



Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä

Päälöydökset

- Alkoholikuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat Suomessa suuret
- Miehillä vajaa kolmasosa ja naisilla vajaa viidesosa tuloryhmien kokonaiskuolleisuuden eroista johtuu alkoholisyistä
- Alkoholikuolleisuus ja sen väestöryhmäerot kasvoivat kokonaiskulutuksen kasvaessa 2000-07, ja pienivät sen vähentyessä 2007-14
- Alkoholisyillä on ollut ratkaiseva vaikutus tuloryhmien kokonaiskuolleisuuden eron muutokseen 2000-luvulla

Suomessa väestöryhmien väliset terveyserot ovat suuria, ja niiden kaventaminen on yksi terveyspolitiikan keskeisistä päämääristä. Terveyserojen ongelmakohtien paikantamiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa selvitetty kansantautien ja niiden riskitekijöiden sosioekonomisten erojen kehitystä, maakuntaeroja ja syitä.

Tässä Tutkimuksesta tiiviisti -julkaisussa eroja tarkastellaan alkoholinkäytön aiheuttamien haittojen osalta. Terveysosoittimena käytetään alkoholiin liittyvää kuolleisuutta.

Alkoholiin liittyvän kuolleisuuden kehitys tuloryhmittäin

Alkoholiin liittyvässä kuolleisuudessa on suuret tuloryhmien väliset erot sekä miehillä että naisilla (Kuvio 1). Alkoholikuolleisuus lisääntyi voimakkaasti 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä noin vuoteen 2007 saakka eli jaksolla, jolloin alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi 19 %. Suurin kuolleisuuden kasvu (+12 %) osui vuoteen 2004, jolloin alkoholin hinta aleni alkoholiveron laskun vuoksi, mutta myös vuosina 2003 ja 2005 alkoholikuolleisuuden kasvu ylitti 4 %. Selvästi eniten alkoholikuolleisuus lisääntyi väestön köyhimmässä viidenneksessä.

Vuoden 2007 jälkeen alkoholiveroa on nostettu vähän kerrallaan viiteen otteeseen, ja alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt 12 %. Tänä aikana myös alkoholikuolleisuus on vähentynyt, ja miehillä väheneminen on ollut voimakkaampaa alimmassa tuloluokassa. Alimman tuloryhmän naisilla alkoholiin liittyvä kuolleisuus näyttää asettuneen pysyvämmiin korkealle tasolle.

Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että erot alkoholikuolleisuudessa ovat suuret myös koulutusryhmien ja ammattiaseman mukaisten ryhmien välillä, joskaan eivät kuitenkaan yhtä suuret kuin tuloryhmien erot¹. Alkoholiin liittyvässä sairastavuudessa erot vaikuttaisivat olevan vähintään yhtä suuret kuin kuolleisuudessa².

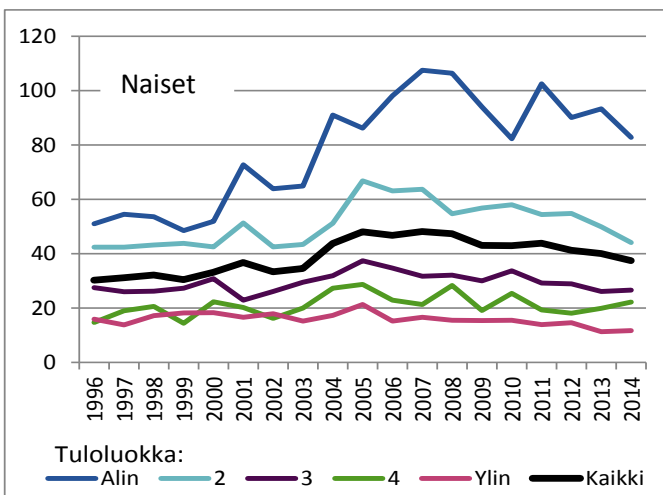
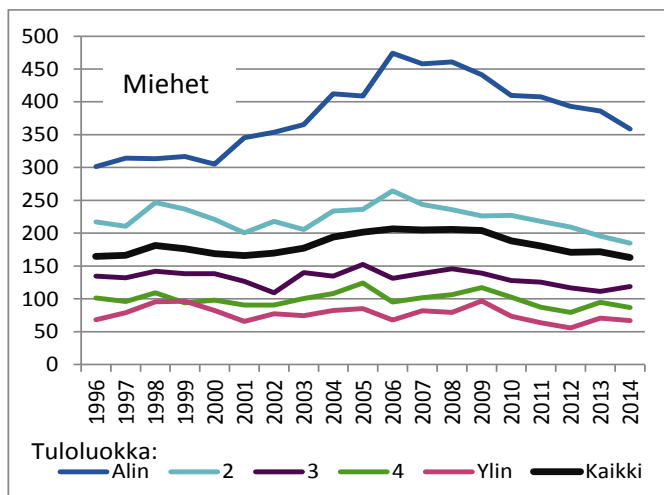
Alkoholikuolleisuudessa on myös suuria alueellisia eroja Suomessa ja tuloryhmien väliset erot ovat johdonmukaiset kaikissa maakunnissa³.

Kirjoittajat:

Pia Mäkelä
Erikoistutkija, THL

Pekka Martikainen
Professori, Helsingin yliopisto

Markku Peltonen
Tutkimusprofessori, THL



Kuvio 1. Alkoholiin liittyvät kuolemat 100 000 henkeä kohti 25 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla 1996-2014 (huomioi, että miehillä ja naisilla on eri akselit; luvut ovat ikävakioituja).

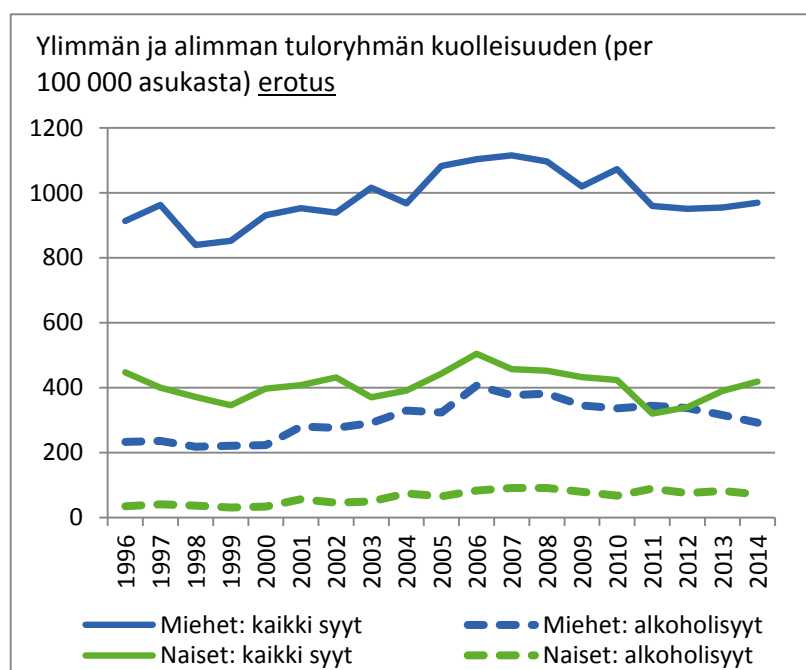
Suomessa koulutusryhmien väliset absoluuttiset erot alkoholikuolleisuudessa ovat suuremmat kuin Länsi-Euroopan maissa (prosentuaaliset erot eivät), mutta pienemmät kuin osassa Itä-Euroopan maita⁴. Sekä Suomessa että monessa Itä-Euroopan maassa alkoholikuolleisuus on viime vuosikymmeninä lisääntynyt erityisen voimakkaasti vähiten koulutetuilla.

Alkoholikuolleisuuden vaikutus tuloryhmien kokonaiskuolleisuuden eroihin

Kuviossa 2 on kuvattu ylimmän ja alimman tuloviidenneksen erotus yhtäältä kokonaiskuolleisuudessa ja toisaalta alkoholikuolleisuudessa. Vuonna 2014 jokaisesta sadastatuhannesta 25 vuotta täyttäneestä köyhimmän ryhmän miehestä kuoli noin 970 enemmän kuin saman ikäisestä parhaiten ansaitsevan ryhmän miehestä (2050 vs. 1080). Alkoholisyissä tämä ero oli noin 290 sataa tuhatta kohti. Tuloryhmien välisestä kuolleisuuserosta voitiin siis lukea 30 prosenttia alkoholisyistä johtuvaksi. Naisilla vastaava osuus oli 17 prosenttia.

Vuosien 2000 ja 2007 välillä tuloryhmien välinen ero kokonaiskuolleisuudessa kasvoi miehillä 184 kuoleamalla sataatuhatta henkeä kohti (931->1115), naisilla 60:lla (397->457). Tämä kasvu johtui melkein yksinomaan alkoholisyistä: ilman alkoholikuolleisuuden kasvua tuloryhmien ero kokonaiskuolleisuudessa olisi kasvanut miehillä vain 31 kuoleamalla (83 % vähemmän) ja naisilla vain 3 kuoleamalla sataatuhatta henkeä kohti (96 % vähemmän). Vuonna 2000 tuloryhmien välisestä kokonaiskuolleisuuserosta alkoholisyiden tiliin laskettava osuus oli miehillä 24 % ja alkoholinkulutuksen huippuvuonna 2007 34 %, naisilla vastavasti 8 % ja 20 %.

Vuosien 2007 ja 2014 välillä tuloryhmien välinen kokonaiskuolleisuuden ero supistui, erityisesti miehillä. Alkoholisyiden vähenemisellä oli tässä keskeinen rooli: alkoholisyit kattoivat siitä miehillä 58 % ja naisilla 51 %.



Kuvio 2.

Ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välinen ero kokonaiskuolleisuudessa ja alkoholikuolleisuudessa miehillä ja naisilla (erotus ikävakioidussa kuolleisuudessa 100 000 asukasta kohti 25 vuotta täyttäneillä).

Näin tutkimus tehtiin

Tiedot kuolleisuudesta tuloryhmittäin tulivat Tilastokeskuksen ja Helsingin Yliopiston yhteistyönä muodostamasta Elinolot ja kuolemansyyt – rekisteriaineistosta.

Alkoholiin liittyvään kuolleisuuteen ("alkoholikuolleisuuteen") laskettiin mukaan kuolleet, joissa peruskuolemansyyksi tai myötävaikuttavaksi kuolemansyyksi oli merkitty alkoholiehtoinen tauti, alkoholimyrkytys tai alkoholipäihtymys.

Kuolleisuus on ikävakioitu, mikä tarkoittaa, että tuloryhmien ja vuosien väliset ikä- ja sukupuolierot eivät sekoita vertailua.

Alkoholin kulutustiedot tulevat FINRISKI-kyselyaineistosta vuosilta 1982-2012, jossa saatavilla oleva ajassa vertailukelpoinen sosioekonomisen aseman mittari on koulutus. Aineisto on kerätty Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon ja Turku-Loimaan alueilta.

Sosioekonomiset erot alkoholin kulutuksessa

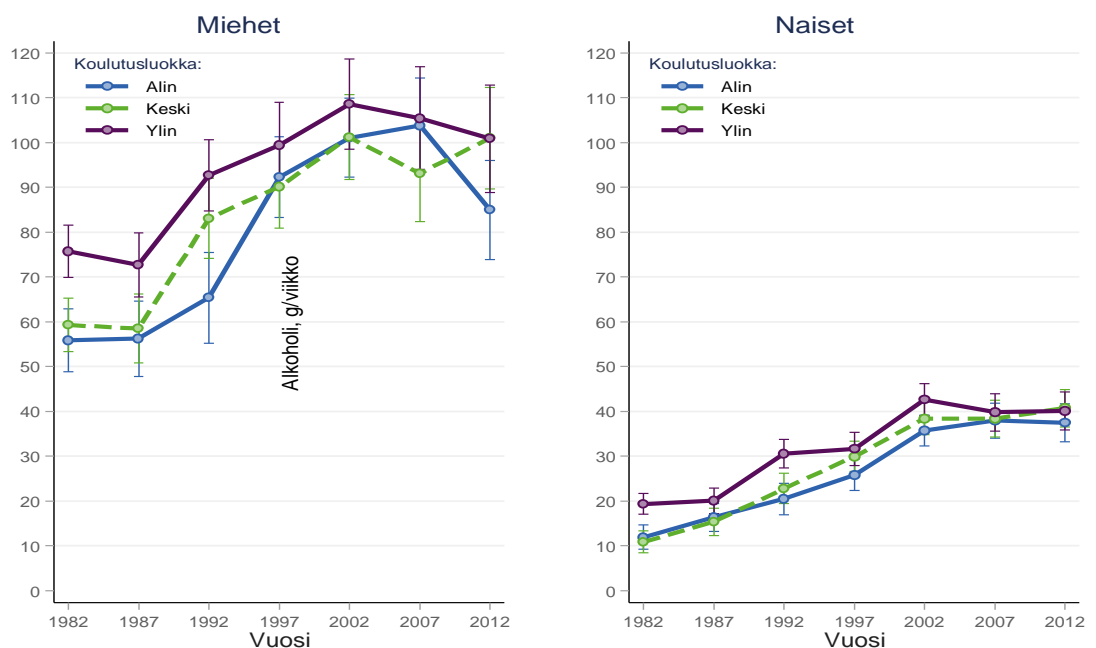
Keskeinen ja välttämätön alkoholiin liittyvien kuolemien syy on tietenkin alkoholinkäyttö. Tuloryhmittäisiä tietoja alkoholinkulutuksesta on niukalti.

Juomatapatutkimus 2008:n mukaan sekä tuloryhmien että koulutusryhmien erot haitallisessa alkoholinkäytössä olivat selvät – tuloryhmien hieman suuremmat – mutta molemmissa erot olivat selvästi pienemmät kuin alkoholikuolleisuudessa. Ylimmän ja alimman tuloviidenneksen ero vs. ylimmän ja alimman koulutusryhmän ero kokonaiskulutuksessa oli 35 % vs. 20 %; kuukausittaisessa humalakulutuksessa (8 annosta tai enemmän kerralla) 51 % vs. 46 %; suurkulutuksessa (miehillä 40, naisilla 20 g/päivä) 60 % vs. 46 %. Muista tutkimuksista tiedetään, että erot ovat sitä suuremmat, mitä äärimmäisemmästä alkoholinkäytön tai humalan mittarista on kyse⁵.

Tietoja alkoholin keskipäiväisen pitkäaikavälin muutoksista on saatavilla FINRISKI-kyselytutkimuksesta koulutustason mukaan (Kuvio 3). Tässä tutkimuksessa koulutusryhmien erot keskimääräisessä alkoholinkäytössä ovat jopa erisuuntaiset kuin erot alkoholiin liittyvässä kuolleisuudessa. Kulutus näyttäisi kyllä lisääntyneen eniten alimmassa koulutusryhmässä.

Suomalaisessa seurantatutkimuksessa vastaajien alkoholisairastavuutta ja –kuolleisuutta seurattiin 17 vuoden ajan alkoholinkulutuksen mittauksen jälkeen⁶. Työntekijäammattien edustajat saivat huomattavasti enemmän vakavia alkoholihaittoja seurannan aikana kuin samanlaista alkoholinkulutusta seurannan alussa raportoineet toimihenkilöt. Syynä saattaa olla esimerkiksi yhteisvaikutus muiden elintapojen kanssa tai erot siinä, missä määrin alkoholiongelmien oireiden ilmaantumista on kyetty vähentämään kulutusta. Tällaisia eroja voisi syntyä esimerkiksi paremmassa asemassa olevien paremmista mahdollisuuksista tukeutua erilaisiin suojaverkkoihin (työpaikan tuki, mahdollisuudet löytää itselle sopiva tuen tai hoidon muoto, tai perheellisyden tuoma tuki).

Osittain kuolleisuuden ja kulutuksen tulosten eroja selittänee myös se, että kyselytutkimusten virhelähteet kuten vastauskato ja vastaajien aliraportointi vaikeuttavat haitallisen alkoholinkulutuksen mittaamista.



Kuvio 3.

Keskimääräinen alkoholinkäyttö (grammaa viikossa) koulutusryhmittäin 25-64-vuotiailla miehillä ja naisilla FINRISKI-tutkimuksessa 1982-2012.

KIRJALLISUUTTA

¹ Herttua K ym., [American Journal of Epidemiology 2008](#)

² Herttua K ym., [Addiction 2015](#)

³ Parikka S ym., Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2017. THL, Helsinki.

⁴ Mackenbach J ym., [Plos Medicine 2015](#).

⁵ Paljärvi T ym., [Alcohol & Alcoholism 2012](#).

⁶ Mäkelä P, Paljärvi T, [Journal of Epidemiology and Community Health 2008](#).

⁷ Tarkiainen L ym. Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt, Suomen lääkäri-lehti 72, 9/2017: 53-9.

⁸ Paljärvi T, Mäkelä P, [Alkoholiongelmat ja työmarkkinoilla pysyminen, THL 2015](#).

⁹ Paljärvi T ym. [Alcoholism: Clin Exp Res 2016](#).

Katso myös:

Mäkelä P ym. Socioeconomic Differences in Alcohol-Related Harm and the Effects of Alcohol Prices on Them: A Summary of Evidence from Finland. [Alcohol & Alcoholism 2015](#)

Tämän julkaisun viite

Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen M. Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-830-2
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-830-2>

www.thl.fi/hyvinvointi-ja-terveyserot

www.thl.fi/alkoholi

YHTEENVETO JA TOIMINTASUOSITUKSET

Suomessa alkoholikuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat länsi-eurooppalaisittain suuret. Alkoholiin liittyvät kuolemat kattavat miehillä vajaan kolmasosan ja naisilla vajaan viidesosan ylimmän ja alimman tuloviidenneksen kokonaiskuolleisuuden erosta. Vielä suurempi vaikutus alkoholilla on ollut tuloryhmien välisen kokonaiskuolleisuuseron muutokseen: alkoholisyött selittivät kokonaiskuolleisuuden eron kasvun vuodesta 2000 vuoteen 2007 lähes kokonaan, ja yli puolet eron supistumisesta vuosien 2007 ja 2014 välillä.

Myös Helsingin yliopiston analyysissä terveyserojen vuoden 2006 jälkeisen myönteisen kehityksen syistä alkoholisyiden merkitys korostui, vaikka alkoholisyitä mitattiin suppeammin⁷.

Sosioekonomisten ryhmien suuret erot alkoholikuolleisuudessa eivät johdu kuin osin erosta ko. ryhmien alkoholinkäytön määrässä. Eroja selittää yhtäältä juomatapojen ero, mutta myös muilla tekijöillä näyttäisi olevan vaikutusta kuin vain alkoholinkäytöllä. Siksi eroja pitää pyrkiä vähentämään eri rintamilla eli esimerkiksi vaikuttamalla muihin terveyden riskitekijöihin, parantamalla väestön elinoloja, lisäämällä mini-interventioita ja madaltamalla hoitoon pääsyn kynnyksiä.

Yllä mainitusta huolimatta seuraukset alkoholin kokonaiskulutuksen kasvusta 2000-luvulla osuivat pahimmin huonoimmassa asemassa oleviin. Etenkin miehillä sama ryhmä kuitenkin myös hyötyi kokonaiskulutuksen vähenemisestä. Kokonaiskulutuksen muutokset ovat voineet heijastua juuri huono-osaisimpien kuolleisuuteen erityisen paljon siksi, että kulutus on muuttunut pääosin alkoholin taloudellisen saatavuuden muutosten vuoksi. Kuitenkin myös esimerkiksi alkoholin fyysisen saatavuuden lisäyksestä johtuva kokonaiskulutuksen lisäys mitä todennäköisimmin lisää kuolleisuutta eniten niissä ryhmissä, joissa kuolleisuuden taso on ennestään korkea eli huono-osaisimmilla.

Suomalaisessa hankkeessa on tutkittu alkoholisyistä kuolleiden työelämä- ja terveydenhuollon käyttöhistorioita interventionäkökulmasta^{8,9}. Tulokset ovat alleviivanneet alkoholiongelmien varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn tärkeyttä esimerkiksi työterveyshuollossa niin kuolemien kuin myös työelämästä pois ajautumisen estämiseksi. Tulokset kertovat myös, että vakavien haittojen ehkäisemiseksi olisi tärkeää tarjota päihde- ja mielenterveyspalveluita akuuttien somaattisten hoitojen yhteydessä. Nuoremmilla alkoholihaittojen sosioekonomisten erojen ehkäisyssä taas olisi hyvä korostaa yleisempää syrjäytymisen ehkäisyä ja osallisuuden lisäämistä esimerkiksi monialaisen etsivän työn tai työpajatoiminnan keinoin.

Tässä tutkimuksessa havaittu alkoholikuolleisuuden ja tulotason välinen suhde on epäilemättä kaksisuuntainen: köyhyys voi aidosti lisätä alkoholikuolleisuuden riskiä sekä lisäämällä esimerkiksi koettua tarvetta huolista irrottautumiselle että lisäämällä haavoittuvuutta alkoholinkäytön haittavaikutuksille, mutta alkoholinkäytön vakavat haittavaikutukset usein myös jossakin vaiheessa madaltavat tulotasoa.

Alkoholikuolleisuuden vähentäminen on tärkeä tavoite terveyden tasa-arvon lisäämiseksi, ja tämä pitää huomioida alkoholipolitiikasta päätettäessä. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi kokonaiskulutuksen vähentäminen on olennaista. Alkoholi- ja hintapolitiikan lisäksi tarvitaan sekä yleisiä sosiaalipoliittisia keinoja että riskiryhmiin kohdistettuja keinoja.