

KIRSI TALALA

FT, erikoistutkija
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto
kirsi.talala@thl.fi

TOMMI HÄRKÄNEN

FT, dosentti, tutkimuspäällikkö
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto

TUIJA MARTELIN

VTT, tutkimuspäällikkö
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto

SAKARI KARVONEN

VTT, dosentti, tutkimusprofessori
THL, Sosiaali- ja terveystieteiden
ja -talouden osasto

TOMI MÄKI-OPAS

FT, erikoistutkija
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto

KRISTIINA MANDERBACKA

VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö
THL, Palvelujärjestelmäosasto

JAANA SUVISAARI

dosentti, tutkimusprofessori
THL, Mielenterveys ja
päädepalvelut -osasto

PÄIVI SAINIO

THM, kehittämisspäällikkö
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto

HARRI RISSANEN

Erikoissuunnittelija
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto

OTTO RUOKOLAINEN

VTM, tutkija
THL, Päihteet ja riippuvuus -osasto

ANTERO HELOMA

LT, ylilääkäri
THL, Päihteet ja riippuvuus -osasto

SEPPO KOSKINEN

LT, VTM, MSc, dosentti,
tutkimusprofessori
THL, Väestön terveys,
toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto

VERTAISARVIOITU



Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria

Lähtökohdat

Tutkimuksessa selvitettiin koulutusryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kehitystä 30–74-vuotiailla suomalaisilla vuodesta 2000 vuoteen 2011.

Menetelmät

Tutkimuksessa verrattiin kahta poikkileikkaustilannetta käyttämällä koko aikuisväestöä edustavia toistomittaukseen perustuvia Terveys 2000 ja Terveys 2011 -aineistoja. Tutkimukseen osallistujat valittiin kaksiasteisella koko aikuisväestöä edustavalla ositetulla ryväsoitanta-asetelmalla. 30–74-vuotiaita osallistujia oli 6 107 vuonna 2000 ja 5 164 vuonna 2011. Koulutusryhmät määriteltiin Tilastokeskuksen tutkintorekisterin tietojen perusteella. Terveiden, toimintakyvyn, elintapojen ja elinolojen osoittimina olivat koettu terveys, pitkäaikaissairastavuus, lääkärin hoidon tarpeen tyydyttyminen, psyykkinen kuormittuneisuus, suoriutuminen puolen kilometrin kävelystä, opittujen sanojen lukumäärä CERAD-tehtäväsarjan muistitestissä, työkykyastemäärä, tupakointi, kasvisten ja juuresten käyttö, toimeentulon riittävyys ja työttömyys. Mallivakioinnin avulla laskettiin esiintyvyyksiluvut tai keskiarvot ja näiden 95 %:n luottamusvälit. Koulutusryhmien välisiä eroja testattiin logistisen tai lineaarisen regressiomallin avulla.

Tulokset

Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot olivat huomattavat useimpien osoittimien mukaan. Ylimmässä koulutusryhmässä tilanne oli paras ja alimmassa koulutusryhmässä huonoin. Miesten ja naisten pitkäaikaissairastavuuden koulutusryhmittäiset erot kaventuivat. Miehillä myös koetun terveyden ja naisilla oppimiskyvyn koulutusryhmittäiset erot kaventuivat. Kasvisten käytön, kävelyvaikeuksien, työkyvyn, riittämättömän toimeentulon ja työttömyyden yleisyyden koulutusryhmien väliset jyrkät erot säilyivät ennallaan. Tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot kasvoivat naisilla, kun enintään perusasteen koulutuksen suorittaneiden tupakointi yleistyi ja korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden tupakointi väheni.

Päätelmät

Väestön terveys ja hyvinvointi pääosin kohenivat vuodesta 2000 vuoteen 2011. Kuitenkin useimmilla terveyden ja hyvinvoinnin oluttuvuuksilla koulutusryhmien väliset erot säilyivät suurina. Huolestuttavin havainto oli tupakoinnin koulutusryhmittäisten erojen kasvu naisten keskuudessa.

Suomalaisten terveydentila on kehittynyt myönteiseen suuntaan 1970-luvulta lähtien. Vuonna 1986 laaditussa Terveystta kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa terveystieteiden tärkeimmäksi tavoitteeksi määriteltiin mahdollisimman hyvän terveyden tasainen jakautuminen koko väestössä. Aiemmat tutkimukset väestöryhmien välisistä terveyseroista ja niiden muutoksista 1980-luvulta vuoteen 2005 ovat osoittaneet sairastavuuserojen säilyneen suurin piirtein ennallaan ja kuolleisuuserojen jopa kasvaneen (1). Valtioneuvoston vuonna 2001 hyväksymän Terveys 2015 -ohjelman mukaisena tavoitteena on

ollut kaventaa kuolleisuuseroja viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä, mutta vaikuttaa siltä, ettei tätä tavoitetta saavuteta, kun sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat jatkaneet kasvuaan. Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008–2011 arvioiden mukaan terveyserot eivät ole havaittavasti kaventuneet tai ovat jopa kasvaneet toimintaohjelman kaudella, tai niiden kehityksessä ei ole seurantatietoa (2). Terveiden biologisten riskitekijöiden lisäksi ns. sosiaalisten määrittäjien huomioiminen on tärkeää silloin, kun halutaan tarkastella väestötasolla kokonais-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 23/2007;3–4.
- 2 Rotko T, Kauppinen T, Mustonen N, Linnanmäki E. Kuulun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2000–2011 -loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 41/2012;5–6.
- 3 Lahelma E, Rauhkonen O. Sosio-ekonominen asema. Kirjassa: Laaksonen M, Silventoinen K, toim. Sosiaalipidemiologia, I.painos. Helsinki: Gaudeamus 2011;41–51.
- 4 Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012.
- 5 Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos, Raportti B3/2002.
- 6 Heistaro, S toim. Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitos, Raportti B6/2005.
- 7 Kansanterveyslaitos. Terveys 2000 -tutkimuksen lomakkeita (siteerattu 2.5.2014). www.terveys2000.fi/lomake.html
- 8 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveys 2011 -tutkimuksen lomakkeita (siteerattu 2.5.2014). www.terveys2011.info/forms.html
- 9 Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveys tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32/1989.
- 10 Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairaskuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:1/1967.
- 11 Goldberg D. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Lontoo: Oxford University Press. Maudsley monograph no 21. 1972.
- 12 Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. Nord J Psychiatry 2003;57:233–8.
- 13 Aalto AM, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S. 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 2012;197:163–71.
- 14 Hänninen T, Pulliainen V, Sotaniemi M ym. Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla. Duodecim 2010;126:2013–21.

valtaisesti terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Koulutustasoa on usein käytetty yhtenä yksilön sosiaalisen aseman kuvaajana, joka määrittää mm. työelämään liittyviä tekijöitä, materiaalisia resursseja, tietoja ja taitoja sekä yhteiskunnallista valtaa ja arvostusta (3). Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta monipuolista tietoa siitä, miten koulutusryhmittäiset erot terveydessä, toimintakyvyssä, elintavoissa ja elinoloissa ovat muuttuneet Suomessa vuodesta 2000 vuoteen 2011 miehillä ja naisilla.

Aineisto ja menetelmät

Aineistona ovat Terveys 2000- ja Terveys 2011 -väestötutkimukset, jotka muodostavat monipuolisen terveyshaastatteluihin, kyselyihin ja terveystarkastuksiin perustuvan pitkittäisaineiston (4,5). Terveys 2000 -tutkimus toteutettiin vuosina 2000–2001, ja sen perusjoukkona oli Manner-Suomessa asuva 18 vuotta täyttänyt väestö. Tutkimuksen otanta-asetelma oli kaksiasteinen koko aikuisväestöä edustava ositettu ryvästötanta. Perusjoukko jaettiin viiteen yliopistosairaalaapiiriin, joiden sisällä rypäänä oli terveyskeskuspiiri. Kaikki 15 suurinta kaupunkia ja lisäksi 65 muuta terveyskeskuspiiriä poimittiin systemaattisella PPS-otannalla siten, että jokaisesta yliopistosairaalaapiiristä otokseen poimittiin yhteensä 16 terveyskeskuspiiriä. Saadusta 80 terveyskeskuspiiristä poimittiin yksilöotokset systemaattisella otannalla. Aineistonkeruu ja menetelmät on tarkemmin kuvattu aikaisemmin julkaistuissa menetelmä- sekä perustulosraporteissa (4,5,6). Tämän tutkimuksen aineisto rajattiin 30–74-vuotiaisiin. Terveys 2000 -otokseen kuului tässä ikäryhmässä 6 864 henkilöä, joista 6 107:ltä (89 %) saatiin tärkeimmät terveyttä ja toimintakykyä kuvaavat tiedot.

Terveys 2011 -tutkimukseen kutsuttiin kaikilla elossa olevat Terveys 2000 -tutkimukseen 11 vuotta aiemmin kutsutut henkilöt, jotka eivät olleet kieltäytyneet jatkotutkimuksista, sisältäen myös vuoden 2000 nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) kotihaastatteluun kutsutut, jotka olivat 29 vuotta täytäneitä vuonna 2011. Terveys 2011 -otos sisälsi 30–74-vuotiaita henkilöitä 6 975, joista yhteensä 5 164 (74 %) osallistui vähintään yhteen tiedonkeruun vaiheeseen. Tutkimuksemme verrataan kahta poikkileikkaustilannetta emmekä analysoi yksilötason muutoksia seurannan aikana.

Väestöryhmien välisten erojen tarkastelussa

sosiaalista asemaa kuvaamaan käytettiin Tilastokeskuksen tutkintorekisterin tietoa korkeimmasta suoritetusta tutkinnosta, joka luokiteltiin kolmeen ryhmään. Tutkintoluokitus perustuu kansainväliseen ISCED 1997 -koulutusluokitukseen. Perusasteen koulutukseksi luokiteltiin perusaste tai sitä alempi koulutus, sekä puuttuva tai tuntematon tutkinto. Keskiasteen koulutukseen luokiteltiin toisen asteen ja keskiasteen koulutukset. Ylimpään koulutusryhmään luokiteltiin opistoasteen, alimman korkea-asteen ja sitä korkeammat koulutukset.

Tutkimuksessa tarkasteltiin useita terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia vasteita, jotka on yksityiskohtaisemmin kuvattu Terveys 2011 -tutkimuksen perustulosraportissa (4). Tässä tutkimuksessa yleisiä terveyden osoittimia olivat koettu terveys, pitkäaikaissairastavuus, lääkärinhoidon tarpeen tyydyttyminen ja psyykinen kuormittuneisuus. Toimintakykyä kuvaavina mittareina olivat suoriutuminen puolen kilometrin kävelystä ja opittujen sanojen lukumäärä CERAD-tehtäväsarjan muistitestissä. Lisäksi tarkasteltiin omaa arviota työkyvystä. Elintavoista tarkasteltiin tupakointia ja kasvisten käyttöä. Elinolojen osoittimia olivat toimeentulon riittävyys ja työttömyys. Psyykinen kuormittuneisuus ja toimeentulon riittävyys pohjautuivat kyselystä saatuun tietoon, CERAD-tehtäväsarjan muistitesti liittyi terveystarkastukseen ja loput tiedot perustuivat haastatteluun (7,8).

Koettu terveys määriteltiin huonoksi, jos tutkittava arvioi terveydentilansa viisiportaisella asteikolla keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (9). Pitkäaikaissairaksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat ainakin yhden pysyvän tai pitkäaikaisen sairauden, tai sellaisen vamman, joka heikentää työ- tai toimintakykyä (10). Henkilöllä arvioitiin olevan tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve, jos yksi tai useampi pitkäaikaisista sairauksista oli sellainen, johon tutkittava ei saanut, mutta haluaisi saada jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoitoa. Psyykkistä kuormittuneisuutta mitattiin 12 kysymyksen GHQ-mittarilla (11), ja psyykkisesti kuormittuneiksi määriteltiin ne, joiden tulos oli enemmän kuin 3 pistettä (12,13).

Fyysistä toimintakykyä arvioitiin kysymällä, kykeneekö henkilö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä, ja toimintarajoitteisiksi luokiteltiin ne, joilla oli vaikeuksia tai jotka eivät pystyneet siihen lainkaan. Kognitiivista toimintakykyä mitattiin CERAD-tehtäväsarjan

- 15 Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S. toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, 2006;41–53.
- 16 Prättälä R, Helakorpi S, Sipilä N, Sippola R, Sääksjärvi K, toim. Social determinants of health behaviours. Finbalt health monitor 1998–2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 25/2011;15–31.
- 17 Terveyttä ruuasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy 2014;21–2.
- 18 Robins JM, Rotnitzky A, Zhao LP. Estimation of regression coefficients when some regressors are not always observed. *J Am Stat Assoc* 1994;89:846–66.
- 19 Graubard BI, Korn EL. Predictive margins with survey data. *Biometrics* 1999;55:652–9.
- 20 Tarkkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:573–8.
- 21 Talala, K. Psychological distress in Finland 1979–2003: Overall trends, socio-economic differences, and contribution to cause-specific mortality inequalities. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 102/2013;48–51.
- 22 Kosidou K, Dalman C, Lundberg M, Hallqvist J, Isacson G, Magnusson C. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: A population-based study. *Affect Disord* 2011;134:160–7.
- 23 Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A ym. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med* 2009;39:287–99.
- 24 Perälä J, Saarni S, Ostamo A, Pirkola S, Haukka J, Härkänen T ym. Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland. *Schizophr Res* 2008;106:337–47.
- 25 Martelin T, Sainio P, Sulander T, Helakorpi S, Tuomi K, Koskinen S. Toimintakyky. Kirjassa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 23/2007;104–21.
- 26 Sainio P, Martelin T, Koskinen S, Heliövaara M. Educational differences in mobility: the contribution of physical work load, obesity, smoking and chronic conditions. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:401–8.
- 27 Prättälä R, Sippola R, Lahti-Koski M, Laaksonen M, Mäkinen T, Roos E. Twenty-five year trends in body mass index by education and income in Finland. *BMC Public Health* 2012;12:936.
- 28 Seiluri T, Lahti J, Rahkonen O, Lahelma E, Lallukka T. Changes in occupational class differences in leisure-time physical activity: a follow-up study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:14.

sanalistan oppimistehtävällä, josta tarkasteltavaksi muuttujaksi valittiin 3. esityskerralla opittujen sanojen määrä (0–10) (14). Työkykyä 30–64-vuotiailla arvioitiin itse ilmoitetulla työkykypistemäärällä (0–10), jossa työkyky parhaimmillaan saa arvon 10 (15).

Elintavoista tarkasteltiin tupakointia, ja tupakoiviksi luokiteltiin päivittäin tupakoivat (16). Lisäksi tutkittiin tuoreiden vihannesten ja juuristen käyttöä, ja kasviksia vähän käyttäviksi luokiteltiin harvemmin kuin kuutena päivänä viikossa kasviksia syövät (17).

Toimeentulon riittävyttä arvioitiin kysymällä tulojen ja menojen suhdetta nykyisessä omassa taloudessa. Toimeentulo luokiteltiin riittämättömäksi, jos kulutuksesta pitää tinkiä paljon, tai kaikesta niin ettei taloudessa ole mahdollista tulla toimeen omilla tuloilla. Työttömiksi luokiteltiin ne 30–64-vuotiaat, jotka olivat haastatteluhetkellä työttömiä tai lomautettuja.

Tilastomenetelmät

Tilastolliset testit suoritettiin STATA-ohjelmistolla 11.2 (Statacorp, Texas, USA) käyttäen painokertoimia, jotka korjaavat otanta-asetelman ja kadon vaikutuksia. Terveys 2000 -tutkimuksessa kadon vaikutukset huomioitiin analyyseissa painottamalla havainnot jälkiositukseen perustuvalle menetelmällä, jossa hyödynnettiin rekisteritietoja iästä, sukupuolesta, alueesta ja äidinkielestä (6). Terveys 2011 -tutkimuksessa kadon vaikutukset huomioitiin käänteistodennäköisyysmenetelmään (18) perustuvilla painokertoimilla, joiden muodostamisessa ja kalibroinnissa hyödynnettiin rekisteritietojen lisäksi vuonna 2000 kerättyjä tietoja kuten itse raportoitu työkyky.

Koulutusryhmittäiset erot kahden poikkileikkaustilanteen välillä estimoitiiin logistisen tai lineaarisen regressiomallin avulla. Analyyseissa huomioitiin toistomittausasetelma, jossa samoista yksilöistä tehtiin yksi tai kaksi mittausta, sekä otanta-asetelma. Mallissa, johon kaikki testit perustuivat, oli mukana iän päävaikutus, koulutuksen ja sukupuolen yhdysvaikutus sekä koulutuksen, sukupuolen ja tutkimusvuoden yhdysvaikutus. Eroja testattiin käyttäen Waldin testejä. Pienet p^1 - ja p^2 -arvot viittaavat siihen, että kyseinen ero on olemassa ja tilastollisesti merkitsevää. Suuret p -arvot puolestaan viittaavat siihen, että eroja ei ole (taulukot 1,2,3,4,5, kuviot 1,2,3).

Koska väestön ikäjakaumat olivat erilaiset eri tutkimusvuosina ja eri koulutusryhmissä, ikä-

vakioitiedut esiintyvyyksiluvut ja keskiarvot laskettiin sekä miehille että naisille tutkimusvuosina 2000 ja 2011 käyttäen vertailukelpoisuuden parantamiseksi regressioanalyyseihin perustuvaa mallivakiointia (prediktiivisiä marginaaleja) ja näiden 95 %:n luottamusvälejä (19). Tässä menetelmässä lasketaan jokaiselle yksilölle useita ennustearvoja vaihtamalla koulutusryhmä-, sukupuoli- tai tutkimusvuosimuuttujien arvoja, mutta käyttämällä sekoittavana tekijänä vakioitiedun iän alkuperäisiä arvoja. Painotettuina keskiarvoina lasketut mallivakioitiedut keskiarvot tai esiintyvyydet kuvaavat tällöin tilannetta, jossa ikäjakauma olisi jokaisessa koulutusryhmä-, sukupuoli- tai tutkimusvuosimuuttujien määräämässä ryhmässä sama kuin yhdistetyssä Terveys 2000 - ja Terveys 2011 -aineistossa (6).

Tulokset

Koulutustaso nousi väestössä jokaisessa ikä- ja sukupuoliryhmässä vuodesta 2000 vuoteen 2011 (taulukko 1).

Väestön terveys ja hyvinvointi parani useimmilla tässä tutkimuksessa tarkastelluilla mittareilla vuodesta 2000 vuoteen 2011. Koulutusryhmittäiset erot olivat selvät useimmilla ulottuvuuksilla; naisilla tyydyttymättömässä lääkärin hoidon tarpeessa ja miehillä psyykkisessä kuormittuneisuudessa koulutusryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitsevät ainoastaan vuonna 2000.

Yleinen terveys

Koetussa terveydessä koulutuksen mukaiset erot olivat selvät; alemmissa koulutusryhmissä sekä naiset että miehet kokivat terveytensä huonommaksi kuin korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmässä. Terveytensä huonoksi kokevien osuus vähentyi merkittävästi jaksolla 2000–2011, ja miehillä ero kaventu perustasteen ja keskiasteen koulutettujen välillä (taulukko 2). Vastaavasti pitkäaikaissairastavuuden koulutusryhmittäiset erot olivat selvät vuonna 2000, jolloin enintään perustasteen koulutuksen saaneilla pitkäaikaissairastavuus oli yleisempää verrattuna keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneisiin. Myös pitkäaikaissairaiden osuus väheni vuoteen 2011 mennessä kaikissa koulutusryhmissä, ja erityisesti alimman ja keskimmäisen koulutusryhmän väliset erot kaventuivat molemmilla sukupuolilla (kuvio 1). Niiden osuus, jotka eivät saaneet tarvitsemaansa lääkä-

TAULUKKO 1.

Koulutuksen väestöjakauma ikäryhmittäin estimoituna Terveys 2000 ja 2011 -aineistoista.

Vuosi Ikä, v MIEHET	2000				2011			
	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	Yhteensä, % (n)	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	Yhteensä, % (n)
30–44	19 (210)	48,1 (534)	32,9 (366)	100 (1 110)	12,7 (48)	52,7 (341)	34,6 (274)	100 (663)
45–54	32,6 (274)	38,9 (329)	28,5 (240)	100 (843)	18,3 (93)	47,9 (277)	33,8 (218)	100 (588)
55–64	51,5 (285)	25,3 (140)	23,2 (127)	100 (552)	30,5 (178)	39 (260)	30,6 (215)	100 (653)
65–74	72,8 (278)	13,6 (53)	13,7 (52)	100 (383)	49 (205)	25,1 (115)	25,9 (121)	100 (441)
Yhteensä	36,2 (1 047)	36,6 (1 056)	27,2 (785)	100 (2 888)	24,6 (524)	43,5 (993)	31,9 (828)	100 (2 345)
NAISET								
30–44	13,2 (160)	40,9 (498)	45,9 (557)	100 (1 215)	7,1 (46)	38,6 (293)	54,3 (484)	100 (823)
45–54	30,3 (262)	37,8 (334)	31,9 (280)	100 (876)	10,5 (65)	40,8 (294)	48,7 (344)	100 (703)
55–64	49,1 (304)	31 (191)	19,9 (123)	100 (618)	27,4 (180)	40,6 (306)	32 (253)	100 (739)
65–74	73,8 (376)	17,2 (88)	8,9 (46)	100 (510)	47,1 (249)	31,4 (178)	21,5 (127)	100 (554)
Yhteensä	35,1 (1 102)	34,2 (1 111)	30,8 (1 106)	100 (3 219)	20 (540)	38,8 (1 071)	41,4(1 208)	100 (2 819)

29 Helakorpi S, Holstila A, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 45/2012:5–22.

rinhoitoa pitkäaikaissairauteensa, väheni niin ikään jaksolla 2000–2011. Tyydyttymättömän lääkärihoidon tarpeen koulutusryhmittäiset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ainoastaan naisilla vuonna 2000. Koulutusryhmittäiset erot eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi, vaikka miehillä tilanne näytti tutkimusjakson aikana kohentuneen eniten niillä, joilla on kes-

ki- tai korkea-asteen koulutus (taulukko 2).

Psykkisen kuormittuneisuuden koulutusryhmittäiset erot eivät myöskään olleet selviä. Ainoastaan miehillä vuonna 2000 koulutusryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitsevät, jolloin psyykinen kuormittuneisuus oli yleisintä enintään perusasteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä. Psykinen kuormittuneisuus näytti vähentyneen kaikilla muilla paitsi keskiasteen koulutusryhmään kuuluvilla miehillä ja alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla. Psykkisen kuormittuneisuuden koulutusryhmittäisten erojen muutokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä (taulukko 2).

TAULUKKO 2.

Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien, tyydyttymättömän lääkärihoidon tarpeen ja psyykkisen kuormittuneisuuden ikävakioidut osuudet koulutusryhmittäin.

	Vuosi	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	p ¹
KORKEINTAAN KESKITASOISEKSI KOETTU TERVEYS, %					
Miehet	2000	45,8	35,8	27,5	< 0,001
p ² = 0,009	2011	29,5	27,2	13,9	< 0,001
Naiset	2000	43	33,5	23,5	< 0,001
p ² = 0,648	2011	30,2	23,4	16,6	< 0,001
TYYDYTTYMÄTÖN LÄÄKÄRIHOIDON TARVE, %					
Miehet	2000	17,4	19,7	18,3	0,670
p ² = 0,346	2011	12,9	10,8	8,4	0,404
Naiset	2000	24,1	20,1	17,3	0,04
p ² = 0,982	2011	15,6	13,4	11,1	0,302
PSYKKINEN KUORMITTUNEISUUS, %					
Miehet	2000	18,5	13,6	14,8	0,011
p ² = 0,320	2011	16	13,7	11,4	0,146
Naiset	2000	19,3	18,7	18,7	0,918
p ² = 0,231	2011	20,6	15,5	16,4	0,096

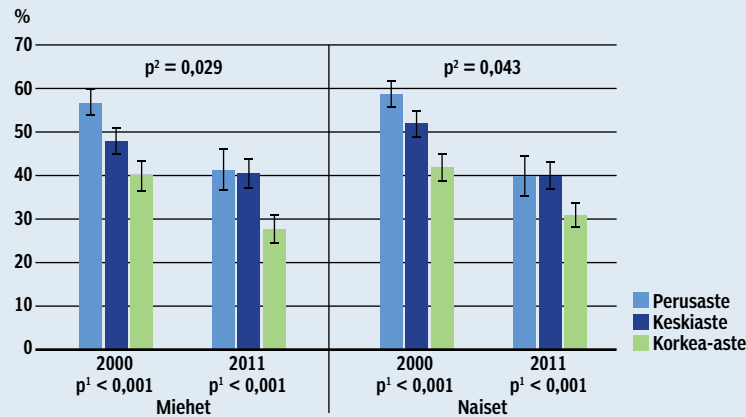
p¹ = koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = ovatko muutokset samansuuriset kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011.

Toimintakyky

Vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä ilmoittaneiden osuus oli vuonna 2000 alimmassa koulutusryhmässä miehillä viisinkertainen ja naisilla yli kolminkertainen ylimpään koulutusryhmään verrattuna. Tutkimusjakson aikana kävelyvaikeudet näyttivät hieman lisääntyneen keski- ja korkea-asteen koulutusryhmissä ja vähentyneen perusasteen ryhmässä sekä miehillä että naisilla. Erityisesti perus- ja keskiasteen koulutusryhmien väliset erot kävelyvaikeuksien suhteen kaventuivat, mutta muutos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 2). Kognitiivista toimintakykyä mittaavan opittujen sanojen lukumäärän koulutusryhmittäiset erot olivat selviä; suoriutuminen oli parasta korkea-asteen koulutuksen ja huonointa perusasteen koulutuksen saaneilla. Suoriutuminen kuitenkin para-

KUVIO 1.

Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden ikävakioitu osuus koulutusryhmittäin.



p¹ = Koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = Ovatko muutokset samansuuruiset kaikissa koulutusluokissa vuodesta 2000 vuoteen 2011.

30 Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto 2010, Liitetäulukko 6c. Kotitalouksien prosenttijakauma tulokymmenyksen ja viitehenkilön koulutustason mukaan vuonna 2010 (siteerattu 21.11.2013). www.tilastokeskus.fi/ti/tjt/2010/tjt_2010_2012-05-23_tau_008_fi.html.

ni kaikissa koulutusryhmissä sekä miehillä että naisilla. Lisäksi naisilla koulutusryhmien väliset erot kaventuvat vuodesta 2000 vuoteen 2011, mikä johtui oppimiskyvyn parantumisesta erityisesti perusasteen koulutusryhmässä. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneet kokivat työkykyn-

sä parhaaksi ja perusasteen koulutuksen suorittaneet arvioivat työkykynsä huonoimmaksi, eivätkä nämä johdonmukaiset erot muuttuneet oleellisesti yhdentoista vuoden aikana. Työkyky parantui tarkastelujaksun aikana muissa paitsi peruskoulutettujen naisten ja keskiasteen miesten ryhmässä, joilla se pysyi ennallaan (taulukko 3).

Elintavat

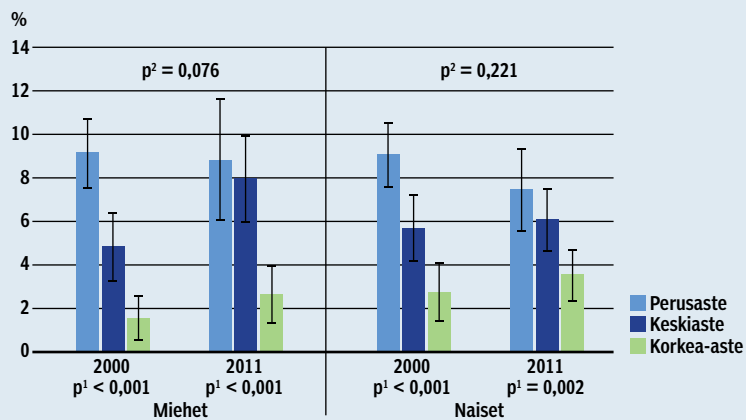
Tupakointi oli selvästi yleisempää perus- ja myös keskiasteen koulutusryhmissä verrattuna korkea-asteen koulutuksen saaneisiin sekä miehillä että naisilla. Päivittäin tupakoivien osuus väheni miehillä kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011. Naisilla sitä vastoin tupakointi yleistyi perusasteen koulutusryhmässä ja väheni ainoastaan korkea-asteen koulutuksen saaneilla, ja tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot kasvoivat vuodesta 2000 vuoteen 2011 (kuvio 3). Miehillä vähäinen kasvien syöminen oli harvinaisinta korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä, joka erosi selvästi edukseen perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneista. Naisilla koulutusryhmien väliset erot olivat suoraviivaisemmat: keskiasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä kasviksia harvemmin kuin kuutena päivänä viikossa syövien osuus oli selvästi pienempi kuin alimpaan koulutusryhmään kuuluvien keskuudessa, mutta tuntuvasti suurempi kuin ylimmässä koulutusryhmässä. Harvemmin kuin kuutena päivänä viikossa kasviksia syövien osuus pysyi osapuilleen ennallaan kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011, eikä ryhmien välisissä eroissa tapahtunut muutosta (taulukko 4). Muutos ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevä sukupuolet yhdistävässä tarkastelussa, vaikka kasvien käyttö vähentyikin erityisesti perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneilla.

Toimeentulo ja työttömyys

Riittämättömän toimeentulon ilmoittaneiden osuus oli selvästi suurempi kahdessa alemmassa koulutusryhmässä verrattuna korkea-asteen koulutuksen saaneisiin. Riittämättömän toimeentulon ilmoittaneiden osuus pieni tutkimusjakson aikana perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä, mutta koulutuserot eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi vuodesta 2000 vuoteen 2011. Vuonna 2000 työttömien osuus oli perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä ja

KUVIO 2.

Vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä ilmoittaneiden ikävakioitu osuus koulutusryhmittäin.



p¹ = Koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = Ovatko muutokset samansuuruiset kaikissa koulutusluokissa vuodesta 2000 vuoteen 2011.

TAULUKKO 3.

Ikävakioitu keskimääräinen opittujen sanojen lukumäärä (1-10) ja työkykyistemäärä (1-10) koulutusryhmittäin.

	Vuosi	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	p ¹
OPITUT SANAT					
Miehet	2000	7,5	7,9	8,5	< 0,001
p ² = 0,755	2011	7,8	8,1	8,7	< 0,001
Naiset	2000	8,1	8,5	8,9	< 0,001
p ² = 0,021	2011	8,4	8,7	9	< 0,001
TYÖKYKYPISTEMÄÄRÄ					
Miehet	2000	7,3	7,9	8,4	< 0,001
p ² = 0,072	2011	7,7	8	8,8	< 0,001
Naiset	2000	7,7	8,1	8,5	< 0,001
p ² = 0,744	2011	7,8	8,3	8,7	< 0,001

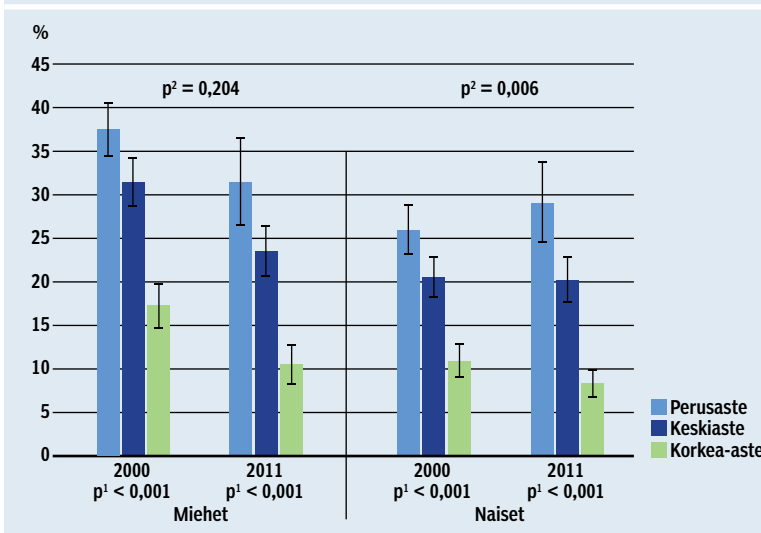
p¹ = koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = ovatko muutokset samansuuriset kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011.

31 Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto. Tuloerot (kansainvälinen vertailu) 2008, 5. Koettu toimeentulo (siteerattu 21.11.2013). www.stat.fi/tii/tjt/2008/01/tjt_2008_01_2010-01-26_kat_005_fi.html.

naisilla noin kolminkertainen verrattuna korkeasteen koulutettuihin, ja keskiasteen koulutuksen suorittaneet sijoituivat näiden kahden ryhmän väliin. Työttömien osuus laski yhdentoista vuoden aikana, ja koulutusryhmien väliset suhteelliset erot säilyivät ennallaan (taulukko 5).

KUVIO 3.

Päivittäin tupakoiden ikävakioitu osuus koulutusryhmittäin.



p¹ = Koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = Ovatko muutokset samansuuriset kaikissa koulutusluokissa vuodesta 2000 vuoteen 2011.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa siitä, miten väestöryhmittäiset erot terveyden ja hyvinvoinnin eri ulottuvuuksilla muuttuivat Suomessa vuodesta 2000 vuoteen 2011. Koulutusryhmien välillä oli huomattavat erot useimmilla terveyden ja hyvinvoinnin ulottuvuuksilla, ja erot säilyivät pääpiirteissään ennallaan vuodesta 2000 vuoteen 2011. Erot kaventuivat ainoastaan pitkäaikaissairastavuudessa ja miehillä koetussa terveydessä ja naisilla oppimiskyvyssä. Kasvisten ja juuresten käytön, fyysisen toimintakyvyn, työkyvyn, riittämättömän toimeentulon ja työttömyyden koulutusryhmittäiset erot säilyivät lähes ennallaan. Toteutumattomaan lääkärihoitoon liittyen koulutuksen mukaisia eroja oli naisilla ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen liittyen miehillä ainoastaan vuonna 2000. Päivittäisen tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot kasvoivat naisilla.

Koetun terveyden ja pitkäaikaissairastavuuden koulutusryhmittäiset erot olivat samansuuntaiset kuin aiemmissa tutkimuksissa; korkean koulutuksen saaneet kokivat terveytensä paremmaksi ja heillä oli vähemmän pitkäaikaissairauksia kuin matalan koulutuksen saaneilla (1). Erot kaventuivat tarkastelujaksolla, mikä ei ole sopusoinnussa kuolleisuuserojen kasvun kanssa. Tarkiaisen ym. (20) tulosten mukaan tuloryhmien väliset erot elinajan odotteessa ovat kasvaneet ja lisäksi tuloryhmien väliset erot olivat jyrkemmät kuin koulutus- tai ammattiryhmien väliset erot. Onkin mahdollista, että tulot erottelevat sosiaalisessa hierarkiassa heikommassa asemassa olevat paremmin kuin koulutus tai ammattiasema. Pitkäaikaissairastavuudessa ja miehillä myös koetussa terveydessä havaittua koulutusryhmien välisten erojen kaventumista tämä ei kuitenkaan selitä.

Terveys 2000 ja Terveys 2011 -aineisto perustuu toistomittausasetelmaan, jossa samoja yksilöitä tutkittiin uudelleen. Katoon jääneiden osuus vaihteli merkittävästi väestöryhmittäin. Iän ja sukupuolen lisäksi koulutus, aktiivinen harrastaminen, alkoholin käyttö, vapaa-ajan liikunta, tuoreiden kasvisten käyttäminen, asutuksen koko ja painoindeksi olivat merkittäviä jatkotutkimukseen osallistumista ennustavia tekijöitä. Edellä mainitut tekijät ennustavat monia sairauksia ja toimintakyvyn rajoituksia tai ovat suoraan yhteydessä osallistumisaktiivisuuteen. Tutkimuksesta pois jäämiseen vaikut-

TAULUKKO 4.

Vihanneksia tai juureksia harvemmin kuin kuutena päivänä syövien ikävakioitu osuus koulutusryhmittäin.

	Vuosi	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	p ¹
KASVIKSIA < 6 pv/vko, %					
Miehet	2000	54,8	51,8	36,6	< 0,001
p ² = 0,336	2011	59,3	55,2	36,3	< 0,001
Naiset	2000	44,1	35,9	25,4	< 0,001
p ² = 0,915	2011	49,1	40	28,2	< 0,001

p¹ = koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = ovatko muutokset samansuuriset kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011.

32 Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Työssäkäynti. Pääasiallinen toiminta ja ammattiasema 2012 (siteerattu 21.11.2013). www.stat.fi/til/tyokay/2012/02/tyokay_2012_02_2013-06-05_tie_001_fi.html

tavat myös monet havaitsematta jäävät tekijät kuten terveydentila ja toimintakyky, jotka ovat usein parempia tutkimukseen osallistuvilla.

Suotuisalta näyttävä terveyserojen kehitys voi-kin ainakin osittain johtua osallistumisaktiivisuuden heikkenemisestä, jos katoon on valikoitunut etenkin alimmissa koulutusryhmissä paljon sairaita henkilöitä. Tällöin alimpiin koulutusryhmiin kuuluvien terveydestä saadaan liian myönteinen kuva, ja havaitut koulutusryhmien väliset erot ovat todellista pienemmät. Tätä harhaa pyrittiin minimoimaan käyttämällä analyyseissa painokertoimia. Kuhunkin väestöositteeseen (esim. vähän koulutetut nuoret miehet) kuuluvien osallistujien vastauksien painoarvoa muutettiin siten, että suuremman kadon väestöositteisiin kuuluvat vastaajat saivat ykköistä suuremman painokertoimen ja pienen kadon väestöositteisiin kuuluvat vastaajat saivat ykköistä

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake):
Tomi Mäki-Opas: palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteutukseen (STM, Suomen Akatemia), korvaus käsikirjoituksen kirjoittamisesta tai tarkistamisesta (STM, Suomen Akatemia).
Jaana Suvisaari: luentopalkkio (AstraZeneca).
Muut kirjoittajat: ei sidonnaisuuksia.

TAULUKKO 5.

Riittämättömän toimeentulon ilmoittaneiden ja työttömien ikävakioitu osuus koulutusryhmittäin.

	Vuosi	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	p ¹
RIITTÄMÄTÖN TOIMEENTULO, %					
Miehet	2000	19,3	13,7	6,1	< 0,001
p ² = 0,561	2011	16,2	13,3	6,4	< 0,001
Naiset	2000	20,3	16,5	10,1	< 0,001
p ² = 0,277	2011	16,7	17,5	9,8	< 0,001
TYÖTTÖMYYS					
Miehet	2000	17,3	11	5,8	< 0,001
p ² = 0,538	2011	14,3	9	6,3	0,005
Naiset	2000	21,1	13	6,4	< 0,001
p ² = 0,961	2011	13,4	7,5	3,8	< 0,001

p¹ = koulutusryhmien välinen tasoero tutkimusvuonna.
p² = ovatko muutokset samansuuriset kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2000 vuoteen 2011.

pienemmän painokertoimen. Tämä menettely ei välttämättä onnistu korjaamaan kadon aiheuttamaa harhaa kokonaan. Havaitsemamme pitkäaikaissairastavuuden ja miesten koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen supistuminen voi johtua myös todellisesta erojen kapenemisesta. Vaikka koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus ovat vahvasti yhteydessä kuolleisuuteen, kyse on kuitenkin eri ilmiöistä; esimerkiksi kaikki pitkäaikaissairaudet eivät lisää kuolemanriskiä.

Psyykkisessä kuormittuneisuudessa ei todettu koulutusryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja vuonna 2011. Myös itse raportoitua psyykkistä oireilua koskeva tarkastelu 1980-luvulta 2000-luvun alkuun osoitti vähäisiä tai jopa käänteisiä yhteyksiä koulutuksen ja psyykkisen oireilun välillä Suomessa (21). Psyykinen kuormittuneisuus on yhteydessä moniin mielen-terveyshäiriöihin mutta heijastaa myös arkielämän stressiä, joka ei välttämättä liity mielen-terveysongelmiin. Aikaisemmissa eurooppalaisissa tutkimuksissa on havaittu, että sosioekonomisista tekijöistä alhainen tulotaso on voimakkaimmin yhteydessä psyykkiseen kuormittuneisuuteen, kun taas koulutustason merkitys on suhteellisen vähäinen (22). Tulosta ei pidä yleistää koskemaan kaikkia mielen-terveyshäiriöitä. Alhaisella koulutustasolla on voimakas yhteys muun muassa päihdehäiriöihin (23) ja psykooseihin (24).

Fyysisen toimintakyvyn osalta tarkasteltiin liikkumiskykyä, jossa havaittiin selkeät koulutusryhmittäiset erot vuosina 2000 ja 2011, eivätkä nämä erot kaventuneet. Liikkumiskyvyn sosioekonomiset erot ovat säilyneet ennallaan työikäisessä väestössä jo 1970-luvun lopulta lähtien, vaikka liikkumisrajoitteet ovatkin huomattavasti vähentyneet tänä ajanjaksona (25). Kognitiivisen toimintakyvyn osoittimista tarkasteltiin oppimiskykyä, jonka koulutusryhmittäiset erot puolestaan kaventuivat naisilla ja säilyivät ennallaan miehillä. Monet elintavat ja sairaudet ovat keskeisiä toimintakyvyn määrittäjiä, joten niiden jakautuminen ja muuttuminen väestöryhmittäin vaikuttaa myös toimintakykyyn. Esimerkiksi liikkumiskyvyn koulutusryhmittäisistä eroista valtaosan selittävät lihavuus, raskas fyysinen työkuormitus, sekä toimintakykyä heikentävät krooniset sairaudet (26). Viimeaikaiset tulokset osoittavat, että epäterveelliset elintavat ja monet sairaudet ovat edelleen yleisempiä vähemmän koulua käyneillä kuin korkeammin

Tästä asiasta tiedettiin

- Väestön terveys ja hyvinvointi ovat parantuneet monelta osin 1970-luvulta lähtien.
- Aiemmat tutkimukset väestöryhmien välisistä terveyseroista ja niiden muutoksista 1980-luvulta 2000-luvun alkuun ovat osoittaneet sairastavuuserojen säilyneen suurin piirtein ennallaan ja kuolleisuuserojen kasvaneen.
- Yhteiskuntapolitiikan tavoitteena on ollut kaventaa vuosittaisen vaihteessa vallinneita kuolleisuuseroja viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Tarvitaan ajankohtaista tietoa terveys- ja hyvinvointierojen kehityksestä 2000-luvulla sosiaali- ja terveyspolitiikan arvioimisen tueksi.

Tämä tutkimus opetti

- Koulutusryhmien välillä havaittiin jyrkät erot useimmilla terveyden ja hyvinvoinnin ulottuvuuksilla: ylimmässä koulutusryhmässä tilanne oli paras ja alimmassa koulutusryhmässä huonoin.
- Kävelyvaikeuksien, kasvisten käytön, työkyvyn, riittämättömän toimeentulon ja työttömyyden koulutusryhmittäiset erot säilyivät ennallaan vuodesta 2000 vuoteen 2011. Koulutusryhmittäiset erot kaventuivat pitkäaikais-sairastavuudessa, miehillä myös koetussa terveydessä sekä naisilla oppimiskyvyssä. Naisilla tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot kasvoivat.

koulutetuilla (27,28). Toimintakyvyn sosioekonomisia eroja pystytään parhaiten kaventamaan edistämällä terveyttä ja muuttamalla asuin- ja työympäristöä toimintakykyä tukeviksi, kiinnittäen huomiota erityisesti heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleviin.

Tarkastellulla ajanjaksolla havaittu tupakoinnin väheneminen ja samanaikainen koulutusryhmien välisten tupakointierojen kasvu tukee aiempia tuloksia tupakoinnin kehityksestä väestössä (29). Koulutusryhmittäisten erojen kasvu osoittaa, ettei terveyspolitiikan tavoitetta ole saavutettu. Varsinkin naisilla koulutusryhmittäiset erot tupakoinnissa ovat kasvaneet verrattuna vuosittuhannen alkuun. Tupakointi on keskeinen terveyseroja aiheuttava tekijä, ja tarvitaan aiempaa tehokkaampia toimia tupakoinnin vähentämiseksi etenkin vähän koulua käyneiden joukossa. On kiinnitettävä huomiota sekä tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn että tupakasta vieroituksen tehostamiseen mm. terveydenhuollossa. Vihannesten ja juuresten käytön koulutusryhmäeroissa ei tapahtunut juuri mitään muutoksia. Koulutusryhmien erot vihanneksien ja kasvisten käytössä näyttävät perustuvan varsin pysyviin tottumuksiin, joiden muuttaminen edellyttäne uusia toimia mm. joukkoruokailussa sekä ruokaostuksiin vaikuttamisessa.

Tässä tarkastelussa havaittu toimeentulon ja koulutuksen välinen voimakas yhteys ilmenee myös Tulonjakotilastosta, jonka mukaan vuonna 2010 enintään perusasteen koulutuksen suorittaneista joka viides kuuluu väestön pienituloisimpaan kymmenykseen, kun ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista vastaava osuus on kolme prosenttia (30). Vaikka suurituloinenkin voi kokea, että rahat eivät riitä, toimeentulon kokeminen riittämättömäksi on myös Tulonjakotilaston mukaan voimakkaassa yhteydessä tulotasoon (31). Puolet pienituloisista ilmoitti, että rahat eivät riitä eikä mitään jää säästöön, kun keskituloisista vastaava osuus oli noin 15 prosenttia. Silti suurituloisimmistakin runsaat viisi prosenttia koki samalla tavoin. Tämän tutkimuksen mukaan koetun toimeentulon koulu-

tusryhmittäiset erot ovat olleet pysyviä koko tarkastelujakson ja ne ilmenevät lähinnä korkeasteen ja muiden koulutusryhmien välillä.

Koulutuksen vahva yhteys työllisyyteen on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa. Tilastokeskuksen tuoreimman työssäkäyntitilaston mukaan työttömäksi jäämisen riski pienenee koulutuksen pituuden myötä (32). Vaikka työttömyyden taso olikin pienentynyt vuodesta 2000, koulutusryhmien väliset erot työttömyydessä pysyivät ennallaan. Työttömyys ja usein siihen liittyvät toimeentulo-ongelmat voivat toimia välittävänä tekijänä, jotka selittävät osaltaan koulutuksen yhteyttä terveyteen, toimintakykyyn ja elintapoihin. Niukka toimeentulo vaikeuttaa esimerkiksi tarvittavien terveyspalveluiden hankkimista. On myös todettu taloushuolien aiheuttavan aivoille pysyvän stressitilan, joka voi heikentää pitkän tähtäyksen suunnittelua ja siten esimerkiksi vähentää kapasiteettia tehdä terveyden kannalta suotuisia elintapavalintoja (33).

Suomessa yhteiskuntapolitiikan keskeinen tavoite on ollut terveyden ja hyvinvoinnin mahdollisimman hyvä taso ja vähäiset erot väestöryhmien välillä. Tasotavoitteen osalta kehitys on ollut monelta osin suotuisaa: kansalaiset elävät aiempaa pitempään ja terveempinä, ja elämänlaatuakin näyttää kohentuneen (3). Sen sijaan tasa-arvotavoitetta lähestytään kovin hitaasti, ja joidenkin keskeisten hyvinvoinnin osoittimien kohdalla kehitys on ollut tavoitteeseen nähden päinvastaista. Muita huonommassa asemassa olevien isojen väestöryhmien hyvinvoinnin ja/tai sen edellytysten kehityksen pysähtyminen hidastaa oleellisesti myös koko väestön keskimääräisen tilanteen kohenemistä. Kun väestö nopeasti ikääntyy, on sekä eettisesti että taloudellisesti yhä tärkeämpää huolehtia siitä, että mahdollisimman moni työikäinen suoriutuu hyvin työelämässä ja mahdollisimman moni työiän jossain vaiheissa voi elää itsenäistä hyvää elämää. Siksi on entistä tärkeämpää onnistua väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa kohentamalla etenkin muita huonommassa asemassa olevien tilannetta. ■

■ ENGLISH SUMMARY WWW.LAAKARILEHTI.FI > IN ENGLISH

Educational disparities in health and well-being are still large in the Finnish population

ENGLISH SUMMARY

Time trends in educational disparities in health and well-being in the Finnish population from 2000 to 2011

KIRSI TALALA
Ph.D., Researcher
National Institute for Health and Welfare,
Department of Health, Functional Capacity and Welfare
kirsi.talala@thl.fi

TOMMI HÄRKÄNEN
TUIJA MARTELIN
SAKARI KARVONEN
TOMI MÄKI-OPAS
KRISTIINA MANDERBACKA
JAANA SUVISAARI
PÄIVI SAINIO
HARRI RISSANEN
OTTO RUOKOLAINEN
ANTERO HELOMA
SEPPO KOSKINEN

Language checked by
Mark Phillips.

Background

The general health of the Finnish population has improved over recent decades. However, disparities in health and well-being remained at a similar level or even increased between the early 1980s and the beginning of the 2000s. The most recent time trends in socioeconomic differences in health and well-being have not been previously reported in Finland.

Methods

The study is based on the longitudinal population survey Health 2000/2011, which includes a health interview and questionnaire data on the most important public health problems and well-being indicators. For the Health 2000 Survey, a representative sample of the Finnish population aged 30 and over living in mainland Finland on 30th June 2000 was collected by two-stage stratified cluster sampling. The invitation to participate in the Health 2011 survey was sent to all persons who had been included in the sample of the Health 2000 survey. The number of participants aged 30–74 was 6107 in the year 2000 and 5164 in the year 2011.

Educational level was defined according to Statistics Finland's Register of Completed Education and Degrees, and was classified into basic, intermediate and high level of education. The indicators for health and well-being covered by this study were self-rated health, chronic illness, unmet need for physician care, psychological distress, difficulty of walking half a kilometer, cognitive functioning (CERAD word list recall), self-reported working capacity, smoking, vegetable consumption, perceived sufficiency of income and unemployment.

Results

Level of education was associated with nearly all of the examined indicators of health and well-being; those with the highest level of education reported better health and well-being compared to those with the lowest level of education. During the study period, the differences between educational groups narrowed for chronic illness among both sexes, for self-rated health among men, and for cognitive functioning and perceived sufficiency of income among women. Educational-level disparities were marked and stable in relation to vegetable consumption, difficulty of walking half a kilometer, working capacity and unemployment. However, educational-level differences increased for smoking especially among women, as the prevalence of daily smoking increased among persons with the lowest level of education and decreased among those with the highest educational level.

Conclusion

Health and well-being have improved for the Finnish population. However, wide educational disparities have remained during the first 11 years of the 21st century according to most dimensions for health and well-being. Furthermore, it is alarming that educational-level differences have increased in regard to smoking especially among women.