä kuormittuneisuudessa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa koulutuksen mukaan, mutta siinä havaittiin merkittävä lisääntyminen vuodesta 2000 vuoteen 2017 (Liitetaulukko 1. ja 2.).

Suomessa tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat väestön toimintakyvyn vajavuuksien, työkyvyttömyyden ja hoidon tarpeen tärkeitä syitä. Erilaiset kivut ja toiminnanvaja- vuudet tuki- ja liikuntaelimestössä ovat yleisiä. Esimerkiksi vuonna 2017 selkäkipua ilmoitti tutkimusta edeltävän kuukauden aikana poteneensa 44 prosenttia miehistä ja 48 prosenttia naisista. Tuki- ja liikuntaelimestön oireista osa näyttää kuitenkin harvinaistuneen vuosien 2011 ja 2017 välillä. Selvin muutos on selkä- ja niskakivun väheneminen väestössä. (Heliövaara ym. 2018.) Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan alhainen koulutustaso (0-9 vuotta) oli yhteydessä useisiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin (mm. selkä-, niska- ja hartiakipuihin sekä polven ja lonkan nivelrikkoon) miehillä ja naisilla (Kaila-Kangas 2007).

Yleisimmät pitkäaikaiset sairaudet, kuten mm. sydän- ja verenkiertoelimestön sairaudet (sydäninfarkti- ja sepelvaltimosairaudet), diabetes ja dementia ovat merkittäviä kansanterveyttä ja -taloutta kuormittavia sairauksia. Näiden sairauksien yleisyydessä on selviä eroja sosioekonomisen aseman mukaan, suurelta osin johtuen ryhmien välisistä eroista sairauksien riskitekijöissä ja elintavoissa kuten ruokailu- ja liikuntatottumuksissa ja päihteiden käytössä. FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten mukaan mm. lääkärin toteamat verenkiertoelinten sairaudet, diabetes ja näiden riskitekijät kuten vyötärölihavuus ja kohonnut verenpaine, ovat yleisempiä perusasteen koulutuksen saaneilla korkeammin koulutettuihin verrattuna. (Koponen ym. 2018.) Monien riskitekijöiden taustalla vaikuttavat samat elintavat, kuten liikunta ja ravitsemus. Mitä useampi riskitekijä henkilöllä on, sitä suurempi on myös hänen todennäköisyytensä sairastua esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin. Suomessa lihavuus, tupakointi, korkea verenpaine ja kohonnut kolesteroli ovat yleisimpiä matalasti koulutetuilla miehillä. (Paalanen ym. 2020.) Kohonneen verenpaineen yleisyydes-

sä koulutusryhmien väliset erot pysyivät ennallaan vuodesta 2000 vuoteen 2017 (Liitetaulukko 1. ja 2.).

Lihavuus on useiden kroonisten sairauksien merkittävä riskitekijä, ja nykyisin lihavuus myös itsessään luokitellaan sairaudeksi. Lihavuuden esiintyvyys on ollut Suomessa kasvussa aina 1970-luvulta saakka (Borodulin ym. 2015; Koponen ym. 2018; Lahti-Koski ym. 2010; Lundqvist ym. 2019). Suomessa vuonna 2017 noin kaksi kolmasosaa naisista ja kolme neljäsosaa miehistä oli ylipainoisia ja hieman yli neljännes naisista ja miehistä oli lihavia (Lundqvist ym. 2018). Lihavuuden esiintyvyydessä on suuria sosioekonomisia eroja. FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten mukaan korkea-asteen koulutuksen saaneista naisista ja miehistä alle neljännes oli lihavia, kun perusasteen koulutuksen saaneista lihavia oli noin kolmannes. (Koponen ym. 2018.) Vuonna 2017 koulutusryhmittäiset erot lihavuuden yleisyydessä olivat hieman suuremmat miehillä kuin naisilla. Koulutusryhmittäiset erot lihavuuden yleisyydessä pysyivät ennallaan vuodesta 2000 vuoteen 2017 (Liitetaulukko 1. ja 2., Kuvio 5.).

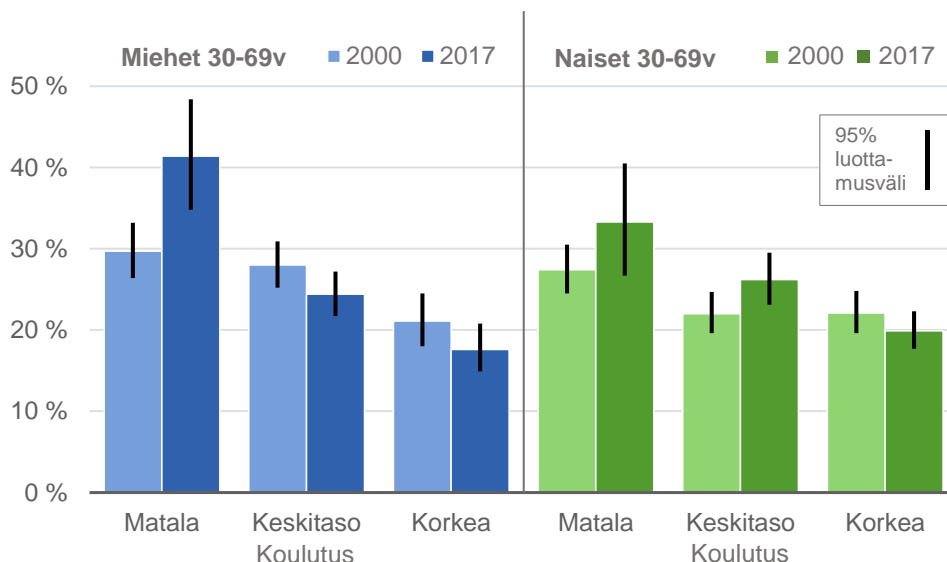


Lähde: Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 -tutkimukset, THL

Kuvio 5. Lihavien osuus vuonna 2000 ja 2017 (Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 tutkimusaineistot)

Kuolleisuutta ja sairastavuutta lisäävät terveydelle haitalliset elintavat, kuten tupakointi, alkoholinkäyttö, epäterveellinen ruokavalio ja vähäinen liikunta, joissa on selviä väestöryhmittäisiä eroja. Terveydelle haitalliset elintavat ovat yleisimpiä niissä väestöryhmissä, joiden sosiaalinen asema on heikoin (ks. esim. Härkänen ym. 2020; Ruokolainen 2021). Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on yleisempää korkea-asteen koulutuksen saaneilla kuin alemmin koulutetuilla (Aromaa & Koskinen

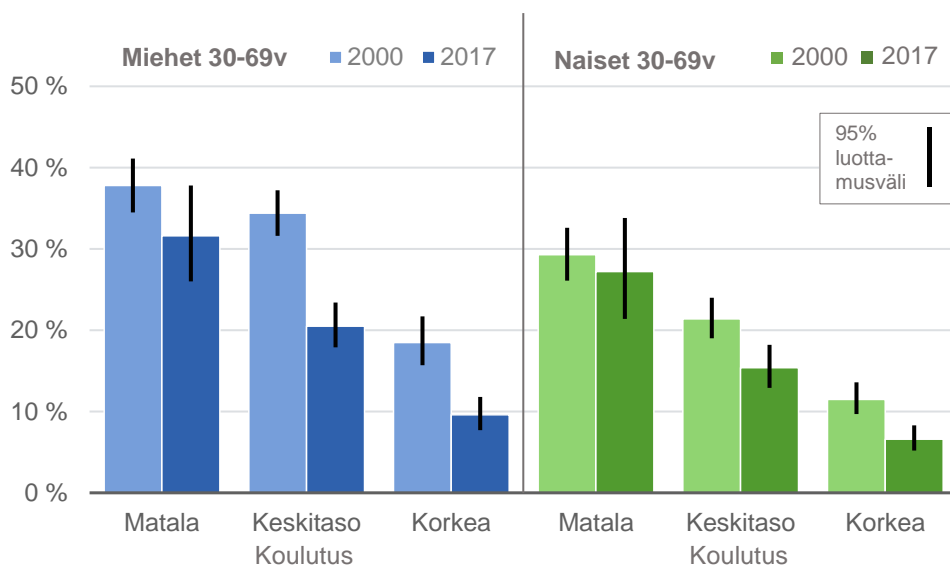
2002; Borodulin ym. 2020; Koskinen ym. 2018). Erot vähäisen vapaa-ajan liikunnan yleisyydessä olivat miehillä hieman naisten koulutusryhmittäisiä eroja suurempia vuonna 2017. Vuosien 2000 ja 2017 välisenä aikana matalimmassa koulutusryhmässä, erityisesti miehillä, vähän rasittavaa vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus kasvoi (Kuvio 6.). Molemmilla sukupuolilla ylimmässä koulutusryhmässä osuus näytti suuntaa-antavasti laskevan. (Liitetaulukko 1. ja 2).



Lähde: Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 -tutkimukset, THL

Kuvio 6. Vapaa-ajalla vähän tai ei lainkaan rasittavaa liikuntaa vuonna 2000 ja 2017 (Terveys 2000 ja Finterveys 2017 tutkimusaineistot)

Elintavoista erityisesti tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot ovat Suomessa suuria. FINRISKI-tutkimuksen (1987–2007) mukaan tupakointi ja diabetes pienentävät 30-vuotiailla elinajanodotetta eniten. Tutkimuksen otokseen kuuluneiden kuolleisuutta seurattiin vuoteen 2014. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -aineistoon perustuva tutkimus osoitti, että koulutusryhmittäiset erot tupakoinnissa ovat kasvaneet vuosien 1978–2014 välillä. (Ruokolainen ym. 2019.) Päivittäin tupakoivien osuus pieneni vuodesta 2000 vuoteen 2017 tilastollisesti merkitsevästi ylimmässä ja keskimmaisessä koulutusryhmässä, mutta säilyi matalimmassa koulutusryhmässä lähes ennallaan (Liitetaulukko 1. ja 2., Kuvio 7.)



Lähde: Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 -tutkimukset, THL

Kuvio 7. Päivittäin tupakoivien osuus koulutusryhmittäin vuonna 2000 ja 2017 (Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 tutkimusaineistot)

Toiminta- ja työkyky olivat FinTerveys 2017 -aineistossa eri mittareiden mukaan määriteltynä paremmat korkea-asteen koulutuksen saaneilla kuin perusasteisesti koulutetuilla (Koponen ym. 2018). Toimintakyvyn mittauksissa yläraajan nosto ja kyykistys, näkökyky sekä sanojen viivästetty muistiin palautus olivat perusasteen koulutuksen omaavilla merkittävästi useammin heikentyneitä kuin korkeamman koulutuksen omaavilla, sekä miehillä että naisilla. Erot olivat merkitseviä myös itse arvioidussa työkyvyssä. Kun tarkasteltiin miehiä ja naisia yhdessä koulutusryhmien väliset erot toimintakyvyssä pysyivät ennallaan vuodesta 2000 vuoteen 2017. Naisilla alimpaan puristusvoiman luokkaan kuuluvien osuus oli pienentynyt miehiä enemmän kaikissa koulutusryhmissä (Liitetaulukko 1. ja 2.).

2.3 Yhteenveto terveyseroista Suomessa

Useat aikaisemmat tutkimukset sekä tuoreet tulokset Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 tutkimusaineistoista osoittavat, että korkeampi koulutus oli yhteydessä parempaan terveyteen ja toimintakykyyn sekä edullisempaan terveyskäyttäytymiseen useiden tarkasteltujen osoittimien valossa. Tuoreiden tulosten mukaan koulutusryhmittäiset erot olivat jyrkimmät puolen kilometrin kävelyvaikeuksissa, heikentyneessä työkyvyssä ja päivittäisessä tupakoinnissa, mutta olivat huomattavia myös muiden tarkasteltujen osoittimien kohdalla (koettu terveys, koettu suun terveys, lihavuus, vapaa-ajan liikunta, kohonnut verenpaine, masennusoireet, heikentynyt kaukonäkö,

puristusvoima). Ainoastaan psyykkisessä kuormittuneisuudessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja koulutusryhmien välillä kumpanakaan vuonna. Vuosien 2000 ja 2017 välillä koulutusryhmittäiset terveyserot kasvoivat koetussa suun terveydessä, vapaa-ajan liikunnassa ja päivittäistapakoinnissa. Muissa terveyttä, terveystyötyttö-tyymistä ja toimintakykyä kuvaavissa osoittimissa koulutusryhmittäiset erot säilyivät ennallaan. Muutokset vuosien 2000 ja 2017 väillä olivat samansuuntaisia molemmilla sukupuolilla lukuun ottamatta psyykkistä kuormittuneisuutta ja puristusvoimaa.

Tässä esitetyissä uusissa tutkimustuloksissa on huomioitava, että koulutusrakenteessa 17 vuoden aikana tapahtuneet muutokset, jotka ovat huomattavimpia vanhimmissa ikäluokissa, ovat voineet vaikuttaa koulutusryhmittäisten erojen muutokseen. Tilastokeskuksen tietojen perusteella 65–69-vuotiaista suomalaisista vuonna 2000 perusasteen koulutuksen saaneita oli 67 % ja korkea-asteen koulutuksen saaneita 14 %, kun taas vuonna 2017 vastaavat luvut olivat 31 % ja 29 %. On kuitenkin epätodennäköistä, että tämä olisi vaikuttanut terveyserojen muutokseen merkittävästi.

Epäsuotuisaa kehitystä sosioekonomisten ryhmien välillä on havaittu myös muissa länsimaissa eri indikaattoreilla osoitettuna (Hoebel ym. 2017, Hoebel ym. 2019; Siegel ym. 2014). Esimerkiksi laajassa ruotsalaisessa hoitoilmoitusrekisteritietoihin perustuvassa tutkimuksessa havaittiin, että nivelreuman riski oli suurempi henkilöillä, jotka olivat opiskelleet alle 12 vuotta sekä tiettyjen ammattiryhmien edustajilla (Li ym. 2008). Lisäksi erojen on ennustettu kasvavan tulevaisuudessa. (Pérez-Ferrer ym. 2018). Suureen saksalaisaineistoon perustuvassa tutkimuksessa ilmeni, että sekä koulutus- että tuloryhmittäiset huomattavat erot koetussa terveydessä säilyivät vuosien 2003–2012 välillä, mutta eivät kasvaneet (Wachtler ym. 2019). Huomionarvoista on, että enemmistö myös muissa länsimaissa tehdyistä tutkimuksista on todennut sosioekonomisten erojen pysyneen ennallaan.

3 Terveyserojen kaventaminen Suomessa

Terveyserojen kaventaminen on ollut pitkään Suomen terveystalouden tavoitteena, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat säilyneet ennallaan ja jopa kasvaneet. Tähän on vaikuttanut huono-osaisempien väestöryhmien terveyden ja hyvinvoinnin hidas myönteinen kehitys muihin ryhmiin nähden. (Karvonen ym. 2017.) Tässä luvussa tarkastellaan terveyserojen kaventamiseksi tehtyjä toimia Suomessa ja kaventamiskäytäntöihin liittyviä tunnistettuja haasteita.

Toimia on pyritty kohdentamaan erityisesti haavoittuvimmissa asemassa oleviin ryhmiin (ks. esim. Rahkonen ym. 2011). Ongelmana on kuitenkin ollut muun muassa nopea yhteiskunnallinen muutos. Lisäksi vaikuttavien toimien kohdentamisen haasteena on, että terveyteen keskeisesti ja välillisesti vaikuttavien tekijöiden yksiselitteinen määrittäminen on vaikeaa, vaikka erilaista tutkimusnäyttöä onkin jo paljon tarjolla (Kestilä & Karvonen 2018). On esitetty, että jos terveyteen vaikuttavat riskitekijät vähentyisivät erityisesti alemmin koulutetuilla niin, että heidän tilanteensa olisi lähempänä keskiasteen tai korkea-asteen koulutuksen saaneita, kroonisten kansantautien tilanne Suomessa paranisi selvästi (Paalanen ym. 2020). Näin ollen terveyden edistämisen toimia kannattaakin kohdistaa väestöryhmiin, joissa riskitekijät ovat keskimääräistä yleisempiä. Lisäksi sellaisissakin haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin parantamiseen tähtäävissä toiminnoissa, joiden ensisijainen tavoite ei ole terveyden edistäminen, voidaan saavuttaa myös terveyden ja terveyserojen näkökulmasta myönteisiä vaikutuksia. Esimerkiksi kunnan kaikkien työttömien työllistämiseen tähdänneessä Paltamon Työtä kaikille -kokeilussa saatiin työttömien keskuudessa viitteitä myönteisistä muutoksista mm. elintavoissa, terveyspalveluiden käytössä, osallistumisessa ja luottamuksessa, joiden voidaan pitämällä tähtäyksellä odottaa olevan myös terveyden kannalta edullisia (Kokko ym. 2013).

Koko väestön terveyden kohentamiseen tähtääviksi toimiksi on tunnistettu:

- Sairauksien ennaltaehkäisy ja syrjäytymiseen vaikuttavien tekijöiden vähentäminen
- Riittävien palvelujen turvaaminen erityisesti vähän koulutettujen iäkkäiden toimintakyvyn paranemisen mahdollistamiseksi
- Edellytysten luominen työllisyysasteen nousulle kohdentamalla toimia erityisesti työntekijäammateissa toimivien työkyvyn edistämiseen ja työssä pysymisen tukemiseen sekä osatyökykyisten ja maahan muuttaneiden työllistämiseen

Keskeisiksi toiminta-alueiksi ja niitä koskevan arvioinnin kohteeksi on esitetty seuraavia:

- Sosiaalipolitiikan seuranta: tulojen ja koulutuksen turvaaminen ja tasainen jakautuminen, työttömyyden vähentäminen ja asuinolojen parantaminen
- Terveyttä edistävien elintapojen edellytykset: terveyttä edistävien elintapavalintojen helpottaminen ja edistäminen koko väestön tasolla (esimerkiksi terveystuoteverot) ja huomion kiinnittäminen erityisesti riskiryhmiin
- Sosiaali- ja terveyspalvelut: varmistetaan kaikille pääsy laadukkaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin (tarkemmin terveyspalveluiden merkityksestä erojen kaventamisessa: ks. seuraava luku)

Terveyserojen kaventamista koskeviin tavoitteisiin pääsemiseksi tarvitaan systemaattista ja säännönmukaista seuranta ja arviointia perustuen laadukkaisiin tietoaineistoihin. Toimenpiteiden vaikuttavuus ja ajassa tapahtuvien muutosten arviointi sekä toimien kohdentaminen perustuu säännönmukaiseen seurantaan ja asiantuntijoiden yhteistyössä tapahtuvaan tiedon jakamiseen. Tietoaineistoja ja niiden hyödyntämistä kuvataan seuraavissa luvuissa.

4 Terveyspalvelut terveyserojen kaventamisessa

Sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukainen jakautuminen ja kohdentuminen ovat tärkeä edellytys suomalaisen yhteiskuntapolitiikan oikeudenmukaisuuden arvon toteutumiselle (Rissanen ym. 2020). Tässä luvussa kuvataan terveyspalvelujen merkitystä väestön terveyserojen kaventamisen näkökulmasta.

Palveluiden laadun ja saatavuuden kysymykset ovat yhdenvertaisuuden näkökulmasta olennaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuustavoitteet on määritelty perustuslaissa, erityislainsäädännössä sekä sosiaali- ja terveyspoliittisissa asiakirjoissa. Suomen Terveydenhuoltolain (1326/2010) 2 §:ssa todetaan, että lain tarkoituksena on:

- edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta
- kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja
- toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta
- vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä
- vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

Hoidon laadussa ja saatavuudessa on havaittu ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja ja erityisesti haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja. Tarpeita vastaavan palveluiden käytön tavoite ei siis täysin toteudu suomalaisessa terveydenhuollossa. (STM 2010.) Ihmisille on tarjottava yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Erilaiset mahdollisuudet ja lähtökohdat on huomioitava, niin että henkilöön liittyvät tekijät eivät vaikuta palvelun saantiin tai kohteluun palveluissa. (Manderbacka 2017.)

Elintapoihin ja elinympäristöön voidaan osaltaan vaikuttaa terveyspalveluissa annettavalla neuvonnalla ja ohjauksella, sekä tarvittavalla, oikea-aikaisella ja laadukkaalla hoidolla. Terveyserojen kaventamisessa onkin keskeisenä nähty terveyttä edistävien elintapojen tukeminen koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa tiedetään terveyttä vaarantavien elintapojen olevan yleisiä. Universaalien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden lisäksi tiettyihin "riskiryhmiin" kuuluville on tarjolla kohdennettuja palveluita. Esimerkiksi raskaana olevien päihteiden käyttö-

jien palveluissa tehty päätös asiakasmaksujen poistamisesta on merkittävä terveyserojen kaventamiseksi. (ks. Blogi: [Asiakasmaksulain uudistus auttaa motivoimaan raskaana olevia päihteiden käyttäjiä hoitoon](#)).

Monikanavaisesti tuotetut palvelut ovat terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta ongelmalliset. Työssäkäyvät ovat etuoikeutettuja muihin nähden kun osittain verovaroin tuotettujen työterveyshuollon palvelujen ulkopuolelle jäävät ne, jotka eivät ole työelämässä olevat. Työssäkäyvät ja korkeammin koulutetut saavat helpommin ennaltaehkäiseviä palveluja työterveyspalveluissa. Ministeriöt (STM ja TEM) ovat kuitenkin vuonna 2013 laatineet ohjeistuksen toimialat ylittävästä yhteistyöstä työtömien terveystarkastusten järjestämisessä ja nykyisin niitä järjestetään kunnissa eri tavoin. Työterveyspalvelujen ja yksityisen terveydenhuollon kautta yhteiskunnassa lähtökohtaisesti paremmin toimeentulevilla on myös muita helpompi pääsy erikoissairaanhoidon palveluihin. Vältettävissä olevien sairaalahoitajaksojen riski on selvästi kohonnut henkilöillä, joilla oli useampi huono-osaisuuden riskitekijä. Suurin riski on heillä, joilla on samanaikaisesti alhainen koulutustaso, jotka elävät köyhyysrajan alapuolella sekä asuvat yksin. (Lumme ym. 2020.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään kohdistuu isoja muutostarpeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon käynnissä olevaan muutosohjelmaan on tavoitteiksi kirjattu muun muassa palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen, sekä toiminnan painotuksen siirtäminen ehkäisevään ja ennakoivaan työhön, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden varmistaminen, palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden vahvistaminen ja näin ollen myös kustannusten kasvun hillitseminen. (soteuudistus.fi). Myös vuosien 2020–2022 tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmassa nostetaan esiin palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden tavoite (ks. [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus – verkkosivut](#)).

THL on arvioinut vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä eri alueilla. Arvioinnin kohteena ovat julkisesti järjestetyt sosiaali- ja terveyspalvelut, niiden yhdenvertainen saatavuus ja kustannustehokas toteutus. Arvioinnissa hyödynnetään laajasti muun muassa THL:n nykyiseen tietotuotantoon pohjautuvia tilasto-, rekisteri- ja väestökyselytietoja. Lisäksi on käytetty laadullisia aineistoja sekä valvontaviranomaisen toimittamia tietoja. Suomalaisessa terveydenhuollon haasteena on ollut palvelujärjestelmän pirstaleisuus, jossa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjiä on paljon. Suomessa myös alueet poikkeavat ja eriytyvät toisistaan monesta syystä. Syntyvyys vähenee ja kuolleisuus on ollut syntyvyyttä suurempi vuodesta 2016 lähtien. Suomen väestörakenteen muutos heijastuu erityisesti ikään-tyneiden palveluihin. Erityispalvelujen kustannusten hillitsemiseksi, tulisi peruspalveluissa hoitaa nykyistä tehokkaammin ongelmien varhaista tunnistamista ja hoitoa. (Rissanen ym. 2020.)

Palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä monin paikoin kuntayhtymille, on perus- ja erityistason palveluita pystytty sovittamaan paremmin asiakkaiden tarpeita vas-

taaviksi palvelukokonaisuuksiksi. Ongelmia kuitenkin tiedetään olevan. Isoimpana ongelmana on edelleen monilla paikkakunnilla heikko perusterveydenhuollon lääke-
rivastaanotolle pääsy. Universaalit neuvolapalvelut toimivat hyvin, mutta erityisen
tuen tarpeeseen ei kaikkialla pystytä vastaamaan riittävän hyvin. Ikääntyneiden pal-
veluissa on tyydyttymätöntä palveluntarvetta. Erikoissairaanhoidossa hoitotakuu
toteutui sen sijaan pääsääntöisesti hyvin ennen koronaepidemiaa. Erikoissairaanhoi-
don järjestämiseen ovat viime vuosina vaikuttaneet lainsäädännölliset muutokset.
Suurin muutos koskee ensihoidon ja päivystyksen järjestämistä (päivystysasetus
782/2014) ja palvelutuotannon keskittämistä suurempiin sairaaloihin (keskittä-
misasetus 582/2017). Muutosten myötä päivystyspisteitä on vähemmän, mutta pe-
rusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyspisteitä on lisätty. Vaa-
tivimpia sairaalahoitoja on keskitetty yliopistosairaaloihin ja lisäksi muuta hoitoa
on keskitetty suurempiin sairaalayksiköihin (mm. tekonivelleikkaukset, selkäleikka-
ukset, syöpäleikkaukset ja synnytykset). Julkiset sairaalat ja yksityinen terveyden-
huoltosektori ovat myös kehittäneet ja toteuttaneet uudenlaista työnjakoa ja yhteis-
työtä. Erikoissairaanhoito on siirtynyt avohoitopainotteisemmaksi. Viimeaikaisten
tietojen mukaan odotusajat ja erikoissairaanhoitoon hoitoon pääsyä odottavien mää-
rät ovat kuitenkin kasvussa ja päivystyskäynnit ovat kasvaneet merkittävästi. (Rissa-
nen ym. 2020.)

Edellä kuvattujen ongelmien lisäksi palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat
johtuvat osin myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuteen liittyvistä
haasteista. Monilla kunnilla on myös taloudellisista syistä johtuvia vaikeuksia tuot-
taa tarvittavia sosiaali- ja terveyspalveluita. Monissa kunnissa palvelurakennetta on
kevennetty muun muassa avo-, etä- ja liikkuvia palveluja lisäämällä. Esimerkiksi
pitkät välimatkat, asiakasmaksut tai palveluissa käytettävä kieli voivat vaikuttaa
palvelujen saavutettavuuteen. On myös tärkeää huomioida, että vaikka teknologinen
kehitys mahdollistaa palveluiden saatavuuden ja tehostumisen monilta osin, on pal-
veluiden voimakas digitalisoituminen asettanut eriarvoiseen asemaan ne, jotka eivät
syystä tai toisesta pysty käyttämään digitaalisia palveluita. Esimerkiksi FinTerveys
2017 -tutkimuksen mukaan yli puolet 70 vuotta täyttäneistä perusasteen koulutuksen
omaavista (sekä miehistä että naisista) ja tässä ikäryhmässä korkea-asteen koulutuk-
sen saaneista naisistakin lähes viidesosa ei käytä internetiä sähköiseen asiointiin
(Koponen ym. 2017). Myös kotiin tuotettavissa palveluissa on kehittämistarpeita.
Tällä hetkellä niitä on eri alueilla tuotettu eri tavoin. Terveyspalvelujen ohessa jär-
jestöillä on keskeinen rooli kuntien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämi-
sessä. (Rissanen ym. 2020.)

Väestön ikääntyminen, elinajanodotteen kasvu ja huoltosuhteen muutos lisäävät
sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta ja kustannuksia. Uudistuvan sosiaali- ja ter-
veydenhuollon tavoite ovat tarkoituksenmukaiset ja yhdenvertaiset sosiaali- ja ter-
veydenhuollon palvelut, joiden myötä myös väestön terveyden eriarvoisuutta saa-
daan kavennettua. Tarve terveyden eriarvoisuuden seurantatiedon kehittämiseen on

myös tunnistettu. Esimerkiksi perusterveydenhuollon toiminnan tehokkuutta voidaan mitata muun muassa vältettävissä olevien sairaanhoitojaksojen indikaattoritiedolla (Lumme 2020). Palveluiden käyttöä kuvaavan rekistereihin pohjautuvan tiedon saannin haasteena on kuitenkin, että tietoa saadaan vain palvelujen käytöstä, ei siitä mitä palveluja ei syystä tai toisesta saada tai käytetä, vaikka tarvetta olisikin.

Nykyisin laatu- ja vaikuttavuustietojen merkitys on kasvanut tiedolla johtamisen perusteina kustannusten ja tuotantoa kuvaavien tietojen rinnalla. Terveysten ja erityisesti terveyden eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäävien toimien laadun ja vaikuttavuuden arviointi on kuitenkin vaikeaa ilmiön moniulotteisuuden vuoksi. Tästä johtuen terveyden eriarvoisuutta ja siinä tapahtuvaa muutosta kuvaavan tiedon on hyvä koostua ilmiön eri taustatekijät ja ulottuvuudet huomioon ottaen eri lähteistä (sekä rekistereistä että väestötutkimuksista).

5 Terveyden eriarvoisuuden tietolähteitä Suomessa

Valtakunnallisen terveystietojen seurannan tarkoitus on tehdä terveystietojen näkyväksi ja tukea muutosten ennakoimista sekä edesauttaa toiminnan tuloksellisuuden arviointia. Seurantatieto myös auttaa kohdentamaan tutkimusta ja toisaalta tutkimus auttaa kehittämään seurantaindikaattoreita. Systemaattinen seuranta mahdollistaa väestössä ilmenevien terveystarpeiden selvittämisen ja ennakoimisen, tietoon perustuvan poliittisen päätöksenteon, palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen sekä tuen terveystarpeiden arviointiin terveyspoliittisessa päätöksenteossa. (Koskinen & Linnanmäki 2008.) Tässä luvussa kuvataan erilaisia väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa kuvaavia tietolähteitä Suomessa. Väestötutkimusten osalta rajoitetaan THL:ssä säännöllisesti toteutettaviin tutkimuksiin.

5.1 THL:n väestötutkimukset

THL:n säännöllisesti toteuttamat aikuisväestöä koskevat väestötutkimukset ja keskeiset sisältöalueet:

- FinTerveys -tutkimus (aiemmin Terveys 2000/2011 -tutkimukset, FINRISKI -tutkimukset) on säännöllisesti noin viiden vuoden välein toistuva kansallisesti edustava terveystarkastustutkimus. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa laaja-alaisesti tietoa väestön terveydestä, hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja niihin vaikuttavista tekijöistä keskittyen erityisesti sellaisiin ilmiöihin, joista tietoja ei saada kattavasti mistään rekistereistä eikä kyselytutkimuksista. Kohderyhmään kuuluvat 18 vuotta täyttäneet Suomessa asuvat henkilöt. Aineisto mahdollistaa monipuolisen sosioekonomisten tekijöiden mukaisen terveys- ja hyvinvointierojen tarkastelun. FinTerveys (aiemmin FINRISKI) -tutkimuksen yhteydessä toteutetaan myös FinRavinto -tutkimus. Perustulokset on raportoitu sukupuolittain, ikäryhmittäin, alueittain ja koulutusryhmittäin. Tutkimusaineistoon liitetään laajat säännöllisesti päivitettävät terveyttä ja hyvinvointia koskevat rekisteritiedot. Tuloksia on raportoitu mm. Terveystemme.fi portaalissa ja raporteissa (Borodulin & Wennman 2019; Koponen ym. 2018; Valsta ym. 2018). Lisäksi tarkempi menetelmäkuvaus löytyy tutkimuksen metelmäraportista (Borodulin & Sääksjärvi 2019). Lisätietoa: [FinTerveys-tutkimuksen verkkosivut](#).
- Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote (aiemmin ATH-tutkimus, AVTK/EVTK-tutkimukset, HYPÄ-tutkimus) on vuosittain toistuva kansallinen kyselytutkimus, jonka otos laajennetaan alueelliseksi 2–4 vuoden välein. Tutkimuksen tavoitteena on seurata hyvinvoinnin, terveyden sekä palvelu-

tarpeen muutoksia eri väestöryhmissä. FinSoten yhteydessä toteutetaan lisäksi kuuden vuoden välein European Health Interview Survey (EHIS), viimeksi vuonna 2019. Vuonna 2020 FinSote toteutettiin alueellisena, sisältäen 22 hyvinvointialueen otokset. FinSoten kohderyhmään kuuluvat 20 vuotta täyttäneet Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt. Kyselyvastauksiin yhdistetään terveyttä ja hyvinvointia koskevia rekisteritietoja. Perustulokset raportoidaan sukupuolittain, koulutusryhmittäin (suhteellinen koulutustaso ikäkohorteittain, kolme luokkaa) ja ikäryhmittäin. Tulokset on saatavissa koko maasta ja otosalueittain.

Lisätietoa: [FinSote-tutkimuksen verkkosivut](#).

Tuloksia saatavissa indikaattoripankki [Sotkanetista](#) ja [Terveystemme.fi palvelusta](#).

- Eurooppalaisen terveyshaastattelututkimuksessa (European Health Interview Survey, EHIS) kunkin jäsenmaan tulee toimittaa rekisteripohjaisen tiedon vastajan koulutuksesta ja tuloista Eurostatille kyselyvastausten lisäksi. Suomessa Tilastokeskus luovuttaa THL:lle nämä tiedot, jotka yhdistetään Suomen EHIS-mikrodataan ja kokonaisuus toimitetaan Eurostatille. THL ei kuitenkaan saa itse käyttää tulotietoja kansallisessa seurantatiedossa.

Tarve väestöryhmittäiselle tiedolle on tunnistettu ja väestötutkimuksia kehitetään huomioiden nykyiset tiedon katvealueet ja haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät. Näiden edellä mainittujen lisäksi THL on toteuttanut kuusi tiettyihin väestöryhmiin kohdennettua väestötutkimusta, sillä toistaiseksi tietotuotanto ei koko väestöön kohdistuvissa tiedonkeruissa ole ollut riittävän kattavaa ja monipuolista tuottaakseen riittävän monipuolista, luotettavaa tietoa. Erillistiedonkeruista viisi on kohdistunut Suomen ulkomaista syntyperää olevaan väestöön (ml. yksi turvapaikanhakijoihin) (Castaneda ym. 2012; Castaneda ym. 2015; Kuusio ym. 2019; Nieminen ym. 2015; Skogberg ym. 2019) ja yksi Suomen romaniväestöön (Weiste-Paakkanen ym. 2018). Erillistutkimusten lisäksi enenevässä määrin on pyritty sisällyttämään ulkomaalais-taustaisten sekä kieli- ja kulttuurivähemmistöjen terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan myös osaksi THL:n koko väestöön kohdistuvia aineistonkeruita.

THL:n lisäksi myös terveyserojen seurannan kannalta tärkeää tietoa tuotetaan mm. Tilastokeskuksen (mm. [Tulo- ja elinolotutkimus](#) ja [Työvoimatutkimus](#)) ja Työterveyslaitoksen (mm. [Kunta 10-tutkimus](#)) tutkimuksissa.

5.2 Rekisteriaineistot

Suomen rekisteriaineistot ovat kansainvälisestikin vertaillen erittäin laadukkaita, vaikka niiden kattavuudessa on vielä myös ongelmia erityisesti perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon sekä sosiaalipalveluja kuvaavien tietojen osalta. Tässä luvussa kuvataan terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta keskeisiä rekistereitä ja niiden tarjoamia tietoja.

Väestön terveyttä kuvaavaa tietoa saadaan laajasti rekistereistä ja säännöllisestä tilastotuotannosta. Aikuisväestön terveyserojen kannalta oleellisia rekistereitä ovat esimerkiksi:

- Implanttirekisteri
- Näkövammarekisteri
- Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (Avohilmo)
- Raskaudenkeskeyttämisrekisteri
- Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri
- Steriloimisrekisteri
- Syntyneiden lasten rekisteri
- Syöpärekisteri ja joukkotarkastusrekisterit (Syöpärekisteri.fi)
- Tartuntatautirekisteri
- Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (Hilmo)
- Toimeentulotukirekisteri (tiedot osin Kelasta)

THL on myös kehittänyt mallin terveydenhuollon kansallisia laaturekistereitä varten vuosien 2018–2020 aikana. Laaturekisterin tietoja käytetään tietyn sairauden hoidon tai tietyn hoitomenetelmän taikka sosiaalipalvelun arvioimiseen. Laaturekisteri sisältää potilaan taustatietoja (mm. ikä, sukupuoli, sairaudet), tehdyt toimenpiteet ja saavutetut tulokset (mm. sivuvaikutukset, elämänlaatu, potilastyytyväisyys). Laaturekisterit tarjoavat tietoa toiminnan ohjaukseen sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoille. Tavoitteena on parantaa potilaiden saaman hoidon laatua, vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta. Laaturekistereiden on ajateltu jatkossa palvelevan sote-järjestelmän arviointia. Laaturekisterit ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen toissijaista käyttöä (HE 159/2017) ja Kanta -palveluun kirjattavat tiedot ovat osa laaturekisterien tiedon lähdettä. Kanta -tiedon lisäksi toistaiseksi tarvitaan kuitenkin muitakin tiedonlähteitä, sillä Kantaan ei tallennu toistaiseksi riittävän yksityiskohtaista tietoa rakenteisesti. (ks. lisää STM 2019.) THL jatkaa edelleen terveydenhuollon laaturekisterien kehittämistä mm. projektissa, jossa lakisäätteiselle laaturekisteritoiminnalle suunnitellaan ja valmistellaan toimivaltainen organisaatio ja toimintamallit.

Suomessa sosioekonomisen aseman mukaisia terveystietoja keräävät ja raportoivat eri toimijat, mutta ongelmana on koordinoinnin puute. Tilastokeskus ylläpitää koko väestöä koskevia sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksia kuvaavia tietoja, jotka perustuvat valtakunnallisiin rekistereihin. Tilastokeskuksen hallinnoimasta väestörekisteritiedosta yksilötasoaista tietoa saadaan muun muassa sukupuolen, iän, äidinkielen ja siviilisäädyn perusteella. Tietoa saadaan myös muun muassa asumisesta, koulutuksesta, työllisyydestä, tuloista ja varallisuudesta. Tilastokeskus kokoaa ja ylläpitää terveys-, sosiaaliturva- ja väestötietoja, kuten kuolemansyyt, työssäkäynti-, perhe-, adoptio-, ja asuntokuntatilastot. (Koskinen & Linnanmäki 2008.) Tilastokeskuksen ja THL:n välinen sopimus tilastoyhteistyöstä on uudistettu sisällöltään aiempaa laajemmaksi yhteistyösopimukseksi vuonna 2020. Tilastoyhteistyön

rinnalla on aiempaa vahvemmin myös tutkimusaineisto- ja infrastruktuuriyhteistyö. Kuolemansyytietojen toimittaminen siirtyy THL-lain 5 § perusteella tapahtuvaksi tietojen luovuttamiseksi Tilastokeskuksesta THL:lle. Kuolemansyytiedot ovat käytettävissä laissa säädettyihin THL:n tehtäviin.

Kelan rekisterit sisältävät asiakkuuksiin ja etuuksiin liittyvää tietoa. Lisäksi Kela vastaa Kanta-palvelujen teknisestä toteuttamisesta ja ylläpidosta. Kelan tietovaranoista on mahdollista muodostaa merkittävä lähde sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuustiedolle. Kelan rekisterit sisältävät myös niihin kertynyttä tietoa liittyen eri elämäntilanteisiin, kuten lapsiperheiden tuet, sairasmakuutus, kuntoutus, työttömän perusturva, asumistuki, opintotuki ja eläkkeet. Lisäksi Kela huolehtii vammaisten etuuksista, sotilasavustuksista ja maahanmuuttajien tuesta. Valtaosa asiakkaiden tiedoista sisältyy etuusrekisteriin, johon tiedot kerätään asiakkailta itseltään lomakkeiden avulla. Tietoja täydennetään Väestörekisterikeskukselta saatavilla henkilötiedoilla ja Verohallinnolta saatavilla verotustiedoilla. Kelalla on lakiperusteinen oikeus pyytää tietoja eri viranomaisilta ja laitoksilta, kuten eläke- ja vakuutuslaitoksilta, työvoimaviranomaisilta sekä sosiaali- ja terveystieteiden viranomaisilta. Kelan rekisterit sisältävät henkilöiden perustietojen lisäksi etuustiedot seuraavista elämäntilanteista: raskaus, synnytys ja lapsenhoito, lapsen/omaisen sairaus, vamma tai avuttomuus, oma sairaus, vamma tai työkyvyttömyys, opiskelu, työttömyys, veteraanit, asevelvolliset, vanhuus, asuminen ja muu toimeentulo, perheenjäsenen kuolema, muut asiakkaaseen liittyvät tiedot, esim. muiden eläkkeiden tiedot, takaisinperintätiedot, oleskelulupatiedot.

THL-lain 5 § perusteella THL:llä on oikeus saada Kelalta maksutta sekä salassapitovelvoitteiden ja muiden tietojen käyttöä koskevien rajoitusten rajoittamatta tunnistetietoineen tehtäviensä kannalta tarpeelliset tiedot:

- Kansaneläkelaitoksen toimeenpantavaksi säädettyistä etuuksista ja niiden käytöstä sekä sähköisestä lääkemääräyksestä annetussa laissa tarkoitetut reseptikeskukseen ja reseptiarkistoon tallennetut tiedot lääkemääräyksistä ja niihin liittyvistä toimitustiedoista
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa tarkoitettuihin valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin (Kanta-palvelut) tallennetut tiedot. (ks. [THL:n Tilastot ja data –verkkosivut](#))

Eläketurvakeskus tekee sosiaali- ja taloustieteellistä tutkimusta työurien pituudesta, eläkkeelle siirtymisestä, eläketurvan riittävydestä ja eläkejärjestelmän taloudellisesta kestävydestä. Tutkimuksilla saadaan tietoa eläkejärjestelmän toimivuudesta, eläkepoliittisten toimien vaikuttavuudesta ja uudistuksille asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Aktiivinen tutkimusyhteistyö ja viestintä ovat keskeinen osa Eläketurvakeskuksen tutkimusta. Eläketurvakeskus tuottaa myös Suomen eläkejärjestelmää kuvaavia tilastoja. Tilastot sisältävät tietoja eläkkeensaajista, työeläkevaikutetuista, eläkemenosta, eläkkeellesiirtymisistä, työeläkekuntoutuksesta, työeläkkeiden rahoituksesta. (ks. [Eläketurvakeskuksen verkkosivut](#))

Työterveyslaitoksen (TTL) tutkimus- ja kehittämistoiminta vastaa työelämän tarpeisiin, jotka liittyvät työelämän, työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden kehittämiseen. TTL:n rekisterit liittyvät syöpäsairauksia aiheuttaville aineille ja menetelmille altistumiseen ja työperäisiin sairauksiin. (ks. [Työterveyslaitoksen verkkosivut](#))

THL päätti 20.12.2019 Väestörekisterikeskusta (nykyisin Digi ja väestötietovirasto DVV) koskevasta väestötietojen luovutusvelvollisuudesta (päättös 1979/4.00.00/2019). THL:lle muutostietopalvelun kautta toimitettava tietosisältö on laajentunut uusiin tietoryhmiin vuoden 2020 aikana. Mukana on mm. henkilösuhdetietoja, jotka tulevat helpottamaan myös väestöryhmien välisten erojen seurantaan.

Työ- ja elinkeinoministeriön kautta voidaan saada rekisteritutkimukseen ja terveysseurantaan työllisyystilannetta kuvaavia tietoja TE-toimistojen asiakaspalvelurekisteristä (URA-tietojärjestelmä). Nämä Työ- ja elinkeinoministeriön Työnvälitystilaston keskeiset tiedot julkaistaan myös Tilastokeskuksen StatFin-tilastotietokannassa.

Tilastokeskuksesta poiketen muilla valtakunnallisten rekisterien ylläpitäjillä ei ole aineistoissaan tietoja kansalaisten sosioekonomisesta asemasta, mutta niitä on liitetty yksittäisten tutkimushankkeiden aineistoihin. Lisäksi kysely- ja haastatteluai- neistoissa on yleensä joitakin sosioekonomista asemaa kuvaavia tietoja, mutta niiden vertailukelpoisuus aineistojen kesken on puutteellinen. (Koskinen & Linnanmäki 2008. ks. myös [Tilastokeskuksen verkkosivut](#)) Esimerkiksi koulutusryhmien välisiä eroja tarkasteltaessa käytetty koulutusluokitus on perustunut joko itse raportoituihin koulutusvuosiin tai suoritettuihin tutkintoihin. Myös Tilastokeskuksen tutkintoihin perustuva rekisteritieto on osittain puutteellista kun se ei kata mm. kaikkia ulkomail- la suoritettuja tutkintoja.

Terveydenhuollon rekistereistä erityisesti erikoissairaanhoidon osalta tietoa saa- daan kattavasti, mutta perusterveyden- ja sosiaalihuollon rekistereissä on vielä kehittä- mistarpeita. Puutteita on havaittu erityisesti alueellisina eroina käyntien yhteydessä kirjattujen diagnoosien tai muiden käyntitietojen kattavuudessa. Tietojen kattavuutta koskevat ongelmat johtuvat mm. eroista potilastietojärjestelmissä, tietojen siirtymi- sessä kansallisiin rekistereihin sekä ammattilaisten kirjauskäytännöissä. On myös huomioitava, että yksityissektorin palveluista ei saada kansallista rekistereistä tietoa liittyen peruspalveluihin, mutta yksityiset sairaalakäynnit saadaan. Kelan rekistereis- tä saadaan yksityislääkärikäyntien korvauksista tietoa, ja näin ollen tietoa yksityisis- tä peruspalveluista, mutta riittävän kattavia tietoja työterveyshuollon käynneistä ei ole toistaiseksi saatavilla. Työterveyshuollon tiedot ovat kuitenkin vuoden 2019 alusta lähtien aiempaa kattavammin mukana Hilmo-tietosisällössä ja - tiedonkeruussa. (ks. [THL -verkkosivut](#))

Rekisterit tarjoavat arvokasta tietoa väestön terveyden ja hyvinvoinnin ja siinä ilmenevän eriarvoisuuden seurantaan. Suomalaiset rekisteriaineistot mahdollistaisi- vat myös tiedon kansainvälisen vertailun, mutta eri maiden erilaiset käytännöt rekis- teritietojen maiden rajat ylittävässä käytössä vaihtelevat Pohjoismaidenkin välillä ja

tuovat oman haasteen aineistojen hyödyntämiselle ja eri maiden toimintaperiaatteet tuleekin tuntea hyvin (Van Der Wel 2019). Paitsi rekisteritietojen käyttömahdollisuudet, myös erot niiden rakenteessa ja kattavuudessa heikentävät mahdollisuuksia eri maiden välisiin vertailuihin.

6 Terveyden eriarvoisuuden seuranta tulevaisuudessa

Tässä luvussa kuvataan terveyden eriarvoisuuden seurannan mahdollisuuksia ja tulevaisuuden näkymiä Suomessa sekä eri tietolähteiden hyödyntämisen liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia.

Juho Saaren vetämä eriarvoisuuden kaventamiseen toimia pohtinut työryhmä esitti loppuraportissa turvaavia, palauttavia, tehostavia ja pelastavia toimenpiteitä (VNK 2018). Työryhmä ehdotti raportissaan muun muassa pitkäjänteistä eriarvoisuuden, hyvinvoinnin ja sosiaaliturvan tutkimuksen tukemista. Terveyden eriarvoisuutta kuvaava tutkimus- ja rekisteritieto tukee eriarvoisuuden vähentämispolitiikan tavoitteita ja toteutumisen arviointia sekä mahdollistaa terveyseroja vähentävien toimien vaikutusten seurannan sekä kansallisella tasolla että maakunnittain. Eriarvoisuuden tilaa kuvaava tieto vastaisi myös maakuntien tarpeeseen seurata väestön terveyden eriarvoisuuden tilaa, sekä arvioida eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäävien toimenpiteiden vaikutuksia.

Toistaiseksi tietoa väestön terveyden eriarvoisuudesta on ollut saatavilla erilaisien painettujen ja sähköisten julkaisujen muodossa, kuten neljän vuoden välein julkaistava Suomalaisten hyvinvointi -teos, sekä edellä kuvattujen väestötutkimusten raportit, väestötutkimus- ja rekisteriaineistoihin perustuvat erillistutkimukset sekä tilastoraportit ja -koosteet. Tietoa terveyden eriarvoisuudesta on saatavilla THL:n sähköisillä verkkoalustoilla. Terveystemme.fi -verkkosivusto tarjoaa alueellista ja väestöryhmittäistä seurantatietoa Suomen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, pääosin eri väestötutkimusaineistoihin perustuen (ks. [terveystemme.fi-verkkopalvelu](https://terveystemme.fi/verkkopalvelu)). Sivusto mahdollistaisi terveyden eriarvoisuuden ja sen eri ulottuvuuksien säännöllisen seurannan ja arvioinnin. Lisäksi THL:n ylläpitämästä Sotkanet.fi verkkopalvelusta löytyy yli 2 000 eri tilastotietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä palvelujärjestelmän toiminnasta, mutta tiedot eivät pääosin ole tarkasteltavissa väestöryhmittäin. Indikaattoritiedot ovat saatavilla mm. kunnittain, sairaanhoitopiireittäin ja aluehallintovirastoittain. Sotkanetissä voi vertailla mm. eri alueita keskenään tilastotaulukkoina, kaaviona ja karttoina. (ks. [Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)) Tuoreita tutkimustuloksia väestön terveyden eriarvoisuudesta julkaistaan ajantasaisesti THL:n verkkosivuilla, sekä eri sosiaalisen median kanavia hyödyntäen. THL:n verkkosivuilla on myös ”Terveys- ja hyvinvointierot” aihesivusto, jonne hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuutta koskevaa tietoa on koottu mahdollisimman kattavasti.

Eri lähteistä saatavien tietojen hyödyntämiseen liittyy monia kysymyksiä, jotka vaikuttavat myös väestön terveyden eriarvoisuuden seurantaan. Keväällä 2019 astui voimaan laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain muuttamisesta. (Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008). Lakimuutoksen myötä

THL:n oikeudet saada lakisääteisten tehtäviensä hoitamiseksi tietoja sote-järjestäjiltä ja tuottajilta sekä eräiltä valtion viranomaisilta laajenivat. Tietoja on oikeus saada maksutta ja salassapitovelvoitteiden estämättä. THL:llä on oikeus saada myös henkilötunnistetiedot.

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) astui voimaan keväällä 2019. Lain tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tallennettuja asiakastietoja voitaisiin käyttää mahdollisimman joustavasti ja turvallisesti erilaisissa laeissa sallituissa käyttötarkoituksissa. Lain nojalla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoja sekä muita terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä henkilötietoja voidaan käyttää muussakin kuin siinä ensisijaisessa käyttötarkoituksessa, jonka vuoksi ne on alun perin tallennettu (nk. toissijainen käyttö). Lain nojalla tietoja voidaan käyttää laissa säädetyn edellytyksin tieteellisessä tutkimuksessa, tilastoinnissa, viranomaisohjauksessa ja -valvonnassa, viranomaisten suunnittelu- ja selvitystehtävissä sekä opetuksessa, tietojohdamisessa sekä kehittämis- ja innovaatioinnossa.

Rekisteriaineistojen käyttöön liittyy kuitenkin käyttöluvien ja aineistojen yhdistämisen ongelmia. Eri lähteistä saatavien rekisteritietojen yhteiskäyttöä mahdollistaa aiempaa laajemmin vuonna 2020 toimintansa aloittanut sosiaali- ja terveysalan tietolupaviranomainen Findata, joka on yhden luukun palvelu sosiaali- ja terveysalan tietojen toissijaiseen käyttöön. Tietolupaviranomainen toimii THL:n yhteydessä, eriyttynä THL:n muusta toiminnasta. Aggregoidun tilastoaineiston voi saada kaikkiin toisiolaissa määriteltyihin käyttötarkoituksiin. (ks. [Findatan verkkosivut](#))

Eri rekisterinpitäjien käyttöluoprosessit ovat olleet hyvinkin pitkiä ja ne ovat hidastaneet erityisesti tutkimuksia, joissa hyödynnetään eri rekisterinpitäjien aineistoja samanaikaisesti. Tutkimukseen tuo haastetta myös se, että rekisterit valmistuvat melko hitaasti. Esimerkiksi Tilastokeskuksen kuolemansyyt valmistuvat vasta seuraavan vuoden joulukuussa ja myös THL:n hoitoilmoitusrekisterin tiedot tulevat edelleen pääosin viiveellä. Koronaepidemiaan liittyvä jatkuvan seurantatiedon tarve on kuitenkin edistänyt mm. hoitoilmoitusrekisterien ajantasaisuutta. Puhtaasti rekistereihin nojautuva tutkimus ei kuitenkaan pysty vastaamaan suoraan mm. asiakkaiden ja koko väestön kokemuksiin, riskitekijöihin tai tyydyttymättömään palvelutarjontaan liittyviin tutkimuskysymyksiin, joissa väestötutkimusaineistot ovat ensisijaisia tietolähteitä.

Edellä kuvatuista haasteista huolimatta kansallisia eriarvoisuuden seurantajärjestelmän mahdollistavia instrumentteja on jo luotu ja suunnitelmia palvelun käyttäjälähtöiseen kehittämiseen on olemassa. Tähän työhön tarvittaisiin kuitenkin mandaatti ja resursseja. Systemaattinen seuranta olisi tarpeen, sillä yhteiskunnassa haavoituvammassa asemassa olevilla henkilöillä on usein enemmän terveyden eriarvoisuuden yhteydessä olevia tekijöitä. Näiden tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta kohdennetut toimenpiteet voidaan suunnata oikein ja niiden vaikutuksia arvioida luotettavasti. Väestön terveyden ja siinä ilmenevän eriarvoisuuden arviointiin ja seurantaan käytettävien menetelmien relevanssi ja kiinnittyminen keskeisten tervey-

den edistämistä ohjaaviin tietopohjiin tulee varmistaa jatkossa. Arvioinnin ja kehittämisen tulisi myös olla systemaattista ja säännöllistä.

Eräissä muissa Euroopan maissa väestön terveyden eriarvoisuutta kuvaavaa tietoa jo hyödynnetään systemaattisesti. Esimerkiksi Ruotsissa toteutetaan vuosittainen raportointi alue- ja kansallisella tasolla (ks. esim. Folkhälsans utveckling 2020). Englannissa tuotetaan vuosittain infograafitietoa terveyden eriarvoisuudesta ja terveyserojen arviointiin on laadittu ohjeita, työkaluja ja työkaluja, esimerkiksi:

- [Health equity audit guide for screening providers and commissioners](#)
- [Health Equity Assessment Tool \(HEAT\)](#)
- [Infographic: What makes us healthy?](#)

6.1 Menetelmät

Kuten edellä on kuvattu, laadukkaat väestötutkimus- ja rekisteriaineistot mahdollistavat väestön terveyden ja siinä ilmenevän eriarvoisuuden seurannan. Tietoa on mahdollista saada myös eriarvoisuutta tuottavista risteävästä eroista (esim. ikä, sukupuoli, työllisyysasema) sosiaalisen aseman mukaan. Sekä väestötutkimus- että rekisteriaineistoja käyttämällä väestöryhmien välisen vertailun lisäksi vertailua on mahdollista tehdä alueellisesti.

Väestötutkimuksia tarvitaan täydentämään rekisteritietoa. Rekistereistä ei saada tietoa ilmiöistä jotka ovat yhteydessä ihmisen hyvinvointiin, kuten syrjinnästä. Väestötutkimuksista saadaan myös arvokasta tietoa sairauksien riskitekijöistä, kuten elintavoista ja toimintakyvystä (kuten liikunta, ravitsemus, tupakointi ja alkoholin käyttö). Terveydenhuollon rekistereihin kirjattavien oleellisten terveyteen liittyvien riskitekijöiden (kuten poikkeavat verenpaine- ja/tai kolesteroliarvot) kirjaamiskäytäntöjä tulee vielä kehittää, vaikka potilastiedon rakenteisen kirjaamisen tietomäärittelyjä on tehty laajasti ja kansallisesti yhdenmukaista kirjaamista tukemaan on tuotettu useita oppaita ([Terveydenhuollon kirjaamisohjeet](#)). Esimerkiksi FinTerveys 2017 -tutkimuksessa kerättyjä mittaus- ja kyselytietoja verrattiin rekisteritietoihin (Hilmon ICD ja Avohilmon ICD – ja ICPD-koodit) keskeisten terveysongelmien yleisyyden arvioimiseksi. Tutkimuksessa todettiin, että vain yleisimmistä, säännöllistä hoitoa edellyttävistä kansantaudeista tietoa voidaan saada jo nyt varsin kattavasti rekistereistä, riskitekijöistä rekisteritietoja on saatavissa niukasti (Laatikainen ym. 2018).

6.2 Mittarit ja indikaattorit

Kuntien ja alueiden tulee käsitellä lakisääteisissä hyvinvointikertomuksissaan asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia myös väestöryhmien mukaan. Suomessa ei ole kuitenkaan tällä hetkellä ole yhteisesti sovittuja eriarvoisuutta kuvaavia indikaatto-

reita, mutta THL:n saaman asiakaspalautteen mukaan niille olisi suuri tarve. (STM/2020/102).

THL:n tietotuotannon kehittämisessä ja KUVA (kustannus-vaikuttavuus) indikaattorityössä on kehitetty ja vakiinnutettu terveyden alue-erojen seurantajärjestelmä, mutta KUVA indikaattoreissa on puutteellisesti huomioitu terveyden eriarvoisuuden seuranta väestöryhmittäin. Tästä poikkeuksena on kieliryhmäpilotti, jossa poimittiin valitut KUVA-indikaattorit kieliryhmittäin (suomi, ruotsi ja saame). Tämän kaltaista kehittämistyötä olisi hyvä jatkaa (ks. THL:n sote-tietopohjan uudistaminen 2017–2018).

Nyt luotu ehdotus indikaattorilistasta vastaa terveyden eriarvoisuutta koskevaan tiedontarpeeseen sekä tukee hallituksen periaatepäätöksen toimeenpanoa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eriarvoisuuden vähentämiseksi vuoteen 2030 mennessä.

Alla esiteltävä indikaattorilista on valittu soveltuvaksi ensisijassa työikäisten (yli 20 vuotiaiden tai 20–64 vuotiaiden) eriarvoisuuden seurantaan, mutta aina kun mahdollista, listalla ehdotettuja indikaattoreita kannustetaan tarkastelemaan muidenkin ikäryhmien, sekä esimerkiksi sukupuolen, toiminnanrajoitteen ja syntyperän mukaan. Indikaattorilistaa voidaan myös kehittää ja laajentaa huomioiden tiedon käyttötarve. Eri aikoina ja tilanteissa tiedon tarve samoin kuin tietolähteet ja tiedon kattavuus voivat myös muuttua, jolloin indikaattoreita voi olla tarve lisätä tai vaihtaa uusiin.

Sosioekonomisen aseman mittarina käytetään tässä indikaattorilistassa koulutusta, sillä se on useimman indikaattorin osalta parhaiten saatavissa oleva tieto. Terveystietojen taustalla tiedetään kuitenkin olevan muitakin sosioekonomisia tekijöitä, kuten tulot, työllisyys- ja ammattiasema, joiden tarkasteleminen olisi myös tärkeää. Näiden käytön haasteena ovat kuitenkin tiedon päivittymisen ongelmat ja rekisteriyhdistelyjen työläys. Alla oleva indikaattorilista kattaa keskeisiä tunnistettuja aikuisväestön terveyden eriarvoisuuteen liittyviä mittareita. Tämä lista ei kuitenkaan yksin riitä moniulotteiseen terveyden eriarvoisuuden seurantaan ja arviointiin, vaan olisi tärkeää, että kaikki tutkimustulokset raportoitaisiin sukupuolen, iän ja alueen lisäksi koulutuksen sekä mahdollisesti jonkin muun sosioekonomisen aseman osoittimen mukaan aina kun mahdollista. Suomen kattavat rekisteriaineistot mahdollistavat tämän hyvin.

Nyt esitettävässä ehdotuksessa osa FinSote -tutkimusaineistoon perustuvista indikaattoreista on vastaavia kuin EHI-aineistosta tuotettavat European Core Health Indicators (EHI) indikaattorit, jolloin EU vertailukelpoisuus on mahdollista. EU-vertailu ei kuitenkaan ole kaikkien FinSote indikaattorien osalta mahdollista johtuen esim. eroista kysymysten muotoilussa. Lisäksi kolmeluokkaisen koulutusryhmittelyn muodostaminen eroaa FinSote ja EHI indikaattoreissa. FinSote väestötutkimusaineistossa koulutusryhmät perustuvat itse raportoituihin koulutusvuosiin kun taas EHI indikaattoreissa koulutusryhmät muodostetaan Tilastokeskuksen tutkintorekis-

teritiedon pohjalta. EHIS-tiedot päivittyvät noin viiden vuoden välein ja ne on mainittu tässä ehdotuksessa siltä osin kuin ne poikkeavat kansallisiin väestötutkimuksiin perustuvista indikaattoreista, mutta ovat myös mahdollisesti hyödynnettävissä EU-maiden välisissä vertailuissa. Lisäksi on muistettava, että samastakin tietolähteestä (esim. EHIS) eri maista saatujen tietojen vertailukelpoisuutta voivat rajoittaa monet tekijät, kuten mm. erot tiedonkeruun toteutuksessa ja vastausaktiivisuudessa (Sihvonen ym. 2017).

Taulukko 1. Suositus indikaattoreiksi terveyden sosioekonomisten erojen seurantaan Suomessa

Nro	Indikaattorin nimi	In English	Kuvaus ja tietolähde	Mukana myös*	Viimeksi päivitetty
	Terveydentila	Health Status			
1	25-vuotiaan elinajanodote, koulutusryhmittäin Sotkanet ind. 201–203	Life expectancy at the age of 25 years, by education	Indikaattori ilmaisee vuosien määrän, jonka 25-vuotias perus-/keski-/korkea-asteen koulutuksen suorittanut henkilö eläisi kuolleisuuden pysyessä ennallaan. Elinajanodote kuvaa kuolleisuuden tasoa kunakin laskentavuotena. Tietolähteet: Tilastokeskuksen kuolinsyytilasto ja Eurostat. Tilastokeskus toimittaa Eurostatille tiedot kuolleista koulutusasteen mukaan ja Eurostat laskee koulutuksen mukaiset elinajanodotet. EU-vertailu: Life expectancy by educational level at birth / at the age of 65 (Eurostat). Ei ole vertailukelpoinen Tilastokeskuksen indikaattorin kanssa.	ECHI, JAHEE	6.12.2020
2	Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaa-	Alcohol-related deaths, potential years of life lost (PYLL), 25–80 years / 100 000 inhabitants, by income	Indikaattori ilmaisee 25–79-vuotiaana tapahtuneiden alkoholisyyden takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää	KUVA	31.3.2021

	vanikäistä, tuloryhmittäin Sotkanet ind. 3962– 3963		kahdessa alimmas- sa/ylimmässä tulovii- denneksessä 100 000 asu-kasta kohti. Tietolähteet: Kuole- mansyyt (Tilastokes- kus), Tulonjakotilasto (Tilastokeskus), Väestö- rakennetilasto (Tilasto- keskus) EU- vertailu: -		
3	Terveytensä keski- tasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 20 vuotta täyttä- neet, koulutusryhmittäin Sotkanet ind 4337– 4339	Self-perceived health moderate or poor (%), aged 20 years and over, by education	Indikaattori ilmaisee yksilön kokemusta yleisestä terveydentil- astaan. Tietolähteet: FinSote- kyselytutkimus EU- vertailu: Propotion of people who assess their health to be very good or good, aged 18 years and over, by education (Eurostat EHIS). Ei ole ver- tailukelpoinen FinSoten kysymyksen kanssa.	ECHI, JAHEE, MEHM, KUVA	1.6.2021
4	Psyykkisesti mer- kittävästi kuormit- tuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttä- neet, koulutusryh- mittäin Sotkanet ind. 4358– 4360	Psychological distress (%), aged 20 years and over, by education	Indikaattori ilmaisee merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta. Tietolähteet: FinSote- kyselytutkimus EU- vertailu: -	KUVA	1.6.2021
	Terveyden riskite- kijät ja elintavat	Risk factors and life style			
5	Päivittäin tupa- koivien osuus (%), 20 vuotta täyt- täneet, koulutus- ryhmittäin Sotkanet ind. 4408– 4410	Daily smokers (%), aged 20 years and over (self- reported), by education	Indikaattori ilmaisee päivittäin tupakoivien osuuden (%) 20 vuotta täyttäneillä. Tietolähteet: FinSote – kyselytutkimus EU-vertailu: Proportion (%) of people reporting to smoke cigarettes daily, aged 18 years and	ECHI, JAHEE, KUVA	1.6.2021

			over, by education (Eurostat EHIS).		
6	Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%), 20 vuotta täyttäneet (mitattu paino), koulutusryhmittäin Sotkanet ind. 4463–4465 (itseraportoitu)	Obesity (Body Mass Index BMI $>$ 30 kg/m ²) (%), aged 20 and over, by education	Indikaattori ilmaisee lihavien osuuden (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%). Tietolähteet: FinSotekyselytutkimus (itseraportoitu, joka vuosi) + FinTerveys (mitattu, joka 5.vuosi) EU-vertailu: Proportion of 18 years old and older who are obese (BMI \geq 30 kg/m ²), Eurostat EHIS (itse raportoitu) tai Eurostat EHES (mitattu)	ECHI, KUVA	1.6.2021
7	Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuosituksen mukaisesti käyttävien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin Sotkanet ind. 5254–5256	Proportion of those who use/eat fruit and vegetables in accordance with nutrition recommendation (%), aged 20 years and over, by education	Indikaattori kuvaa itseraportoitua kasvien ja hedelmien syöntiä. Tietolähteet: FinSotekyselytutkimus EU-vertailu: Proportion of adults reporting to eat vegetables (excluding potatoes and juice) at least once a day (Eurostat EHIS), aged 18 years and older, by education. Ei ole vertailukelpoinen FinSoten kysymyksen kanssa.	ECHI, KUVA	1.6.2021
8	Terveysliikuntasuosituksen mukaan riittävästi liikkuvat (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin Sotkanet ind. 5531-5533	Leisure-time physical inactivity (%), aged 20 years and over, by education	Indikaattori kuvaa itseraportoitua fyysistä kokonaisaktiivisuutta. Tietolähteet: FinSotekyselytutkimus EU-vertailu: Proportion (%) of adults reporting practice of weekly physical activity, aged 18 years and older, by education (Eurostat EHIS). Ei ole ver-	ECHI, KUVA	1.6.2021

			tailukelpoinen FinSoten kysymyksen kanssa.		
	Toimeentulovaikeudet	Subsistence difficulties			
9	Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin Sotkanet ind. 4267-4269	Proportion of those who had to compromise on food, medicine or doctor visits due to lack of money, of those needing these services (%), aged 20 years and over, by education	Indikaattori ilmaisee rahanpuutteen vuoksi tinkimään joutuneiden osuudet (%) 20 vuotta täyttäneillä, 12 viime kuukauden aikana. Tietolähteet: Finsote -kyselytutkimus EU-vertailu: -	KUVA	1.6.2021
	Terveyspalvelut	Health care			
10	Lääkärin vastaanottopalveluita riittävästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista, 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin Sotkanet ind. 5165-5167	Proportion of those who have received insufficient doctor's appointment services of those needing these services (%), aged 20 years and over, by education	Indikaattori ilmaisee prosenttiosuuden 20 vuotta täyttäneistä, jotka olisivat tarvinneet lääkärin vastaanottopalvelua, mutta palvelua ei saatu tai se ei ollut riittävää. Tietolähteet: FinSote-kyselytutkimus EU- vertailu: Proportion of people in need of health care reporting to have experienced delay in getting health care in the previous 12 months for reasons of financial barriers, long waiting lists, distance or transportation problems, aged 18 years and over, by education (Eurostat EHIS). Ei ole vertailukelpoinen FinSoten kysymyksen kanssa.	ECHI, JAHEE, KUVA	1.6.2021
11	Päivystyksellisesti alkaneet vältettävissä olevat sairaalahoitajakso, tuloryhmien mukainen eriarvoisuusindeksi (RII)	Avoidable hospital care: ambulatory care sensitive conditions, relative inequality index (RII) by income	Indikaattori ilmaisee eriarvoisuutta tuloryhmien välillä päivystyksellisesti alkaneissa vältettävissä olevissa sairaalahoitajakoissa ja kuvaa eriarvoisuutta		Tulossa Sotkanettiin 2021

			<p>perusterveydenhuollon vaikuttavuudessa</p> <p>Tietolähteet: Hoitoilmoitusrekisteri (THL), Tulonjakotilasto (Tilastokeskus), Väestörakennetilasto (Tilastokeskus)</p> <p>EU-vertailu: Ei säännöllistä seurantaan ilmiöstä kattaen kaikki vältettävissä olevat sairaalajakso, mutta OECD tuottaa muutamista sairausrühmistä tietoa satunnaisesti. Eriarvoisuusindeksiä ei kuitenkaan tuoteta säännöllisesti KV-vertailuun.</p>		
	Työ- ja toimintakyky	Functioning and work ability			
12	<p>Työkykynsä heikentyneeksi arvioivien osuus (%), 20–74 -vuotiaat, koulutusryhmittäin</p> <p>Sotkanet ind. 4253-4255</p>	<p>Proportion of those who assess their work ability impaired (%), aged 20-74 years, by education</p>	<p>Indikaattori ilmaisee prosenttiosuuden 20–74-vuotiaista, jotka tuntevat työkykynsä heikentyneeksi.</p> <p>Tietolähteet: FinSote -kyselytutkimus</p> <p>EU- vertailu:-</p>	KUVA	1.6.2021
13	<p>Toimintarajoitteita terveysongelman vuoksi (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin</p> <p>Sotkanet ind. 5559-5561</p>	<p>Proportion of people reporting long term restrictions in daily activities (%), aged 20 years and over, by education</p>	<p>Indikaattori ilmaisee itseraportoituja vapaa-aikaan, kotiin, työssäkäyntiin tai opiskeluun liittyviä rajoituksia, jotka johtuvat terveysongelmasta.</p> <p>Tietolähteet: FinSote -kyselytutkimus</p> <p>EU- vertailu: Global Activity limitation indicator, (GALI): Proportion of people reporting long term restrictions in daily activities, aged 18 years and older, by education (Eurostat EHIS)</p>	ECHI, MEHM	1.6.2021

*ECHI = European Core Health Indicators

*JAHEE-hanke = Joint Action Health Equity Europe

*MEHM = Minimum European Health Module

*KUVA = Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo

Pohdinta

Sosioekonomisen aseman mukainen eriarvoisuus näkyy väestössä monilla terveyden mittareilla tarkasteltuna. Tässä raportissa on esitetty tuoreita tuloksia terveyden ja hyvinvoinnin koulutusryhmien välisten erojen muutoksista vuosien 2000 ja 2017 välillä. Tänä aikana koulutusryhmittäiset terveyserot kasvoivat koetussa suun terveydessä, vapaa-ajan liikunnassa ja päivittäistupakoinnissa. Koetun suun terveyden ja vapaa-ajan liikunnan osalta matalimmassa koulutusryhmässä tapahtui epäedullista kehitystä, kun taas tupakoinnin yleisyydessä korkeimmassa ja keskimmaisessä koulutusryhmässä tapahtui edullista kehitystä. Muiden indikaattorien osalta koulutusryhmittäiset terveyserot säilyivät ennallaan. Sekä vuonna 2000 että vuonna 2017 lähes kaikkien tarkasteltujen osoittimien mukaan alimpaan koulutusryhmään kuuluneiden terveys ja toimintakyky olivat korkeammin koulutettuja heikompia. Myös terveyskäyttäytyminen oli alemmin koulutetuilla epäedullisempaa. Näiden tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että koulutusryhmien väliset terveyserot väestössä eivät ole kaventuneet 2000-luvun aikana. Sen sijaan muutaman osoittimen perusteella erot näyttäisivät kasvaneen.

Useat tiedon katvealueet ja tiedon saantiin liittyvät ongelmat on tunnistettu Suomessa melko hyvin. Yhtenä ongelmana tiedon tuottamiselle on epävarmuus väestötutkimusten toteutuksesta tulevaisuudessa ja niistä saatavan tiedon laatu, jos vastausaktiivisuuden heikkenemistä ei saada pysäytettyä ja korjattua. Selvää on, että väestötutkimustietokin tarvitaan, sillä kaikkea tarvittavaa tietoa ei saada rekistereistä. Toisaalta Suomessa rekistereiden laatu ja kattavuus on jatkuvasti parantunut ja niitä tulisi käyttää jatkossa monipuolisemmin. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävän työn tueksi tietoa tarvitaan myös muista hyvinvointiin ja terveyteen sekä yhteiskunnan toimintaan liittyvistä, suoraan tai välillisesti vaikuttavista haasteista, kuten ikääntyminen, maahanmuutto, työllisyys, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden toimivuus, digitalisaatiokehityksen vaikutukset, ilmastonmuutos ja pandemiat (kuten COVID-19). (ks. esim. Rissanen ym. 2020; Rotko & Kauppinen 2016.) Suomen kansallisen tason toimintaan vaikuttaa merkittäväällä tavalla myös EU- ja maailmanpolitiikka, sekä globaalit terveyttä uhkaavat haasteet, jotka tulee tässä kokonaisuudessa pystyä ottamaan huomioon.

Terveyserojen kaventamisessa on kiinnitetty huomiota myös terveyden taustatekijöihin, jolloin toimijoidenkin joukko laajenee. Laajempi ymmärrys ja orientaatio, sosiaalisten määrittäjien huomioiminen sitouttaa myös muut kuin terveydenhuollon toimijat kaventamistyöhön, joka tarvitsee toimiakseen systemaattista tätä työtä ohjaavaa tietotuotantoa (Rotko ym. 2012).

Väestön terveyden eriarvoisuuden seurantaan on Suomessa jo olemassa osaamista ja välineitä, joiden parempi hyödyntäminen olisi mahdollista, mikäli sille annetaan tarvittava poliittinen painoarvo, varmistettaisiin tarvittavien tietojen saatavuus

(mm. rekisteritietojen linkkaus ja säännöllisesti toistuvat tiedonkeruut) ja turvattaisiin riittävät resurssit. Vaikka toistaiseksi terveyseroja ei ole pystytty merkittävästi kaventamaan, on Suomessa eriarvoisuuden kaventamiseen edelleen vahva pyrkimys.

Tässä raportissa on keskitytty vältettävissä olevien terveyden sosioekonomisten erojen kaventamiseen aikuisväestössä. Sosioekonomisten erojen rinnalla tutkimukset osoittavat entistä selvemmin sukupuolen, asuinalueen, etnisen taustan ja asumismuodon mukaisia hyvinvointieroja. Hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien ilmiöiden vaihtelusta etnisen taustan ja syntyperän mukaisesti on erityisesti 2010-luvulle tultaessa maahanmuuton yleistyttyä tullut yhä tärkeämpi yhteiskuntapoliittinen teema (Kestilä & Karvonen 2018; Rotko ym. 2012). Sosioekonomisten tekijöiden lisäksi hyvinvointia ja terveyttä tulisikin tarkastella muistakin näkökulmista. Koulutuksen, pääasiallisen toiminnan tai työmarkkina-aseman tulisi olla tutkimuksissa rutiinisti tuotettavia taustamuuttujia, ja näiden lisäksi myös esimerkiksi syntyperä ja toiminnanrajoitteisuus olisi tärkeä huomioida.

Johtopäätökset

Tietoon perustuvalla päätöksenteolla, seurannalla ja arvioinnilla on ymmärretty olevan suuri merkitys terveystieteen seurannan merkitystä on tähdenneetty monissa keskeisissä kansallisissa terveysohjelmissa, mutta tällä hetkellä terveyden eriarvoisuutta ei seurata systemaattisesti, eikä seurantajärjestelmän kehittämiselle ole olemassa millekään taholle määritettyä velvoitetta. Jatkossa tulisikin olla määriteltynä se, kenelle tämä seuranta ja raportointitehtävä kuuluvat ja miten tietoja hyödynnetään mm. palvelujärjestelmän kehittämisessä (esim. sote-arviointi) ja yhteiskunnallisissa päätöksenteossa. Terveystieteen seurantaan tähtäävät toimet vaativat myös eri hallinnonalojen ja yhteiskunnan toimijoiden laaja-alaisen sitoutumisen (ks. myös Rotko & Kauppinen 2016).

Suomessa kansallisten indikaattoreiden ja vertailutiedon saaminen päätöksenteon tueksi on ollut tavoitteena vuosien ajan. Tässä raportissa esitetty terveystieteen seurantajärjestelmän kehittämis ehdotus sosioekonomisten terveystieteen seurantaan on tehty useiden THL:n asiantuntijoiden yhteistyössä. Indikaattorilista soveltuu hyvin Suomen aikuisväestön terveyden ja hyvinvoinnin sosioekonomisten terveystieteen pääpiirteiden arviointiin ja seurantaan. Tietyiltä osin se mahdollistaa myös EU-maiden väliset vertailut.

Seurannan käynnistämisen helpottamiseksi indikaattorilista on suunniteltu vietäväksi Sotkanet.fi -palveluun. Tässä raportissa on keskitytty vältettävissä oleviin terveyden sosioekonomisiin eroihin aikuisväestössä. Jatkossa tarkastelua on syytä laajentaa koko väestöön, sillä ongelmat koskevat eri tavoin kaikkia ikäryhmiä. Esimerkiksi yli 65-vuotiaassa väestössä toimintakykyä mittaavaksi indikaattoriksi voi sopia paremmin muu tieto kuin mitä nyt valittu GALI -indikaattori tuottaa, esimerkiksi 500 metriä ilman vaikeuksia kävelemään pystyvien osuus (%). Lisäksi syrjintää koskevat kysymykset ovat keskeisiä ulkomaista syntyperää olevien henkilöiden, sekä etnisiin- ja muihin vähemmistöryhmiin (kuten sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt) kuuluvien terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Seurannassa yleisimmin käytettyjen taustamuuttujien (ikä, sukupuoli, alue) lisäksi olisi tärkeää saada ainakin koulutusta ja tuloja koskevia tietoja kaikkiin seuranta-aineistoihin ja seurantaraportteihin. Sosioekonomisten erojen kuvaaminen ja seuranta on yhtä tärkeää kuin vaikkapa sukupuolten välisten erojen. Indikaattorilistan toivotaankin laajentuvan kattamaan ihmisen eri ikävaiheet lapsuudesta vanhuuteen, mutta koska väestöryhmien välisten terveystieteen seurantajärjestelmän rakentamisessa on monia erilaisia haasteita, on seurannan kehittämistyö viisasta tehdä vaiheittain.

Raportissa esitettyjen indikaattoreiden toivotaan johtavan tiedon systemaattisempaan käyttöön, terveystieteen seurantaan ja erojen kaventamiseen tähtäävien toimien ohjaukseen. Mallia toimivista seurantakäytännöistä voidaan ottaa muista maista,

joissa väestön terveyden eriarvoisuutta kuvaavaa tietoa jo hyödynnetään systemaattisesti. Esimerkiksi Ruotsin mallin mukaisesti voisi THL tuottaa vuosittain alue- ja kansallisen tason ”eriarvoprofiilin” tai Englannin mallin mukaisesti vuosittain infografitietoa terveyden eriarvoisuudesta. Ehdotamme, että Suomessa terveyden eriarvoisuutta koskeva tietotuotanto kytketään osaksi pysyvää tutkimus- ja kehittämistyötä.

Lisäksi ehdotamme, että alueelliset hyvinvointiryhmät hyödyntävät tässä raportissa esiteltyjä indikaattoreita soveltuvin osin lakisäätteisessä hyvinvointikertomustyössään terveyserojen kaventamiseksi.

Nyt esiteltyjä indikaattoreita ehdotetaan lisättäväksi puuttuvin osin myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA-mittaristo), joka on alueiden vuosittaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän arvioinnin perusta sekä työkalu palvelujärjestelmän ohjaamiseen ja johtamiseen. Arvioinnissa olisi tärkeää tuottaa tietoa myös koulutus ja tuloryhmittäin.

Liitteet

Menetelmät koulutusryhmittäisten terveyserojen muutosten arviointiin Terveys 2000 ja FinTerveys 2017 väestötutkimusaineistoissa

Tässä raportissa esitetään koulutusryhmittäisten terveyserojen muutoksia vuosien 2000 ja 2017 välillä Terveys 2000 (Aromaa & Koskinen 2002) ja FinTerveys 2017 (Koponen ym. 2018) -tutkimuksiin perustuvilla aineistoilla. Tutkimustiedot kerättiin terveystarkastusten, kyselylomakkeiden ja haastatteluiden avulla. Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneiden otokseen kuului 8028 henkilöä, joista 93 % osallistui johonkin tiedonkeruun vaiheeseen. FinTerveys 2017 -tutkimuksen otokseen kuului 9288 30 vuotta täyttänyttä henkilöä, joista 71 % osallistui johonkin tiedonkeruun vaiheeseen. Tässä raportissa esitetyissä uusissa analyyseissä aineisto rajattiin 30–69-vuotiaisiin, joista tarvittavat tiedot oli vuonna 2000 saatavilla 5651 - 4649 henkilöltä ja 4144 - 3557 henkilöltä vuonna 2017. Tutkittavilta saatuihin tietoihin yhdistettiin Tilastokeskuksen rekisteritiedot koulutuksesta luokiteltuna kolmeen luokkaan: matala (perusaste; 2000 n=1805, 2017 n=564), keskitaso (toinen aste tai erikoisammattikoulutus; 2000 n=2108, 2017 n=1726) ja korkea (alin korkea-aste tai enemmän; 2000 n=1738, 2017 n=1854).

Eri aihealueilta valittiin sellaisia heikkoa terveyttä, toimintakykyä tai terveyskäyttäytymistä kuvaavia osoittimia, joissa FinTerveys 2017 -aineiston tulosten mukaan oli koulutusryhmien välisiä eroja (Koskinen ym. 2018). Tutkittavan omaan arvioon perustuvista osoittimista tarkasteltiin koettua terveyttä (keskitasoinen tai sitä huonompi), koettua suun terveyttä (keskitasoinen tai sitä huonompi), tupakointia (päivittäin), vapaa-ajan liikuntaa (vähäinen tai ei rasittava liikunta), psyykkistä kuormittuneisuutta (General Health Questionnaire (GHQ-12) yli 3 pistettä, Goldberg 1972), masennusoireita (Beck Depression Inventory, BDI-6 yli 4 pistettä, Aalto ym. 2012), suoriutumista puolen kilometrin kävelystä (vaikeuksia ainakin jonkin verran) ja työkykyä (osittain tai täysin työkyvytön). Terveystarkastuksen mittauksiin perustuvista osoittimista tarkasteltiin lihavuutta ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), kohonnutta verenpainetta ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$ tai lääkitys), kaukonäön tarkkuutta (heikentynyt, visus 0,8 tai alle) ja puristusvoimaa (vuoden 2017 tilanteen mukaisesti alimpaan sukupuolikohtaiseen neljännekseen kuuluvat: puristusvoima miehillä $\leq 45 \text{ kg}$ ja naisilla $\leq 28 \text{ kg}$). (Liitetaulukot 1. ja 2.)

Tilastolliset analyysit perustuivat logistiseen regressiomalliin. Malleissa vakioitiin ikä ja huomioitiin otanta-asetelma ja painokertoimet. Analyysit tehtiin miehille ja naisille yhdessä ja erikseen. Toisen asteen yhdysvaikutukset (vuosi * sukupuoli * koulutus) eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, joten ne jätettiin tarkastelusta pois.

Tutkimusaineistoista tarkemmin myös verkkosivuilla:

[Terveys 2000–2011-tutkimus](#)

[FinTerveys-tutkimus](#)

Liitetaulukko 1. Terveyden ja toimintakyvyn osoittimien ikävakioitu yleisyys 30 vuotta täyttäneessä väestössä, % (95 % luottamusväli) koulutusryhmittäin ja sukupuolittain vuosina 2000 (Terveys 2000 -tutkimus) ja 2017 (FinTerveys 2017 -tutkimus)

Tutkimus- vuosi	Sukupuoli	Koulutus Matala	Koulutus keski	Koulutus Korkea
Koettu terveys keskitasoinen tai huonompi				
2000	Miehet	43.6 (40.5–46.8)	34.5 (31.3–37.7)	25.5 (22.5–28.8)
2017	Miehet	41.4 (34.7–48.3)	36.8 (33.7–40.1)	21.8 (18.8–25.1)
2000	Naiset	40.5 (37.4–43.6)	31.6 (28.8–34.7)	21.8 (19.2–24.7)
2017	Naiset	40.3 (34.5–46.4)	32.0 (29.0–35.2)	23.4 (21.2–25.9)
Koettu suun terveys keskitasoinen tai huonompi				
2000	Miehet	44.5 (40.9–48.0)	40.2 (37.2–43.3)	26.8 (23.8–30.0)
2017	Miehet	51.6 (45.5–57.7)	42.7 (39.1–46.3)	26.3 (23.4–29.5)
2000	Naiset	35.9 (32.9–39.1)	29.4 (26.6–32.3)	22.6 (19.9–25.5)
2017	Naiset	46.0 (40.0–52.1)	34.4 (30.7–38.4)	21.8 (19.0–24.9)
Päivittäistupakointi				
2000	Miehet	37.8 (34.5–41.1)	34.4 (31.6–37.2)	18.5 (15.7–21.7)
2017	Miehet	31.6 (26.0–37.8)	20.5 (17.9–23.4)	9.6 (7.7–11.8)
2000	Naiset	29.3 (26.1–32.6)	21.4 (19.0–24.0)	11.5 (9.7–13.6)
2017	Naiset	27.2 (21.4–33.8)	15.4 (12.9–18.2)	6.6 (5.2–8.3)
Tuoreita kasviksia vähemmän kuin kerran päivässä				
2000	Miehet	54.2 (50.2–58.2)	52.4 (48.9–55.9)	37.2 (33.7–40.9)
2017	Miehet	70.8 (64.5–76.3)	63.7 (60.3–67.0)	47.1 (43.5–50.8)
2000	Naiset	43.4 (39.9–47.0)	35.8 (32.7–39.0)	25.7 (23.0–28.6)
2017	Naiset	59.4 (53.1–65.4)	52.2 (47.8–56.5)	32.2 (29.6–34.9)

Vähäinen tai ei rasittava vapaa-ajan liikunta				
2000	Miehet	29.7 (26.4–33.2)	28.0 (25.2–30.9)	21.1 (18.0–24.5)
2017	Miehet	41.4 (34.8–48.4)	24.4 (21.7–27.2)	17.6 (14.9–20.8)
2000	Naiset	27.4 (24.5–30.5)	22.0 (19.6–24.7)	22.1 (19.6–24.8)
2017	Naiset	33.3 (26.7–40.5)	26.2 (23.1–29.5)	19.9 (17.7–22.3)
Lihavuus (BMI >=30 kg/m²)				
2000	Miehet	24.8 (22.1–27.7)	21.6 (18.7–24.8)	15.9 (13.3–18.8)
2017	Miehet	36.0 (30.0–42.5)	27.8 (24.9–30.9)	21.6 (18.7–24.7)
2000	Naiset	26.9 (23.8–30.3)	23.8 (20.9–27.0)	17.2 (14.4–20.4)
2017	Naiset	28.6 (22.6–35.5)	28.4 (25.5–31.5)	21.4 (18.9–24.1)
Kohonnut verenpaine tai verenpainelääkitys				
2000	Miehet	49.7 (46.2–53.3)	50.9 (47.8–54.0)	44.0 (40.5–47.5)
2017	Miehet	55.2 (49.9–60.3)	48.9 (44.7–53.1)	46.6 (43.0–50.3)
2000	Naiset	42.2 (38.8–45.7)	39.5 (36.1–43.0)	31.3 (28.1–34.8)
2017	Naiset	38.0 (31.2–45.2)	39.2 (35.9–42.7)	32.7 (29.9–35.7)
Psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 yli 3 pistettä)				
2000	Miehet	17.9 (15.6–20.5)	13.9 (11.9–16.2)	14.9 (12.5–17.6)
2017	Miehet	13.2 (9.7–17.8)	15.8 (13.4–18.6)	16.7 (13.4–20.6)
2000	Naiset	19.1 (16.3–22.3)	18.2 (16.2–20.5)	18.5 (16.4–20.9)
2017	Naiset	27.2 (21.1–34.3)	22.9 (20.0–26.0)	24.0 (21.5–26.8)
Masennusoireet (BDI-6 yli 4 pistettä)				
2000	Miehet	11.7 (9.6–14.1)	9.2 (7.6–11.1)	7.7 (5.9–9.9)
2017	Miehet	12.3 (8.8–17.0)	9.9 (8.1–12.2)	8.3 (6.2–11.0)
2000	Naiset	16.3 (13.7–19.3)	14.2 (12.1–16.5)	11.1 (9.2–13.3)
2017	Naiset	16.6 (11.6–23.1)	14.2 (11.8–17.1)	12.3 (10.4–14.6)
Puolen kilometrin kävelyssä vaukeuksia				
2000	Miehet	7.5 (6.2–9.2)	4.4 (3.2–6.0)	1.3 (0.7–2.6)
2017	Miehet	11.3 (7.9–15.8)	7.6 (5.9–9.8)	3.7 (2.5–5.3)

2000	Naiset	7.2 (5.7–8.9)	4.4 (3.3–5.8)	2.6 (1.7–4.1)
2017	Naiset	14.4 (10.8–19.0)	8.8 (7.1–11.0)	4.5 (3.4–5.9)
Heikentynyt kaukonäkö (visus 0,8 tai alle)				
2000	Miehet	20.1 (17.6–22.8)	15.2 (12.9–17.9)	11.0 (8.6–13.9)
2017	Miehet	13.3 (10.3–17.1)	9.6 (7.9–11.6)	8.0 (6.2–10.4)
2000	Naiset	17.1 (14.8–19.8)	14.0 (11.9–16.3)	10.5 (8.6–12.8)
2017	Naiset	15.4 (11.8–19.9)	10.4 (8.5–12.6)	7.2 (5.7–9.1)
Osittain tai täysin työkyvytön				
2000	Miehet	33.0 (30.4–35.8)	22.5 (19.9–25.2)	12.0 (9.8–14.6)
2017	Miehet	30.4 (24.1–37.5)	23.3 (20.3–26.6)	8.9 (7.0–11.4)
2000	Naiset	31.4 (28.7–34.3)	25.1 (22.6–27.8)	12.1 (10.1–14.4)
2017	Naiset	33.7 (27.4–40.7)	25.2 (22.1–28.7)	14.4 (12.4–16.7)
Alentunut maksimaalinen puristusvoima				
2000	Miehet	36.0 (32.9–39.2)	32.1 (29.1–35.3)	30.6 (27.1–34.4)
2017	Miehet	31.9 (26.1–38.2)	27.6 (24.3–31.2)	23.6 (20.4–27.1)
2000	Naiset	51.9 (48.4–55.3)	48.5 (45.4–51.6)	44.3 (41.2–47.5)
2017	Naiset	36.5 (30.9–42.5)	29.1 (26.0–32.5)	24.9 (22.5–27.5)

Liitetaulukko 2. Terveyden ja toimintakyvyn osoittimien ikävakioidu yleisyys 30 vuotta täyttäneessä väestössä, % (95 % luottamusväli) koulutusryhmittäin (sukupuolet yhdessä) vuosina 2000 (Terveys 2000 -tutkimus) ja 2017 (FinTerveys 2017 -tutkimus)

Tutkimusvuosi	Koulutus Matala	Koulutus Keski	Koulutus Korkea
Koettu terveys keskitasoinen tai huonompi			
2000	42.0 (39.9–44.2)	33.0 (30.8–35.3)	23.6 (21.5–25.9)
2017	40.8 (36.6–45.2)	34.5 (32.2–36.9)	22.8 (20.9–24.8)
Koettu suun terveys keskitasoinen tai huonompi			
2000	40.1 (37.9–42.4)	34.8 (32.6–37.0)	24.8 (22.6–27.0)
2017	48.6 (44.1–53.2)	38.5 (35.9–41.1)	24.0 (21.9–26.2)
Päivittäistupakointi			
2000	33.3 (31.0–35.6)	27.8 (26.0–29.8)	15.1 (13.4–16.8)
2017	29.1 (25.4–33.2)	17.8 (15.9–19.9)	8.1 (6.8–9.5)
Tuoreita kasviksia vähemmän kuin kerran päivässä			
2000	48.7 (45.8–51.7)	44.0 (41.7–46.4)	31.5 (29.2–33.9)
2017	65.2 (60.9–69.3)	57.8 (55.0–60.5)	39.4 (37.2–41.8)
Vähäinen tai ei rasittava vapaa-ajan liikunta			
2000	28.6 (26.4–30.8)	24.9 (23.1–26.9)	21.6 (19.6–23.7)
2017	38.0 (33.5–42.6)	25.2 (23.3–27.1)	18.7 (16.9–20.5)
Lihavuus (BMI \geq30 kg/m²)			
2000	25.9 (23.9–28.0)	22.8 (20.6–25.1)	16.5 (14.5–18.6)
2017	32.7 (28.3–37.5)	28.0 (26.1–30.0)	21.5 (19.5–23.6)
Kohonnut verenpaine tai verenpainelääkitys			
2000	46.1 (43.4–48.9)	45.3 (42.9–47.7)	37.3 (34.9–39.9)

2017	47.4 (43.0–51.8)	44.0 (41.0–47.0)	39.5 (36.9–42.1)
Psykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 yli 3 pistettä)			
2000	18.6 (16.7–20.6)	16.1 (14.5–17.7)	16.8 (15.2–18.6)
2017	19.9 (16.2–24.3)	19.5 (17.6–21.6)	20.4 (18.1–22.8)
Masennusoireet (BDI-6 yli 4 pistettä)			
2000	14.0 (12.3–16.0)	11.7 (10.5–13.1)	9.4 (8.2–10.9)
2017	14.5 (11.3–18.4)	12.2 (10.6–14.0)	10.4 (8.8–12.2)
Puolen kilometrin kävelyssä vaukeuksia			
2000	7.3 (6.3–8.5)	4.4 (3.6–5.3)	2.0 (1.4–2.9)
2017	12.8 (10.0–16.2)	8.2 (6.9–9.8)	4.0 (3.2–5.0)
Heikentynyt kaukonäkö (visus 0,8 tai alle)			
2000	18.6 (16.8–20.5)	14.6 (13.0–16.4)	10.8 (9.2–12.6)
2017	14.3 (11.7–17.3)	10.0 (8.8–11.4)	7.5 (6.3–9.0)
Osittain tai täysin työkyvytön			
2000	32.2 (30.3–34.2)	23.8 (21.9–25.7)	12.0 (10.4–13.9)
2017	32.0 (27.6–36.8)	24.4 (21.8–27.2)	11.8 (10.3–13.5)
Alentunut maksimaalinen puristusvoima			
2000	44.1 (41.8–46.5)	40.5 (38.1–42.9)	37.5 (35.0–40.0)
2017	34.2 (30.3–38.4)	28.5 (26.2–30.9)	24.2 (22.1–26.5)

Lähteet

- Aalto A. M., Elovainio M., Kivimäki M., Uutela A & Pirkola S. (2012) The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res.* 197:163- 71.,
- Aromaa A & Koskinen S (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 3/2002. Helsinki.
- Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. (2014) Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*, 5; 384(9937):45-52.
- Bjorner JB, Fayers P, 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. Oxford University Press. ss 309-323
- Borodulin K, Vartiainen E, Peltonen M, Jousilahti P, Juolevi A, Laatikainen T, Männistö S, Salomaa V, Sundvall J, Puska P (2015) Forty-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *Eur J Public Health*, 25(3):539–46.
- Borodulin K, Wennman H, Mäki-Opas T, Jousilahti P, Koskinen S (2020) Koulutusryhmittäiset erot liikunnassa Suomessa FinTerveys 2017 - tutkimuksen valossa. Teoksessa: Jouko Kokkonen & Kati Kauravaara (toim.) Eriarvoisuuden kasvat liikunnassa. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 175. Turenki: Liikuntatieteellinen seura, 160-177.
- Borrell C, Malmusi D, Muntaner C (2017) Introduction to the “Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and Their Social Determinants and Fostering Change” (SOPHIE) Project. *International Journal of Health Services*, 47(1), 10-17.
- Castaneda A.E, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (2012) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurdiataustaista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
- Castaneda A, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S (2015) Ulkomaalaistaustaisten psykkinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Työpöytä 18/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda A & Kytö S (2019) THL:n monikulttuurisuuden asiantuntijaryhmä MONET edistämässä Suomen kulttuurisesti moninaisen väestön terveyttä ja hyvinvointia: Toimintakertomus 2017–2019. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray CJ, Ezzati M (2009) The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*, 28;6(4):e1000058. doi: 10.1371/journal.pmed.1000058. Erratum in: *PLoS Med*. 2011 Jan;8(1).
- Diderichsen F, & Hallqvist J. (1998) Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In B. Arve-Parès (Ed.), *Inequality in health—a Swedish perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press. Lontoo.
- Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A. (1998) Is the effect of job strain due to interaction between high psychological demand and low decision latitude. *Soc Sci Med* 1998;46:1405-1415.
- Hallitusohjelma 2019 (engl. Government Program 2019). Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisu 2019:31. Helsinki.
- Heikkilä L, Laiti-Hedemäki E, Pohjola A. (2013) Saamelaisten hyvä elämä ja hyvinvointipalvelut. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Heikkilä L, Laiti-Hedemäki E, Miettunen T. (2019) Buore e-alln lftvpogis Saamelaisten hyvä elämä ja hyvinvointipalvelut kaupungissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 68. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Heliövaara M, Viikari-Juntura E, Soloveiva, S. (2018) Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 79–83.
- Hoebel J, Finger JD, Kuntz B, Kroll LE, Manz K, Lange C, Lampert T. (2019) Changing educational inequalities in sporting inactivity among adults in Germany: a trend study from 2003 to 2012. *BMC Public Health*. 2017 Jun 6;17(1):547.
- Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Schienkewitz A, Finger JD, Lange C, Lampert T (2019) Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-Trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990-2011. *Obes Facts*, 12(3):344–356.
- Härkänen T, Kuulasmaa K, Sares-Jäske L, et al. (2020) Estimating expected life-years and risk factor associations with mortality in Finland: co-

- hort study. *BMJ* Open10:e033741. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033741.
- Kaila-Kangas L. (ed). (2007) Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. Results of the Health 2000 Survey. Publications of the National Public Health Institute, B 25 /2007, 80 Pages. ISBN 978-951-740-732-8 (print), ISBN 978-951-740-733-5 (pdf-version), ISSN 0359-3576.
- Karolaakso T, Autio R, Näppilä T, Nurmela K & Pirkola S (2020) Socioeconomic factors in disability retirement due to mental disorders in Finland. *Eur J Public Health* 15:ckaa132. doi: 10.1093/eurpub/ckaa132. Epub ahead of print. PMID: 32929489.
- Karvonen S & Kauppinen T (2009) Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(5), 467–486.
- Karvonen S & Kauppinen T (2014) Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi* 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 80–97.
- 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 & Sihto M (2017) Terveyden edistämisen ja eriarvoisuus. Teoksessa: Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas: *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kauppinen TM, Angelin A, Lorentzen T ym. (2014) Social background and life-course risks as determinants of social assistance receipt among young adults in Sweden, Norway and Finland. *Journal of European Social Policy* 24:3, 273–288.
- Keskittämisasetus 582/2017 saatavilla: https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/2017058_2 [viitattu 11.4.2021].
- Kestilä L, Härmä V, Rissanen P (toim) (2020) Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. *Asian-tuntia-arvio*, syksy 2020. Raportti 14/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kestilä L & Rahkonen O (2011) Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa: Mikko Laaksonen & Harri Silventoinen (toim.). *Sosiaaliepideemiologia*. Helsinki: Gaudeamus, 226–243.
- Kestilä L & Karvonen S. (toim.). (2019) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos..
- Kielilaki (423/2003) saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423> [viitattu 1.4.2021]
- 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. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kokko R-L, Nenonen, T, Martelin, T, Koskinen S (2013) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi - Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009-2013 : Hankkeen loppuraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos:
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.) (2018) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. *FinTerveys* 2017 - tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P & Alha P (2006) *Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen*. Teoksessa Häkkinen U, Alha P (toim) *Terveyden palvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot – Terveys 2000 -tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, 22–31.
- Koskinen S & Linnanmäki E (2008) Väestöryhmien välisten terveyserojen seurantarjestelmän kehittäminen. Teoksessa: *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimitaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, s. 161–168. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- 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 P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. *FinTerveys* 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kotoutuslaki (1386/2010) saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101386> [viitattu 1.4.2021]
- Kuusio H, Seppänen A, Jokela S, Somersalo L, Lilja E (2018) Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa: *FinMonik-tutkimus* 2018-2019. Raportti 1/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laatikainen T, Tolonen H, Koponen P. (2018) Rekisteritiedot eivät yksinään anna riittävän hyvää kuvaa terveysriskeistä tai -ongelmista. *THL-blogi* 14.11.2018.
- Lahelma E, Pentala O, Helldán A, Helakorpi S, Rahkonen O (2017) Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. *Lääkärilehti*: 25-32/2017 vsk 72 s. 1629–1634.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O (2017) Sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa: Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. (toim.) *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 19–39.
- Lahti-Koski M, Seppänen-Nuijten E, Männistö S, Härkönen T, Rissanen H, Knekt P, Rissanen A, Heliövaara M (2010) Twenty-year changes in the prevalence of obesity among Finnish adults. *Obes Rev*, 11(3):171-6.
- Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986) saatavilla:

- <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609> [viitattu 1.4.2021]
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) saatavilla:
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [viitattu 1.4.2021]
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) saatavilla:
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812> [viitattu 1.4.2021]
- Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552> [viitattu 1.4.2021]
- Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (668/2008) saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080668> [viitattu 1.4.2021]
- Li X, Sundquist J, Sundquist K. (2008) Socioeconomic and occupational risk factors for rheumatoid arthritis: a nationwide study based on hospitalizations in Sweden. *J Rheumatol*, 35(6):986-91.
- Lumme S, Manderbacka K, Karvonen S, Keskimäki I (2018) Trends of socioeconomic equality in mortality amenable to healthcare and health policy in 1992–2013 in Finland: a population-based register study. *BMJ Open* 2018;8:e023680.
- Lumme S, Manderbacka K, Arffman M, Karvonen S, Keskimäki I (2020) Cumulative social disadvantage and hospitalisations due to ambulatory care-sensitive conditions in Finland in 2011–2013: a register study. *BMJ Open*. 2020 26;10(8):e038338.
- Lundqvist A, Männistö S, Jousilahti P, Kaartinen N, Mäki P, Borodulin K. (2018) Lihavuus. Teoksessa: Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi, Seppo Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lundqvist A, Männistö S, Lindström J, Mäki P, Virtanen S, Laatikainen T (2019) WHO:n Tavoite lihavuuden ehkäisemiseksi edellyttää entistä tehokkaampia ehkäisytoimia. Tutkimuksesta tiiviisti 44. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mackenbach JP, Kulhanova I, Bopp M et al. (2015) Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: a test of the "fundamental causes" theory of social inequalities in health. *Soc Sci Med* 2015;127:51-62.
- Manderbacka K, Peltonen R, Lumme S, Keskimäki I, Tarkiainen L & Martikainen P (2013) The contribution of health policy and care to income differences in life expectancy – a register based cohort study. *BMC Public Health* 2013; 13: 812. doi:10.1186/1471-2458-13-812.
- Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U (2017) Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Martikainen P, Aromaa A & Lahelma E et al. (2002) Perceived health and cause-specific mortality among Finnish men and women aged 30 and over. *Yearbook of Population Research in Finland* 38:25–36.
- Martikainen P, Ho J, Preston S, Peltonen R, Elo I (2013) Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa. Tupakointi on merkittävä taustatekijä. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68:2435–42.
- Mäkelä P, Martikainen P & Peltonen M (2017) Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Jusmäki T, Vartiainen E & Koskinen S (2010–2016) Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2016. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath
- Nieminen T, Sutela H & Hannula U (2015) Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Väestö. Helsinki: Tilastokeskus.
- Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J, Madsen IEH, Sabia S, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Goldberg M, Heikkilä K, Jokela M, Knutsson A, Lallukka T, Lindbohm JV, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Rahunen O, Rugulies R, Shipley MJ, Sipilä PN, Stenholm S, Suominen S, Vahtera J, Virtanen M, Westerlund H, Zins M, Hamer M, Batty GD, Kivimäki M. (2020) Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med*, 1;180(5):760-768.
- OECD 2016, 73. saatavilla:
<https://www.oecd.org/economy/reform/How-do-product-market-regulations-affect-workers-evidence-from-the-network-industries.pdf> [viitattu 1.4.2021]
- Paalanen L, Härkänen T, Kontto J, Tolonen H (2020) Inequalities by education and marital status in the co-occurrence of cardiovascular risk factors in Finland persisted between 1997–2017. *Scientific Reports* 10;912).
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 - tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (toim.) (2007) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–

2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23.
- Pampel FC, Krueger PM & Denney JT (2010) Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol*, 36:349–370.
- Parikka S, Martelin T, Koskela T, Härkänen T, Kilpeläinen K, Tarkiainen L, & Koskinen S (2017) Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Parikka S, Ikonen J, Koskela T, Hedman L, Kilpeläinen H, Aalto A-M, Sainio P, Ilmarinen K, Holm M & Lundqvist A (2020) Koronan vaikutukset vaihtelevat alueittain – eroja myös ikääntyneillä sekä toimintarajoitteisilla verrattuna muuhun väestöön. Kansallisen FinSote-tutkimuksen ennakkotuloksia syksyllä 2020.
- Pérez-Ferrer C, Jaccard A, Knuchel-Takano A, Retat L, Brown M, Kriaucioniene V & Webber L. (2018) Inequalities in smoking and obesity in Europe predicted to 2050: Findings from the EConDA project. *Scand J Public Health*, 46(5):530–540.
- Päivystysasetus 782/2014 saatavilla: https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/2014078_2 [viitattu 1.4.2021]
- 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*, 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.
- Ristikari T, Keski-Säntti M, Sutela E ym. (2018) Suomi lasten kasvuympäristönä - Kahdeksantoista vuoden seuranta 1997 syntyneistä. Raportti 7/2018. 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.
- Rotko T, Aho T, Mustonen N & Linnanmäki E. (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Raportti 8/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rotko T, Mustonen N & Kauppinen T (2013) Eriarvoisuuden vähentäminen kaikissa politiikoissa -kokemuksia ministeriökierroksesta. Työpäpaperi 32/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rotko T & Kauppinen T (2016). Terveys 2015 - kansanterveysohjelman loppuarviointi. Työpäpaperi 8/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ruokolainen O, Heloma A, Jousilahti P, Lahti J, Pentala-Nikulainen O, Rahkonen O & Puska P. (2018) Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland. *Int J Public Health* 64, 853–860.
- Saamen kielilaki (1086/2003) saatavilla: https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/2003108_6 [viitattu 1.4.2021]
- Saikkonen P, Hannikainen K, Kauppinen T, Rasiakangas J & Vaalavuo M (2018) Sosiaalinen kestävyys: Asuminen, segregaatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. Raportti 2/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Siegel M, Vogt V & Sundmacher L. (2014) From a conservative to a liberal welfare state: decomposing changes in income-related health inequalities in Germany, 1994–2011. *Soc Sci Med*. 2014 May;108:10-9.
- Sihvonen A-P, Koskinen S & Martelin T (2007) Terveet elinvuodet. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23: 122–128.
- Sihvonen A-P, Koponen P, Martelin T, Sainio P, Jylhä M & Koskinen S (2017) Terveet elinvuodet väestön terveydentilan kuvaajana. *Lääkärilehti* 23/2017 vsk 72. 1707-1511c.
- Sjölander P. (2011) What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? *Global Health Action*, 4:1, 8457.
- Skogberg N, Mustonen K-L, 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 12/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suvisaari J, Viertö S, Solin P & Partonen T (2018) Mielenterveys. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- STM (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2010) Sosiaali- ja terveystietokeskus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2019) Asiakasryhmäkohtainen tieto laadusta ja vaikuttavuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedolla johtamisessa ja ohjauksessa Laaturekisterien asema palvelujärjestelmässä Sosiaali- ja

- terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:70. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö STM/2020/102. Valtioneuvoston periaatepäätös. Luettavissa: <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f806b6d88> [viitattu 1.4.2021]
- Soininen L (2015). The health of Finnish Sami in light of mortality and cancer pattern. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Suomen perustuslaki (731/1999) saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> [viitattu 1.4.2021]
- Suomen Terveydenhuoltolaki (1326/2010). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [viitattu 1.4.2021]
- Talala K, Härkänen T, Martelin T, Karvonen S, Mäki-Opas T, Marderbacka K, Suvisaari J, Sainio P, Rissanen H, Ruokolainen O, Heloma A & Koskinen S (2014) Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 36/2014 vsk 69.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Remes H & Valkonen T. (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen lääkärilehti 2011;66(48):3651–3657.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R & Remes H (2017) Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 72(9):588–593.
- The Nordic Welfare Centre's new report identifies a list of indicators that can be used to monitor and compare trends in health inequality in and between the Nordic countries. Saatavilla: <https://nordicwelfare.org/en/nyheter/indicators-health-inequality/> [viitattu 20.1.2021]
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2019) Romanian työllisyys, yrittäjyys ja työmarkkinoille integroituminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2019:58
- Vammaispalvelulaki (380/1987) saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380> [viitattu 1.4.2021]
- Van Der Wel KA, Östergren O, Lundberg O, Korhonen K, Martikainen P, Nybo Andersen A-M & Kjaer Urhoj S (2019) A gold mine, but still no Klondike: Nordic register data in health inequalities research Scand J Public Health. 2019; 47: 6: 618–630.
- VNK (2018) Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisu- ja 1/2018. Helsinki.
- Wachtler B, Hoebel J & Lampert T (2019) Trends in socioeconomic inequalities in self-rated health in Germany: a time-trend analysis of repeated cross-sectional health surveys between 2003 and 2012. BMJ Open. 2019 Sep 27;9(9):e030216.
- Weiste-Paakkanen A, Lämsä R & Kuusio H (2018) Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi: Romanian hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018. Raportti 15/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- WHO (2019) Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325> [viitattu 1.4.2021]