



Toteutuuko alueellinen tasa-arvo menetetyissä elinvuosissa?

PÄÄLÖYDÖKSET

- Suomessa oli edelleen vuosina 2017–2019 selvät alueelliset erot menetetyissä elinvuosissa – erot olivat miehillä suuremmat kuin naisilla.
- Menetettyjä elinvuosia oli Itä- ja Pohjois-Suomen alueella pääsääntöisesti enemmän kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa.
- Tärkeimmät menetettyjä elinvuosia aiheuttavat kuolemansyyt olivat sekä miehillä että naisilla verenkiertoelinten sairaudet, syövät ja alkoholi-kuolemat.
- Alue-erot vaihtelivat kuolemansyryryhmittäin, mutta olivat pienimmillään, kun katsotaan kaikkien kuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia yhteensä. Eroissa ei tapahtunut systemaattista muutosta, vaikka kaikkien tarkasteltujen kuolemansyryryhmien vuoksi menetetyt elinvuodet pääosin vähenivät tarkastelujaksolla.
- Alue-erojen taustalla on todennäköisesti paitsi väestön terveydentilaan, terveyskäyttäytymiseen ja elinoloihin liittyviä alueellisia eroja, myös rakenteellisia tekijöitä.
- Palvelujärjestelmän kykyä tarjota väestölle tarpeenmukaisia palveluja yhdenvertaisesti on tarpeen kehittää riskiryhmien tunnistamiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon tehostamiseksi.

Miksi on tärkeää tutkia alue-eroja menetetyissä elinvuosissa?

Terveyden tasa-arvo on vuosikymmenien ajan ollut yksi suomalaisen terveystalouden pääavoitteista. Vaikka väestön terveydentila on jatkuvasti parantunut, on Suomessa yhä kansainvälisesti katsoen suuret erot väestöryhmien välillä terveydessä ja hyvinvoinnissa (Koponen ym. 2018; Tarkiainen ym. 2017). Sukupuolten välisten terveyserojen lisäksi eroja on myös alueiden ja sosioekonomisten ryhmien välillä, ja eroja esiintyy useimpien terveysmittarien mukaan (Koponen ym. 2018; Parikka ym. 2017; Tarkiainen ym. 2017).

Kuolleisuus on tärkeä väestöryhmien välisen eriarvoisuuden mittari, koska tiedot saadaan koko väestöstä luotettavasti, ja niitä voidaan vertailla myös kansainvälisesti (Mackenbach ym. 2019). Kuolleisuuserojen tarkastelu painottuu usein ikääntyneeseen väestöön.

Tässä tutkimuksessa käytämme eriarvoisuuden tarkasteluun menetettyjä elinvuosia (Potential Years of Life Lost, PYLL), joka kuvaa ennenaikaista kuolleisuutta. Mittari painottaa erityisesti nuoremmalla iällä tapahtuvia kuolemia. Se on käytössä kansainvälisissä vertailuissa esimerkiksi OECD:ssä ja EU:ssa.

Menetettyjä elinvuosia voidaan tarkastella kokonaisuutena (kaikki kuolinsyyt) sekä kuolemansyryryhmittäin ja kuvata mm. näiden ajallisia ja väestöryhmien välisiä eroja. Kuolemansyryryhmittäiset kuvaukset menetettyjen elinvuosien alueellisista eroista tarjoavat tietoa tietyissä väestöryhmissä tai tietyllä alueella korostuvista kuolemansyryryistä. Tämä tieto auttaa suunnittelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja väestön ja sen osaryhmien tarpeiden mukaan.

Alue-eroja menetetyissä elinvuosissa ja niiden kehitystä on tutkittu aiemmin Suomessa vuosina 2006–2014 maakunnittain (Parikka ym. 2017). Raportissa tutkijat totesivat menetettyjen elinvuosien vähentyneen koko maassa tarkastelujaksolla, mutta Itä- ja Pohjois-Suomessa ennenaikaiset kuolemat olivat tarkastelujakson lopussa edelleen yleisempiä kuin lännessä ja etelässä. Miehillä maakuntien väliset kuolleisuuserot olivat suuremmat kuin naisilla. Kansainvälisistä vertailuista mainittakoon Jousilahden ym. (2017) tekemä tarkastelu, jossa menetettyjä elinvuosia vertailtiin pohjoisen ulottuvuuden kumppanuusmaissa vuosina 2003–2013. Suomessa korostuivat erityisesti itsemurha- sekä alkoholi-kuolemien takia menetetyt elinvuodet. Alue-eroja ennenaikaisten kuolemien takia menetetyissä elinvuosissa on raportoitu myös muissa maissa, kuten Saksassa (Wiesner ja Bittner 2004), Belgiassa (Humblet ym. 2000; Renard ym. 2014) ja Koreassa (Go ym. 2018).

Kesäkuussa 2021 eduskunta hyväksyi lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) osana laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lakikokonaisuutta. Järjestämislaki siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuun kunnilta 21 hyvinvointialueelle ja Helsingin kaupungille. Uudistuksen päätavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut alueella asuvalle väestölle, parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Hyvinvointialueittaiset tiedot kuolleisuuseroista tarjoavat tärkeän lähtökohdan uudistuksen tavoitteiden toteuttamiseen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ennenaikaisten kuolemien takia menetettyjä elinvuosia hyvinvointialueilla sekä kuvata eroja menetetyissä elinvuosissa hyvinvointialueiden välillä jaksolta 2002–2004 jaksolle 2017–2019. Tarkastelemme menetettyjen elinvuosien kehitystä koko maassa 2002–2019, niiden alueellisia eroja kokonaiskuolleisuudessa suhteessa koko maan tasoon, sekä eroja kuudessa yleisessä kuolemansyryryhmässä (alkoholi-kuolemat, verenkiertoelinten sairaudet, syövät, itsemurhat, tapaturmat ja keuhkosairaudet). Tarkastelemme menetettyjä elinvuosia erikseen miehillä ja naisilla.

Näin tutkimus tehtiin

Aineisto

PYLL-indeksien laskenta perustuu tietojen koko maan väestöstä kattavasti sisältäviin rekisteriaineistoihin. Tutkimusaineisto kattaa Suomessa vakinaisesti asuneen 25–79-vuotiaan väestön vuosina 2002–2019. Hyvinvointialueittaisten PYLL-lukujen laskenta perustuu tietoon henkilön kotikunnasta kutakin tutkimusvuotta edeltävän vuoden lopussa. Kuolemansykohtaista tarkastelua varten aineiston kuolemantapaukset jaettiin ryhmiin, joiden määrityksessä käytettiin Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston peruskuolemansyyn mukaista luokitusta. Havaintomäärien riittävyyden takaamiseksi PYLL-indeksit laskettiin kunkin kolmen peräkkäisen vuoden kuolemantapausten perusteella. Raportissa tarkastellaan kuutta kolmivuotiskautta.

Laskenta

PYLL-indeksi laskettiin viisivuotisikäryhmittäin luokitellun aineiston pohjalta. Ikäryhmittäiset luvut laskettiin yhteen käyttäen painoina 25–79-vuotiaan väestön ikärakennetta vuonna 2001, jotta erot ikärakenteessa eivät vääristä alueiden välistä ja ajallista vertailua. THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi:ssä saatavilla olevat PYLL-indeksit on vakioitu saman vuoden väestörakenteeseen. Saatu luku kerrottiin lopuksi 100 000:lla.

Tulkinta

Mitä suurempi PYLL-indeksin lukema on, sitä nuorempaa ja sitä enemmän kuolemia kyseisellä ikävälillä alueella on.

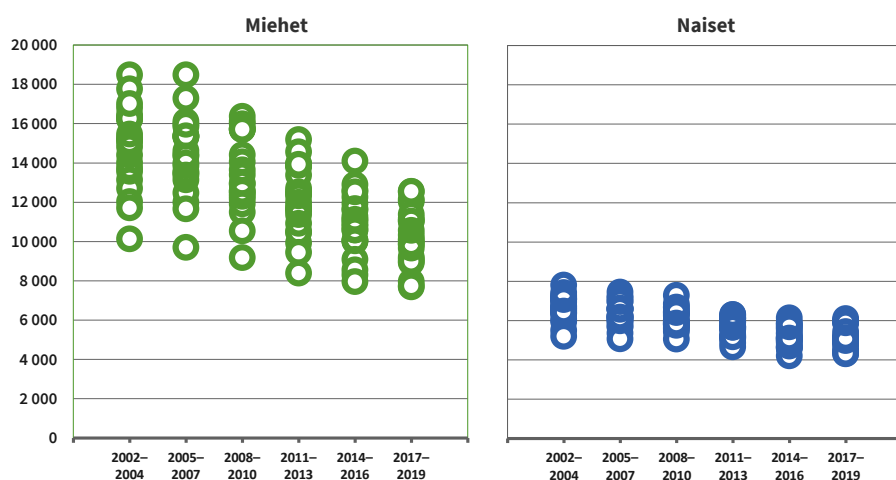
Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa 'Parempi tietopohja ja palvelujen optimointi sote-uudistuksen tueksi' -hanketta (IMPRO, projekti-numero 336 328) ja THL:n eettinen työryhmä on käsitellyt hankkeen ja puoltanut sen toteuttamista (THL/442/6.02.01/2018 §787).

Tutkimus tarjoaa tietoa eri hyvinvointialueilla korostuvista ennenaikaisia kuolemia aiheuttavista syistä ja auttaa alueellisia päättäjiä suuntaamaan terveydenhuollon voimavaroja kunkin alueen väestön tarpeiden mukaan hyvinvointialueiden toimintaa käynnistettäessä. Hyvinvointialueittaiset tulokset menetetyistä elinvuosista ovat saatavilla myös THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi:sta.

Erot menetetyissä elinvuosissa

Menetetyt elinvuodet ovat vähentyneet kaikilla hyvinvointialueilla, mutta alueiden välillä on edelleen selviä eroja

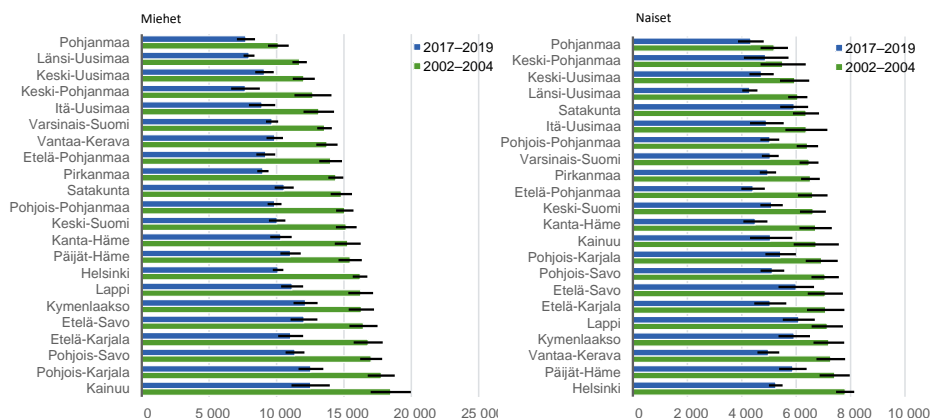
Koko maassa kaikkien kuolemansyiden takia menetetyt elinvuodet vähenivät sekä miehillä että naisilla tarkastelujaksolla 2002–2019 (Kuvio 1).



Kuvio 1. Alue-erojen kehitys menetetyissä elinvuosissa kaikissa kuolemansyissä (PYLL-indeksi) vuodesta 2002 vuoteen 2019 miehillä ja naisilla.

Kuviossa 1 jokainen rengas kuvaa yhdellä hyvinvointialueella menetettyjä elinvuosia kolmi-vuotisjaksoittain 2002–2019. Miehillä ennenaikaisesti menetettyjä elinvuosia oli selvästi enemmän kuin naisilla kaikilla kolmevuotisjaksoilla, ja luvut olivat miehillä melkein kaksinkertaiset naisiin verrattuna. Vastaavasti erot hyvinvointialueiden välillä olivat miehillä myös suuremmat kuin naisilla, vaikka erot kaventuivat tarkastelujaksolla. Naisilla alue-erot olivat pienemmät ja kaventuivat tarkastelukaudella jonkin verran.

Vuosina 2017–2019 menetettiin elinvuosia miehillä eniten Itä- ja Pohjois-Suomen alueella. Luvut olivat korkeimmat Kainuun, Kymenlaakson, Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueilla. Naisilla luvut olivat korkeimmat Lapin, Etelä-Savon, Kymenlaakson ja Satakunnan hyvinvointialueilla. Kaikkien kuolemansyiden takia menetetyt elinvuodet vähenivät jaksolta 2002–2004 jaksolle 2017–2019 sekä miehillä että naisilla kaikilla hyvinvointialueilla (Kuvio 2). Menetettyjen elinvuosien väheneminen oli miehillä tilastollisesti merkitsevää kaikilla hyvinvointialueilla ja naisilla pääosassa hyvinvointialueita. Samalla erot alueiden välillä kaventuivat jonkin verran sekä miehillä että naisilla. Erot miesten ja naisten menetetyissä elinvuosissa olivat pienimmät alueilla, joilla miehillä menetettyjä elinvuosia oli vähän verrattuna muihin alueisiin ja suuremmat alueilla, joilla miehillä menetettyjä elinvuosia oli runsaasti.



Kuvio 2. Miesten ja naisten menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95 % luottamusväli) hyvinvointialueittain jaksolla 2002–2004 sekä 2017–2019.

Menetetyt elinvuodet vähenivät tarkastelujaksolla miehillä keskimäärin 33 % ja naisilla 24 %. Miehillä laskua oli eniten Keski-Pohjanmaan, Helsingin ja Pirkanmaan hyvinvointialueilla ja vähiten Pohjanmaan hyvinvointialueella (Taulukko 1). Naisilla 3-vuotisjaksojen välinen keskimääräinen muutos oli suurin Kanta-Hämeen, Vantaan-Keravan ja Helsingin hyvinvointialueilla ja pienin Etelä-Savon ja Satakunnan hyvinvointialueilla.

Taulukko 1. Menetettyjen elinvuosien (PYLL-indeksi) keskimääräinen 3-vuotisjaksottainen muutos (%) hyvinvointialueittain jaksolla 2002–2019 miehillä ja naisilla

Miehet	%	Naiset	%
Keski-Pohjanmaa	-9,79	Kanta-Häme	-7,93
Helsinki	-9,66	Vantaa-Kerava	-7,73
Pirkanmaa	-8,81	Helsinki	-7,63
Itä-Uusimaa	-8,34	Etelä-Karjala	-7,59
Pohjois-Pohjanmaa	-8,27	Etelä-Pohjanmaa	-7,53
Keski-Suomi	-8,23	Pohjois-Savo	-6,74
Lappi	-8,16	Länsi-Uusimaa	-6,69
Länsi-Uusimaa	-8,13	Kainuu	-6,55
Etelä-Pohjanmaa	-8,09	Pirkanmaa	-6,06
Pohjois-Savo	-7,85	Pohjois-Pohjanmaa	-5,69
Kanta-Häme	-7,80	Itä-Uusimaa	-5,55
Kainuu	-7,77	Keski-Uusimaa	-5,22
Etelä-Karjala	-7,75	Varsinais-Suomi	-5,22
Päijät-Häme	-7,61	Keski-Suomi	-5,02
Varsinais-Suomi	-7,37	Kymenlaakso	-4,97
Pohjois-Karjala	-7,21	Pohjois-Karjala	-4,46
Kymenlaakso	-7,14	Pohjanmaa	-4,32
Vantaa-Kerava	-7,03	Päijät-Häme	-4,08
Keski-Uusimaa	-6,89	Keski-Pohjanmaa	-3,31
Satakunta	-6,65	Lappi	-3,17
Etelä-Savo	-6,15	Etelä-Savo	-2,82
Pohjanmaa	-5,64	Satakunta	-2,45

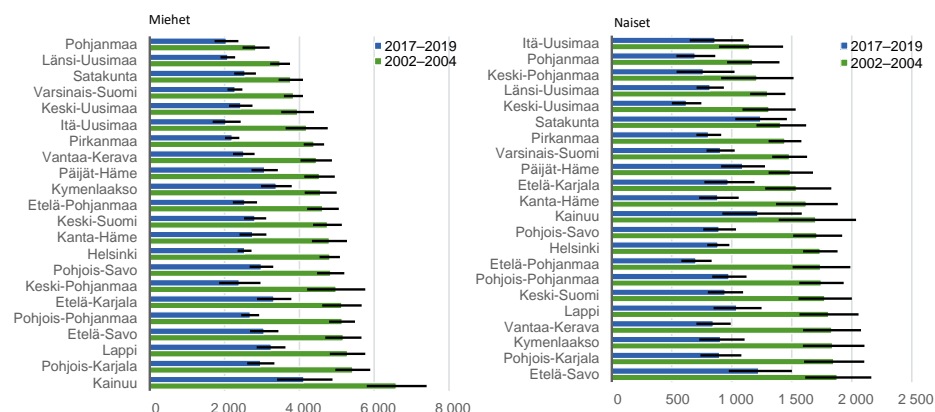
* Keskimääräinen muutos arvioitiin regressiolla

Alue-erojen kehitys menetetyissä elinvuosissa vaihteli kuolemansyryryhmittäin

Verenkiertoelinten sairauksien takia menetetyt elinvuodet

Verenkiertoelinten sairauksien takia menetetyt elinvuodet olivat miehillä suurin ryhmä kaikista menetetyistä elinvuosista. Vuosina 2017–2019 luvut vaihtelivat välillä 2 038–4 118/100 000. Menetettyjä elinvuosia oli eniten Itä- ja Pohjois-Suomen alueella, korkeimmat luvut olivat Kainuun, Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson hyvinvointialueilla (Kuvio 3). Matalimmat luvut olivat Itä- ja Länsi-Uudenmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueilla. Miehillä näiden sairauksien takia menetetyt elinvuodet vähenivät 2002–2004 jaksosta 2017–2019 jaksolle merkittävästi kaikilla hyvinvointialueilla.

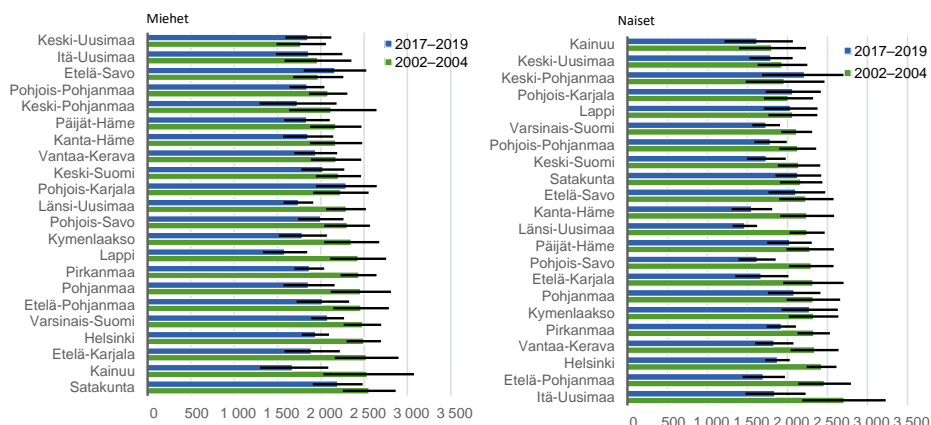
Naisilla verenkiertoelinten sairauksien takia menetettyjä elinvuosia oli huomattavasti vähemmän kuin miehillä, ja 2017–2019 jaksolla luvut vaihtelivat välillä 622–1 223/100 000. Myös naisilla menetettyjä elinvuosia oli eniten Itä- ja Pohjois-Suomen alueella, mutta erot eivät pääosin olleet merkittäviä (Kuvio 3). Myös naisilla verenkiertoelinten sairauksien takia menetetyt elinvuodet vähenivät tarkastelukaudella, ja väheneminen oli merkittävää pääosassa hyvinvointialueita.



Kuvio 3. Verenkiertoelintautien takia menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95% luottamusväli) miehillä ja naisilla hyvinvointialueittain jaksolla 2002–2004 sekä 2017–2019.

Syöpäkuolemien takia menetetyt elinvuodet

Syöpäkuolemat olivat sekä naisilla että miehillä yksi yleisimmistä menetettyjä elinvuosia aiheuttaneista kuolemansyryryhmistä (Kuvio 4). Vaikka näiden syiden takia menetetyt elinvuodet vaihtelivat miehillä tutkimusjakson lopussa välillä 1 583–2 292, erot alueiden välillä eivät pääosin olleet merkittäviä. Miehillä syöpäkuolemien takia menetetyt elinvuodet pääsääntöisesti vähenivät, mutta väheneminen oli tilastollisesti merkittävä vain joillakin alueilla.



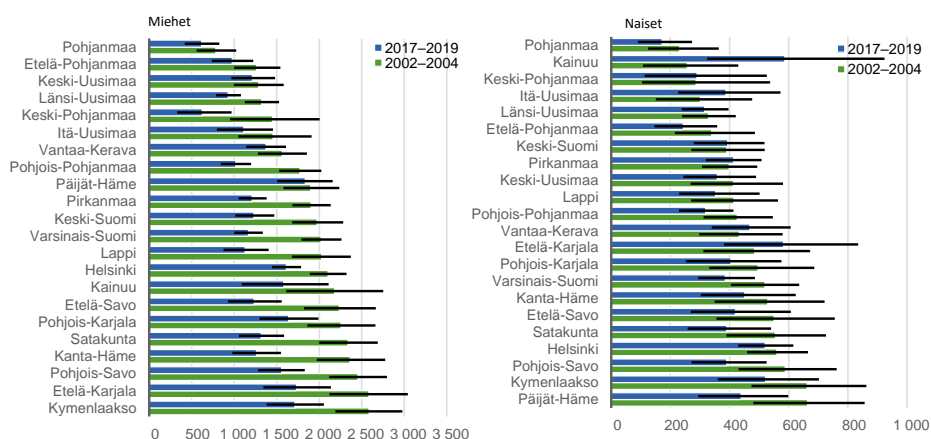
Kuvio 4. Syöpätautien takia menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95 % luottamusväli) miehillä ja naisilla hyvinvointialueittain jaksoilla 2002–2004 sekä 2017–2019

Myös naisilla hyvinvointialueiden välillä näytti olevan eroja 2017–2019, mutta erot eivät pääosin olleet tilastollisesti merkitseviä. Luvut vaihtelivat välillä 1 467–2 275 alueittain. Naisillakin syöpäkuolemien takia menetetyt elinvuodet pääosin vähenivät kaikilla alueilla, mutta muutos ei ollut merkitsevää kuin osalla hyvinvointialueista.

Alkoholikuolemien takia menetetyt elinvuodet

Alkoholikuolemien takia menetettyjä elinvuosia miehillä oli melkein kaksinkertainen määrä naisiin verrattuna. Hyvinvointialueiden väliset erot olivat suuria sekä miehillä että naisilla. Vuosina 2017–2019 näiden syiden takia menetetyt elinvuodet vaihtelivat miehillä välillä 616–1 835/100 000. Menetettyjä elinvuosia oli eniten Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson hyvinvointialueilla ja vähiten Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueilla. Alkoholikuolemien takia menetetyt miesten elinvuodet vähenivät huomattavasti tutkimusjaksolla. (Kuvio 5).

Myös naisilla alkoholisyiden takia menetetyissä elinvuosissa oli suuria hyvinvointialueiden välisiä eroja, mutta ne eivät pääosin olleet tilastollisesti merkitseviä (Kuvio 5). Tarkastelukauden lopussa PYLL-indeksin arvo vaihteli välillä 172–587/100 000. Alkoholisyiden takia menetetyt elinvuodet vähenivät myös naisilla melkein kaikilla hyvinvointialueilla, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevää millään hyvinvointialueista.

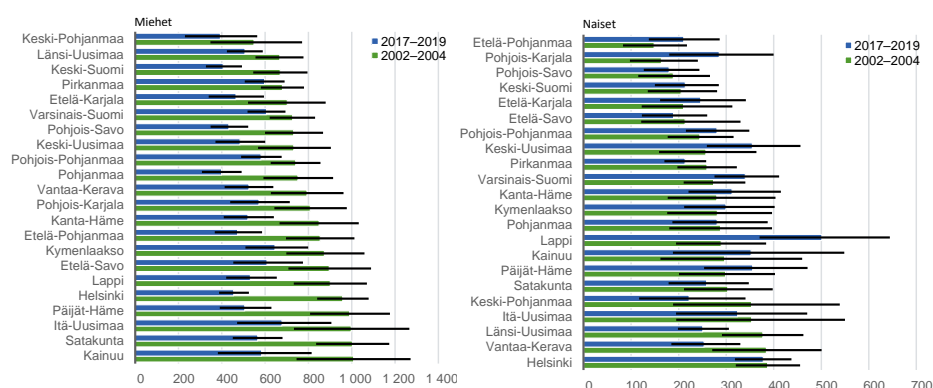


Kuvio 5. Alkoholikuolemien takia menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95 % luottamusväli) miehillä ja naisilla hyvinvointialueittain jaksoilla 2002–2004 sekä 2017–2019

Keuhkosairauksien takia menetetyt elinvuodet

Keuhkosairauksien takia menetetyissä elinvuosissa ei ollut suuria alue-eroja vuosina 2017–2019 (Kuvio 6). Keuhkosairauksien takia menetettyjä elinvuosia oli jaksolla eniten Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella. Keuhkosairauksien takia menetetyt elinvuodet vähenivät miehillä kaikilla hyvinvointialueilla 2002–2019, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä kaikilla alueilla.

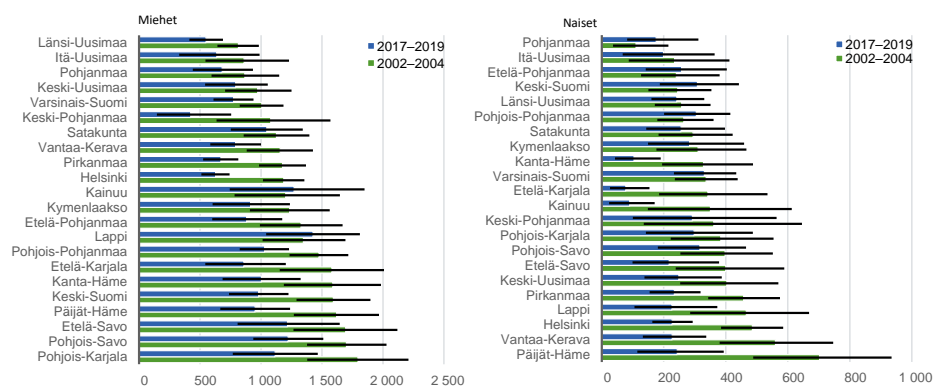
Naisilla keuhkosairauksien takia menetettyjä elinvuosia oli vähemmän kuin miehillä (Kuvio 6), mutta naisilla alue-erot olivat melko suuria erityisesti ääripäiden välillä. Keuhkosairauksien takia menetettyjä elinvuosia oli 2017–2019 eniten Helsingin ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueilla ja vähiten Etelä-Savon hyvinvointialueella. PYLL-indeksin arvo vaihteli välillä 189–378/100 000. Naisilla keuhkosairauksien takia menetetyt elinvuodet lisääntyivät jaksolla 2002–2019 osassa hyvinvointialueista, mutta kasvu ei ollut tilastollisesti merkitsevää.



Kuvio 6. Keuhkosairauksien takia menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95 % luottamusväli) miehillä ja naisilla hyvinvointialueittain jaksoilla 2002–2004 sekä 2017–2019

Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet

Itsemurhien takia menetetyissä elinvuosissa tapausmäärät olivat koko tutkimuskauden pieniä ja satunnaisvaihtelu suurta. Vaikka miehillä oli menetetyissä elinvuosissa melko suuret erot hyvinvointialueiden välillä, erot olivat tilastollisesti merkitseviä vain ääripäiden välillä (Kuvio 7). PYLL-indeksin arvo vaihteli välillä 550–1 427/100 000 vuosina 2017–2019. Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet vähenivät miehillä vuosista 2002–2004 vuosiin 2017–2019.



Kuvio 7. Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95 % luottamusväli) miehillä ja naisilla hyvinvointialueittain jaksoilla 2002–2004 sekä 2017–2019

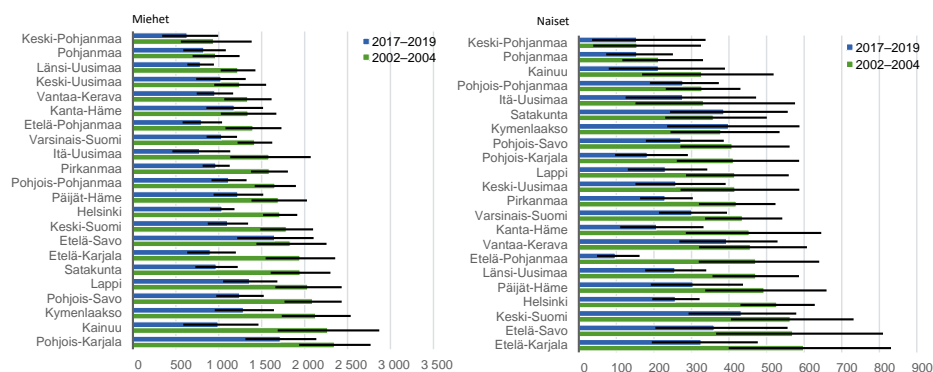
Myös naisilla itsemurhien takia menetetyissä elinvuosissa tapausmäärät olivat pieniä ja satunnaisvaihtelu suurta, ja vaikka erot hyvinvointialueiden välillä näyttävät suurilta, ne olivat merkitseviä vain ääripäiden välillä (Kuvio 7). Naisilla PYLL-indeksin arvot vaihtelivat

vuosina 2017–2019 välillä 91–331/100 000. Myös naisilla itsemurhien takia menetetyt elinvuodet vähenivät erityisesti niillä alueilla, joilla PYLL-indeksin arvot olivat korkeimmalla lähtötasolla.

Tapaturmien takia menetetyt elinvuodet

Tapaturmien takia menetetyissä elinvuosissa oli miehillä 2017–2019 suurta alueellista vaihtelua, mutta tapausmäärät olivat koko tutkimuskauden pieniä ja satunnaisvaihtelu suurta, ja erot olivat merkitseviä vain ääripäiden välillä (Kuvio 8). PYLL-indeksin arvot vaihtelivat välillä 632–1 718/100 000. Miehillä tapaturmissa oli laskevaa kehitystä 2002–2019.

Myös naisilla tapaturmien takia menetetyissä elinvuosissa oli 2017–2019 alueellista vaihtelua, mutta luvut ovat niin pieniä, että erot olivat tilastollisesti merkitseviä vain ääripäiden välillä (Kuvio 8). PYLL-indeksin arvo vaihteli välillä 97–432/100 000. Myös naisilla menetetyt elinvuodet vähenivät 2002–2019, mutta luvut ovat niin pieniä, että muutos mahtuu 95 %:n luottamusvälien sisään.



Kuvio 8. Tapaturmien takia menetetyt elinvuodet (PYLL-indeksi ja sen 95 % luottamusväli) miehillä ja naisilla hyvinvointialueittain jaksoilla 2002–2004 sekä 2017–2019

Menetetyissä elinvuosissa on tapahtunut myönteistä kehitystä, mutta alue-erot näyttävät säilyneen

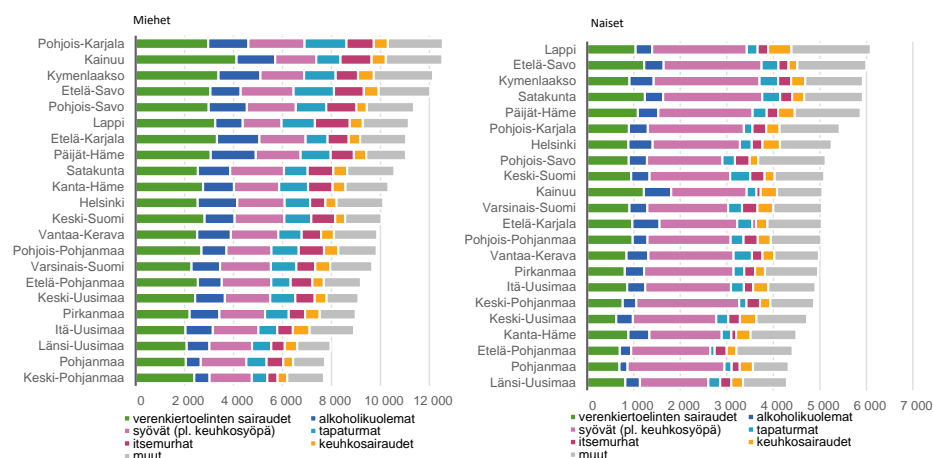
Menetettyjen elinvuosien taso laski lähes kaikissa tarkastelluissa kuolemansyissä tutkimusjaksolla selvästi, mutta laskun jyrkkyys vaihteli kuolemansyittäin. Koko maassa menetetyt elinvuodet vähenivät miehillä kaikkiaan noin kolmanneksella ja naisilla neljänneksellä. Lasku oli miehillä suurinta verenkiertoelimistön sairauksien takia menetetyissä elinvuosissa, mutta myös alkoholikuolemien, tapaturmien, itsemurhien ja keuhkosairauksien takia menetetyt elinvuodet vähenivät noin kolmanneksella 2002–2004 jaksolta 2017–2019 jaksolle (Taulukko 2). Myös naisilla verenkiertoelimistön sairauksien takia menetetyt elinvuodet vähenivät eniten mutta myös tapaturmien ja itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet vähenivät huomattavasti, noin kolmanneksella.

Taulukko 2. Menetettyjen elinvuosien tason muutos ja muutos prosentteina eri kuolemansyryhmissä 2002-2019 koko maassa

Miehet	2002 – 2004	2017 – 2019	tason muutos	muutos %
Kaikki kuolemansyyt	14725	9921	-4805	-33
Verenkiertoelinten sairaudet	4509	2614	-1895	-42
Alkoholikuolemat	1907	1267	-640	-34
Tapaturmat	1641	1052	-589	-36
Itsemurhat	1263	838	-425	-34
Syövät	2310	1917	-393	-17
Keuhkosairaudet	800	527	-274	-34
Muut	2295	1707	-589	-26

Naiset	2002 – 2004	2017 – 2019	tason muutos	muutos %
Kaikki kuolemansyyt	6714	5072	-1642	-24
Verenkiertoelinten sairaudet	1587	901	-686	-43
Alkoholikuolemat	461	397	-64	-14
Tapaturmat	434	275	-159	-37
Itsemurhat	371	248	-123	-33
Syövät	2235	1831	-405	-18
Keuhkosairaudet	278	286	8	3
Muut	1348	1135	-213	-16

Kuviossa 9 tarkastellaan eri kuolemansyryhmien osuutta kaikista menetetyistä elinvuosista eri alueilla miehillä ja naisilla vuosina 2017–2019. Hyvinvointialueiden välillä oli merkittävää vaihtelua alkoholikuolemien, itsemurhien ja tapaturmien aiheuttamissa menetetyissä elinvuosissa sekä miehillä että naisilla. Alue-erot olivat miehillä keuhkosairauksien takia menetetyissä elinvuosissa pienet, sen sijaan naisilla alue-erot olivat selvemmät. Muissa tarkastelluissa kuolemansyryhmissä vaihtelu oli vähäisempää.



Kuvio 9. Alue-erot eri kuolemansyiden takia menetetyissä elinvuosissa (PYLL-indeksi) 2017–2019 miehillä ja naisilla

Päätelmät

Tarkastelimme tässä tutkimuksessa 25–79-vuotiaiden suomalaisten menetettyjä elinvuosia ja niiden alue-eroja sekä näissä tapahtuneita muutoksia vuosien 2002–2019 aikavälillä. Kaikkiin kuolemansyihin menetettyjen elinvuosien lisäksi tarkastelimme menetettyjä elinvuosia kuudessa yleisessä kuolemansyryhmässä: verenkiertoelinten sairaudet, syövät, alkoholi-kuolemat, itsemurhat, tapaturmat ja keuhkosairaudet. Nämä ovat sairausryhmiä, joissa iso osa kuolemista voitaisiin välttää ennaltaehkäisyyn, varhaisen toteamisen ja tehostuneen hoidon keinoin. Tarkastelutapa on analoginen vältettävissä olevien kuolemien tutkimuksen (Nolte ja McKee 2004) ja vältettävissä olevien sairaalahoitajaksojen tutkimuksen (Satokangas 2021) tavalle tarkastella eriarvoisuutta.

Tämä tutkimus pohjautuu Tilastokeskuksen väestötilastojen ja kuolemansyrekisterin tietoihin kuolemansyistä. Kuolemansyrekisterin tiedot ovat arvioiden mukaan kansainvälisesti luotettavia, vaikka tilaston on raportoitu aliarvioivan joidenkin kuolemansyiden, kuten alkoholimyrkytysten osuutta (Lahti 2005). Tiedot ovat saatavilla kuolemansyittäin koko väestölle, ja niihin voidaan yhdistää yksilö- ja aluetason tietoja muista rekistereistä ja seurata kuolleisuuden kehitystä ajassa. Menetettyjä elinvuosia kuvaavat tulokset antavat hyvän kuvan muutoksista ennenaikaisessa kuolleisuudessa kuolemansyryhmittäin, ja ne auttavat arvioimaan kansanterveyden kehitystä, palvelujärjestelmän toimintaa ja terveyspoliittisten toimien vaikutusta sairauksien ehkäisyssä (Maximova ym. 2016).

Menetetyt elinvuodet vähenivät kaikilla alueilla ja kaikissa kuolemansyissä tarkastelukaudella. Tulos osoittaa myönteisen kehityksen sekä kokonaiskuolleisuudessa että tärkeimmissä kuolemansyissä koko maassa.

Tässä tutkimuksessa alue-erojen todettiin vaihtelevan kuolemansyryhmittäin. Alueeroissa ei näytä tapahtuneen systemaattista muutosta, vaikka kaikkien tarkasteltujen kuolemansyryhmien vuoksi menetetyt elinvuodet vähenivät tarkastelujaksolla lukuun ottamatta keuhkosairauksien vuoksi menetettyjä elinvuosia naisilla osassa hyvinvointialueista. Menetettyjä elinvuosia oli Itä- ja Pohjois-Suomessa pääsääntöisesti enemmän kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa, eikä menetettyjen elinvuosien väheneminen tarkastelukaudella juuri vaikuttanut alue-eroihin.

Menetettyjen elinvuosien alue-erojen taustalla on todennäköisesti paitsi väestön terveydentilaan ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä alueellisia eroja, myös eroja palvelujärjestelmän toiminnassa sekä rakenteellisiin tekijöihin, kuten alueen sosioekonomiseen rakenteeseen liittyviä eroja (ks. esim. Manderbacka ym. 2019). Vuonna 2008 loppuraporttinsa jättänyt WHO:n terveysrokommisio kiinnitti huomionsa terveyserojen syiden syihin eli ns. 'juurisyyhin' ja nosti esiin myös politiikkatoimien merkityksen (Commission on Social Determinants of Health 2008). Muut Pohjoismaat ovat sen jälkeen julkaisseet omat raporttinsa aiheesta (Dahl ym. 2014; Diderichsen ym. 2012), viimeisimpänä Ruotsi vuonna 2018 (Komisjonen för jämlik hälsa 2017, Lundberg 2018).

Ruotsin raportissa asetetaan hallinnon eri tasoille omia tavoitteita ja suosituksia sekä korostetaan poikkihallinnollisuutta. Hallinnossa on raportin mukaan otettava huomioon kansalaisten tarpeet kaikilla sektoreilla ja kehitettävä eri sektorien yhteistyötä niin, että ristiriitaiset näkökulmat ja tavoitteet voidaan ottaa huomioon entistä paremmin. Raportin mukaan on myös luotava sellaisia terveydenhuollon rahoitusmalleja, jotka kannustavat ennaltaehkäisyyn, pitkäaikaisiin ratkaisuihin ja metodologiseen kehitykseen sekä kehitettävä infrastruktuureja, jotka parantavat tietoon perustuvan toiminnan mahdollisuuksia.

Ruotsin komitearaportti antaa myös varsin yksityiskohtaisia suosituksia siitä, mihin taustatekijöihin terveyden tasa-arvoon pyrittäessä on tarpeen kiinnittää huomiota, jotta erojen juurisyyhin voidaan vaikuttaa. Tällaisia ovat elämän varhaisvaihe, koulutus, työ, työolot ja työympäristö, taloudelliset voimavarat, asuminen, terveyskäyttäytyminen ja yksilöiden mahdollisuudet vaikuttaa ja osallistua sekä tasa-arvoinen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. Komitea erittelee myös, minkä tahojen tulisi vaikuttaa näihin taustatekijöihin ja millä tasolla vaikutus syntyy.

Suomessa julkaistiin vuonna 2008 Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (Kansallinen... 2008), mutta olisi tarpeen päivittää raportti ja siinä suositellut toimenpiteet eri hallinnon aloille ja tasoille. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä

olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös siihen laajempaan yhteiskunnalliseen ja sosiaaliin kontekstiin, jossa asukkaiden terveys ja terveystyötyminen jokapäiväisessä elämässä muodostuvat.

Osana laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lakikokonaisuutta järjestämislaki (612/2021) siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuun nyt tarkastelluille hyvinvointialueille. Uudistus pyrkii turvaamaan yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut alueella asuvalle väestölle, parantamaan palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä kaventamaan hyvinvointi- ja terveyseroja.

Tavoitteeseen pyritään muun muassa velvoittamalla hyvinvointialueita paitsi yhteensovitamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut alueellaan, myös yhteistyöhön eri hallinnonalojen, -tasojen ja palvelusektorien kesken (kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut, työllisyyspalvelut, järjestöt). Lisäksi uudistuksen lakikokonaisuuteen sisältyvät ministeriöiden ohjaus- ja yhteistyövelvoite, näitä tukeva järjestämisen kansallinen arviointi sekä alueiden omaseuranta- ja raportointivelvoite. Nämä edesauttanevat osaltaan terveys- ja hyvinvointierojen juurisyihin vaikuttamista yhteiskuntapolitiikan keinoin, mikä edellyttää palvelujärjestelmän toimintaa ja kustannuksia sekä väestön hyvinvointia ja terveydentilaa kuvaavaan tietoon perustuvaa päätöksentekoa.

Tietoa väestön palvelutarpeesta ja siinä tapahtuvista muutoksista tarvitaan palvelujärjestelmän voimavarojen vaikuttavan suuntaamisen ja väestön tarpeenmukaisten palvelujen yhdenvertaisen tarjoamisen vahvistamiseksi. Menetettyjen elinvuosien tarkastelu tarjoaa tietoa niistä kuolemansyistä ja väestöryhmistä, joihin kullakin hyvinvointialueella pitäisi suunnata aiempaa vaikuttavampia ehkäisy- ja hoitotoimia. Tunnistamalla riskiryhmät ja tehostamalla ennaltaehkäiseviä toimia ja hoitoa voidaan ennen aikaista kuolleisuutta vähentää.

Menetettyjen elinvuosien määrän ja niissä esiintyvien erojen kehittyminen kertoo pidemmällä aikavälillä myös voimavarojen kohdentamisen ja tehtyjen toimien onnistumisesta. Seuraamalla ennen aikaisen kuolleisuuden muutoksia sekä alueiden tai väestöryhmien välisiä eroja, myös eri kuolemansyiryhmissä, saadaan arvokasta tietoa väestön terveyttä ja hyvinvointia edistävän ja eroja kaventavan päätöksenteon tueksi.

Menetettyjen elinvuosien kuolemansyittäiset ja väestöryhmittäiset tiedot ovat käytettävissä THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi:ssä.

Lähteet

Commission on Social Determinants of Health. 2008. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organisation.

Dahl E, Bergsli H and van der Wel K. 2014. Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt. Oslo.

Diderichsen F, Andersen, I, Manuel C, Working Group for Danish Review on Social Determinants of Health. 2012. Health inequality - determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health 40 (8 Suppl): 12-105.

Go DS, Kim YE, Radnaabaatar M, Jung Y, Jung J, and Yoon SJ. 2018. Regional Differences in Years of Life Lost in Korea from 1997 to 2015. Journal of Korean Medical Science 34 (Suppl 1): e91.

Humblet PC, Lagasse R, and Leveque A. 2000. Trends in Belgian premature avoidable deaths over a 20 year period. Journal of Epidemiology and Community Health 54 (9): 687-91.

Jousilahti I, Vienonen M, Mackiewicz K, Koistinen V, Vohlonen I. 2017. Ennen aikaisten kuolemien aiheuttamat elinvuosien menetykset pohjoisen ulottuvuuden kumppanuusmaissa 2003–13. Suomen Lääkärilehti 76 (46): 2681-92.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, Helsinki 2008.

Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Statens offentliga utredningar, Stockholm 2017.

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim). 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lahti R. 2005. From findings to statistics: An assessment of Finnish medical cause-of-death information in relation to underlying-cause coding. Helsinki: Department of Forensic Medicine, University of Helsinki.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. www.finlex.fi

Lundberg O. 2018. The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (22_suppl): 19-27.

Mackenbach JP, Rubio Valverde J, Bopp M, Bronnum-Hansen H, Costa G, Deboosere P, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Rodriguez-Sanz M, and Nusselder WJ. 2019. Progress against inequalities in mortality: register-based study of 15 European countries between 1990 and 2015. *European Journal of Epidemiology* 34 (12): 1131-42.

Manderbacka K, Satokangas M ja Karvonen S. 2019. Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. Suomen sosiaalinen tila 1/2019. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Maximova K, S Rozen S, Springett J, and Stachenko S. 2016. The use of potential years of life lost for monitoring premature mortality from chronic diseases: Canadian perspectives. *Canadian Journal of Public Health* 107 (2): e202-4.

Nolte E and McKee M. 2004. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust.

Parikka S, Martelin T, Koskela T, Härkänen T, Kilpeläinen K, Tarkiainen L, Koskinen S. 2017. Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Renard F, Tafforeau J, and Deboosere P. 2014. Premature mortality in Belgium in 1993-2009: leading causes, regional disparities and 15 years change. *Archives of Public Health* 72 (1): 34,34. eCollection 2014.

Satokangas M. 2021. Geographic equity in primary health care performance in Finland – from individual socioeconomic position into the blind spot of the service system. Helsinki: University of Helsinki.

Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, ja Remes H. 2017. Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen Lääkärilehti* 72 : 588-93.

Wiesner G and Bittner EK. 2004. Life expectancy, potential years of life lost (PYLL), and avoidable mortality in an East/West comparison. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47 (3): 266-78.

Muuta kirjallisuutta

Manderbacka K, Lindell E, Suomela T, Lumme S, Koskinen S, Martelin T, Parikka S. 2021. Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. THL – Tutkimuksesta tiiviisti 56/2021.

Tämän julkaisun viite:

Kristiina Manderbacka, Elsi Lindell, Tuuli Suomela, Sonja Lumme, Seppo Koskinen, Suvi Parikka. Toteutuuko alueellinen tasa-arvo menetetyissä elinvuosissa? Tutkimuksesta tiiviisti 35/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-910-8 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-910-8>

Kirjoittajat

Kristiina Manderbacka

Terveystaloustiede ja palveluiden oikeudenmukaisuus, THL

Elsi Lindell

Terveystaloustiede ja palveluiden oikeudenmukaisuus, THL

Tuuli Suomela

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointi, THL

Sonja Lumme

Terveystaloustiede ja palveluiden oikeudenmukaisuus, THL

Seppo Koskinen

Hyvinvointivaikuttajat, THL

Suvi Parikka

Arviointi ja ennakointi, THL

Liitetaulukko 1. Menetettyjen elinvuosien (PYLL) laskemisessa käytetyt ICD10-kuolemansyykkoodit*

PYLL-kategoria	ICD10-koodi	Kuolemansyyluokka
Verenkiertoelinten sairaudet	I20-I25	Iskeemiset sydäntaudit
	I30-I42.5, I42.7-I52	Muut, paitsi reumaattiset ja alkoholiset sydäntaudit
	I60-I69	Aivoverisuonien sairaudet
	I00-I15, I26-I28, I70-I99	Muut verenkiertoelinten taudit
Syövät	C00–C32, C35–C97	Syöpätaudit poislukien keuhkosyövät
Alkoholikuolemansyyt	F10, G31.2, G40.51, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K86.0, K85.2, O35.4, P04.3, Q86.0	Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys
Itsemurhat	X60-X84, Y87.0	Itsemurha
Tapaturmat	V01-X44, X46-X59, Y85-Y86	Tapaturma
Keuhkosairaudet	J43	Keuhkolaajentuma
	C33	Henkitorvisyöpä
	C34	Keuhkoputken/keuhkon syöpä

*Määrittelyt tehty tilaston peruskuolemansyyntä mukaan