



Vieraskielisten kuolleisuus Helsingissä 2000–2014 ja siviilisäädyn merkitys kieliryhmien erojen selittäjänä

NETTA MÄKI

Johdanto

Ulkomaalaistaustaisen väestön määrä on kasvanut Suomessa vasta parin viime vuosikymmenen aikana. Samalla maahanmuutosta ja maahanmuuttajien sopeutumisesta on tullut korostetusti kaupunkilainen ilmiö: kun vuoden 2015 alussa vieraskielisten osuus pääkaupunkiseudun ulkopuolisen Suomen väestöstä oli vain 3,7 prosenttia, oli osuus Helsingin, Espoon ja Vantaan alueella 13,5 prosenttia (Helsingin seudun aluesarjat). Vuonna 1980 Helsingissä asui noin 3 100 muuta kuin suomea, saamea tai ruotsia äidinkielenään puhuvaa, mutta vuonna 2015 lukumäärä oli jo yli 83 000. Vieraskielisten väestöosuuden kasvu on myös nopeutunut: kun esimerkiksi vuonna 1990 helsinkiläisistä vieraskielisiä oli vain 1,3 prosenttia ja vuonna 2000 vastaavasti 5,4 prosenttia, niin viime vuodenvaihteessa osuus eli 13,5 prosenttia. Koko Helsingin seudulla eli pääkaupunkiseudun ja kehyskuntien alueella vieraskielisen väestön osuuden ennustetaan olevan 18 prosenttia vuonna 2030 (Helsingin kaupungin tietokeskus 2013). Muutoksen nopeutta selittää pitkälti se, että lähtötaso oli hyvin matala.

Vuoden 2014 lopussa suurimmat vieraskielisten kieliryhmät Helsingissä olivat venäjän- (noin 16 500), viron- (11 600) ja somalinkieliset (8 000), ja näihin kolmeen kieliryhmään kuului 43 prosenttia kaupungin vieraskielisistä. Seuraavaksi suurimmat kieliryhmät ovat englanti, arabia ja kiina. On hyvä huomata, että yhä suurempi osa Helsingin väkiluvun kasvusta johtuu muun kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkielisten väestömäärän kasvusta. Kuluvan vuosikymmenen aikana vieraskielisten osuus Helsingin väestönkasvusta

on ollut keskimäärin 64 prosenttia. (Mäki & Vuori 2015.) Tämän yhä kasvavan väestöosan elinoloja ja hyvinvointia olisikin tärkeä tuntee paremmin.

Maahanmuuttajien kuolleisuutta on tutkittu jonkin verran etenkin niissä maissa, jotka ovat vastaanottaneet muuttajia jo pidemmän ajan. Tulokset kuitenkin vaihtelevat paljon maittain ja maahanmuuttajien lähtömaiden mukaan. Esimerkiksi Ruotsissa pohjoismaista – ja etenkin suomalaista – alkuperää olevan väestön kuolleisuus on korkeampaa kuin ruotsalaisten, mutta osalla kauempaa muuttaneista kansalaisryhmistä kuolleisuus on joko samalla tasolla tai vähäisempää kuin ruotsalaisilla (Rostila & Fritzell 2014). Vastaavasti esimerkiksi Hollannissa marokkolaismiesten kuolleisuus on pienempää, mutta joidenkin muiden maahanmuuttajaryhmien suurempaa kuin hollantilaisten (Bos & al. 2004), ja Saksassa turkkilaisten kuolleisuus on jopa 50 prosenttia pienempää kuin alkuperäisten saksalaisten (Razum & al. 1998). Eniten maahanmuuttajien kuolleisuutta on tutkittu Yhdysvalloissa. Tutkimusten mukaan etenkin latinalaisamerikkalaista alkuperää olevien kuolleisuus on jopa useita kymmeniä prosentteja pienempää kuin syntyperäisten amerikkalaisten (Markides & Eschbach 2011; Abraído-Lanza & al. 1999).

Useissa tutkimuksissa esille tullut maahanmuuttajien pienempi kuolleisuus on merkittävää erityisesti sen takia, että heidän sosioekonominen asemansa on yleensä syntyperäisiä asukkaita matalampi. Yleensä sosioekonominen asema on käänteisessä yhteydessä sairastavuuteen ja kuolleisuuteen: mitä korkeampi asema, sitä vähäisempi sairastavuus ja pienempi kuolleisuus. Maahanmuuttajien kohdalla kuitenkin on havaittu, että

matala sosiaalinen asema yhdistyy alhaiseen kuolleisuuteen. Tätä kutsutaan epidemiologiseksi paradoksiksi (amerikkalaisessa keskustelussa käytetään usein käsitettä ”*Hispanic Paradox*”).

Paradoksia on selitetty pääsääntöisesti kahden mekanismin kautta. Toisaalta nähdään, että kyse on valikoitumisprosessista. Tämän niin kutsutun *healthy migrant* -hypoteesin mukaan maastamuuttajat ovat hyvin valikoitunut osa lähtömaan väestöä, ja niinpä he saattavat muun muassa olla huomattavasti terveempiä kuin maahan jäävät. Tutkimuksia, joissa verrattaisiin muuttajien terveydentilaa maahan jäävien terveydentilaan, on kuitenkin vähän. Yao Lun (2008) mukaan erityisesti nuoret muuttajat, joilla muuttomotiivit liittyvät työnteekoon, ovat terveempiä kuin maahan jäävät nuoret, mutta vanhempien ihmisten kohdalla tilanne on toinen ja heillä parempien terveyspalvelujen tarve saattaa edistää muuttoa.

Epidemiologisen paradoksin toista selitysmallia on kutsuttu lohiihypoteesiksi (*salmon bias hypothesis*). Sen mukaan ulkomaalaistaustaisten alhaisempi kuolleisuus on itse asiassa harhaa, joka syntyy siitä, että sairastuessaan tai vanhetessaan maahanmuuttajat palaavat lähtömaahansa, ja kohdemaassa viivytään näin ollen pääsääntöisesti vain nuorena ja terveenä. Yhdysvaltojen osalta Cassio Turra ja Irma Elo (2008) ovat testanneet lohiihypoteesia ja vaikka heidän mukaansa ilmiö on kyllä olemassa ja osa maahanmuuttajista kyllä palaa lähtömaahansa sairastuessaan tai vanhetessaan, sitä tapahtuu niin vähän, että se ei riitä selittämään epidemiologista paradoksia. Hypoteesin vähäistä merkitystä asian selittäjänä on perusteltu niin ikään sillä, että myös niillä maahanmuuttajilla (Yhdysvalloissa ennen kaikkea kuubalaisilla), jotka eivät palaa lähtömaihinsa, epidemiologinen paradoksi on ollut hyvin selkeä (Abraído-Lanza & al. 1999).

Maahanmuuttajien kuolleisuutta Suomessa on toistaiseksi tutkittu vain yhdessä, väestötieteen alaan kuuluvassa pro gradu -opinnäytetyössä (Lappalainen 2012), joka käsiteli Venäjällä ja entisessä Neuvostoliitossa syntyneiden kuolleisuutta. Sen mukaan näiden maahanmuuttajien osalta epidemiologinen paradoksi oli hyvin selkeä ja kuolleisuus oli huomattavasti pienempää kuin Suomessa syntyneiden kuolleisuus. Tutkimuksessa oli mahdollista ottaa huomioon myös sosiaalisia tekijöitä. Tässä maahanmuuttajaryhmässä koulutustaso oli korkeampi kuin suomalaisilla keskimäärin, mutta työttömyys oli yleisempää ja tulotaso huomattavasti alhaisempi. Sosioekonomisen aseman va-

kioiminen ei vaikuttanutkaan kuolleisuuseroihin maahanmuuttajataustaisten ja suomalaisten välillä. Maahanmuuttajaryhmän kuolleisuus oli alhaisempaa usean kuolemansyyntä kohdalla, ja selkeästi pienempää esimerkiksi verenkiertoelinten sairauksien osalta, mutta hieman yllättäen myös alkoholisyyden sekä itsemurhien ja väkivallan kohdalla. Tutkimuksessa käytetty aineisto mahdollisti lohiihypoteesiin liittyvän harhan hallinnan kohtuullisen hyvin, ja Eevi Lappalainen esittääkin, että tulokset tukevat *healthy migrant* -hypoteesia. Maahanmuuttajat, jotka ovat syntyneet Venäjällä ja entisessä Neuvostoliitossa, ovat ilmeisesti terveempiä kuin näihin maihin jääneet ja siis terveytensä perusteella valikoituneita. (Mt.)

Vieraskielisten ja maahanmuuttajien terveyttä on niin ikään tutkittu Suomessa hyvin vähän. Merkittävin hanke on ollut Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu), jossa käsiteltiin erityisesti venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten terveydentilaa, toiminta- ja työkykyä, niihin vaikuttavia elinoloja ja elintapoja sekä palvelujen tarvetta ja sen tyydyttymistä. Tulosten mukaan erityisesti somalitaustaisilla miehillä oli pitkäaikaissairauksia ja kansantautien riskitekijöitä huomattavasti vähemmän kuin koko väestössä, ja niin ikään heidän elintapansa vaikuttivat koko väestöä terveemmiltä. Venäläis- ja kurditaustaisilla riskitekijöiden yleisyys puolestaan oli melko samanlaista kuin koko väestössä, mutta vaikka venäläistäustaiset naiset raportoivat enemmän pitkäaikaissairauksia, mitattu toimintakyky vaikutti paremmalta kuin koko väestössä. (Castaneda & al. 2012.)

Maahanmuuttajien sosioekonominen asema näyttäisi Suomessakin olevan heikompi kuin kantaväestön, vaikkakin joidenkin indikaattoreiden tulkinnassa tulee olla varovainen. Esimerkiksi maahanmuuttajien koulutustietoihin liittyy suurta epävarmuutta, sillä mikään taho ei toistaiseksi kerää tietoa maahan muuttaneiden ulkomailta suorittamista tutkinnoista, ja tilastoissa koulutustasoksi määrittäykin näin usein tuntematon tai perusasteen koulutus. Toisista sosioekonomisen aseman indikaattoreista sen sijaan on tietoa, ja esimerkiksi ammattiin perustuva sosioekonominen asema on maahanmuuttajilla keskimäärin matalampi kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvilla, työttömyysaste on korkeampi ja tulot pienemmät. (Myrskylä & Pyykkönen 2014.) Helsingin vieraskielisten sosioekonominen asema on

hyvin samanlainen, vaikkakin näyttäisi siltä, että työttömyysaste on hieman matalampi ja tulot vähän suuremmat kuin maahanmuuttajilla keskimäärin koko maassa (Helsingin kaupungin tietokeskus 2014).

Toinen mahdollinen rakenteellinen tekijä epidemiologisen paradoksin taustalla voi olla erilainen siviilisäätäjakauma kieliryhmien välillä. Siviilisäätö on yhteydessä kuolleisuuteen ja niin ikään suomalaisilla naimisissa olevilla on osoitettu olevan huomattavasti matalampi kuolleisuus kuin avoliitossa olevilla, yksin tai jonkun muun kanssa asuvilla (Koskinen & al. 2007). Jos maahanmuuttajilla yhteys on samantapainen ja jos matalan kuolleisuuden siviilisäätöryhmät ovat yleisempiä kuin kantaväestössä, voi osa erosta selittyä näin.

Vaikka huomattava osa (13,5 prosenttia viime vuodenvaihteessa) helsinkiläisistä on vieraskielisiä, tutkimusta tämän ryhmän terveydestä tai kuolleisuudesta on hyvin vähän. Tämän tutkimuksen tarkoitus onkin analysoida vieraskielisten helsinkiläisten kuolleisuutta sekä siviilisäätöjakauman yhteyttä siihen.

Aineisto ja menetelmät

Artikkelin analyysiin käytettiin Tilastokeskuksen muodostamia rekisteripohjaisia taulukoituja kokonaisaineistoja (lupanumero TK-52-197-14). Ne sisältävät vuosittaiset tiedot väkiluvusta ja kuolleista luokiteltuna sukupuolen, iän, äidinkielen ja siviilisäädyn mukaan. Analyysit kattavat aikuisväestön eli 18 vuotta täyttäneet, sillä lasten ja nuorten kuolleisuus on sisällöllisesti oma aiheensa. Myös teknisten syiden takia tämä rajausta tuli tehdä, koska ensinnäkin vieraskielisten lasten kuolemantapauksia on tämän tutkimuksen kattaman ajanjakson aikana kertynyt hyvin pieni määrä, ja toiseksi alaikäisten osalta ainoa siviilisäätö on käytännössä naimaton, mikä vaikeuttaisi tilastollista mallintamista. Mallit esitetään osittain miehille ja naisille erikseen, osittain sukupuolille yhdessä.

Pääsääntöisesti analyysissa tutkitaan kaikkien Helsingin vieraskielisten (ts. niiden, joiden äidinkieli on jokin muu kuin suomi, saame tai ruotsi) kuolleisuuden yleisyyttä suhteessa suomenkielisten kuolleisuuteen, mutta mukana on myös tarkempi äidinkieli jaottelu. Siinä mukaan on otettu ne kieliryhmät, joissa kuolemantapauksia on eniten. Pois on jäänyt joitain kieliryhmiä, joita pu-

huvia on Helsingissä enemmän, mutta kuolemantapauksia on vain vähän todennäköisesti nuoren ikäjakauman takia. Kuolleisuuden tiedetään olevan ruotsinkielisillä pienempi kuin suomenkielisillä (Sipilä & Martikainen 2009), joten tätä kieliryhmää tarkasteltiin erikseen. Kuolleisuus pieneni tarkastellun ajanjakson eli vuosien 2000–2014 aikana kaikissa kieliryhmissä. Miehillä kuolleisuus pieneni eniten suomenkielisillä ja naisilla vieraskielisillä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, minkä takia aikaa ei vakioitu malleissa. Siviilisäätö-muuttuja sisältää neljä luokkaa eli avioliitossa olevat, naimattomat, eronneet ja lesket. Kolmeluokkainen kieliryhmä oli tilastollisesti erittäin merkittävästi yhteydessä siviilisäätöyn.

Menetelminä käytettiin ikävakioidujen kuolleisuuslukujen laskemista keskiväkiluvun tuhatta henkeä kohti sekä regressiomallinnusta. Keskiväkiluku laskettiin vuoden alun ja lopun aritmeettisena keskiarvona. Suorassa ikävakioidinnissa vakioväestönä käytettiin Eurostatin vakioväestöä. Koska aineisto on taulukoidussa muodossa, mallinnus tehtiin Poissonin regressiomallilla ja suhteellinen kuolleisuus esitetään riskisuhteina äidinkieli-ryhmien välillä.

Tulokset

Täysi-ikäisten helsinkiläisten miesten ikävakioidu kuolleisuus oli 18,4 keskiväkiluvun tuhatta henkeä kohti (taulukko 1). Suomenkielisten kuolleisuus oli hieman korkeampi (18,8) kuin ruotsinkielisten (16,4) ja vieraskielisten (13,2). Naisien ikävakioidu kuolleisuus oli selkeästi alhaisemalla tasolla: suomen- ja ruotsinkielisillä se oli noin 11,4 keskiväkiluvun tuhatta henkeä kohti ja vieraskielisillä 8,7. Vastaavasti ruotsinkielisten miesten kuolleisuuden riskisuhte oli 0,9-kertainen suomenkielisiin verrattuna eli kuolleisuus oli 10 prosenttia pienempää. Vieraskielisten miesten kuolleisuus puolestaan oli 40 prosenttia suomenkielisiä pienempää. Siviilisäädyn vakioiminen mallissa 2 pienensi hieman riskisuhteiden eroa. Naisilla erot kuolleisuudessa olivat alun perinkin pienemmät, minkä lisäksi siviilisäädyn vakioiminen vaikutti vain vähän, tosin niin, että ruotsinkielisten naisten kuolleisuuden korkeampi riskisuhte nousi tilastollisesti merkitseväksi.

Taulukossa 2 esitetään kuolleisuuden riskisuhteet tarkemmalla kielijaottelulla. Mallinnuksessa on yhdistetty miehet ja naiset, sillä muuten mo-

Taulukko 1. Henkilöiden ja kuolemantapausten lukumäärä, ikävakioitu kuolleisuus (%) sekä kuolleisuuden riskisuhde sukupuolen ja äidinkielen mukaan Helsingissä 2000–2014

Äidinkieli	Henkilöt	Kuolemantapaukset	Ikävakioitu	Kuolleisuuden riskisuhde	
			kuolleisuus %	Malli 1: Ikä vakioitu	Malli 2: Malli 1 + Siviilisäätty
MIEHET					
Suomi	2 775 180	29 988	18,8	1,00	1,00
Ruotsi	203645	3 104	16,4	0,89 (0,86-0,93)	0,92 (0,89-0,96)
Muu kieli	331842	881	13,2	0,61 (0,57-0,66)	0,65 (0,61-0,70)
Yhteensä	3 310 667	33 973	18,4		
NAISET					
Suomi	3 359 004	35 421	11,4	1,00	1,00
Ruotsi	235 308	4 581	11,3	1,03 (1,00-1,07)	1,04 (1,01-1,07)
Muu kieli	299 311	600	8,7	0,77 (0,71-0,83)	0,77 (0,71-0,84)
Yhteensä	3 893 623	40 602	11,3		

Taulukko 2. Kuolleisuuden riskisuhde äidinkielen mukaan Helsingissä 2000–2014

Äidinkieli	Kuolemantapausten lukumäärä	Kuolleisuuden riskisuhde	
		Malli 1: Ikä ja sukupuoli vakioitu	Malli 2: Malli 1 + Siviilisäätty
Suomi	65 409	1,00	1,00
Ruotsi	7 685	0,97 (0,95-0,99)	0,98 (0,96-1,01)
Venäjä	563	0,82 (0,76-0,89)	0,87 (0,80-0,95)
Viro	201	0,70 (0,61-0,81)	0,69 (0,60-0,79)
Englanti	96	0,53 (0,43-0,64)	0,53 (0,43-0,64)
Saksa	77	0,75 (0,60-0,93)	0,75 (0,60-0,93)
Somali	53	0,64 (0,49-0,83)	0,69 (0,53-0,91)
Turkki	46	0,61 (0,45-0,81)	0,59 (0,44-0,78)
Muut	445	0,60 (0,55-0,66)	0,62 (0,57-0,68)

nen kieliryhmän tapausmäärä jäisi hyvin pieneksi. Näin voidaan tehdä, koska riskisuhteet olivat samansuuntaiset miehillä ja naisilla (tulokset edellä). Venäjää äidinkielenään puhuvien helsinkiläisten kuolleisuus oli 0,8-kertainen suomenkielisten kuolleisuuteen verrattuna eli 20 prosenttia pienempää. Muissa vieraskielisten ryhmässä kuolleisuus oli vielä pienempää eli noin 30–45 prosenttia alhaisempaa kuin suomenkielisillä. Siviilisäädyn vakioiminen vaikutti lukuihin vain vähän.

Vaikka siviilisäädyn vakioimisen vaikutus kieliryhmien välisiin kuolleisuuden riskisuhteisiin oli pieni (malli 2 taulukossa 2), siviilisäädyllä ja kieliryhmällä kuitenkin oli tilastollisesti merkitsevä yhdysvaikutus kuolleisuuteen, joten mallit tehtiin vielä siviilisäättyryhmittäin. Kun suomen- ja ruot-

sinkielisillä miehillä naimattomien ja eronneiden kuolleisuuden riskisuhde oli noin kaksinkertainen verrattuna avioliitossa oleviin, vieraskielisillä kuolleisuus oli vain 30 prosenttia suurempi naimattomilla ja 50 prosenttia eronneilla. Naisilla suomen- ja ruotsinkielisillä naimattomilla, eronneilla ja leskillä oli noin 50 prosenttia suurempi kuolleisuus kuin naimisissa olevilla. Muunkielisillä naimattomien ja eronneiden kuolleisuus ei eronnut avioliitossa olevien kuolleisuudesta. Leskien suhteellinen kuolleisuus taas oli lähes yhtä paljon suurempi kuin suomen- ja ruotsinkielisillä. Sen lisäksi, että siviilisäätty ei vieraskielisillä ollut yhtä voimakkaasti yhteydessä kuolleisuuteen kuin suomenkielisillä, heistä suurempi osa oli avioliitossa eli ryhmässä, jossa kuolleisuus oli alhaisin. Kun suomenkieli-

sistä miehistä naimisissa oli 39 prosenttia, ruotsin- ja vieraskielisistä oli 46 prosenttia. Naisilla ero oli vielä suurempi: suomen- ja ruotsinkielisistä naimisissa oli 33 prosenttia, mutta vieraskielisistä jopa 47 prosenttia. (Taulukko 3.)

Pohdinta

Maahanmuutto ja maahanmuuttajien sopeutuminen on yhä korostetummin kaupunkilainen ilmiö. Tässä tutkimuksessa selvitettiin Helsingin vieraskielisten kuolleisuuden tasoa, suhteellista kuolleisuutta verrattuna suomenkielisiin sekä siviilisäädyn merkitystä erojen taustalla. Kyse on aihepiiristä, jota ei Helsingin osalta tunneta ja jota koko Suomessakin on aiemmin tutkittu vain yhdessä pro gradu -opinnäytetyössä. Tulosten mukaan vieraskielisten kuolleisuus oli huomattavasti suomenkielisten kuolleisuutta pienempi: venäjänkielisten kuolleisuus oli noin 20 prosenttia pienempää ja muun muassa viron-, englannin- ja somalinkielisten kuolleisuus yli 30 prosenttia pienempää kuin suomenkielillä. Venäjänkielisten suhteellinen kuolleisuus oli tässä helsinkiläiset kattavassa tutkimuksessa hieman pienempää kuin Lappalaisen (2012) koko Suomea koskevassa opinnäytetyössä. Todennäköisesti tämä johtuu erilaisesta ikärakenteesta (tässä tutkimuksessa mukana olivat kaikki 18 vuotta täyttäneet, Lappalaisen tutkimus kattoi 30–64-vuotiaat). Tyypillisesti suhteelliset erot vaikkapa koulutus- tai siviilisäätiryh-

mien välillä ovat suurimmillaan työikäisillä. Myös maahanmuuttaja-käsite oli määritelty hieman eri tavalla (äidinkieli vs. Venäjällä ja entisessä Neuvostoliitossa syntyneet). Tämä tuskin kuitenkaan vaikutti tuloksiin kovin paljon, sillä syntymäpaikan tavoin äidinkieli on suhteellisen pysyvä; sen voi periaatteessa vaihtaa, mutta varsinkin aikuiset tekevät näin harvoin.

Epidemiologinen paradoksi, eli maahanmuuttajien alhainen kuolleisuus riippumatta heidän usein matalasta sosioekonomisesta asemastaan, näyttäytyy siis Helsingissä hyvin selkeänä. Alhainen kuolleisuus näkyi lähes kaikissa äidinkieliyhmissä, vaikka voidaan olettaa, että syyt maahanmuuttoon vaihtelevat kielen mukaan. Työn perässä muuttavat ovat usein terveitä. Pakolaisten terveydentila puolestaan voi olla hyvinkin heikko verrattuna kohdemaan väestöön, mutta kohtalainen tai jopa hyvä verrattuna lähtömaan keskimääräiseen tilanteeseen. Toisaalta esimerkiksi kiintiöpakolaisten osalta Suomen politiikkana on ollut huolehtia haavoittuvimpien ryhmien, kuten leskien, sijoittamisesta, mutta näiden heikossa asemassa olevien osuus kaikista maahanmuuttajista on kuitenkin pieni. *Healthy migrant* -vaikutus voi näin olleen selittää epidemiologista paradoksia Helsingissäkin.

Lohihypoteesi epidemiologisen paradoksin selittäjänä puolestaan lähtee siitä, että sairastuessaan tai vanhetessaan maahanmuuttajat palaavat lähtömaahansa, ja kohdemaassa viivytään näin ollen pääsääntöisesti vain nuorena ja terveenä. Tässä tutkimuksessa nähtiin, että myös esimerkiksi soma-

Taulukko 3. Siviilisäätiryhmien kuolleisuuden riskisuhde sukupuolen ja äidinkielen mukaan Helsingissä 2000–2014

Siviilisäätiryhmä	Suomi			Ruotsi			Muu kieli		
	Siviilisäätiryhmien jakauma (%)	Kuolemantapausten lkm	Ikävakioitu kuolleisuuden riskisuhde	Siviilisäätiryhmien jakauma (%)	Kuolemantapausten lkm	Ikävakioitu kuolleisuuden riskisuhde	Siviilisäätiryhmien jakauma (%)	Kuolemantapausten lkm	Ikävakioitu kuolleisuuden riskisuhde
MIEHET									
Avioliitossa	39	12 087	1,00	46	1 498	1,00	46	489	1,00
Naimaton	47	6 529	2,09 (2,02-2,16)	41	385	2,16 (1,91-2,43)	40	148	1,31 (1,08-1,58)
Eronnut	12	6 627	2,02 (1,96-2,08)	10	451	1,83 (1,65-2,04)	14	186	1,52 (1,28-1,80)
Leski	2	4 743	1,52 (1,46-1,57)	4	770	1,40 (1,28-1,54)	1	58	1,22 (0,91-1,62)
NAISET									
Avioliitossa	33	5 652	1,00	33	614	1,00	47	192	1,00
Naimaton	43	6 961	1,58 (1,53-1,64)	40	850	1,57 (1,41-1,75)	32	76	0,99 (0,76-1,29)
Eronnut	15	6 703	1,51 (1,46-1,57)	13	642	1,43 (1,28-1,60)	18	109	0,96 (0,75-1,21)
Leski	8	16 105	1,47 (1,43-1,53)	14	2 475	1,36 (1,24-1,50)	3	223	1,33 (1,06-1,66)

linkielisillä helsinkiläisillä oli huomattavasti pienempi ikävakioidu kuolleisuus kuin suomenkielillä. Tämä onkin hyvä esimerkki maahanmuuttajaryhmästä, josta vain pieni osuus on palannut lähtömaahansa. Varsinkin iäkkäämmistä somalinkielisistä vain yksittäiset henkilöt ovat vuosien mitaan palanneet Somaliaan (Vuori 2015), ja voisi olettaa, että esimerkiksi terveyspalvelujen parempi tarjonta Suomessa pitäisi sairaita vanhuksia täällä. Lohihypoteesi ei siis saa tukea ainakaan tämän kieliryhmän kohdalla.

Sen sijaan jonkinlainen vinouma tuloksiin voi tulla sitä kautta, että osa väestöstä on tosiasiallisesti muuttanut ulkomaille ilmoittamatta asiasta. Tämä koskee tietenkin suuremmalta osalta maahanmuuttajia. Näiden henkilöiden kotikunta näkyy yhä väestötietojärjestelmässä, vaikka he eivät ole asuneet Suomessa enää pitkään. Viime vuosina Tilastokeskus on poistanut Helsingin väestötilastoista pitkään niin sanotusti tietymättömissä olleiden ulkomaan kansalaisten tietoja (Mäki & Vuori 2015). Ilmiön merkitystä kuolleisuuslukuihin voidaan arvioida niin, että eri kieliryhmien riskiväestöstä poistetaan ikäryhmittäin tietymättömissä olevia vastaava osuus. Näin saadaan arvio siitä, miten paljon suurempi kuolleisuusluku maksimissaan olisi. Vieraskielisillä miehillä ikävakioidu kuolleisuusluku olisi näin laskettuna 14,1 keskiväkiluvun tuhatta henkeä kohti (aineiston perusteella laskettu luku oli 13,2) ja naisilla 9,1 (aineiston perusteella 8,7). Myös suomen- ja ruotsinkielisten kuolleisuus suurensi aavistuksen. Kuolleisuusluvut olisivat siis teoreettisesti enimmillään näin suuret, sillä Tilastokeskus on osittain jo poistanut tietymättömissä olevien tietoja aineistoista ja toisaalta henkilöt saattavat olla osittain yhä maassa. Tämä tekninen seikka ei siis muuta päätuloksia eikä selitä epidemiologista paradoksia.

Vieraskielisten erilainen siviilisäätijakauma selitti miehillä pienen osan erosta. Vieraskielisillä siviilisäätty ei ollut yhtä voimakkaasti yhteydessä kuolleisuuteen kuin suomenkielisillä, mikä lisäksi heillä oli naimisissa olevia, eli alhaisemman kuolleisuuden ryhmään kuuluvia, suhteellisesti enemmän. Naimattomien osuus oli etenkin naisilla huomattavasti pienempi kuin suomen- tai ruotsinkielisillä. Eronneiden osuus puolestaan oli vieraskielisillä hieman suurempi. Tarkempi äidinkieltarkastelu paljasti, että turkinkielisistä miehistä huomattava osa (25 prosenttia) oli eronnut ja myös englannin- ja somalinkielisillä miehillä eronneiden osuus oli hieman suurempi kuin suomen-

kielisillä. Venäjää äidinkielenään puhuvista naisista puolestaan yli neljännes oli eronnut, ja verrattuna suomenkielisiin myös viron- ja somalinkielisistä naisista hieman useampi oli eronnut. Suomenkielisillä eronneiden kuolleisuus oli huomattavasti suurempaa kuin naimisissa olevien; vieraskielisillä samanlaista eroa ollut – naisilla kuolleisuus oli jopa samalla tasolla. Yhteys eronneisuuden ja kuolleisuuden välillä voi periaatteessa rakentua kahden mekanismin kautta: ero voi liittyä valikoitumiseen, jolloin terveyteen tai terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät, vaikkapa alkoholin ongelmakäyttö, lisää sekä liiton päättymisen riskiä että kuolleisuusriskiä. Toisaalta avioero hyvin stressaavana elämäntapahtumana voi nostaa sairastumisen riskiä ja sitä kautta kuolleisuutta. Mekanismeja on tutkittu paljon (Joung & al. 1997; Koskinen et al. 2007), mutta käsitys syiden ja seurausten merkityksestä on koko väestönkin tasolla vielä epäselvä, ja maahanmuuttajien kohdalla kysymys vaatisi lisäanalyysia.

Vieraskielisten kuolleisuus Helsingissä poikkeaa esimerkiksi tilanteesta Ruotsissa, jossa tulokset eivät ole olleet yhtä johdonmukaiset. Tämä voi liittyä siihen, että ajan myötä maahanmuuttajien terveyden ja kuolleisuuden taso lähenevät alkuperäisen väestön tilannetta (Markides & Eschbach 2011). Alun perin terveelliset elintavat alkavat yleensä muistuttaa kohdemaan väestön elintapoja. Koska Ruotsissa maahanmuuttajia on ollut pitkään ja osa on jo toisen polven muuttajia (Helminen 2015), saattaa ero selittyä tällä. Razum ja Twardella (2002) ovatkin esittäneet, että maahanmuuttajien alhainen kuolleisuus liittyy siihen, että lähtö- ja kohdemaat ovat tyypillisesti eri vaiheessa epidemiologista transitiota eli niissä vaikuttavat erityyppiset sairaudet. Muuttajat hyötyisivät siitä, että he siirtyvät transition varhaisemmassa vaiheessa olevasta maasta myöhäisemmän vaiheen maahan. Tämä hyöty tapahtuisi esimerkiksi niin, että muuttajien äitiyskuolemat tai kuolleisuus tartuntatauteihin vähenevät, kun he pääsevät paremman terveydenhuollon pariin, mutta vaikkapa sydän- ja verisuonitautikuolleisuus, jonka kehittymiseen menee pitkä aika, ei alkuvaiheessa vielä uhkaa.

Suomessa tiedot maahanmuuttajien sairauksien riskitekijöistä eivät kuitenkaan täysin tue tätä näkemystä. Maahanmuuttajien terveys ja elintavat vaihtelevat paljon kieliryhmän mukaan (Castaneda & al. 2012). Erityisesti somalitaustaisilla miehillä on pitkäaikaisairauksia ja kansantautien ris-

kitekijöitä huomattavasti vähemmän kuin koko väestössä, ja niin ikään heidän elintapansa vaikuttavat koko väestöä terveemmiltä, mutta somalinaisilla sen sijaan ylipaino on yleinen ongelma. Venäläistaustaisilla riskitekijöiden yleisyys on melko samanlainen kuin koko väestössä, mutta siitä huolimatta kuolleisuus on huomattavasti suomenkielisiä pienempää. Lisäksi on hyvä huomata, että esimerkiksi Suomi ja Viro sijoittuvat samaan epidemiologisen transition vaiheeseen, mutta silti Helsingin vironkielisten kuolleisuus on huomattavasti pienempi kuin suomenkielisten.

Maahanmuuttajataustaiset määriteltiin tässä tutkimuksessa äidinkielen mukaan. Se on erittäin käyttökelpoinen muuttuja, sillä siitä on saatavilla tarkkoja tietoja; esimerkiksi kansalaisuudesta on näin pitkältä ajalta vain tieto, onko henkilö Suomen vai jonkin muun maan kansalainen. Lisäksi äidinkieli pysyy pääsääntöisesti muuttumattomana toisin kuin vaikkapa kansalaisuus. Myös palveluiden tarjonnan kannalta äidinkieli on keskeinen indikaattori. Ruotsinkielisten ryhmä piti sisällään myös ne muiden maiden kansalaiset, joiden äidinkieli oli ruotsi. Ryhmää ei eroteltu omakseen, koska tietoa kansalaisuudesta ei ole saatavilla kaikilta tämän tutkimuksen kattamilta vuosilta. Muiden kuin Suomen kansalaisten osuus ruotsia äidinkielenään puhuvista oli kuitenkin hyvin pieni (2,6 prosenttia); lisäksi heidän kuolleisuutensa oli samalla tasolla kuin Suomen ruotsinkielisten. Tä-

mä siis tuskin vaikuttaa saatuihin tuloksiin kahden kotimaisen kieliryhmän välillä.

Johtopäätökset

Epidemiologinen paradoksi, eli maahanmuuttajien kantaväestöä pienempi kuolleisuus huolimatta heidän alhaisemmasta sosioekonomisesta asemastaan, on hyvin selkeä Helsingissä. Aihepiiriä on tutkittu Suomessa hyvin vähän. Pääkaupunkia koskevat tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia kuin koko Suomea koskeneessa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin Venäjällä ja entisessä Neuvostoliitossa syntyneitä. Vieraskielisten pienempi kuolleisuus Helsingissä oli nähtävissä lähes kaikissa kieliryhmissä, vaikka ne edustivat hyvin erilaisia kansallisuuksia. Vieraskielisten erilainen siivillisäätajakaua selitti miehillä vain pienen osan kuolleisuuserosta, naisilla ei lainkaan. Paradoksin selitysmalleista todennäköisempi onkin *healthy migrant* -hypoteesi. Kuolleisuuserot johtunevat siis ainakin osin siitä, että maahanmuuttajat ovat terveyden perusteella valikoitunut osa lähtömaan väestöä. Maahanmuuttajien kuolleisuustilannetta tulee kuitenkin seurata, sillä tyypillistä on, että ajan myötä maahanmuuttajien terveys ja kuolleisuuden taso lähenevät alkuperäisen väestön tilannetta.

KIRJALLISUUS

- Abraído-Lanza, Ana F & Dohrenwend, Bruce P & Ng-Mak, Daisy S & Turner, J Blake: The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health* 89 (1999): 1543–1548.
- Bos, Vivian & Kunst, Anton E & Keij-Deerenberg, Ingeborg M & Garssen, Joop & Mackenbach Johan P: Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology* 33 (2004): 1112–1119.
- Castaneda, Anu E & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Helminen, Marja-Liisa: Suomi ja Ruotsi vastakohtapari maahanmuutossa. *Tieto&trendit* 3/2015: 30–38. Helsingin kaupungin tietokeskus: Helsingin seudun vieraskielisen väestön ennuste 2013–2030. Helsingin kaupungin tietokeskus: Tilastoja 2013:5.
- Helsingin kaupungin tietokeskus: Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2014. Helsingin kaupungin tietokeskus: Tilastoja 2014:36.
- Joung, Inez MA & van de Mheen Dike H & Stronks, Karien & van Poppel, Frans WA & Mackenbach Johan P: A Longitudinal Study of Health Selection in Marital Transitions. *Social Science & Medicine* 46 (1997): 425–435.
- Koskinen, Seppo & Joutsenniemi, Kaisla & Martelin, Tuija & Martikainen, Pekka: Mortality differences according to living arrangements. *International Journal of Epidemiology* 36 (2007): 1255–1264.
- Lappalainen, Eevi: Venäjällä ja entisessä Neuvostoliitossa syntyneiden maahanmuuttajien kuolleisuus. Seurantatutkimus Suomessa vuosina 1987–2007. Pro gradu -työ. Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto, 2012.

- Lu, Yao: Test of the 'healthy migrant hypothesis': A longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Social Science & Medicine* 67 (2008): 1331–1339.
- Markides, Kyriakos S & Eschbach, Karl: Hispanic Paradox in Adult Mortality in the United States. Teoksessa Rogers, Richard G & Crimmins, Eileen M (toim.): *International Handbook of Adult Mortality*. *International Handbook of Population* 2. Springer Science & Business media, 2011.
- Myrskylä, Pekka & Pyykkönen, Topias: Suomeen muuttaneiden naisten ja miesten työmarkkinatilanne, koulutus ja poliittinen osallistuminen. Tilastokeskus: Working papers 2/2014.
- Mäki, Netta & Vuori, Pekka: Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2014/2015 ja väestönmuutokset vuonna 2014. Helsingin kaupungin tietokeskus, Tilastoja 2015:21.
- Razum, Oliver & Twardella, Dorothee: Time travel with Oliver Twist--towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Tropical Medicine & International Health* 7 (2002):4–10.
- Razum, Oliver & Zeeb, Hajo & Seval Akgün, H & Yilmaz, Selma: Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine and International Health* 3 (1998): 297–303.
- Rostila, Mikael & Fritzell, Johan: Mortality Differential by Immigrant Groups in Sweden: The Contribution of Socioeconomic Position. *American Journal of Public Health* 104 (2014): 686–695.
- Sipilä, Petteri & Martikainen Pekka: Language-group mortality differentials in Finland in 1988-2004: assessment of the contribution of cause of death, sex and age. *European Journal of Public Health* 19 (2009):492–498.
- Turra, Cassio M & Elo, Irma T: The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage. *New Evidence from Social Security Data. Population Research and Policy Review* 27 (2008): 515–530.

Muut lähteet:

Helsingin seudun aluesarjat -tilastokanta <http://www.aluesarjat.fi/> (luettu 21.8.2015).

Vuori, Pekka/Helsingin kaupungin tietokeskus: Suullinen tiedonanto 14.8.2015.

TIIVISTELMÄ

Netta Mäki: Vieraskielisten kuolleisuus Helsingissä 2000–2014 ja siviilisäädyn merkitys kieliryhmien erojen selittäjänä

Maahanmuutto ja maahanmuuttajien sopeutuminen on Suomessa hyvin korostetusti kaupunkilainen ilmiö. Tässä tutkimuksessa selvitettiin Helsingin vieraskielisen väestön kuolleisuuden tasoa, suhteellista kuolleisuutta verrattuna suomenkielisiin sekä siviilisäädyn merkitystä erojen taustalla. Kyse on aihepiiristä, jota ei Helsingin osalta tunneta ja jota koko Suomessa on aiemmin tutkittu vain vähän. Aineistona käytettiin rekisteripohjaista kokonaisaineistoa ja menetelmänä Poissonin regressiomallinnusta.

Epidemiologinen paradoksi, eli maahanmuuttajien kantaväestöä pienempi kuolleisuus huolimatta heidän alhaisemmasta sosioekonomisesta asemastaan, oli hyvin selkeä Helsingissä. Vieraskielisten pienempi kuol-

leisuus Helsingissä oli nähtävissä lähes kaikissa kieliryhmissä, vaikka ne edustivat hyvin erilaisia kansallisuuksia. Vieraskielisten erilainen siviilisäätijakauma selitti miehillä pienen osan kuolleisuuserosta, sillä heillä siviilisäätty ei ollut yhtä voimakkaasti yhteydessä kuolleisuuteen kuin suomenkielisillä, minkä lisäksi naimisissa olevia eli alhaisemman kuolleisuuden ryhmään kuuluvia oli suhteellisesti enemmän. Alhainen kuolleisuus selitynee kuitenkin pääsääntöisesti healthy migrant -vaikutuksella, eli kuolleisuuserot johtunevat siis ainakin osin siitä, että maahanmuuttajat ovat terveyden perusteella valikoitunut osa lähtömaan väestöä. Maahanmuuttajien kuolleisuustilannetta tulee kuitenkin seurata, sillä tyypillistä on, että ajan myötä maahanmuuttajien terveys ja kuolleisuuden taso lähenevät alkuperäisen väestön tilannetta.