

Koetun terveyden ja terveystalvelujen saatavuuden erot Suomessa

Erja Koponen

504897

Pro gradu -tutkielma

Turun yliopisto

Sosiaalitieteiden laitos

Sosiaalipolitiikka

6.9.2017

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Sosiaalitieteiden laitos

KOPONEN, ERJA: Koetun terveyden ja terveystalvelujen saatavuuden erot Suomessa

Pro gradu -tutkielma 70 s. + 3 liites.

Sosiaalipolitiikka

Syyskuu 2017

Selvitän tässä tutkielmassa, onko eri sosiodemografisiin ryhmiin kuuluvilla ja eri alueilla asuvilla työikäisillä suomalaisilla eroja koetussa terveydessä ja koetussa terveystalvelujen saatavuudessa. Tutkielmassa kartoitetaan, mikä on terveyserojen ja talvelujen saatavuuden erojen nykytilanne ennen suunniteltua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, jonka on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2020.

Heikommassa asemassa olevilla ryhmillä, kuten työttömällä, matalasti koulutetuilla tai heikosti toimeentulevilla on aiemmissa tutkimuksissa havaittu useammin heikentyneeksi koettua terveyttä ja ongelmia terveystalvelujen saatavuudessa. Myös alueellisia eroja on havaittu olevan sekä maiden välillä että maiden sisällä.

Menetelminä käytän ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. Tutkielman aineistona on Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen vuonna 2015 keräämä Alueellisen terveyden- ja hyvinvointitutkimuksen aineisto, joka kattaa koko Suomen. Vastajat ovat iältään 20–64-vuotiaita.

Noin kolmasosa suomalaisista kokee terveytensä heikentyneeksi, ja lähes sama osuus julkisia terveystalveluita tarvinneista kokee saaneensa niitä riittämättömästi. Erityisesti heikentyneeksi koettu toimeentulo on yhteydessä sekä koettuun terveyteen että koettuun terveystalvelujen saatavuuteen niitä heikentävästi. Lisäksi työtilanne, koulutus, ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä koettuun terveyteen siten, että työttömät, matalammin koulutetut ja miehet kokevat terveytensä heikentyneeksi työllisiä, korkeammin koulutettuja ja naisia useammin. Korkeasti koulutetut, naiset ja nuoremmat ikäryhmät ovat useammin tyytyväisiä talvelujen saatavuuteen kuin matalammin koulutetut, miehet ja vanhempien ikäryhmien edustajat. Työtilanne ei näytä olevan yhteydessä koettuun terveystalvelujen saatavuuteen. Alueista Itä-Suomi erottuu joukosta selvästi, sillä siellä koettu terveys näyttää olevan selvästi muuta maata heikompaa eri ryhmillä ja erityisesti heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla.

Jatkossa tulisi tutkia tarkemmin alueellisia eroja ja kiinnittää kaikessa päätöksenteossa huomiota niihin tekijöihin, joilla voidaan kaventaa terveyseroja. Näistä yhtenä tärkeänä voisi olla osallisuuden lisääminen eri sosiodemografisissa ryhmissä.

Asiasanat: Terveys, terveystalvelut, terveyserot, työttömyys, koulutus, toimeentulo, osallisuus, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sisällys

1. JOHDANTO	1
2. HYVINVOINTI, TERVEYS JA TERVEYSPALVELUT.....	3
2.1. Terveys hyvinvoinnin osana	3
2.2. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen alueelliset eroavaisuudet.....	5
3. TERVEYSEROT	8
3.1. Terveyserot kansainvälisesti	8
3.2. Terveyserojen jaottelu ja selitysmallit	9
3.3. Terveyspalvelut terveyserojen taustalla	13
4. TERVEYDEN JA TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDEN SOSIAALISET MÄÄRITTÄJÄT.....	16
4.1. Toimeentulon yhteys koettuun terveyteen ja terveyspalvelujen saatavuuteen	16
4.2. Työttömyyden yhteys terveyteen ja terveyspalvelujen saatavuuteen.....	17
4.3. Koulutuksen yhteys terveyteen ja terveyspalvelujen saatavuuteen.....	19
4.4. Demografisten tekijöiden yhteys terveyteen ja terveyspalvelujen saatavuuteen	21
5. ALUEELLISET EROT TERVEYDESSÄ JA TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESSA	24
6. TUTKIMUSASETELMA	26
7. SUOMALAISTEN KOETTU TERVEYS	33
8. SUOMALAISTEN KOKEMUKSET TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESTA.....	44
9. JOHTOPÄÄTÖKSET	54
KIRJALLISUUS	58

1. JOHDANTO

Ihmisen terveys ja hyvinvointi vaikuttavat suoraan ihmiseen itseensä ja epäsuorasti ympärillä olevaan yhteiskuntaan. Terve ja hyvinvoiva yksilö on resurssi yhteiskunnalle. (Rotko, Sihto & Palosuo 2008, 8.) Yhteiskunta hyötyy kansan yleisen terveyden parantamisesta ensinnäkin siksi, että terveet työntekijät kykenevät toimimaan työmarkkinoilla, kasvattamaan bruttokansantuotetta tuottamalla ja kuluttamalla sekä maksamaan veroja valtiolle. Lisäksi valtion terveysmenot pienenevät, kun kansa on terveempää. (Tuovinen 2013.) Terveydellä on myös itseisarvo ihmiselle itselleen, ja hyvä terveys mahdollistaa sen, että ihminen voi tavoitella parempaa toimeentuloa ja hyvinvointia (Tanninen & Tuomala 2015, 133).

Yhteiskunnan rooli terveyden edistämisessä ja terveyserojen kaventamisessa on erityinen etenkin Suomen kaltaisessa laajan turvaverkon hyvinvointivaltiossa. Yhteiskunta voi luoda puitteet sille, että kaikki eri sosioekonomiset ryhmät pääsevät osalliseksi terveyspalveluista, ja siten mahdollistaa terveydentilan yleistä kohentumista. Lisäksi painottamalla palveluiden saantia heikompiosaisille yhteiskunta voi toimillaan kaventaa terveyseroja. (Bambra 2012, 147–148.) Nykytilanteessa, kun väestö ikääntyy nopeasti, on erityisen tärkeää ja taloudellisestikin perusteltua huolehtia laajasti työikäisten hyvinvoinnista eri väestöryhmissä ja pyrkiä kaventamaan terveyseroja (Talala ym. 2014, 2192).

Vuonna 2006 Suomessa ja muissa Euroopan unionin maissa lanseerattiin Terveys kaikissa politiikoissa -hanke (Health in all policies), jonka tarkoituksena oli kiinnittää terveyteen huomiota kaikessa päätöksenteossa. Tämä on vaikuttanut merkittävästi Suomen terveyspolitiikan muotoutumiseen viimeisen kymmenen vuoden aikana, ja terveyteen on alettu kiinnittää enemmän huomiota politiikan eri alueilla. (THL 2015a.) Lisäksi Sipilän vuoden 2015 hallitusohjelmaan on kirjattu kymmenen vuoden tavoitteena, että suomalaiset voivat paremmin, kokevat pärjäävänsä eri elämäntilanteissa sekä kokevat voivansa vaikuttaa, tehdä valintoja ja ottaa vastuuta. Tätä varten on suunnattu hallituksen kärkihanke vuosille 2016–2019. Hankkeen tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä vähentää eriarvoisuutta. Hankkeella tavoitellaan myös pysyviä poikkihallinnollisia rakenteita, joiden avulla terveyden edistäminen ja terveysvaikutusten arviointi saadaan näkyviin myös eri hallinnonalojen päätöksenteossa. (Larivaara 2016.)

Suomalaisen väestön hyvinvointi ja terveys ovat kehittyneet myönteisesti. Kuitenkin sosioekonomiset sekä alueelliset ja sukupuolittaiset terveyserot ovat kansanvälisesti vertailtuna suuret. (Larivaara 2016, 6.) Sosioekonominen tausta onkin yksi merkittävimmistä terveyseroja selittävistä tekijöistä (esim. Lahelma & Rahkonen 2011).

Tällä hetkellä Suomessa yritetään selviytyä poikkeuksellisen pitkäkestoisesta taantumasta, ja valtion velkaantumiskehitys huolestuttaa sekä kansalaisia että päättäjiä. Mediassa on näkyvillä jatkuvasti eri toimijoiden vaatimuksia talouden dynaamisuuteen ja vanhojen jäykkien rakenteiden purkamiseen. Samalla hallituspuolueet ja useat muut toimijat puhuvat asiakkaan tai potilaan valinnanvapauden puolesta, mutta toisaalta pelätään muutosten vaikutuksia heikompiosaiseen väestöön. Jatkuva paine julkisten menojen leikkaukselle aiheuttaa omalta osaltaan haasteita julkisten terveyspalvelujen toiminnalle. Tämän vuoksi terveydenhuollon rakenteet käyvät läpi suurta murrosta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) myötä.

Suomen hallituksen tavoitteena on, että vuoden 2020 alussa terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy 18:lle maakuntajakoon perustuvalla itsehallintoalueelle, joita johtavat vaaleilla valitut valtuustot. (Valtioneuvosto 2015a; Valtioneuvosto 2017.) Tulevien maakuntien tehtävänä on järjestää ja osaltaan rahoittaa sosiaali- ja terveyspalvelut. Tuottamis- ja järjestämisvastuu erotetaan toisistaan ja julkisia palveluita voi jatkossa tuottaa maakunnan oman liikelaitoksen lisäksi yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat. (Valtioneuvosto 2016.) Sote- ja maakuntauudistus on kaikkiaan hyvin monimutkainen ja onkin kiinnostavaa seurata, miten tämä mahdollinen muutos ja valinnanvapauden lisääminen vaikuttavat etenkin alueellisiin terveyseroihin. Tullaanko mahdollisen uudistuksen seurauksena näkemään pienempiä terveyseroja alueiden välillä, kuten tavoitteena sanotaan olevan, vai lähtevätkö erot kasvuun?

Suomessa tehtiin 1990-luvun laman aikana suuria leikkauksia julkisiin menoihin, jotka eivät vaikuttaneet suuresti eri ryhmien välisiin terveyseroihin, sillä leikkauksista huolimatta turvaverkko oli edelleen kattava. Siitä huolimatta tulevaisuuden trendi terveydenhuollon palvelujen yksityistämisestä, julkisten kustannusten vähentämisestä ja yksilön vastuun korostamisesta saattavat aiheuttaa sen, että terveyserot tulevat seuraavien vuosikymmenten aikana voimakkaasti kasvamaan. (Kvist ym. 2012, 156, 159.)

Selvitän tässä pro gradu -tutkielmassa terveyserojen ja terveyspalvelujen saatavuuden erojen esiintymistä Suomessa vuonna 2015 kerätyn aineiston pohjalta.

2. HYVINVOINTI, TERVEYS JA TERVEYSPALVELUT

Hyvinvoinnin käsitettä käytetään monessa eri yhteydessä ja sille onkin kehittynyt erittäin laaja määritelmien kirjo. Hyvinvointi käsitteenä on sidottu aikaan ja olosuhteiden muuttuessa tulisi käsitteen määrittelyä tarkistaa. (Allardt 1976, 17.) Synonyymeinä hyvinvoinnille käytetään käsitteitä elämänlaatu ja tyytyväisyys elämään. Hyvinvointiin vaikuttavat esimerkiksi turvallisuus, ympäristön siisteys, asuinolot, yksilön vaikutusmahdollisuudet, taloudelliset resurssit ja terveydentila. Listaa voisi jatkaa lähes loputtomiin. Monesti tekijät kuitenkin jaetaan yksinkertaisten fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2008, 128.) Terveys puolestaan käsitetään monissa yhteyksissä sairauden puuttumiseksi. WHO on kuitenkin jo vuonna 1948 muotoillut terveydelle määritelmän, jonka mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, ei vain sairauden puuttumista (WHO 1948). Terveysteen liittyvässä tutkimuksessa ja hyvinvointitutkimuksessa yleensä painotetaan pääasiassa ihmisten huono-osaisuutta ja heidän terveyspuutteitaan. (Lundberg & Lahelma 2001, 45.)

2.1. Terveys hyvinvoinnin osana

Allardtin (1976) hyvinvointiteorian mukaan hyvinvoinnin käsitteessä tulee tehdä kaksi erottelua: Hyvinvointi – onnellisuus sekä elintaso – elämänlaatu. Näistä muodostuu nelikenttä, jonka kautta Allardt määritteli tarpeentyydytyksen luonteen avulla määritellyt tarpeet. Hyvinvointi on enemmän tarpeentyydytykseen yhteydessä ja objektiivisesti mitattavissa, kun taas onnellisuus on enemmänkin subjektiivinen kokemus. Elintason ja elämänlaadun tutkimuksessa voidaan käyttää sekä subjektiivisia että objektiivisiä mittareita. Näiden käsiteparien avulla Allardt määritteli tarpeet, joita ovat elintaso (having), yhteisyyssuhteet (loving) ja itsensä toteuttamisen muodot (being). Terveys luokitellaan Allardtin teoriassa elintason osatekijäksi, jota voidaan pitää perustavana hyvinvoinnin resurssina, mutta on samalla arvo sinänsä. Terveys voidaan nähdä välttämättömänä edellytyksenä sille, että voi saavuttaa muista hyviä asioita elämässään. (Allardt 1976, 32–64.) Terveys vaikuttaa lisäksi itsensä toteuttamisen mahdollisuuksiin ja heikko terveys voi rajoittaa yksilön yhteisyyssuhteiden muodostumista ja ylläpitämistä (Doyal & Gough 1991, 56–57).

Muita elintason osatekijöitä ovat esimerkiksi ravintotottumukset, koulutus, työllisyys ja työolot sekä taloudelliset resurssit. Näiden resurssien avulla yksilöllä on paremmat mahdollisuudet saavuttaa muita resursseja. Yhteisyysuhteilla tarkoitetaan ihmisen tarvetta kuulua johonkin sosiaaliseen verkostoon ja tulla välitetyksi ja pidetyksi. Toisaalta yhteisyysuhteet – ja etenkin niiden puute – vaikuttavat terveyteen ja erityisesti mielenterveyteen niitä heikentävästi. Itsensä toteuttaminen voidaan määrittellä yksilön korvaamattomuutena, hänen saamana arvontona, hänen mahdollisuutenaan toimia ja harrastaa sekä mahdollisuutena poliittiseen osallistumiseen. (Allardt 1976, 32–64.)

Doyal ja Gough (1991) ovat laatineet tarveteorian, jossa he määrittelevät hyvinvoinnin indikaattoreita. He kutsuvat tarveteoriassaan terveyttä ihmisen perustarpeeksi, joka on tyydytettävä ennen kuin muita tarpeita voi tyydyttää. Sairaana tai vammautuneena tietyssä kulttuurissa normaaliksi kuvattuun elämään osallistuminen vaikeutuu tai tulee mahdottomaksi. Jos sairaus koettelee yksilön sijaan laajalti koko yhteisöä, ei sairastunut ole enää poikkeava, vaan tätä voidaan siinä yhteisössä ja kulttuurissa pitää normaalina. Sairautta on käsitelty kulttuurisena myös Honkasalon (2000) artikkelissa, jossa kuvataan erilaisia sosiologisia taustoja sairauden käsitteelle. Honkasalo tuo esiin Goffmanin tarkastelun yhteisön sairaudelle luomasta negatiivisesta stigmasta, jonka perusteella ihmiset leimaavat itseään ja toisiaan. Samalla yhteisön toiminta liittyy sairauteen häpeän tunnetta ja vaikeuttaa vammautuneen tai sairaan henkilön kiinnittymistä yhteisöön. Sairaana on helpompaa piiloutua kuin kantaa sairauden stigmaa julkisesti. (Honkasalo 2000, 57.)

Terveyttä voi kuvata siihen vaikuttavien tekijöiden kautta. Yksilön terveydentilaan vaikuttavat sekä yksilöön itseensä että ympäristöön ja kulttuuriin liittyvät tekijät. Yksilöön liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja geenit, ympäristöön ja elinoloihin liittyviä ovat puolestaan esimerkiksi sosiaaliset verkostot, asuminen, puhtaus, ruoan tuotanto ja terveystalvelut. Laajimman eli makrotason kentän terveyteen vaikuttavista tekijöistä muodostavat yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet, joihin luetaan esimerkiksi ihmisoikeustilanne, maailmantalous ja maan poliittinen tilanne. (Dahlgren & Whitehead 2007, 261.) Makrotason tekijöiden voidaan ajatella olevan terveyden perimmäisiä määrittäjiä. Niin sanotun jokivertauksen (McKinlay & Marceau 2000) mukaan makrotason tekijät ovat terveyden yläjuoksulla ja terveydenhuollon tehtävänä on pelastaa ihmisiä virran alajuoksulla, mutta sitä, miksi ihmisiä putoaa virtaan yläjuoksulla, ei terveydenhuollossa pohdita riittävästi. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 264.)

Suomessa on pyritty kiinnittämään huomiota makrotason tekijöihin. Sosiaaliepideemiologiassa terveysongelmien syiden ajatellaan olevan sosiaalisia, kulttuurisia ja taloudellisia, joten voidaan myös ajatella, että sairauksien ehkäisyyn käytettävien keinojen on toimittava samoista lähtökohdista. Tämän vuoksi esitetäänkin, että on erityisen tärkeää selvittää sairauksien ja sairastavuuden taustoja, jotta niitä voidaan ehkäistä ja hoitaa mahdollisimman vaikuttavin keinoin. (Laaksonen & Silventoinen 2011, 24; Bartley 2004, 164.) Kansanterveyden parantaminen tapahtuu väestön tarpeista lähtien. Terveyttä voi ajatella yhteisenä asiana, jolloin kaikki ovat yhteisesti vastuussa sairauksien ehkäisystä ja terveyden ylläpitämisestä. Yhteiskunnan rooli on merkittävä erityisesti terveyserojen ehkäisemisessä, ja kaikilla toimijoilla, esimerkiksi yksityisillä, julkisilla, kolmannen sektorin toimijoilla, on yhdessä tärkeä rooli terveyden suojelussa. Lisäksi on huomioitava, että terveys on monitieteinen ilmiö, joten terveyden edistämisenkin tulee tapahtua monitieteisesti. (Griffiths, Jewell & Donnelly 2005, 908.) Suomessa tätä tavoitellaan Sipilän hallituksen aikana kärkihankkeella, jossa korostetaan erityisesti poikkihallinnollisuutta.

2.2. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen alueelliset eroavaisuudet

Vielä ennen tekeillä olevaa sote-uudistusta sosiaali- ja terveydenhuollon perusta on kunnissa, joita ohjataan eduskunnan säätämillä laeilla ja sosiaali- ja terveysministeriön antamalla suuntaviivoilla. Kunnilla on velvollisuus järjestää palvelut joko itse tai ne voivat muodostaa kuntayhtymiä keskenään tai ostaa palveluita muilta kunnilta, järjestöiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan vastaa sairaanhoitopiiri. Tiettyjä erikoissairaanhoidon palveluja järjestetään yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden pohjalta. (STM 2016a.)

Suomessa perusterveydenhuolto järjestetään kolmen kanavan kautta, joita ovat julkiset terveyskeskukset, yksityiset terveystalot ja työterveyshuolto. Terveyskeskukset ovat pääosin julkisrahoitteisia ja asiakas maksaa niiden käytöstä yleensä pienehkön maksun¹. Toisena terveydenhuollon palveluväylänä on yksityinen sektori, joka on osin julkisrahoitteisesti toimiva Kelan maksaessa osan hoitokuluista, mutta asiakkaalle jäävä osuus mak-

¹ Esimerkiksi Helsingissä, jossa asuu noin 11 prosenttia Suomen väestöstä, ei asiakkaalta peritä virka-aikana tapahtuvasta lääkärikäynnistä maksua (Hetemaa 2016).

susta on kuitenkin reilusti julkisia terveystalvelujen maksuja suurempi. Kolmantena väylänä on työterveyshuolto, jonka palvelujen käyttö on asiakkaille pääosin maksutonta työnantajien maksaessa kustannukset yhdessä Kelan kanssa. (Manderbacka, Muuri, Keskimäki, Kaikkonen & Elovainio 2012, 4.)

Terveydenhuollon rahoitus tulee monen väylän kautta. Vuonna 2014 terveydenhuollon kokonaisrahoitus oli 19,5 miljardia euroa, josta kotitalouksien rahoitusosuus oli vajaat 20 prosenttia. Avohoidon lääkäripalveluiden osuus näistä kustannuksista oli 673 miljoonaa euroa, josta kotitalouksien rahoitusosuus oli alle kuusi prosenttia. Kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat vielä tällä hetkellä, ennen suunniteltua sote-uudistusta päättää, miten maksua peritään. Lainsäädäntöön on määritetty vain enimmäisrajat. Vuoden 2016 tietojen mukaan terveyskeskuksen käyntimaksun enimmäissumma oli 20,90 euroa, jonka kunta voi periä enintään kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveyskeskuksessa kalenterivuoden aikana, ja vuosimaksu on enintään 41,70 euroa. Nämä käyntimaksut vaihtelevat kunnittain maksuttomasta enimmäismääriin. Tämä asettaa suomalaiset asuinpaikan mukaan eriarvoiseen asemaan ja tätä asiakasmaksujen eriarvoa pyritään vähentämään uudella maakuntamalliin perustuvalla järjestämisuudistuksella. (Parhiala, Hetemaa, Siervo, Nuorteva, Luoto & Krohn 2016, 3–8.)

Osin rahoituksesta aiheutuvien syiden vuoksi eri tuottajien tarjoamien palvelujen käyttö on hyvin riippuvainen asiakkaan sosioekonomisesta asemasta. On todettu, että erityisesti pienituloiset käyttävät terveyskeskusten palveluja, kun taas suurituloiset käyttävät enemmän yksityisiä palveluja ja työterveyshuoltoa. (Manderbacka ym. 2012, 4.) On laskettu, että vain 10 prosenttia asiakkaista aiheuttaa 80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista (Valtiovarainministeriö 2015, 17). Suurin julkisia terveystalveluja käyttävä ryhmä on keskituloiset kansalaiset, heistä jopa 93 prosenttia on niitä käyttänyt, kun taas alimpaan tulokvintiiliin kuuluvista kotitalouksista palveluja on käyttänyt 89 prosenttia (Siltaniemi, Hakkarainen, Londén, Luhtanen, Perälähti & Särkelä 2011, 88). Kun lasketaan yhteen julkiset, yksityiset ja työterveyshuollon lääkärikäynnit, suurituloisimmat käyttävät terveystalveluita Suomessa eniten. Pienituloisin viidennes käy lääkäriissä keskimäärin kaksi kertaa vuodessa, suurituloisin kolme kertaa vuodessa. (Kajantie 2014.)

Ennen 1990-lukua valtion ohjaus terveystalvelujen järjestämisessä oli laajaa. Kun terveystalvelujen valtiollinen ohjaus purettiin 1990-luvulla, valtion järjestämishjeet käytännössä kumottiin ja palvelujen alue-erot alkoivat kasvaa. Kunnat saivat itse päättää palvelujen tarjoamisesta lain puitteissa eikä valtion rahat olleet enää ”korvamerkittyjä”.

Näillä toimilla käytännössä hyväksyttiin kuntakohtaisten palveluerojen syntyminen. Vuonna 2000 YK:n alainen komitea totesi, että Suomen alue-erot terveystalouden saannissa olivat huolestuttavia ja ongelmallisia erityisesti lapsille, vanhuksille sekä liikunta- ja kehitysvammaisille. (Harjula 2015, 326–328.)

Terveystalouden järjestäminen ja rahoittaminen pyritään muuttamaan suunnitellulla Sote-uudistuksella niin, että kunnat eivät enää toimi rahoittavana osapuolena, vaan rahoitus- ja järjestämisvastuu siirtyvät valtiolle ja maakunnille. Kunnan tehtäväksi jää terveyden edistäminen, jolla tarkoitetaan suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen. Tätä tehdään kunnassa eri toimialojen ja kunnassa tai lähialueella toimivien muiden organisaatioiden kanssa yhteistyössä. (Hallituksen esitys 2017, 14-32.) Julkisrahoitteisia palveluita voivat tulevaisuudessa tuottaa niin maakunnat, yksityiset tuottajat kuin kolmannen sektorinkin toimijat. Jos palveluita ei ole muuten saatavilla, maakunnan on tuotettava palvelut ja toisaalta, kun palveluita tuotetaan kilpailutilanteessa, maakunnalla on velvollisuus yhtiöittää palvelut. (STM 2016b.)

3. TERVEYSEROT

Sekä kansantalous että inhimilliset näkökohdat huomioiden terveyserot ovat haitallisia ja aiheuttavat menetyksiä niin työelämässä kuin elinvuosissakin. On tutkittu, että jos kaikkien terveys olisi samalla tasolla kuin korkeasti koulutettujen, suurin osa terveysongelmista vähentyisi jopa 30–50 prosentilla. Tähän tavoitteeseen pääseminen vaatii terveyden sosiaalisten määrittäjien ja niissä ilmenevien eriarvoisuustekijöiden selvittämistä ja näihin puuttumista. (Martelin, Murto, Pentala & Linnanmäki 2014, 71–72.)

Terveyseroja tarkasteltaessa on tutkittava laajemmin hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ja käsiteltävä terveyden eriarvoisuutta osana laajempaa hyvinvoinnin lisäämisen työtä (Rotko, Hannikainen–Ingman, Murto, Kauppinen & Mustonen 2014, 95). Etenkin kun on laajalti hyväksytty, että sekä terveys että hyvinvointi koostuvat samanlaisista yläkäsitteistä eli fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista ja näihin tekijöihin vaikuttavat sosiaaliset määrittäjät ovat tutkimustiedon mukaan samoja (esim. Allardt 1976; Vaarama ym. 2008; Lundberg & Lahelma 2001).

3.1. Terveyserot kansainvälisesti

Pohjoismaille ominainen tasainen tulonjako ei takaa terveyden tasa-arvoa eri sosiaaliluokkiin kuuluville. Pohjoismaissa väestötason terveydentila on parempi kuin esimerkiksi Etelä-Euroopassa, mutta terveyserot ovat suurempia. (Shaw, Benzewal & Popham 2014, 10.) Terveyseroja on selvitetty koetun terveydentilan perusteella Länsi-Euroopan maissa. Esimerkiksi koulutuksen mukaan tehty ryhmittely ja terveyserojen vertailu osoitti, että Pohjoismaissa terveyserot olivat suurimmat ja Saksassa pienimmät. Tulojen mukaan tehty jaottelu antoi taas toisenlaista kuvaa ja Pohjoismaat sijoittuivat vertailussa hyvin, mikä johtui osittain siitä, että tuloerot ovat pieniä. (Lundberg & Lahelma 2001, 53–56.) Tuloerojen ja terveydentilan yhteyttä on selvitetty useissa eri tutkimuksissa (esim. Wilkinson & Pickett 2006), ja suuressa osassa tutkimuksia todetaan, että pienten tuloerojen maissa väestö on kokonaisuudessaan terveempää kuin suurten tuloerojen maissa. Suomessa tuloerot ovat pieniä verrattuna esimerkiksi muihin Euroopan unionin maihin. Suo-

men Gini-indeksi² oli vuonna 2015 Eurostatin mukaan 25,2, kun Euroopan unionin alueen keskiarvo oli 31. Myös muut Pohjoismaat sijoittuvat tässä vertailussa selvästi keskiarvon alapuolelle. (Eurostat 2017.)

Pohjoismainen terveyden yleinen paraneminen yhdessä terveyserojen lisääntymisen kanssa vaikuttaa paradoksaaliselta. Mackenbach (2012) selvitti tutkimuksessaan tähän syitä ja päätyi kahteen yleiseen hypoteesiin. Ensimmäisenä hän ehdottaa, että terveyserojen kasvu voisi johtua sosiaalisen liikkuvuuden lisääntymisestä. Koulutuksen tultua kaikille mahdolliseksi alempiin sosiaaliluokkiin on jäänyt sellaisia ihmisiä, joiden tietotaito ja tavat eivät tue terveellisiä elintapoja ja jotka jäävät sen vuoksi terveyskehityksestä jälkeen. Toiseksi hypoteesiksi hän ehdottaa sitä, että kun nykyisissä hyvinvointivaltioissa ollaan pitkällä epidemiologisessa kehityksessä, on terveyden kohentuminen kiinni enimmäkseen ihmisten käyttäytymisestä. Ihmisten käyttäytymisen muuttuminen vaatii Mackenbachin mukaan aineettomia resursseja, kuten kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, joita ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevilla on enemmän, ja erot siten kasvavat. Hyvinvointivaltio on kehittyessään tarjonnut monen muun asian lisäksi mahdollisuuden lisätä kaikkien kansalaisten ravinnon kulutusta, jolloin myös alemmissa sosiaaliluokissa on alkanut esiintyä enemmän esimerkiksi elintasosairauksia. (Mackenbach 2012, 766.) Viimeisten 50 vuoden aikana terveyden väestöryhmittäiset erot ovatkin muuttaneet muotoaan. Aiemmin ns. johtajien tauteina tunnetut elintasosairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja aivoverenkierron häiriöt, ovat nykyään yhä enemmän tavallisten työläisten sairauksia, kun taas aiemmin erityisesti työväkeä piinanneet tartuntataudit on saatu paremmin kuriin. Ilmiöstä käytetään nimitystä epidemiologinen transitio. (Kauhanen ym. 2013, 87.)

3.2. Terveyserojen jaottelu ja selitysmallit

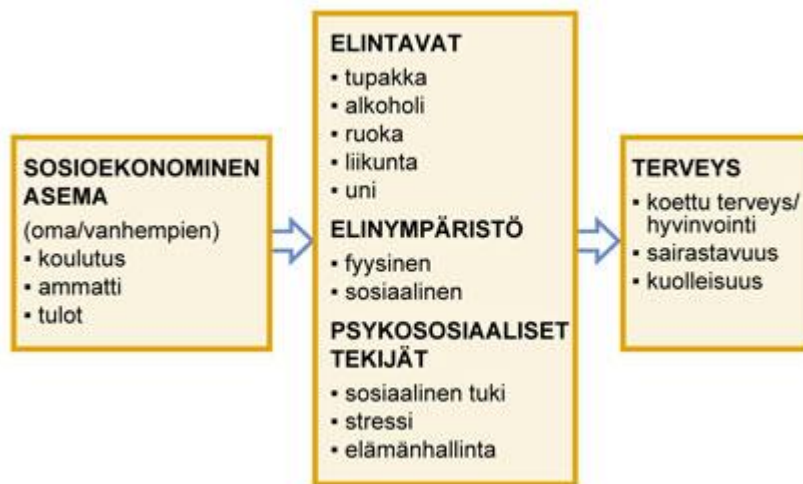
Hyvinvoinnin vajeet, joista yhtenä merkittävänä tekijänä ovat terveysongelmat, kasautuvat helposti huono-osaisimmille, minkä seurauksena yhteiskunta jakautuu enemmän

² Gini-indeksillä mitataan tulonjakoa. Tässä arvo esitetään prosenttiosuutena, eli kerrottuna sadalla, jolloin arvo 0 tarkoittaa mahdollisimman tasaista tulonjakoa, jossa kaikki saavat saman verran kaikista tuloista, ja arvo 100 tarkoittaa äärimmäistä tulojen epätasaisuutta, jolloin yksi saa kaikki tulot. (Ks. esim. Tilastokeskus 2015a.)

hyvä- ja huono-osaisiin (STM 2008, 22). Terveyseroja pidetään yleisesti ei-toivottavina ja verrattuna esimerkiksi tuloeroihin, joilla ajatellaan olevan myös positiivisia kannustinvaikutuksia, terveyseroissa niitä ei nähdä olevan (Tanninen & Tuomala 2015, 133).

Terveyserot voidaan jakaa kolmeen laajaan pääryhmään: yksilöllisiin, eri ryhmien väliin ja eri hierarkisten ryhmien välisiin. Yksilöllisillä eroilla tarkoitetaan yksittäisen ihmisen terveyttä verrattuna toiseen yksilöön. Ryhmien välisillä eroilla tarkoitetaan esimerkiksi miesten ja naisten eroja tai nuorten ja vanhempien ikäryhmien eroja. Hierarkisten ryhmien välisillä terveyseroilla tarkoitetaan esimerkiksi eri tuloluokissa olevien eroja, työttömien ja työssäkäyvien ihmisten eroja tai eri koulutusryhmien välisiä eroja. (Graham 2007, 4.) Yksilölliset terveyserot nähdään yleensä johtuvan yksilön tavoista ja tottumuksista, ja yksilöön kohdistuvien toimien tavoitteena onkin taudin ehkäiseminen ja sairauden hoitaminen. Hierarkisten ryhmien, kuten eri tuloluokissa olevien, terveyserojen voidaan ajatella johtuvan enemmän olosuhteista, joissa ihmiset elävät, jolloin eroihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan olosuhteiden parantamisen, kuten sosiaalipoliittisten toimien avulla. (Puska 2014, 313–314.)

Tekijät, jotka vaikuttavat terveyserojen syntyyn, voidaan jakaa viiteen ryhmään. Ensimmäinen on yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristötekijät, kuten työllisyystaso tai sosiaalipoliittiset ohjelmat, jotka vaikuttavat koko yhteiskuntaan laajasti. Toisena ovat asuinolot ja työskentelyolosuhteet, joihin esimerkiksi yksilön ammatti, tulot ja koulutus vaikuttavat. Ensimmäisen ja toisen vaikutukset ovat keskenään yhteydessä ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Kolmantena ovat sosiaaliset suhteet, jotka vaikuttavat osaltaan myös edeltävän kohdan tekijöihin. Neljäntenä on yksilön terveyskäyttäytyminen, johon edeltävät tekijät suuresti vaikuttavat. Viimeisenä ovat sellaiset tekijät, joihin yksilöllä ei ole vaikutusmahdollisuuksia. Näitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja geeniperimä. (Crombie, Irvine, Elliot & Wallace 2005, 14.) Kuviossa 1 on yksinkertaistettuna kuvattuna sosioekonomisen aseman vaikutus terveyteen näiden eri tekijöiden kautta.



Kuvio 1. Elintapojen yhteys sosioekonomisiin terveyseroihin (THL 2015b).

Terveyden ympärillä liikkuvat ja alati laajentuvat markkinat ovat yksi tämän hetken megatrendi. Tämän vuoksi käytännön toiminnassa yksilötason terveys ja yksilölliset terveyden edistämisen ratkaisut näyttävät vievän enemmän huomiota kuin kollektiivisemmat ratkaisuvaihtoehdot, jolloin vastuu terveydestä siirretään yhä enemmän yksilön harteille. Tällöin on mahdollista, että intressit laajempaan, koko väestön kattavaan terveyden edistämiseen vähenevät. (Mikkonen 2015, 33–37.) Kuitenkin on todettu, että terveyserojen kaventaminen on mahdollista vain puuttamalla laajempiin yhteiskunnallisiin eriarvoisuustekijöihin, kuten eroihin toimeentulossa, koulutuksessa tai työllisyydessä (Crombie ym. 2005, 7).

Terveyseroja on selitetty myös neljän mallin kautta, joita on käytetty selittämään yleisemmin terveyserojen ilmiötä. Ensimmäisenä mallina on kulttuurinen käytösmalli, jonka mukaan erot terveydessä johtuvat käyttäytymisen ja toiminnan eroista. Tämän mukaan alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä riskikäyttäytyminen, kuten tupakointi, epäterveellinen ruokavalio tai alkoholin kulutus, ovat kulttuurisesti hyväksyttävämpiä kuin ylemmissä ryhmissä. Tämä lähestymistapa on jyrkimmillään syyllistävä ja painottaa erityisesti heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten vähäisempää kontrollin tai vastuun tunnetta. Nykyään tutkimuksissa huomioidaan kuitenkin entistä paremmin kulttuurisesti määritetyn toiminnan rakenteellinen puoli, eli miten kulttuuriset normit määrittävät terveyskäyttäytymistä laajemmin eikä vain yksilön valintana. Siinä ei kuitenkaan pureuduta niihin laajempiin syihin, miksi terveydelle haitallinen toiminta on tyypillisempää heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleville. (Joyce & Bambra 2010, 21–25.)

Toisena terveyseroja selittävänä mallina on pidetty materialistista lähestymistapaa, jossa käsitellään terveyseroja ensisijaisesti makrotason tekijöiden kautta. Mallin taustalla on ajatus, että riittävä toimeentulo takaa ihmisille mahdollisuudet parempiin terveysvalintoihin ja -palveluihin. Tämän taustalla on Wilkinsonin ja Pickettin (2006) malli, jonka mukaan matalien tuloerojen maissa, joissa esimerkiksi hyvinvointipalvelut tai koulutus ovat paremmin kaikkien käytettävissä, ihmiset ovat terveempiä kuin suurten tuloerojen maissa. Tämä ei kuitenkaan selitä sitä, miksi terveyserot maiden sisällä eivät ole pienempiä matalampien tuloerojen maissa.

Kolmantena mallina on Bartleyn (2004, 78–81) psykososiaalisten selittäjien malli, jonka mukaan yhteiskunnallisen sosiaalisen epätasa-arvon ja heikkomuuden kokemus ovat stressitekijöitä, mitkä vaikuttavat ihmisen biologisiin prosesseihin etenkin pitkällä aikavälillä. Mallin mukaan tärkeää on se, miten ihminen suhtautuu stressitekijöihin eikä niinkään stressitekijät itsessään. Siten esimerkiksi pelkkä korkea tulotaso tai terveellinen elinympäristö eivät vaikuta terveyteen, vaan se, millaiseksi ne saavat ihmisen tuntemaan itsensä erityisesti suhteessa muihin. Malli yhdistää makrotason rakenteelliset tekijät ja yksilön toimijuuden.

Vallitsevana terveyserojen tutkimuksessa käytettynä teoriana on Linkin ja Phelanin (1995) perimmäisten syiden teoria, jonka mukaan terveys määräytyy sen mukaan, minkälaisessa sosiaalisessa ympäristössä ihmiset elävät ja minkälaisia resursseja heillä on käytössään. Teoria toimii neljän mekanismin kautta. Perimmäiset syyt vaikuttavat ensinnäkin moniin eri sairauksiin, jolloin yksittäiseen sairauteen puuttuminen ei riitä poistamaan sosioekonomisia terveyseroja. Toiseksi ne vaikuttavat monen eri riskitekijän, kuten tupakoinnin, ylipainon, sosiaalisen eristyneisyyden tai sairautta ehkäisevien palvelujen puutteen kautta. Kolmanneksi ne vaikuttavat yksilön terveyden hoitoon käyttämiin resursseihin. Korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on käytössään joustavasti eri resursseja, kuten rahaa, valtaa tai hyödyllisiä sosiaalisia suhteita. Näiden avulla he saavat helpommin käyttöönsä esimerkiksi lääkkeitä tai muita hoitomuotoja, joilla eri sairauksia voidaan lievittää tai parantaa. Sellaisissa sairauksissa, jotka eivät ole lääketieteen keinoin lievitettävissä, sosioekonomiset erot ovat huomattavasti vähäisempiä. Neljäntenä mekanismina on perimmäisten syiden vaikutus pitkällä aikavälillä, kun terveyteen vaikuttavat tekijät ja mekanismit korvautuvat uusilla. Tällä tarkoitetaan ajassa muuttuvia olosuhteita, jotka vaikuttavat terveyteen. Aiemmin eroihin vaikuttivat erityisesti huonot

asuinolot ja kulkutaudit, jotka tappoivat varsinkin heikommassa asemassa olevia. Nykyään näiden vaikutuksia on saatu vähennettyä ja osin poistettua, mutta samalla on tullut tilalle uusia mekanismeja, kuten tupakointi, liikunta- ja ruokailutottumukset ja sosioekonomiset erot, jotka ylläpitävät terveyseroja. Malli korostaa siis yksinomaan niitä monimutkaisia sosiaalisia määrittäjiä, jotka ovat eriarvoisuuden taustalla, eikä pidä terveyttä ensisijaisesti yksilön toiminnan tuloksena. (Phelan, Link & Tehranifar 2010, 29–33.)

3.3. Terveyspalvelut terveyserojen taustalla

Eri sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja voidaan sekä kasvattaa että kaventaa terveyspalvelujärjestelmän avulla. Erojen kaventamiseksi kaikilla väestöryhmillä tulisi olla yhtäläiset mahdollisuudet saada laadukasta hoitoa tarpeensa mukaan. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttäisivät palveluita reilusti enemmän, sillä heidän sairastavuutensa on selvästi muita suurempaa. Lisäksi terveyserojen kaventamiseksi suositellaan ennaltaehkäisevien palvelujen saatavuuden lisäämistä erityisesti riskiryhmissä. (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002.) Terveyspalvelujen saatavuuden puutteita pidetään yhtenä keskeisenä terveyseroja aiheuttavana syynä. Sosioekonominen asema ja sosiaalinen eriarvoisuus vaikuttavat terveyden lisäksi myös terveyspalvelujen saatavuuteen. (Kauhanen ym. 2013, 273–274.)

Terveydenhuollon palvelujen saatavuuden eriarvoisuutta on tutkittu monista lähtökohdista. Saatavuuden eroja on perinteisesti mitattu palvelujen käytön määrällä, mutta pelkästään palvelujen käyttöä tutkimalla voidaan aliarvioida eri sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja (Manderbacka 2014). Osassa tutkimuksia keskitytään hoidon saatavuuteen yksittäisten sairauksien osalta, osassa tutkitaan ilmiötä laajemmin. Tutkittaessa estettävissä olevan kuolleisuuden³ eroja eri sosioekonomisissa ryhmissä on havaittu, että kokonaisuudessa tilanne on parantunut ja terveydenhuollon avulla on pystytty vähentämään tätä kuolleisuutta. Kuitenkin samaan aikaan terveyserot eri sosioekonomisten ryhmien välillä ovat lisääntyneet. (McCallum, Manderbacka, Arffman, Leyland & Keskimäki 2013, 5.) Tutkittaessa laajemmin palvelujen saatavuutta on havaittu, että suomalaiset ovat

³ Estettävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan sellaista ennenaikaista kuolleisuutta, joka voitaisiin estää oikein ajoitetulla ja tehokkaalla terveydenhuollon interventiolla (McCallum ym. 2013, 2).

pääasiassa tyytyväisiä terveyspalvelujen saatavuuteen, mutta tyytyväisyys on vähentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana (Raivio, Jääskeläinen, Holmberg–Marttila & Mattila 2014, 102).

Eri sosioekonomisten ryhmien välillä havaittavat erot terveyspalvelujen saatavuudessa näyttävät johtuvan terveyspalvelujärjestelmän jakaantuneisuudesta julkiseen, yksityiseen ja työterveyshuoltoon, joissa määritellään esimerkiksi ihmisen erikoissairaanhoidon tarve ja tehdään tarvittavat läheteet. Lähetteen avulla henkilö saa erikoissairaanhoidon julkisesti tuettuna, ja niiden saamisessa on suuria eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Lääkärit toimivat ikään kuin portinvartijoina jatkohoitoon. Tällöin yksityisesti ja työterveyden kautta hoidettavat henkilöt saavat hoitoa nopeammin. Lisäksi eri sosioekonomisissa ryhmissä olevien ihmisten välillä on eroja siinä, miten hyvin he osaavat hyödyntää tai vaatia palveluita, ja saattavat siksi saada eritasoista hoitoa. (Ahola–Launonen 2016, 453–454.)

Terveyskeskuspalveluja käytti vuonna 2013 vähintään kerran noin puolet yli 20-vuotiaasta suomalaisväestöstä. Heistä noin joka kolmas kokee saaneensa riittämättömästi palveluita tarpeisiinsa nähden. Aiemmin palvelutarpeensa tyydyttämättömäksi kokevien määrässä on havaittu selviä alueellisia eroja. Vähintään joka kolmas Uudellamaalla, Kymenlaaksossa, Etelä-Savossa, Päijät-Hämeessä ja Kainuussa asuvista koki, ettei ollut saanut riittävästi terveyskeskuspalveluita. Kanta-Hämeessä, Etelä-Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa asuvista niin koki kuitenkin vain noin neljännes. (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskeniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2014, 2.)

Manderbacka ja kumppanit (2012) tutkivat julkisten terveyspalvelujen saatavuutta itse arvioidun palvelujen saatavuuden perusteella vuoden 2010 ATH-aineistolla. Tutkimusalueina oli tuolloin Kainuun, Turun ja Oulun alueet. Tutkimuksessa selvisi, että alle 60-vuotiaista jopa kolmannes koki saaneensa riittämättömästi palveluita. Mitä heikommaksi henkilö koki tulojensa riittävyyden, sitä tyytymättömämpi hän oli palvelujen saatavuuteen. Jopa puolet tulonsa riittämättömäksi kokevista oli myös tyytymättömiä palvelujen saantiin. Alueellisia, koulutusryhmittäisiä tai sukupuolieroja ei havaittu. Myöskään ikäryhmäerot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Mielenkiintoista oli myös se, että työllisillä ja työttömällä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja, kun terveydentila oli vakioitu. (Manderbacka ym. 2012, 7–8.)

Kansallisella tasolla terveyskäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevin toimin ja tarjoamalla terveyttä edistäviä palveluita. Kuitenkin useimmissa maissa, myös Suomessa, ennaltaehkäiseviin toimiin on suunnattu varoja selvästi vähemmän kuin sairauden hoitoon, vaikka ennaltaehkäisevien toimien on todettu parantavan huomattavasti ihmisten terveyttä ja näin vähentävän myös terveydenhuollon kustannuksia. (Kauhanen ym. 2013, 120.) Terveyden edistäminen ja riittävien terveyspalvelujen saanti ovat niin merkittäviä kansanterveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, että ne on turvattu perustuslailla (1999/731, 19§). Lisäksi Suomen terveydenhuoltolaki (2010/1326) velvoittaa kunnat huomioimaan kunnan sisäiset terveyserot päätöksenteossaan ja seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 10§). Tämän vuoksi on otettu käyttöön erilaisia hyvinvointimittareita ja ihmisten terveydentilaa selvittäviä tutkimuksia, kuten ATH-tutkimus tai kuntien vuosittain tekemät hyvinvointikertomukset. Näiden tarkoituksena on tuottaa päätöksentekijöille tietoa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehittymisestä. Hyvinvointikertomus antaa lisäksi kunnalle tarkempaa tietoa muun muassa sen toteuttaman hyvinvointipolitiikan toimivuudesta, palvelujärjestelmien toimivuudesta sekä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden muutoksista. (THL 2015c.)

4. TERVEYDEN JA TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDEN SOSIAALISET MÄÄRITTÄJÄT

4.1. Toimeentulon yhteys koettuun terveyteen ja terveystalvelujen saatavuuteen

Toimeentulon, tulojen ja materiaalistien resurssien yhteys terveyteen ja terveystalvelujen saatavuuteen on havaittu useissa eri tutkimuksissa (esim. Arber ym. 2014; Huijts ym. 2010). Näiden lisäksi epätasaisen tulojaon on todettu lisäävän matalimmassa tuloluokassa olevien heikentyneeksi koettua terveyttä sekä yksilötasolla että kansallisella tasolla. Tämän vuoksi on todettu, että tuloja tasaavalla talouspolitiikalla voidaan parantaa myös heikoimmassa asemassa olevien kansalaisten terveyttä. (Furnée & Pfann 2010, 131.)

Terveys- ja hyvinvointieroja tutkittaessa koettu taloudellinen tilanne selittää paremmin eroja kuin vain talouden tulot (Shaw, Benzeval & Popham 2014, 4). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että erityisesti niinä aikoina, jolloin yksilöllä on taloudellisesti vaikeaa, terveydentilan ja toimeentulon yhteyttä olisi hyvä tutkia juuri koetun toimeentulon avulla (esim. Arber ym. 2014, 17). Toisaalta tulojen ja terveyden yhteyttä tutkittaessa tulisi mittarina käyttää ennemminkin pitkän aikavälin tuloja kuin tuloja tietyllä hetkellä (Fritzell, Neramo & Lundberg 2004, 7, 13–15). Saman ovat todenneet myös Aittomäki kumppaneineen (2010) tutkiessaan varallisuuden vaikutuksia koettuun terveyteen. Matalalla varallisuustasolla oli heidän tutkimuksessaan selvä yhteys heikentyneeseen koettuun terveyteen, mutta tulojen osalta yhteys jäi heikommaksi. Varallisuuden tuomat kulutusmahdollisuudet, joiden taas on todettu olevan yhteydessä koettuun terveyteen, ovat pysyvämpiä kuin tulojen tarjoama mahdollisuus. (Aittomäki ym. 2010, 1022–1024.) Suomessa tuloerot ovat pieniä ja Gini-indeksi matala, mutta varallisuuserot ovat selvästi suurempia. Esimerkiksi vuonna 2013 varallisuuden Gini-indeksi oli 64,8, kun tulojen Gini-indeksi oli samaan aikaan 27,6 (Tilastokeskus 2014; Tilastokeskus 2015a).

Toimeentulolla on todettu olevan suuri vaikutus erityisesti mielenterveyteen. Ihmisillä, jotka kokevat toimeentulo-ongelmia, on selvästi suurempi riski mielenterveyden ongelmiin kuin heillä, joilla toimeentulo-ongelmia ei ole. Jopa se, että kokee toimeentulo-ongelmien riskiä aiemmin koettujen ongelmien vuoksi, vaikka ongelmia ei varsinaisesti olisi sikaan kyseisellä hetkellä, vaikuttaa koettuun mielenterveyteen. Toimeentulo-ongelmien aiheuttamat terveyttä heikentävät vaikutukset näkyvät siis myös pitkällä aikavälillä, joten

on todettu, että toimeentulo-ongelmien ehkäiseminen voisi parantaa ihmisten terveyttä. (Kiely, Leach, Olesen & Butterworth 2015, 915.)

Toimeentulo vaikuttaa henkilön mahdollisuuksiin hakea tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluja ja onkin havaittu, että heikentyneen toimeentulon vuoksi monet ovat pakotettuja jättämään käyttämättä palveluita. Matalatkin terveystarkastusmaksut sekä lisäksi mahdolliset matkoista aiheutuvat kustannukset saattavat olla pienituloisilla palveluiden pariin hakeutumisen esteenä (Klavus 2010, 35). Tämän vuoksi myös terveys saattaa huonontua entisestään. Suomessa potilaalle maksettavaksi jäävät lääkekustannukset ovat kansainvälisesti vertailtuna korkeat ja lisäksi ne jakaantuvat väestössä hyvin epätasaisesti. Pienelle osuudelle kansalaisista kasaantuu lähes puolet koko terveyden avohuollon lääkekustannuksista. (Kauhanen ym. 2013, 253.) Tämä nähdään yhtenä terveyseroja lisäävänä tekijänä (ks. Manderbacka ym. 2012).

4.2. Työttömyyden yhteys terveyteen ja terveystarveluonnetta saatavuuteen

Pitkään jatkuneen taantuman ja elinkeinorakenteen muuttumisen seurauksena työttömyys on ollut Suomessa viime vuosina kasvava ongelma. Työttömien määrä on kasvanut vuoden 2015 aikana lähes kaikilla Suomen ELY-alueilla (Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusalueet) Kainuuta lukuun ottamatta. Suurinta työttömyyden kasvu on ollut Uudellamaalla, jossa työttömien määrä on lisääntynyt edeltävästä jopa 13 prosentilla. (TEM 2015a; TEM 2014.) Globaalin finanssikriisin ja sitä seuraavan taantuman aikana vuoden 2009 jälkeen etenkin pitkäaikaistyöttömyys (yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleet) on ollut selvässä kasvussa (TEM 2015b).

Suomessa työttömäksi jääminen ei välttämättä tarkoita yksilölle välitöntä toimeentulorisikää. Suomalainen työttömyysturvajärjestelmä on kehitetty korvaamaan osin menetettyä tuloa, kunnes henkilö työllistyy uudelleen. Ansiosidonnainen työttömyysturva takaa sen piiriin kuuluville aiempaan palkkaan sidotun korvauksen työttömyyden ajalta. Ferrarinin ja kumppaneiden (2014) tutkimuksen mukaan kattava työttömyysturva on osoittautunut hyväksi keinoksi ehkäistä myös koetun terveyden heikkenemistä työttömyyden aikana. Tätä on perusteltu sillä, että riittävä työttömyysturva antaa työttömälle paremmat mahdollisuudet ja resurssit tehdä terveydelle suotuisia valintoja, ja toisaalta uudelleenja-

komekanismin avulla ehkäisee voimakkaita tuloeroja ja sitä kautta vähentää epätasa-arvon kokemusta. Lisäksi on todettu, että kattava työttömyysturva toimii terveyttä suojaavana tekijänä, vaikka henkilö olisi työssäkäyvä. Tämä johtuu siitä, että työttömyyden riski ei aiheuta ihmisille yhtä voimakasta henkistä painetta kuin niissä maissa, joissa työttömyysturva on heikko. (Ferrarini, Nelson & Sjöberg 2014, 659–660; Bartley 2004.)

Työttömien koettu terveydentila on kuitenkin selvästi heikompi kuin työssäkäyvillä. Airion ja Niemelän (2013, 52) tutkimuksen mukaan työttömistä 71 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Kokopäiväisesti työssäkäyvien vastaava osuus oli jopa 85 prosenttia. Erityisen huonoksi terveytensä kokivat työmarkkinatuella elävät. Työttömillä oli myös selvästi työssäkäyviä useammin lääkärin toteamia vammoja. (Ks. Saikku, Kestilä & Karvonen 2014, 127.) Työttömien heikompi terveys nähdään johtuvan useammasta eri seikasta. Työttömillä on huonommat mahdollisuudet ylläpitää terveyttään liikuntaharrastusten avulla. Lisäksi työttömillä on heikommat mahdollisuudet sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa, sillä heillä ei välttämättä ole samalla tavalla sosiaalisia verkostoja. Toisinaan myös liikkumisen kustannukset hankaloittavat muiden ihmisten tapaamista. Toimeentulovaikeudet ovat monesti työttömille sellainen ongelma, joka estää heitä saavuttamasta hyvää terveyttä ja hyvinvointia. (Saikku, Kestilä & Karvonen 2014, 135.)

Lähes puolet pitkäaikaistyöttömistä kokee terveytensä huonoksi, kun vastaavasti työssäkäyvillä vastaava osuus on alle viidennes (Virtanen, Romppainen, Jähi & Saloniemi 2008, 67). Työttömyyden ja huonon terveydentilan yhteys ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteinen. Huonon terveyden on todettu toisaalta aiheuttavan työttömyyttä ja toisaalta heikentävän työttömän mahdollisuuksia työllistyä uudelleen, jolloin työttömyysjaksot pitkittyvät terveisiin verrattuna. Toisaalta uudelleentyöllistymisen on todettu parantavan terveydentilaa ja erityisesti mielenterveyttä. (Carlier, Schuring, Lötters, Bakker, Borgers & Burdof 2013; vrt. Airio & Niemelä 2013, 44.) Työllisyystilanteen ja terveyden yhteyden voidaan siis sanoa olevan kaksisuuntainen.

Ihmisen mielenterveydelle haastavin ajankohta on työttömäksi jääminen ja keskimäärin 12 ensimmäistä työttömyyskuukautta, joiden aikana mielenterveyden on todettu vielä heikentyvän. Tämän aikajakson jälkeen selkeää muutosta huonompaan ei ole havaittu. Tämän vuoksi työttömäksi jääville tulisi tarjota erityisesti aikaista tukea ja neuvontaa, jotta negatiivisia vaikutuksia mielenterveyteen voidaan lieventää. (Bartley, Ferrie & Montgomery 2006, 84) Kuitenkin on todettu, että pitkäaikaistyöttömien terveys ja hyvinvointi

ovat useilla eri mittareilla mitattuna heikompaa kuin lyhytaikaisesti työttömillä (Griep, Kinnunen, Nätti, De Cuyper, Mauno, Mäkikangas & De Witte 2016, 156), joten mielen-terveyden tuki ja neuvonta ovat koko työttömyyden ja erityisesti pitkään kestävästä työttömyyden ajalla tärkeässä roolissa.

Työttömät saavat myös heikommin palveluja kuin työssäkäyvät. Palveluiden heikon saatavuuden vuoksi työttömillä on selvästi enemmän esimerkiksi hoitamattomia mielenterveysongelmia kuin työssäkäyvillä. (Sinervo & Hietapakka 2013, 16.) Suomalaiset työssäkäyvät käyttävät selvästi enemmän yksityisiä terveystalouksia ja työttömät taas enemmän julkisia terveystalouksia. Työttömien kohdalla palvelujen tarve ja saatavuus eivät kuitenkaan kohtaa. Työttömät sairastavat työllisiä enemmän, minkä vuoksi työttömien työllisiä suurempi julkisten palvelujen käyttö ei riitä vähentämään terveyseroja. (Hepo-niemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008.)

Vuonna 2011 terveydenhuoltolakiin (2010/1326) kirjattiin kuntien velvollisuus järjestää terveystarkastuksia myös niille työkäisille, jotka jäävät työ- tai opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle. Tämän jälkeen kunnat ovat enenevässä määrin alkaneet tarjota työttömille asukkailleen tätä palvelua. Jotkut kunnat ovat järjestäneet kyseistä palvelua jo pitkään. Kuitenkaan kaikissa kunnissa tämä ei ole (vielä) käytössä ja osa kunnista on ilmoittanut, ettei kyseiseen toimintaan ole riittävästi resursseja. Terveystarkastusten johtava henkilöstö oli vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa enimmäkseen sitä mieltä, että työttömien terveystarkastukset ovat tarpeellisia ja lisäävät terveyden tasa-arvoisuutta. (Sinervo & Hietapakka 2013, 23–25.)

4.3. Koulutuksen yhteys terveyteen ja terveystalouksien saatavuuteen

Koulutus vaikuttaa yksilön tuloihin, työllisyystilanteeseen ja ammattiasemaan sekä mahdollisuuksiin vaikuttaa yhteiskunnassa. Lisäksi sillä on vaikutusta yksilön käytettävissä oleviin henkisiin ja materiaalsiin resursseihin, ja sen voidaan ajatella olevan melko pysyvä koko ihmisen aikuisiän. Tämän vuoksi koulutus onkin erityisen hyvä mittari tarkasteltaessa ihmisen sosioekonomista asemaa. (Von dem Knesebeck, Verde & Dragano 2006, 1344–1346; Talala ym. 2014.)

Koetulla terveydellä ja koulutuksella on todettu olevan yhteys. Vähemmän koulutetut kokevat terveytensä heikommaksi kuin korkeammin koulutetut kaikissa ikäryhmissä. (Arber, Fenn & Meadows 2014, 17; Von dem Knesebeck ym. 2006, 1349.) Suuri osa sosioekonomisista terveyseroista selittyy terveyskäyttäytymisen eroilla. Korkeammin koulutetun väestön kyvyt toimia terveyttä edistävällä tavalla ovat huomattavasti paremmat kuin matalasti koulutetuilla. (Kestilä, Martelin, Rahkonen, Härkänen & Koskinen 2009.) Koulutuksen nähdään lisäävän ihmisten niin sanottua terveyden lukutaitoa, joka auttaa ymmärtämään paremmin tarjottua terveystietoa ja hakemaan sitä itsenäisesti luotettavista lähteistä. Lisäksi koulutuksen nähdään lisäävän myös muita resursseja, joita ihminen tarvitsee voidakseen paremmin, välttääkseen tarpeettomia riskejä ja elämänhallintaan yleensä. (Kauhanen ym. 2013, 117–118; 266.) Toisaalta koulutus on myös yhteydessä elintasoon ja työllisyyteen sekä työuran pituuteen (Vaalavuo & Moisio 2014, 103), joten koulutuksen vaikutus terveyteen johtuu osin myös muista tekijöistä kuin vain itse koulutustasosta (Kestilä ym. 2009).

Koulutusryhmittäisiä eroja terveyskäyttäytymisessä on tutkittu Suomessa vuodesta 1973 lähtien. Terveyskäyttäytymisen mittareina ovat esimerkiksi ruokailu- ja liikuntatottumukset, alkoholin kulutus ja tupakointi. Tehtyjen selvitysten mukaan erityisesti matalasti koulutettujen miesten terveyskäyttäytyminen on terveydelle haitallista. Naisten terveyskäyttäytyminen on kaikilla mainituilla mittareilla tutkittuna miehiä terveellisempää, mutta naisillakin koulutusluokkien väliset erot näkyvät hyvin selvästi. Vain alkoholin kulutuksessa koulutusryhmittäiset erot ovat melko pienet molemmilla sukupuolilla. (Helldán, Helakorpi, Virtanen & Uutela 2013, 22–26.) Tupakoinnin osalta koulutusryhmien erot ovat Talalan ym. (2014) mukaan naisilla kasvaneet. Perusasteen koulutusryhmässä naisten tupakointi on lisääntynyt, ja se on vähentynyt ainoastaan korkeasti koulutetuilla. Vaikka koulutukseen perustuvat terveyserot selittyvätkin suurelta osin terveyskäyttäytymisen eroilla, on huomioitava ne laajemmat yhteiskunnalliset syyt, jotka johtavat huonoihin tottumuksiin (ks. Rotko, Sihto & Palosuo 2008, 8). Tämä laajempaa yhteiskunnallista eriarvoisuutta korostava ajattelutapa, on myös aiemmin mainitun Linkin ja Phelanin (1995) teorian taustalla.

Talalan ja kumppaneiden (2014) tutkimuksen mukaan koulutuksen mukaiset terveyserot kaventuivat jonkin verran vuosien 2000–2011 välillä, ja samalla huonoksi terveytensä kokevien osuus väheni merkittävästi. Etenkin alimman ja keskimmäisen koulutusryhmän

erot kaventuivat sekä koetussa terveydessä erityisesti miehillä että pitkäaikaissairastavuudessa molemmilla sukupuolilla. (Talala ym. 2014, 2187.)

Terveyspalvelujen saatavuudessa koulutusryhmittäisiä eroja ei Suomessa ole havaittu tutkittaessa koettua palvelujen saatavuutta (Manderbacka ym. 2012, 8). Kuitenkin kansainvälisissä tutkimuksissa on selvitetty yksittäisten sairauksien osalta lääkäriin tai leikkauksiin pääsyä, ja näissä on todettu, että matalammin koulutetut saavat heikommin ja myöhemmässä vaiheessa terveyspalveluita. (Ks. Hod & Goldfarb–Rumyantzev 2014, 1195; Schröder, Richter, Schröder, Frantz & Fink 2016.) Lisäksi koulutuksen määrittäessä osataan myös esimerkiksi ihmisen työtilannetta niin, että korkeammin koulutetut ovat paremmassa asemassa ja monesti myös parempien työterveyspalvelujen piirissä, voidaan koulutuksen nähdä vaikuttavan palvelujen saantiin sitä kautta.

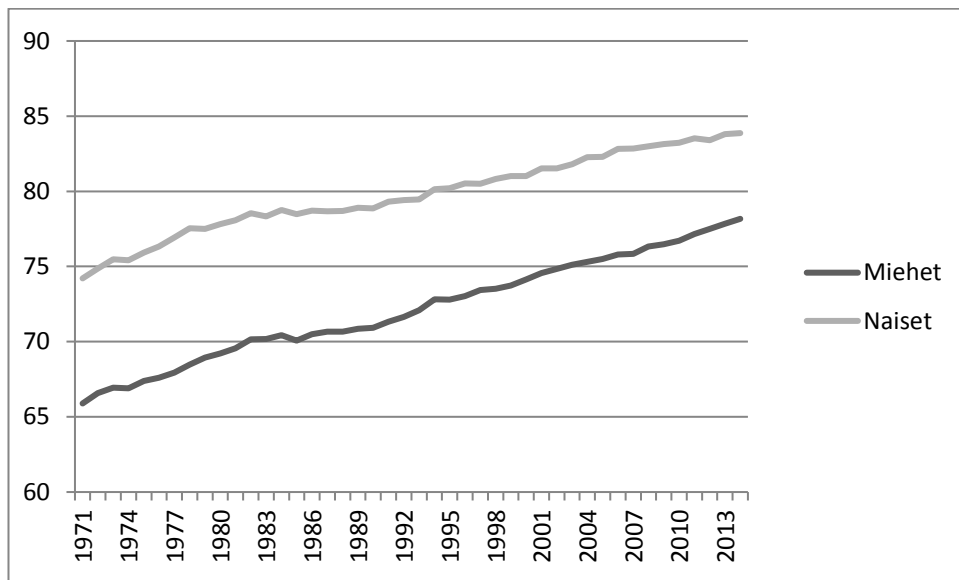
4.4. Demografisten tekijöiden yhteys terveyteen ja terveyspalvelujen saatavuuteen

Ihmisen elinkaarinäkökulma terveyteen kuvaa ihmisen terveydentilaa aiempien elämän aikana tapahtuneiden sosiaalisten ja biologisten prosessien yhtälöksi. Tämä tapahtumaketju kuvaa sekä hyvien että huonojen asioiden kasautumista ja niiden vaikutuksia terveyteen, elinikään ja hyvinvointiin. Esimerkiksi lapsuudenkodin sosioekonominen tilanne vaikuttaa henkilön terveyteen aikuisena. On myös havaittu, että huonot asiat monesti kasautuvat huonojen asioiden päälle ja hyvät asiat hyvien asioiden päälle. Esimerkiksi korkeammasta sosioekonomisesta asemasta lähtöisin oleva monesti kouluttautuu pidemmälle, työskentelee paremmissa olosuhteissa ja saa parempaa eläkettä. (Blane 2006, 54–55.)

Terveys heikkenee iän myötä. Suomessa ikään perustuvat erot terveydessä ovat erittäin suuret. Yhtenä tähän vaikuttavana tekijänä pidetään Suomen myöhäistä talouskasvua ja terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä maailmansotien jälkeen, minkä vuoksi vanhemmat ikäryhmät ovat eläneet pitkään köyhissä olosuhteissa ja saaneet heikommin terveydenhuollon palveluita. (Kallio 2006, 225.)

Miesten elinikä on naisia alhaisempi, mutta erot ovat hieman tasoittuneet 1990-luvulta 2000-luvulle (ks. kuvio 2). Suomalaisten miesten eliniänodote on 78,4 vuotta ja naisten

eliniänodote on 84,1 vuotta, jotka ovat hyvin lähellä OECD-maiden keskiarvoa. Suomalaisilla miehillä se on keskimäärin 0,3 vuotta alhaisempi ja naisilla 0,3 vuotta korkeampi kuin OECD-maissa. Lisäksi erot ovat molemmissa ryhmissä kaventuneet viimeisen 25 vuoden aikana. (OECD 2015, 48.)



Kuvio 2. Vastasyntyneiden suomalaisten eliniänodote 1971–2014 Lähde: (Tilastokeskus 2015b)

Naisten koettu terveys on useissa aiemmissa kansainvälisissä väestötason tutkimuksissa todettu olevan miehiä heikompi siitä huolimatta, että he elävät miehiä pidempään (esim. Griep ym. 2016; Aromaa & Koskinen 2002; vrt. Taloyan, Leineweber, Hyde & Westerland 2014, 852–854). Suomalaisissa tutkimuksissa miesten ja naisten koetussa terveydessä ei ollut havaittavissa eroja (Koskinen, Manderbacka & Aromaa 2012, 77; Klavus 2010, 30). Sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä vaihtelevat runsaasti käytetyn tutkimusmenetelmän mukaan ja tulokset ovat osin sen vuoksi keskenään ristiriitaisia (Kallio 2006, 219).

Nuorista aikuisista noin 40 prosenttia koki terveytensä hyväksi, mutta jopa reilu viidennes ilmoitti terveytensä heikentyneeksi. Avio- ja avoliitoissa elävät kokevat terveytensä paremmaksi kuin yksin elävät. Tämä ero korostui erityisesti miehillä. (Shemeikka, Rinne, Saares, Murto & Kaikkonen 2014.) Kuolleisuuseroja tutkittaessa on havaittu, että avioliitossa elävillä miehillä ja naisilla on pienempi riski kuolla ehkäistävässä oleviin sairauksiin kuin yksinelävillä, yksinhuoltajilla tai jopa avoliitossa elävillä. Erityisesti yksinasuvilla

miehillä kuolleisuusriski on huomattavasti naimisissa olevia miehiä suurempi. (Manderbacka, Peltonen & Martikainen 2014, 967.)

Palvelujen saatavuudessa on ollut huomattavissa ikäryhmittäisiä eroja niin, että vanhimmat ovat tyytyväisempiä terveyspalveluiden saatavuuteen kuin nuoremmat, mutta erot eivät ole muodostuneet tutkimuksessa tilastollisesti merkitseviksi. Sukupuolieroja palvelujen saatavuudessa ei ole havaittu. (Manderbacka ym. 2012, 8.) Sen sijaan palvelujen käytössä, jota on käytetty palvelujen saatavuuden tutkimisen välineenä (ks. Manderbacka 2014), on havaittu, että naiset käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin miehet. Naisten osuus terveydenhuollon menoista on kokonaisuudessaan suurempi, mikä johtuu osaltaan siitä, että naiset elävät miehiä pidempään. Kuitenkin erot ovat havaittavissa myös ikäryhmittäin tarkasteltuna, ja naisten osuus menoista on lähes kaikissa ikäryhmissä miehiä suurempi. (Kapiainen & Eskelinen 2014, 49.)

5. ALUEELLISET EROT TERVEYDESSÄ JA TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESSA

Suomen alueet ovat keskenään monella tapaa hyvin erilaisia. Myös alueelliset terveyserot ovat Suomessa suuria, vaikka esimerkiksi Pohjois- ja Itä-Suomeen on pyritty ohjaamaan terveydenhuollon resursseja paremmin ja alue-eroja on näin saatu kavennettua. Erot ovat kuitenkin näkyvissä esimerkiksi koetussa terveydessä ja kuolleisuudessa, joissa pohjois- ja itäsuomalaisten terveys on osoittautunut muita heikommaksi. (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002, 284.) Erojen kaventuminen on johtunut enimmäkseen erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomeen kohdistuvien sydän- ja verisuonisairauksien nopeasta vähentymisestä, jolloin niissä olevat alue-erot eivät määritä kokonaissairastuvuuden tilaa yhtä voimakkaasti kuin aiemmin. Kuitenkin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastuvuusindeksin mukaan alueelliset terveyserot ovat edelleen hyvin näkyviä. (Sipilä, Parikka, Härkänen, Juntonen, Koskela, Martelin & Koskinen 2014, 2991.) Itä-Suomen asukkaiden koettu terveys on heikompi kuin muiden suomalaisten ja terveimmäksi itsensä kokevat eteläsuomalaiset (Klavus 2010, 30).

Sairastuvuuserot ovat näkyviä niin itä-länsi -akselilla kuin pohjois-etelä -akselilla. Ete-lässä ja lännessä asuvat ovat selvästi terveempiä kuin idässä ja pohjoisessa asuvat kansalaiset. Sipilä ja kumppanit (2014, 2985) havaitsivat, että koko Suomen tervein väestö oli Espoossa ja sairain Kotkassa. Lisäksi näiden kaupunkien välinen ero oli erittäin suuri. Jos koko Suomen terveyden keskiarvon indeksi on 100, niin Espoo sai arvon 76 ja Kotka sai arvon 124. Kaikissa niissä kaupungeissa, joissa terveysongelmat ylipäänsä ovat suuria, myös mielenterveysongelmien osuus on suuri.

Suomessa alueellisten terveyserojen taustalla on useita eri terveyteen ja sairastavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Nämä tekijät ovat samoja kuin terveyden sosiaaliset määrittäjät, kuten elintavat ja niihin vaikuttavat tekijät, työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutus, sekä niiden jakaantuminen alueellisesti epätasaisesti. (Koskinen 2016.) Esimerkiksi Itä-Suomen maakunnissa työllisten määrä on laskenut 2000-luvulla. Muutos johtuu pääasiassa muuttoliikkeestä ja työvoiman eläköitymisestä. (Mella 2007.) Lisäksi iäkkäiden osuus alueen väestöstä vaikuttaa siihen, mikä alueen sairastuvuusindeksi on, sillä iäkkäillä on enemmän iän myötä yleistyviä sairauksia. Myös terveystalvelujen saatavuus ja

sen alueelliset erot vaikuttavat alueellisiin terveyseroihin. (ks. Koskinen 2016.) Alueellisia terveyseroja voidaan tarkastella joko väestön koostumuksen, eli sen mukaan millaista väestöä alueella asuu tai sen mukaan millaisella alueella väestö asuu. Väestön koostumus selittää suuren osan terveyden alue-eroista, mutta kokonaan niitä ei voida sillä selittää. (Karvonen 2011, 107-108.)

Lääkäriliitto on selvittänyt vuodesta 1986 alkaen vuosittain terveystieteiden määrää, lääkäriä (kokonaan hoitamatta olevien lääkärintehtävien prosenttiosuus kaikista lääkärintehtävistä) ja tehtyjen ulkoistusten määriä kaupungeittain, erityisvastuualueittain eli ERVA-alueittain ja myös sairaanhoitopiirien mukaan. Eniten lääkäriä vuonna 2015 oli Vaasan sairaanhoitopiirin alueella, jossa vaje oli 18,2 prosenttia lääkärintehtävistä. Kanta-Hämeen alueella vajeita ei puolestaan ollut vuonna 2015 lainkaan. (Lääkäriliitto 2016.) Alueiden välillä on todettu olevan eroja niin palvelujen saatavuudessa kuin niiden laadussakin (THL 2017b).

Terveyden palvelujen saatavuutta on tutkittu Suomessa jonkun verran (esim. Manderbacka 2012). Alueiden välisistä eroista palvelujen saatavuudessa on kuitenkin saatavissa melko vähän tutkimustietoa. Shemeikka ja kumppanit (2014) tutkivat erityisvastuualueiden⁴ välisiä eroja julkisten terveyspalvelujen saatavuudessa ja totesivat, että eteläisessä ja läntisessä Suomessa palvelujen saatavuus oli muuta maata heikompaa (mt. 36).

Alueellisten terveyserojen kaventamiseksi tulisi nostaa tietoisuutta terveyseroista päättäjien keskuudessa ja sitouttaa heitä pitkäaikaisiin toimiin eri hallinnonaloilla. Terveysterot tulisi nähdä ensisijaisesti makrotason ongelmana, johon yhteiskunnallisilla toimilla voidaan yhteisesti vaikuttaa. Eriarvoisuus on lisäksi nähtävä osana muita hyvinvoinnin haasteita ja tarkastella sitä osana laajempaa hyvinvointityötä. Alueellisten terveyserojen kaventamiseen tarvitaan lisää seurantatietoa väestön hyvinvoinnista, sekä alueiden välistä koordinaatiota ja yhteistyötä. (Rotko ym. 2014, 94–95.)

⁴ Tutkimusalueet pohjautuivat vuoden 2014 aikaiseen Sote-uudistus suunnitelmaan, jossa palvelujen järjestäminen oli tarkoitus siirtää viidelle erityisvastuualueelle, joita olivat eteläinen, läntinen, itäinen, keskinen ja pohjoinen (Shemeikka, Rinne, Manderbacka, Murto & Kaikkonen 2014, 29).

6. TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuskysymykset

Selvitän tässä pro gradu -tutkielmassa eroja koetussa terveydessä ja terveystalvelujen saatavuudessa seuraavien kysymysten avulla:

1. Vaihtelevatko koettu terveys ja terveystalvelujen saatavuus koko Suomen tasolla yksilön työllisyystilanteen, koulutuksen ja koetun toimeentulon sekä iän ja sukupuolen mukaan?
2. Vaihtelevatko koettu terveys ja terveystalvelujen saatavuus yksilön työllisyystilanteen, koulutuksen ja koetun toimeentulon sekä iän ja sukupuolen mukaan alueellisesti Suomessa?

Aineisto

Käytän tutkielmassani aineistona vuonna 2015 kerättyä Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus -aineistoa eli ATH-aineistoa. Tutkimus ja aineiston keruu on alun perin aloitettu Turussa, Kainuussa sekä Pohjois-Pohjanmaalla vuonna 2010. (THL 2012.) Vuodesta 2012 alkaen tutkimusta ryhdyttiin toteuttamaan valtakunnallisesti. Aineiston tavoitteena on tuottaa tietoa kuntapäätäjien ja tutkijoiden käyttöön sekä tarjota siten tietoa päätöksenteon tueksi. Vuoden 2015 aineisto lähetettiin posti- ja verkkokyselynä satunnaisotannalla valikoituneille henkilöille. Vastausprosentti oli 53 (n=37 670) (THL 2016).

ATH-aineistosta voidaan selvittää hyvin erikokoisten alueiden tilannetta. Tässä tutkielmassa selvitän eroja maakunnittain yleisemmällä tasolla ja aluehallintovirastoalueittain tarkemmissa analyyseissä. Vastajien jakauma alueittain on hyvin epätasainen (ks. taulukko 1). Suurin osa vastaajista on Uudeltamaalta, kun taas Ahvenanmaan maakunnasta vastaajia oli vain vähän, minkä vuoksi päädyin jättämään Ahvenanmaan pois analyyseistä.

Taulukko 1. Vastaajien jakaantuminen maakunnittain ja AVI-alueittain, % (N)

Maakunta	%	N
Uusimaa	29,2	3480
Pirkanmaa	9,9	1179
Varsinais-Suomi	7,9	943
Pohjois-Pohjanmaa	7,4	879
Keski-Suomi	5,6	668
Pohjois-Savo	5	592
Satakunta	3,8	456
Päijät-Häme	3,6	429
Etelä-Pohjanmaa	3,4	406
Lappi	3,3	395
Kanta-Häme	3,2	387
Pohjanmaa	3,2	384
Kymenlaakso	3	358
Pohjois-Karjala	3	356
Etelä-Savo	2,9	350
Etelä-Karjala	2,5	300
Kainuu	1,5	175
Keski-Pohjanmaa	1,2	145
Ahvenanmaa	0,4	49

Aluehallintovirasto	%	N
Etelä-Suomi	41,5	4954
Länsi-Suomi	23,3	2782
Lounais-Suomi	11,7	1399
Itä-Suomi	10,9	1298
Pohjois-Suomi	8,8	1054
Lappi	3,3	395
Ahvenanmaa	0,4	49

ATH-aineistossa selvitetään muun muassa vastaajien taustatietoja, elinoloja, terveyttä ja hyvinvointia, elintapoja sekä palvelujen käyttöä. Aineistosta on mahdollista saada monenlaista tietoa Suomen alueellisista terveystilanteista ja terveyspalvelujen käytöstä. Tässä tutkielmassa keskityn työikäisten eroihin koetussa terveydessä ja terveyspalvelujen saatavuudessa, joita selvitän eri sosiodemografisten tekijöiden mukaan. Tutkimukseni kohderyhmänä ovat 20–64-vuotiaat (n=11 882)

Selitettävät muuttujat

Koettua terveyttä tutkitaan tarkastelemalla seuraavaa viisiluokkaista kategorista muuttujaa: ”Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono”. Koettua terveyttä käytetään hyvin paljon tutkimuskirjallisuudessa terveyden mittarina (ks. esim. Aittomäki ym. 2010; Taloyan ym. 2015; Talala ym. 2014). On todettu, että yksilön arvio hänen omasta terveydestään korreloi tulevien elinvuosien kanssa. Hyväksi terveytensä arvioivat ihmiset elivät pidempään kuin heikommaksi terveytensä arvioivat ihmiset. (Graham 2007, 24.) Luokittelun muuttujan uudelleen siten, että koettu terveys määritellään heikentyneeksi (=1), jos vastaaja ilmoittaa terveydentilansa olevan viisiluokkaisella asteikolla keskitasoinen tai sitä huonompi ja hyväksi (=0), jos vastaaja ilmoittaa terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Vastaavaa jaottelua on käytetty myös aiemmissa tutkimuksissa (ks. esim. Talala ym. 2014; Kallio 2006).

Palvelujen koettua saatavuutta selvitetään kysymyksellä: ”Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana?” Kysymyksen alla oli valittavana 26 eri palveluvaihtoehtoa, joista osa koskee sosiaalipalveluita, kuten sosiaalityöntekijän vastaanottoa tai lastensuojelua. Osassa taas keskitytään terveyspalveluihin, kuten terveyskeskuslääkärin ja -sairaanhoitajan vastaanottoon tai hammas-huoltoon. Kysymyksessä vastaajaa on pyydetty huomioimaan sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut. Vastausvaihtoehtoja on neljä: 1 ei ole tarvittu; 2 olisi tarvittu, mutta palvelua ei ole saatu; 3 on käytetty, palvelu ei ollut riittävää; 4 on käytetty, palvelu oli riittävää. Tästä muuttujasta otan mukaan vain terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyä selvittävän kysymyksen, koska se kuvaa selvimmin julkisia palveluita. Myös Manderbacka ym. (2012) tutkivat vuoden 2010 ATH-aineistolla juuri terveyskeskuslääkärin palveluita tarvinneiden kokemuksia palveluiden riittävydestä.

ATH-kyselyyn vastanneista 54 prosenttia ilmoitti, ettei ollut tarvinnut terveyskeskuslääkärin palveluita viimeisen 12 kuukauden aikana. Suljen heidät tarkastelun ulkopuolelle ja

keskityn vain niihin, jotka ilmoittivat tarvinneensa tai käyttäneensä palveluita (vastausvaihtoehdot 2–4). Tämän muuttujan lopullinen tapausmäärä on 5 253. Luokittelen muuttujan uudelleen kahteen ryhmään: niihin, jotka ovat saaneet riittävästi palvelua [vastausvaihtoehto 4 (=0)], ja niihin, jotka kokevat, että palvelua on saatu riittämättömästi tai eivät ole saaneet niitä ollenkaan [(vastausvaihtoehdot 2 tai 3 (=1)]. Samanlaista jaottelua on käytetty myös aiemmissa terveystalouden saatavuutta käsittelevissä tutkimuksissa (ks. esim. Manderbacka ym. 2012).

Selittävät muuttujat

Koettua terveyttä ja koettua terveystalouden saatavuutta analysoidaan kuuden eri selittävän muuttujan avulla (ks. taulukko 1 ja taulukko 2). Selittävinä muuttujina ovat asuinalue, yksilön työllisyystilanne, koulutus, koettu toimeentulo, sukupuoli ja ikä. Tarkastelen alueita sekä maakuntajaottelun että aluehallintovirastojaottelun tasoilla. Käytän Euroopan tilastoviraston Eurostatin alueluokitusta NUTS3 eli maakuntajaottelua ja toisella aluehallintovirastojaottelua. NUTS-luokitus on Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksella määritelty hierarkkinen jaottelu, jota sovelletaan erityisesti Eurostatille toimitettavissa tilastoissa. NUTS-alueiden muodostus tapahtuu keskimääräisen väestömäärän mukaan ja lisäksi siinä suositaan maantieteellisesti ja hallinnollisesti määriteltyjä alueita. Viimeisin jaottelu, jossa alueita määriteltiin 19, on vuodelta 2011. Maakunta-alueet ovat: Keski-Suomi, Etelä-Pohjanmaa, Pohjanmaa, Satakunta, Pirkanmaa, Helsinki-Uusimaa, Varsinais-Suomi, Kanta-Häme, Päijät-Häme, Kymenlaakso, Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala, Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Lappi ja Ahvenanmaa. Ahvenanmaan jätän tarkastelun ulkopuolelle (Tilastokeskus 2012).

Logistisessa regressioanalyysissä ja ristiintaulukoiden vakioinnissa käytän aluejakona seitsenluokkaista aluehallintovirastojaottelua, jotta tapausmäärät analyysissä pysyivät riittävän suurina. Aluehallintovirastoalueet ovat Etelä-Suomi, Länsi-Suomi, Lounais-Suomi, Itä-Suomi, Pohjois-Suomi, Lappi ja Ahvenanmaa (ks. liite 1). Myös tässä muuttujassa jätän Ahvenanmaan valtionviraston⁵ pienen tapausmäärän vuoksi pois analyysistä.

⁵ Ahvenanmaan osalta käytetään nimitystä valtionvirasto samaan tapaan kuin muissa käytetään aluehallintovirasto.

Työllisyystilannetta kysytään kysymyksellä: Oletteko tällä hetkellä kokopäivätyössä, osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä, eläkkeellä iän perusteella, työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana, työtön tai lomautettu, perhevapaalla, kotiäiti tai -isä, opiskelija, jokin muu, mikä? Näistä yhdistän kokopäivätyössä ja osa-aikatyössä käyvät yhdeksi työssä-ryhmäksi, johon kuuluvat myös osa-aikaeläkkeellä olevat. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevat ja kuntoutustuen saajat yhdistän työkyvytön-ryhmäksi. Työttömät ja lomautetut yhdistän työtön-ryhmäksi. Eläkkeellä tai perhevapailla olevat vastaajat, opiskelijat sekä ne, jotka vastasivat tähän jokin muu -vaihtoehtoon, jätän analyyseissä tarkastelun ulkopuolelle, sillä keskityn tämän selittävän muuttujan avulla työelämään liittyviin vaikutuksiin terveydessä ja terveystalouden saatavuudessa.

Koulutusta selvitetään aineistossa opiskeluvuosien määrällä. Vastaaja kertoo koulutusvuosiensa lukumäärän kansa- ja peruskoulu mukaan laskettuna. Aineistossa on valmiiksi muokattu muuttuja, jossa koulutus on jaettu tertiileihin: matalaksi, keskitasoiseksi tai korkeaksi. Käytän tätä kolmiluokkaista muuttujaa analyyseissäni.

Koettua toimeentuloa selvitetään aineistossa seuraavalla kuusiluokkaisella kysymyksellä: ”Kotitaloudellanne voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla: Erittäin hankalaa, hankalaa, melko hankalaa, melko helppoa, helppoa, hyvin helppoa.” Dikotomisoin muuttujan siten, että heikosti toimeentulevaksi (=0) luokitellaan ne, jotka vastaavat, että menojen kattaminen on melko hankalaa, hankalaa tai erittäin hankalaa ja hyvin toimeentuleviksi (=1) ne, jotka kokevat, että toimeentulo on melko helppoa, helppoa tai erittäin helppoa.

Ikää on kysytty aineistossa syntymävuotena, josta on laskettu vastaajan ikä. Jaan ikämuuttujan neljään ikäryhmään, joita ovat 20–31, 32–43, 44–55 ja 55–64-vuotiaat. Vastaavaa jaottelua, jossa ikä on jaettu kymmenen vuoden ryhmiin, on käytetty myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Åberg Yngwe, Kondo, Hägg & Kawachi 2012; Nieminen, Prättälä, Martelin, Härkänen, Hyypä, Alanen & Koskinen 2013).

Taulukko 2. Selittävien muuttujien jakaumat, % (N)

Koulutus	
Matala	38 (4450)
Keskitaso	34 (3904)
Korkea	28 (3269)
Työtilanne	
Työssä	83 (7573)
Työkyvytön	8 (685)
Työtön	9 (862)
Toimeentulo	
Hankalaa	33 (3883)
Helppoa	67 (7840)
Sukupuoli	
Mies	43 (5090)
Nainen	57 (6709)
Ikäluokat	
20–31	20 (2420)
32–43	22 (2579)
44–55	29 (3408)
56–64	29 (3524)

Menetelmät

Käytän tässä tutkielmassa sekä kuvailevia että selittäviä menetelmiä. Aluksi tutkin aineiston suoria jakaumia, minkä jälkeen tarkastelen selittävien muuttujien yhteyttä koettuun terveyteen ja terveystalvelujen saatavuuteen ristiintaulukoilla. Alueellisia eroja selvitän vakioimalla AVI-alueet. Ristiintaulukoilla voi tutkia yleisellä tasolla selittävien muuttujien yhteyttä selitettävään muuttujaan. Muuttujien välisen yhteyden voimakkuutta tarkastelen Pearsonin khiin neliö -testillä, ja siitä tarkastelen erityisesti testin havaittuja merkitsevyysarvoja eli p-arvoja. P-arvo kertoo, millä todennäköisyydellä tutkittava vaihtoehtoinen hypoteesi on väärä. Jos p-arvo on pienempi kuin 0,05, todetaan, että kategoristen muuttujien välillä on tilastollisesti merkitsevä yhteys. (Nummenmaa 2009, 148.)

Selittäviin analyyseihin käytän logistista regressioanalyysia, joka sopii niihin tilanteisiin, joissa selitettävä muuttuja on kategorinen ja kaksiluokkainen (Nummenmaa 2009, 316). Logistisessa regressiossa ei tarvitse tehdä oletuksia mallissa käytettyjen muuttujien jakaumista, kuten esimerkiksi selittävien muuttujien normaalisuudesta (Metsämuuronen 2008, 115). Logistiseen regressioon vaadittava aineisto tulee olla riittävän suuri eli vähintään 50–100 henkilöä, mikä ei ole ongelma ATH-aineistoa käytettäessä. Selittävät muuttajat voivat olla jatkuvia tai kategorisia. Niillä ei ole juuri muita rajoitteita, kuin että ne eivät voi olla keskenään kollineaarisia, eli ne eivät ole liian voimakkaassa yhteydessä toisiinsa. (Ks. Nummenmaa 2009, 316, 330–332.)

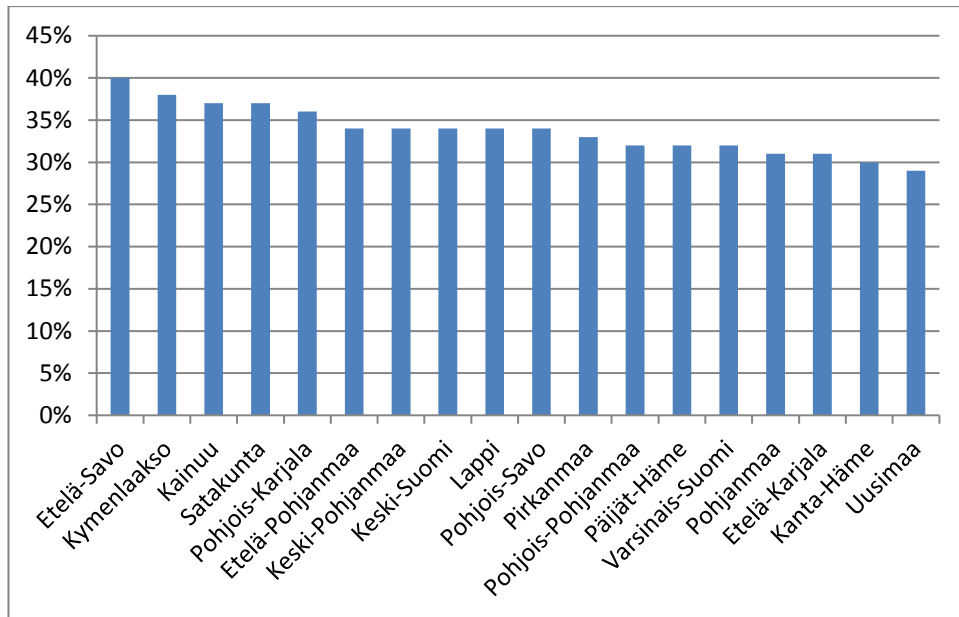
Logistisella regressioanalyysillä pyritään ennustamaan selitettävän muuttujan vaihtelua selittävien muuttujien avulla. Siinä tarkastellaan mallin sopivuutta, selitystarkkuutta, ennustustarkkuutta ja selittäjien merkityksellisyyttä (Nummenmaa 2009, 337). Tässä tutkimuksessa jaottelen molemmat selitettävät muuttajat uudelleen kaksiluokkaiseksi. Koettu terveys on siis joko hyvä tai huono ja terveyspalvelujen saatavuuden osalta vastaaja on saanut palveluita joko riittävästi tai riittämättömästi. Suoritan analyysin molempien selitettävien muuttujien osalta askeltaen niin, että ensimmäisessä mallissa tutkin vain AVI-alueiden yhteyttä koettuun terveyteen, lisään toiseen malliin iän ja sukupuolen selittäviksi muuttujiksi ja kolmanteen malliin lisään loput selittävät muuttajat, eli toimeentulon, työtilanteen ja koulutustason.

Tarkastelen mallin sopivuutta logistisessa regressioanalyysissä pseudo R^2 -kertoimen (Nagelkerke) avulla. Tämä kertoo, miten hyvin selitettävän muuttujan vaihtelua pystytään selittämään mallin avulla asteikolla nollasta yhteen, jossa arvo nolla tarkoittaa, että ei selitä vaihtelua yhtään ja yksi selittää vaihtelun täysin. Ennustustarkkuus saadaan arvioitua laskemalla, kuinka suuren osan havainnoista malli luokittelee oikein. Tämän jälkeen tarkastelen mallin ja aineiston välistä yhteensopivuutta Hosmer and Lemeshow testin avulla. Jos testin arvo on yli 0,05, mallin voidaan todeta sopivan aineistoon. (Jokivuori & Hietala 2007, 67–68.) Arvioin käytettävien selittäjien merkityksellisyyttä mallissa eri selittävien muuttujien regressiokertoimella (likelihood-ratio). Näiden mittayksiköksi tulee riski (odds), kun regressiokertoimet muunnetaan $\text{Exp}(b)$ -kertoimiksi. Jos tämän arvo poikkeaa tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,05$) nollasta, voidaan tätä selittäjää pitää mallissa tilastollisesti merkitseväenä. (Nummenmaa 2009, 337–339.)

7. SUOMALAISTEN KOETTU TERVEYS

Aloitin koetun terveyden tutkimisen selvittämällä, minkälaiseksi suomalaiset kokevat terveytensä ja miten suomalaisten koettu terveys vaihtelee maakunta-alueittain. Taulukosta 3, näkyy että jopa kolmasosa suomalaisista kokee terveytensä heikentyneeksi. Lisäksi kuvioista 3 ilmenee, että heikentyneeksi terveytensä kokevien osuus vaihtelee maakunnittain. Heikoimmaksi terveytensä kokevat Etelä-Savon, Kymenlaakson, Kainuun, ja Satakunnan vastaajat, kun taas terveimmät asuvat Uudellamaalla ja Kanta-Hämeessä. Verrattuna aiempaan Kaikkosen ja kumppaneiden (2015) tekemään tutkimukseen koetusta terveydestä voidaan havaita, että heikentyneeksi terveytensä kokevien osuus on vähentynyt vuodesta 2013 koko maan tasolla ja maakuntien väliset erot ovat hieman kaventuneet Etelä-Savon ja Kymenlaakson osuuksien pienentyessä jopa kuudella prosenttiyksiköllä ja Uudenmaan osuuden kasvaessa neljällä prosenttiyksiköllä.

Kymenlaakson heikko sijoittuminen terveysvertailussa voi johtua osittain siitä, että alue on kärsinyt jo pidempään voimakkaasta rakennemuutoksesta metsäteollisuuden heikentymisen ja paperitehtaiden alasajon vuoksi. Moni on sen vuoksi menettänyt työnsä ja toimeentulon varmuuden, mikä voi vaikuttaa esimerkiksi lisäten stressitekijöitä ja siten heikentää koettua terveyttä (ks. esim. Saikku, Kestilä & Karvonen 2014, 135). Kainuun työttömyysaste on maan korkeimpia (Puranen 2015), mikä voi näyttäytyä tuloksissa, joissa työttömyyttä ei ole vakioitu.



Kuvio 3. Heikentyneeksi terveytensä kokeneiden osuudet maakunnittain (%) ($p < 0,001$)

Selvitän sosiodemografista asemaa kuvaavien tekijöiden yhteyttä koettuun terveyteen koko maan tasolla ristiintaulukoimalla koettu terveys ja eri sosiodemografista asemaa ilmaisevat selittävät muuttujat eli työttömyys, koulutus ja koettu toimeentulo, sekä ikä ja sukupuoli. Taulukosta 3 nähdään, että kaikki tässä tutkimuksessa käytetyt sosiaalista asemaa kuvailevat selittävät muuttujat ovat yhteydessä koettuun terveyteen tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p < 0,001$) niin, että heikommassa sosiaalisessa asemassa olevat kokevat terveytensä heikommaksi kuin paremmassa sosiaalisessa asemassa olevat.

Taulukko 3. Koettu terveys, % (N)

	Heikentynyt	Hyvä	Yhteensä
Suomalaiset	32 (3703)	68 (7875)	100 (11578)
Ikäryhmät (p<0,001)			
20–31	20 (470)	80 (1861)	100 (2331)
32–43	26 (648)	74 (1850)	100 (2498)
44–55	34 (1133)	66 (2185)	100 (3318)
56–64	42 (1452)	58 (1979)	100 (3431)
Sukupuoli (p<0,001)			
Mies	34 (1687)	66 (3268)	100 (4955)
Nainen	30 (1998)	70 (4570)	100 (6568)
Työtilanne (p<0,001)			
Työssä	27 (1975)	73 (5433)	100 (7408)
Työtön	45 (382)	55 (463)	100 (845)
Työkyvytön/kuntoutus	76 (513)	24 (159)	100 (672)
Koulutustaso (p<0,001)			
Matala	39 (1674)	61 (2663)	100 (4337)
Keskitaso	30 (1150)	70 (2678)	100 (3828)
Korkea	25 (793)	75 (2409)	100 (3202)
Toimeentulo (p<0,001)			
Hankalaa	47 (1779)	53 (2032)	100 (3811)
Helppoa	25 (1892)	75 (5784)	100 (7676)

Demografiset tekijät

Koettu terveys vaihtelee iän mukaan niin, että nuorimmat ovat terveimpiä ja terveys heikenee iän myötä siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin. Taulukossa 3 nähdään, että vain viidennes 20–31-vuotiaista suomalaisista kokee terveytensä heikentyneeksi. Siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin havaitaan, että 32–43-vuotiaista osuus on kasvanut jo neljänneksen, 44–55-vuotiailla osuus on jo kolmannes ja vanhimmalla, eli 56–64-vuotiailla osuus

on jo lähes puolet ikäryhmästä. Tulos on linjassa Kallion (2006) havaintojen kanssa, joiden mukaan vanhemmat ikäryhmät kokevat terveytensä heikommaksi kuin nuoremmat. Tähän voi vaikuttaa useat eri seikat. Kallion (2006) mukaan vanhemmilla ikäryhmillä on nuorempana ollut heikommalla mahdollisuudet terveydenhuollon palveluihin, joka vaikuttaisi myöhemmällä iällä terveyteen heikentävästi. Kuitenkin myös tavalliset iän tuomat terveyshaitat vaikuttavat terveyden kokemukseen sitä heikentävästi. Erikssonin (2011, 215) mukaan varttuneemman iän heikentyneen terveyden riski on voinut juontaa myös muista varhaisemman elämän olosuhteista kuten ravinnosta tai stressin määrästä, joita tässä tutkimuksessa ei pystytä selvittämään tarkemmin.

Vakioitaessa AVI-alueet havaitaan, että ikäryhmittäisessä tarkastelussa ei ole havaittavissa suuria alueellisia eroja (ks. liite 2). Nuorimmissa kahdessa ikäryhmässä erot AVI-alueiden välillä ovat muutaman prosenttiyksikön luokkaa. Erot alueiden välillä lisääntyvät hieman siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin. Vanhimmassa ikäryhmässä vähiten terveytensä heikentyneeksi kokevat Lapin asukkaat, joista noin kolmannes kokee terveytensä heikentyneeksi, sekä Etelä-Suomen asukkaat, joista vajaa 40 prosenttia kokee terveytensä heikentyneeksi. Heikoimmaksi terveytensä kokevat Itä-Suomen vanhimman ikäryhmän asukkaat, joista jopa puolet kokee terveytensä heikentyneeksi. Osasyynä vanhempien itäsuomalaisten ikäryhmien muuta maata heikompaan koettuun terveyteen voi olla esimerkiksi se, että siellä on paljon maaseutumaista asuinseutua, jossa on vähemmän palveluja tarjolla ja ne sijaitsevat kauempana asukkaista kuin kaupunkialueilla, jolloin palvelujen piiriin saatetaan hakeutua vasta, kun ongelmat ovat kasautuneet. (Ks. THL 2017b.) Palvelujen ja avun luo pääseminen on havaittu olevan yhteydessä haja-asutusalueella asuvien vanhimpien ikäryhmien hyväksi koettuun terveyteen (Nummela, Sulander, Karisto & Uutela 2009, 193), mikä saattaa osin näkyä myös tässä tutkielmassa.

Noin kolmannes suomalaisista miehistä ja vajaa kolmannes naisista kokee terveytensä heikentyneeksi. Miesten ja naisten välinen ero heikentyneeksi koetussa terveydessä on vain neljä prosenttiyksikköä. Sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä ovat vaihdelleet tutkimusmenetelmän mukaan siten, että toisissa tutkimuksissa tulokset ovat osoittaneet, että miehet kokevat terveytensä naisia heikommaksi, toisissa tulokset ovat toisinpäin. Kuitenkin useissa tutkimuksissa naiset ovat kokeneet terveytensä miehiä heikommaksi (esim. Griep ym. 2016; Aromaa & Koskinen 2002; vrt. Taloyan ym. 2014).

Miehistä vähiten terveytensä heikentyneeksi kokevia on Etelä-Suomen alueella ja eniten Itä-Suomen alueella. Naisista vähiten terveytensä heikentyneeksi kokevia on Pohjois-

Suomen alueella ja eniten Itä-Suomen alueella. Itäsuomalaisten muita suomalaisia heikompi terveydentila tukee aiempaa tutkimusta, jonka mukaan Itä-Suomessa on korkeammat sairastavuusindeksit ja myös koettu terveys on heikompaa kuin muualla Suomessa (Klavus 2010; Sipilä ym. 2014).

Työtilanne

Työssäkäyvistä reilu neljännes kokee terveytensä heikentyneeksi, kun työttömillä vastaava osuus on lähes puolet ja työkyvyttömillä tai kuntoutuksessa olevilla jopa kaksi kolmasosaa. Työkyvyttömiä osalta saatu tulos on ymmärrettävää, sillä he ovat poissa työelämästä juuri heikentyneen terveydentilansa vuoksi, mutta työttömien heikkoa terveyttä ei suoraan näin voi selittää.

Työttömyyden ja koetun terveyden yhteyttä on selitetty aiemmissa tutkimuksissa eri tavoin, mutta useissa on kiinnitetty huomiota erityisesti työttömyyden aiheuttamiin mielenterveyden ongelmiin (esim. Bartley, Ferrie & Montgomery 2006, 84), jotka voivat pidemmällä aikavälillä johtaa sairastumiseen. Lisäksi työttömyyden voidaan nähdä vaikuttavan yksilön terveystyöskäytymiseen ja lisätä epäterveellisiä toimintatapoja, kuten tupakointia, ja vähentää toisaalta mahdollisuuksia terveyttä edistävään toimintaan, kuten liikkumiseen. Työttömyyden on myös todettu vaikuttavan yksilön itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin ja sitä kautta erityisesti mielenterveyteen. Työttömäksi jäämisen onkin terveyden osalta ensisijaisesti todettu olevan mielenterveyden riski (Gebel & Vossemmer 2014, 129, 135), mutta sen on havaittu olevan riski myös fyysiselle terveydelle. Työttömyys heikentää yksilön taloudellisia resursseja ja sitä kautta mahdollisuuksia tehdä terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä valintoja. Kattavan suomalaisen työttömyysturvan on todettu lieventävän työttömyyden terveyttä heikentävää vaikutusta (Ferrarini ym. 2014, 659–660). Tämän tutkielman tulokset antavat kuvaa siitä, että myös Suomessa, jossa työttömyysturvaa pidetään yleisesti kattavana, työttömyydellä on vaikutusta terveyteen. Kattavuudestaan huolimatta korvaustaso ei välttämättä riitä siihen, että yksilöllä on riittävät resurssit tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Työttömyys vaikuttaa siis kokonaisvaltaisesti yksilön fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

On kuitenkin huomioitava, että työttömyyden ja heikentyneen terveydentilan kausaalisuuden suunta on epäselvä. Työttömyys voi aiheuttaa terveyden heikkenemistä, mutta toisaalta terveyden heikentyminen voi myös olla riskitekijänä työttömäksi jäämiselle.

(Esim. Bartley, Ferrie & Montgomery 2006, 80.) Gebel ja Vossemer (2014, 135) ovat samoilla linjoilla ja toteavatkin, että terveyden edistämisen tulisi olla yhtenä työttömien aktiivoinnin osatekijänä.

Työttömien koetussa terveydessä näkyy selviä eroja AVI-alueittain (ks. liite 2). Eniten terveytensä heikentyneeksi kokevia työttömiä on Itä-Suomen AVI-alueella, jossa reilu puolet työttömistä kokee terveytensä heikentyneeksi. Lähes yhtä suuri osuus Lounais-Suomen työttömistä kokee terveytensä heikentyneeksi. Vastaavasti vähiten sitä koetaan Lapin AVI-alueella, jossa vajaa 40 prosenttia työttömistä kokee terveytensä heikentyneeksi. Länsi- ja Sisä-Suomen sekä Etelä-Suomen AVI-alueillakin työttömien heikentyneeksi koetun terveyden osuus on hieman reilu 40 prosenttia. Työssäkäyvillä koetussa terveydessä alueellisia eroja ei juurikaan ole näkyvissä. Heillä alueiden väliset erot koetussa terveydessä ovat vain muutaman prosenttiyksikön luokkaa. Itä- ja Lounais-Suomen työttömien muuta maata suurempi heikentyneeksi koetun terveyden osuus voi osittain johtua siitä, että näillä alueilla on juuri työttömien määrässä tapahtunut suuria muutoksia laajojen irtisanomisten myötä, joka voi heijastua myös koettuun terveyteen. Syynä eroihin voivat olla myös yleisemmin alueellisiin eroihin vaikuttavat tekijät, jolloin työllisyydellä itsellään ei olisi tähän vaikutusta. Eri työmarkkina-asemassa olevien alueellisia terveyseroja ei ole aiemmin tutkittu ja tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että aiheetta olisi syytä selvittää tarkemmin.

Koulutus

Koulutuserot näkyvät matalasta koulutustasosta korkeaan koulutustasoon siirryttäessä siten, että matalammin koulutetut kokevat terveytensä heikommaksi kuin keskitasoisesti ja korkeasti koulutetut (ks. taulukko 3). Korkeasti koulutetuista noin joka neljäs kokee terveytensä heikentyneeksi. Tämä eroaa jonkin verran keskitasoisesti koulutetuista, joista jo vajaa kolmannes, sekä erityisesti matalasti koulutetuista, joista reilu kolmannes kokee terveytensä heikentyneeksi. Tulos tukee aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että matalammin koulutetut ovat sairaampia kuin korkeasti koulutetut (Arber, Fenn & Meadows 2014; Von dem Knesebeck ym. 2006) ja korkeampi koulutus luo mahdollisuudet parempaan terveyteen (Sihto 1998, 10–11; Kestilä ym. 2009).

Korkeasti koulutetuilla heikentyneeksi koetun terveyden osuus näyttää lisääntyneen, kun tulosta verrataan Talalan ja kumppaneiden (2014) tutkimukseen. Tulos on lähes samanlainen korkeasti koulutettujen osalta kuin oli vuonna 2000. Keskitasoisesti koulutetuilla heikentyneeksi koetun terveyden osuus on lisääntynyt vuodesta 2011 jonkin verran, mutta he kokevat terveytensä kuitenkin paremmaksi kuin vuonna 2000. Matalasti koulutetuilla koettu terveys näyttää heikentyneen vuodesta 2011, mutta heilläkin heikentyneeksi koetun terveyden osuus on pienempi kuin vuonna 2000. Koulutusryhmien väliset erot näyttävät myös pysyneen lähes ennallaan verrattuna vuoteen 2011. (Ks. Talala ym. 2014, 2188.)

Koulutuksen ja terveyden välinen yhteys voi osittain selittyä myös tekijöillä, joihin koulutus suoraan vaikuttaa, kuten työtilanteella, työolosuhteilla ja toimeentulolla. Koulutus-taso vaikuttaa edelleen voimakkaasti esimerkiksi työttömyysriskiin sekä osittain sitä kautta toimeentuloon, osallistumismahdollisuuksiin ja mahdollisuuksiin toimia terveyttä edistävällä tavalla. Lisäksi jo aiemmin mainittu tietämys terveydestä on matalammin koulutetuilla vähäisempää. (Kestilä ym. 2009; Kauhanen ym. 2013, 117–118.) Myös osallisuuden kokemuksella, eli sillä, että tuntee kuuluvansa johonkin yhteisöön ja kokee arvostusta ja luottamusta, on havaittu olevan yhteys koulutusryhmien välisiin terveyseroihin (THL 2017a). Aiemmassa tutkimuksessa (THL 2013) on havaittu, että sosiaalinen pääoma selittäisi jopa kolmasosan koulutusryhmien välisistä koetun terveyden eroista.

Alueelliset erot koetussa terveydessä koulutuksen mukaan tarkasteltuna näyttäytyvät pieninä (ks. liite 2). Sekä matalasti että keskitasoisesti koulutetuista Itä-Suomen AVI-alueen vastaajat kokevat terveytensä hieman muita useammin heikentyneeksi, kun taas Etelä-Suomen ja Pohjois-Suomen matalasti ja keskitasoisesti koulutettujen vastaajien koettu terveys on hieman muita parempi. Erot liikkuvat kuitenkin viiden prosenttiyksikön sisällä, joten alueelliset erot näyttävät pieneltä. Koulutuksen mukaan tarkasteltuihin alueellisiin eroihin voivat vaikuttaa esimerkiksi se, että monet sellaiset matalasti tai keskitasoisesti koulutetut, jotka ovat terveempiä, ovat muuttaneet parempien työmahdollisuuksien perään Etelä-Suomeen ja siksi Itä-Suomeen on jäänyt enemmän sellaisia ihmisiä, joiden terveys on heikentynyt. Mackenbachin (2012) teorian mukaan sosiaalisen liikkuvuuden myötä matalampaan sosioekonomiseen asemaan on jäänyt niitä ihmisiä, joiden mahdollisuudet ylläpitää hyvää terveyttä ovat heikommät kuin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevien, mikä saattaa selittää tässä tutkielmassa havaittuja alueellisia eroja.

Toimeentulo

Hankalaksi toimeentulonsa kokevista jopa lähes puolet kokee terveytensä heikentyneeksi, kun vastaava osuus helpoksi toimeentulonsa kokevista on vain neljännes (ks. taulukko 3). Toimeentuloryhmien välinen ero on huomattava. Koetun toimeentulon vaikutus terveyteen on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Kallio 2006). Toimeentulo-ongelmat vaikuttavat terveyteen aiempien tutkimusten mukaan monesta eri syystä. Köyhemmillä on heikommat materiaaliset resurssit asua terveellisissä oloissa, hankkia terveellistä ruokaa, harrastaa urheilua, hakeutua lääkärin palveluiden pariin ja hoitaa sairauksiaan lääkityksin. (Furnée & Pfann 2010.) Lisäksi köyhyden on todettu aiheuttavan stressiä, joka heikentää terveyttä (Bartley 2004). On havaittu, että toimeentulo-ongelmien ehkäiseminen voisi parantaa ihmisten terveyttä (Kiely ym. 2015). Riittävä toimeentulo on myös yksi osallisuutta lisäävä tekijä, jolla taas nähdään olevan vaikutusta ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Osallistumisen mahdollisuudet vähentävät esimerkiksi ihmisen riskiä sairastua sydänsairauksiin tai masennukseen. (THL 2017a.)

Helpoksi toimeentulonsa kokevilla ei havaita alueellisia eroja koetussa terveydessä, mutta heikoksi toimeentulevien koetussa terveydessä alue-eroja on havaittavissa AVI-alueittain (ks. liite 2). Heikentyneeksi toimeentulonsa kokevista useimmin myös terveytensä heikentyneeksi kokevat Itä-Suomessa asuvat, joista reilu puolet kokee terveytensä heikentyneeksi. Terveimpiä ovat Etelä-Suomen alueella asuvat vastaajat. Huomattavaa kuitenkin on, että terveimpien ja sairaimpien välinen ero on noin kymmenen prosenttiyksikköä, joten suurista alue-eroista ei voida puhua myöskään heikosti toimeentulevien osalta. Itä-Suomen toimeentulo-ongelmista kärsivien heikompi terveys muihin suomalaisiin verrattuna voi johtua useammasta eri tekijästä. Yhtenä merkittävänä voivat olla terveyspalvelujen ja erityisesti ehkäisevien palvelujen saatavuuden mahdolliset ongelmat pitkien etäisyyksien ja suurten matkakustannusten vuoksi, jotka voivat aiheuttaa terveysongelmien vaikeutumista. Heikosti toimeentulevilla ihmisillä ei ole välttämättä varaa matkustaa näitä matkoja, jolloin taajama-alueilla asuvat heikosti toimeentulevat ovat paremmassa asemassa kuin haja-asutusalueilla asuvat. (Ks. Furnée & Pfann 2010.)

Logistinen regressioanalyysi koetusta terveydestä

Logistisen regressioanalyysin avulla saadaan selvitettyä, mitkä selittävät muuttujat ennustavat koettua terveyttä. Ensimmäisessä mallissa tutkin AVI-alueiden yhteyttä koettuun terveyteen. Maakunnittain tarkasteltuna alueellisia eroja koetussa terveydessä on havaittavissa, mutta kun alueita katsotaan tämän tyyppisellä jaottelulla, alue-erot katoavat. Kun tarkastellaan, mitkä maakunnat kuuluvat mihinkin AVI-alueeseen (ks. liite 1), havaitaan, että AVI-alueisiin kuuluu sekä niitä maakuntia, jotka sijoittuvat terveysvertailussa hyvin että niitä, joiden sijoitus on heikko. Taulukosta 4 nähdään, että kun selittävänä tekijänä on AVI-alue, pseudoselityssaste jää hyvin pieneksi, eikä tulos osoittaudu minkään alueen osalta tilastollisesti merkitseväksi. Kauhanen ja kumppanit (2013, 267) kuvailevatkin aluetutkimusten ongelmana juuri sen, että kaikki tietyllä alueella elävät ihmiset eivät kuitenkaan altistu samoille riskeille elämässään ja siten tulosten alueellinen yleistäminen voi tuottaa harhaisia tuloksia.

Toisessa mallissa lisään tarkasteluun demografiset tekijät, eli iän ja sukupuolen. Ikä ja sukupuoli ovat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Miehillä on naisiin verrattuna jonkin verran suurempi riski kokea terveytensä heikentyneeksi. Logistisen regressioanalyysin tulos vahvistaa ristiintaulukoiden tuloksia. Tämän tutkimuksen tulos niistä poikkeaa aiemmista tuloksista, joissa on havaittu naisten kokevan terveytensä miehiä useammin heikentyneeksi. Mutta kuten muissakin, myös tässä tutkimuksessa ero on pieni. (Esim. Griep ym. 2016; Aromaa & Koskinen 2002; vrt. Taloyan ym. 2014; vrt. Koskinen, Manderbacka & Aromaa 2012) Ikäluokittain tarkasteltuna havaitaan, että nuorimmat kokevat terveytensä harvimminkin heikentyneeksi. Toiseksi nuorimassa ryhmässä riski kokea terveytensä heikentyneeksi on hieman suurempi nuorimpaan ryhmään nähden. Siirryttäessä kolmanteen eli 44–55-vuotiaiden ryhmään havaitaan, että riski kokea terveytensä heikentyneeksi on jo jonkin verran kasvanut ja vanhimmassa ikäryhmässä jo reilusti nuorinta ikäryhmää suurempi. Tässä mallissa pseudoselityssaste nousee jo huomattavasti. Näiden tulosten perusteella näyttää siltä, että koettu terveys alkaa heikentyä selvästi varhaisen keski-ian jälkeen. Tulos tukee iänkin osalta ristiintaulukoiden tuloksia, joiden mukaan vanhemmat ikäryhmät kokevat terveytensä heikommaksi.

Taulukko 4. Logistinen regressioanalyysi alueellisten ja sosiodemografisten tekijöiden yhteydestä heikentyneeksi koettuun terveyteen OR (LV)

	Malli 1	Malli 2	Malli 3
	OR (LV 95 %)	OR (LV 95 %)	OR (LV 95 %)
Alue			
Etelä-Suomi	0,880 (0,762-1,017)	0,886 (0,764-1,027)	0,901 (0,753-1,079)
Itä-Suomi	1,176 (0,988-1,400)	1,123 (0,940-1,341)	1,056 (0,850-1,313)
Lappi	1,070 (0,836-1,331)	0,978 (0,759-1,260)	0,891 (0,654-1,214)
Lounais-Suomi	1,033 (0,869-1,277)	1,017 (0,853-1,213)	1,031 (0,831-1,280)
Länsi-Suomi	1,032 (0,885-1,203)	1,035 (0,885-1,210)	1,016 (0,839-1,230)
Pohjois-Suomi	ref.	ref.	ref.
Sukupuoli			
Mies		1,156***(1,066-1,252)	1,181** (1,072-1,302)
Nainen		ref.	ref.
Ikäluokka			
20-31		0,345***(0,306-0,390)	0,363*** (0,306-0,431)
32-43		0,482***(0,430-0,539)	0,569*** (0,495-0,653)
44-55		0,708***(0,641-0,782)	0,775*** (0,685-0,875)
56-64		ref.	ref.
Toimeentulo			
Hankalaa			2,328*** (2,097-2,585)
Helppoa			ref.
Työtilanne			
Työtön			1,579*** (1,349-1,849)
Työkyvytön			5,371*** (4,397-6,561)
Työssä			ref
Koulutus			
Matala			1,585*** (1,400-1,794)
Keskitaso			1,242** (1,093-1,412)
Korkea			ref.
Nagelkerke R²	0,003	0,049	0,176
Oikein luokitellut	68,0 %	68,0 %	72,8 %
N	11 578	11 523	8734

p<0,05*; p<0,01**; p<0,001*** Referenssikategoria (terveytensä heikentyneeksi kokee-
neet) saa jokaisessa selittävässä muuttujassa arvon yksi. Ykköstä pienemmät arvot tar-
koittavat paremmaksi koettua terveyttä ja ykköstä suuremmat arvot tarkoittavat heikom-
maksi koettua terveyttä.

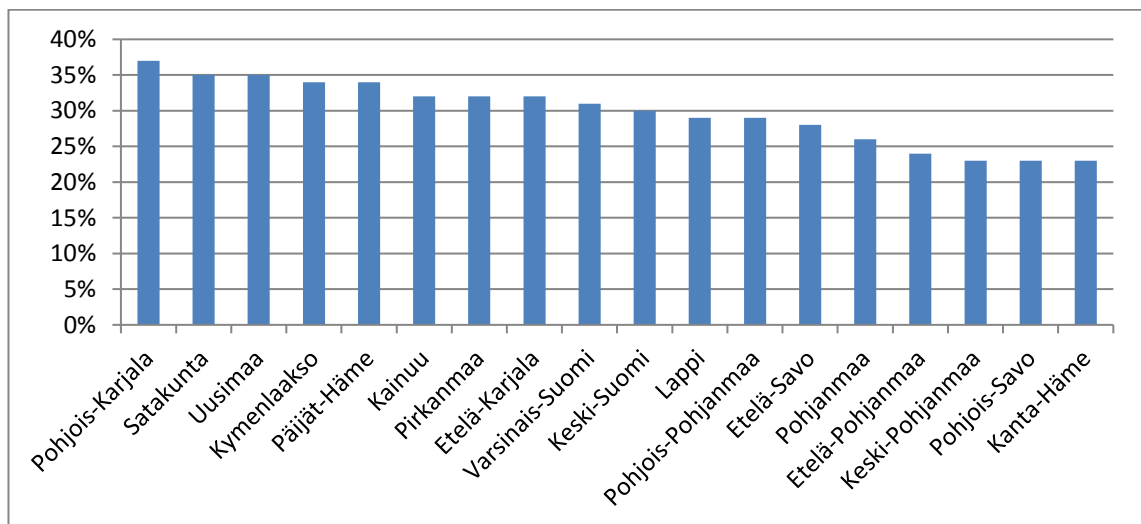
Kolmannessa mallissa lisään tarkasteluun toimeentulon, työtilanteen ja koulutustason. Kolmannen mallin tapausmäärä laskee, sillä työtilanteen tullessa selittäväksi muuttujaksi opiskelijat, kotiäidit ja -isät sekä eläkkeellä olevat eivät enää ole mukana analyysissa. Lisätyt selittävät tekijät heikentävät hieman sukupuolen vaikutusta koettuun terveyteen, mutta sen vaikutus on edelleen tilastollisesti merkitsevä tasolla $p < 0,01$. Tämä viittaa siihen, että muut tekijät, kuten työttömyys, voivat selittää osan sukupuolten välisistä eroista koetussa terveydessä ja siksi sen vaikutus heikkenee muiden selittävien tekijöiden myötä. Lisäksi ero naisten ja miesten välillä on kuitenkin kasvanut, vaikka merkitsevyystaso on vähän laskenut.

Taulukosta 4 havaitaan, että hankalaksi toimeentulonsa kokevilla on yli kaksinkertainen riski kokea terveytensä heikentyneeksi verrattuna niihin, joilla toimeentulo on helppoa. Työtilannekin vaikuttaa tilastollisesti erittäin merkitsevästi, vaikka muut tekijät on huomioitu. Työttömän riski kokea terveytensä heikentyneeksi on yli puolitoistakertainen verrattuna työssäkäyviin. Työkyvyttömällä riski on jo yli viisinkertainen. Nämä molemmat tulokset vahvistavat ristiintaulukoiden tuloksia.

Koulutuksen ja terveydentilan välinen yhteys on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Arber, Fenn & Meadows 2014), mutta on myös pohdittu sitä, minkä tekijöiden kautta koulutus vaikuttaa. Tässä havaitaan, että koulutus on yhteydessä koettuun terveyteen myös itsenäisesti, eikä vain työn tai toimeentulon kautta. Keskitasoisesti koulutettujen riski kokea terveytensä heikentyneeksi on jonkin verran ja matalasti koulutettujen riski reilusti suurempi verrattuna korkeasti koulutettuihin, kun muut mallin tekijät on vakioitu. Matalasti ja korkeasti koulutettujen ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ja keskitasoisesti ja korkeasti koulutetuillakin merkitsevä. Logistisen regressioanalyysin tulokset tukevat myös koulutuksen osalta ristiintaulukoiden tuloksia.

8. SUOMALAISTEN KOKEMUKSET TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDESTA

Terveydenhuollon palvelujen käyttö ja saatavuus on havaittu olevan yksi merkittävä terveyserojen taustalla vaikuttava tekijä (Kauhanen ym. 2013). Terveyskeskuslääkärin palveluita tarvinneista 31 prosenttia kokee saaneensa riittämättömästi tai ei ollenkaan palveluita (ks. taulukko 5). Suurin osa terveyskeskuslääkärin palveluita tarvitsevista siis kokee saavansa niitä riittävästi. Tulos on hyvin samanlainen kuin aiemmissa tutkimuksissa on havaittu (esim. Kaikkonen ym. 2014). Kuviosta 4 havaitaan, että lääkärin palveluita tarvinneista niiden saatavuuteen tyytymättöimpiä ovat Pohjois-Karjalan, Satakunnan ja Uudenmaan vastaajat, kun taas vähiten tyytymättömyyttä palvelujen saatavuuteen on Kanta-Hämeen, Pohjois-Savon ja Keski-Pohjanmaan vastaajilla. Maakuntien väliset erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 4. Riittämättömästi terveyskeskuslääkäripalveluita saaneiden prosentiosuudet maakunnittain

Maakuntakohtaisia eroja on löydetty myös aiemmissa tutkimuksissa, ja tuloksetkin ovat hyvin samankaltaisia. Verrattuna Kaikkosen ja kumppaneiden (2014, 2) tutkimukseen ai-noastaan Etelä-Savon maakunnan asukkaiden tyytyväisyys palveluihin on parantunut vertailussa muihin maakuntiin. Vuoden 2014 tutkimuksessa Etelä-Savossa oli Suomen kolmanneksi eniten terveyspalvelujen saatavuuteen tyytymättömiä. Nyt Etelä-Savo sijoit-tui tyytyväisimpien joukkoon. (vrt. Kaikkonen ym. 2014.) Palvelujen heikkoon koettuun saatavuuteen voivat vaikuttaa niiden kaukainen sijainti asiakkaan kotoa tai muuten vaikea

saavutettavuus esimerkiksi kulkuyhteyksien heikkouden vuoksi. Tämän vuoksi monet saattavat jättää hakematta palveluita tai ainakin viivästyttää niiden hakemista. Monesti myös palveluihin hakeudutaan vasta sairauksien ilmetessä, eikä ennaltaehkäiseviä palveluita käytetä ollenkaan tai niitä ei ole riittävästi saatavilla, jolloin myös sairauden tai sairausriskin toteaminen viivästyy. (THL 2017b.)

Demografiset tekijät

Taulukosta 5 nähdään, että ikäryhmittäin tarkasteltuna tyytyväisimpiä palvelujen saatavuuteen ovat vanhimman ikäryhmän edustajat, joista noin neljännes kokee saaneensa riittämättömästi palveluita. Nuorimpien ikäryhmien edustajat ovat tyytymättömmimpiä. Samankaltaisia tuloksia vanhempien ikäryhmien vähäisemmästä tyytymättömyydestä palvelujen saatavuuteen on esitetty myös Manderbackan ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa, jossa tyytymättömyys palveluihin näytti lisääntyvän keski-ikää lähestyttäessä ja vähentyvän taas kohti vanhusikää. Nuorimpien ikäryhmien suurempaa tyytymättömyyttä voi selittää se, että heillä on suurempi tarve sovittaa palvelut kiireisempään elämänrytmiin, kuin mitä vanhemmilla ikäryhmillä on, minkä vuoksi julkisten terveystalvelujen saatavuus voidaan kokea ongelmalliseksi. Jos palveluja on saatavilla pääasiassa virka-aikaan, voi niihin olla hankala ehtiä esimerkiksi töistä tai lastenhoidosta johtuvien syiden vuoksi (ks. esim. Bryant ym. 2009).

Kun vakioidaan AVI-alueet, havaitaan, että alueiden välillä suurimmat erot koetussa terveystalvelujen saatavuudessa ovat nuorimmalla ikäryhmällä, joista tyytyväisimpiä ovat Itä-Suomen vastaajat ja tyytymättömmimpiä ovat Lounais-Suomen vastaajat. Lounais-Suomen vastaajien muita suurempaan tyytymättömyyteen ei kirjallisuuden perusteella löytynyt yksiselitteistä vastausta. Lounais-Suomeen kuuluvien maakuntien (ks. liite 1) ja niihin kuuluvien kuntien tarkastelu ei tarjonnut eroille selitystä. Itä-Suomessa terveystalvelujen kehittämiseen on kiinnitetty huomiota ja esimerkiksi Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa perusterveydenhuollon palvelut järjestetään kuntien yhteistyössä, joka saattaa osaltaan vaikuttaa myös palvelujen saatavuuteen parantaen sitä. Lounais-Suomen maakunnissa (ks. liite 1) vastaavia yhteistyöjärjestelyjä perusterveydenhuollon osalta ei ole ainakaan toistaiseksi tehty, mutta valmisteluja on käynnissä (ks. Kimpassa-Allihopa 2017). Toisaalta syitä siihen, miksi tämä ero näkyy juuri nuorimmalla ikäryhmällä eikä muilla, on vaikea löytää. Tulos kuitenkin voisi antaa viitteitä siitä, että suuremmalla väestöpohjalla tuotettujen terveystalvelujen saatavuus koetaan paremmaksi.

Taulukosta 5 havaitaan, että sukupuolittain tarkasteltuna suomalaisnaiset ovat hieman miehiä tyytymättömämpiä terveyspalvelujen saatavuuteen. Aiemmassa tutkimuksessa sukupuolten välisiä eroja palvelujen koetussa saatavuudessa ei havaittu (Manderbacka 2012, 8). Toisaalta Shemeikan ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessa havaittiin, että naiset kokivat hieman miehiä useammin, että he eivät saaneet tarpeeseen nähden riittävästi palveluita. Erot miesten ja naisten välillä ovat kuitenkin olleet pieniä ja mainitut tutkimustavat ovat eronneet jonkin verran toisistaan. Kanadassa palvelujen saatavuuden eroja tutkittaessa on havaittu, että naiset kokevat selvästi miehiä useammin tyytymättömyyttä palvelujen saatavuuteen. Naisten heikommaksi koettua palvelujen saatavuutta selitettiin sillä, että naiset ovat päävastuussa perheestä, minkä vuoksi naisen omien lääkäriaikojen varaaminen ja sopivan ajan saaminen on haastavampaa kuin miehillä. (Bryant, Leaver & Dunn 2009, 26.) Ero miesten ja naisten välillä on tämän tutkielman perusteella Suomessa kuitenkin pieni. Se herättää kysymyksen, onko Suomessa naisilla kanadalaisnaisia paremmat mahdollisuudet saada lastenhoito järjestymään päästäkseen helpommin terveydenhuollon palvelujen piiriin. Jatkossa sukupuolten välisiä eroja palvelujen saatavuudessa olisikin hyvä selvittää tarkemmin.

AVI-alueiden väliset erot (ks. liite 3) ovat sekä miehillä että naisilla melko pieniä. Aiemmassa tutkimuksessa (Shemeikka ym. 2014) alueiden välillä havaittiin joitain eroja siten, että naisilla eniten vajetta palvelujen saatavuudessa oli eteläisellä alueella ja miehillä läntisellä ja eteläisellä alueella. Tutkimus ei ole täysin vertailukelpoinen, sillä palvelujen saatavuutta tutkittiin Shemeikan ja kumppaneiden tutkimuksessa hieman eri tavoin kuin tässä tutkielmassa on tehty, mutta se antaa viitteitä siitä, että sukupuolittaisia alue-eroja on havaittu myös aiemmin.

Taulukko 5. Terveyskeskuspalvelujen saatavuus, % (N)

	Riittämätön	Riittävä	Yhteensä
Suomalaiset	31 (1622)	69 (3604)	100 (5226)
Ikäryhmät (p<0,001)			
20–31	36 (366)	64 (645)	100 (1011)
32–43	34 (397)	66 (769)	100 (1166)
44–55	31 (429)	69 (967)	100 (1396)
56–64	26 (430)	74 (1223)	100 (1653)
Sukupuoli (p<0,001)			
Mies	28 (548)	72 (1405)	100 (1953)
Nainen	33 (1065)	67 (2175)	100 (3240)
Työtilanne (p=0,399)			
Työssä	30 (846)	70 (1939)	100 (2785)
Työtön	33 (169)	67 (343)	100 (512)
Työkyvytön	32 (159)	68 (336)	100 (495)
Koulutus (p<0,01)			
Matala	31 (698)	69 (1516)	100 (2214)
Keskitaso	28 (473)	72 (1190)	100 (1663)
Korkea	34 (425)	66 (823)	100 (1248)
Toimeentulo (p<0,001)			
Hankalaa	38 (825)	62 (1329)	100 (2154)
Helppoa	26 (786)	74 (2237)	100 (3023)

Työtilanne

Työtilanteen mukaan tarkasteltuna julkisten terveystarvelujen saatavuudessa ei ole eroja työssäkäyvien ja työttömien välillä (ks. taulukko 5). Sama tulos oli näkyvissä myös Manderbackan ja kumppaneiden (2012, 7–8) tutkimuksessa. On mahdollista, että työttömien julkisten terveystarvelujen saatavuus olisi parantunut esimerkiksi työttömille järjestettävien terveystarkastusten vuoksi, minkä vuoksi eroja ei näkyisi. Toisaalta tulos voisi näyttää hyvin erilaiselta, jos mukaan otettaisiin yksityiset terveystarvelut (ks. Sinervo & Hietapakka 2013, 16). Näin tutkimalla työttömien ja työssäkäyvien erot saattaisivat näyttää merkittävästi suuremmilta.

Vuoden 2011 terveydenhuoltolain (2010/1326) uudistus on saattanut vaikuttaa julkisten terveystalvelujen saatavuuteen merkittävasti – etenkin kun suuri osa terveydenhuollon johtohenkilöstöstä on tutkimusten mukaan sitoutunut lisäämään tasa-arvoisuutta työllisten ja työttömien välillä ja pitävät työttömien terveydenhuoltoa tärkeänä. (Sinervo & Hie-
tapakka 2013, 23–25). Työttömien terveyden ylläpitäminen on täten saatettu ymmärtää myös kansantaloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna kannattavaksi ja palvelujen saatavuutta on osin sen vuoksi kehitetty paremmaksi.

AVI-alueiden väliset erot koetussa terveystalvelujen saatavuudessa näyttävät melko pieniltä sekä työllisillä että työttömillä ja mahtuvat molemmilla ryhmillä 10 prosenttiyksikön sisään. Työttömistä tyytyväisimpiä terveystalvelujen saatavuuteen ovat Lapin AVI-alueen asukkaat ja tyytymättömmimpiä ovat Itä-Suomen asukkaat (ks. liite 3). Työllisten osalta Itä-Suomen vastaajat ovat tyytyväisimpiä ja Etelä-Suomen vastaajat tyytymättömmimpiä. Työttömien vähäiset alueelliset erot palvelujen koetussa saatavuudessa voivat osin johtua työttömien terveystarkastusten lakisääteisydestä Terveydenhuoltolakiin tehdyn uudistuksen jälkeen. (2010/1326) Työttömien terveystarkastusten tultua lakisääteiseksi, työttömät voivat kokea koko Suomessa saavansa paremmin terveystalveluita, kun heillä on kontakti terveystalvelukeskukseen. Kuitenkin on huomattava, että yksin terveystarkastukset eivät riitä, vaan palveluketjujen tulee olla toimivia tarkastuksesta ehkäiseviin palveluihin ja vaativampaan hoitoon asti.

Koulutus

Koulutuksen mukaan tarkasteltuna havaitaan (ks. taulukko 5), että eri koulutusluokkien välillä on eroja koetussa terveystalvelujen saatavuudessa ja erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Tyytymättömmimpiä julkisten lääkäritalvelujen saatavuuteen ovat korkeasti koulutetut, joista reilu kolmannes kokee tyytymättömyyttä terveystalvelukeskuslääkäritalvelujen saatavuuteen. Matalasti koulutetut ovat hieman tyytyväisempiä, mutta heistäkin lähes joka kolmas kokee saaneensa riittämättömästi terveystalvelukeskuslääkäritalveluita. Tyytyväisimpiä tämän tutkimuksen mukaan ovat keskitasoisesti koulutetut, joista reilu neljännes kokee saaneensa riittämättömästi talveluita. Aiemmassa palvelujen saatavuutta selvittäneessä tutkimuksessa (Manderbacka 2012, 7–8) koulutusryhmittäisiä eroja ei havaittu. Korkeimmin koulutettujen tyytymättömyys terveystalvelukeskuspalvelujen saatavuuteen voi selittyä sillä, että heillä on useammin enemmän materiaalisia resursseja (Talala ym. 2014) ja he vaativat talveluilta enemmän kuin matalammin koulutetut. Toisaalta taas matalasti

koulutetuilla terveyspalvelujen tarve on heikomman terveydentilan vuoksi suurempi ja se saattaa vaikuttaa heidän kokemukseensa palvelujen saatavuudesta.

Matalasti koulutetuista tyytyväisimpiä ovat Lapin AVI-alueen asukkaat ja tyytymättömmimmät ovat Etelä-Suomen AVI-alueella (ks. liite 3). Keskitasoisesti koulutetuista tyytyväisimpiä ovat Itä-Suomen ja Lapin asukkaat ja tyytymättömmimpiä Etelä-Suomen asukkaat. Myös korkeasti koulutetuista tyytyväisimmät asuvat Itä-Suomen alueella ja tyytymättömmimmät Lounais-Suomen alueella. Erot ovat kuitenkin melko pieniä. Alueiden välisiä koulutusryhmittäisiä eroja terveyspalvelujen saatavuudessa ei ole Suomessa aiemmin tutkittu. Yleisemmin alueellisten terveyspalvelujen saatavuuden eroihin on pyritty vaikuttamaan lisäämällä terveydenhuollon resursseja esimerkiksi Pohjois- ja Itä-Suomeen (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002), mikä on saattanut vaikuttaa siihen, että näillä alueilla palvelujen saatavuuteen ollaan nyt melko tyytyväisiä. Alueiden eroja tarkasteltaessa tapausmäärät koulutusmuuttujan eri luokissa jäävät pieniksi, joten tulos on hyvin altis vaihtelulle. Jatkossa terveyspalvelujen saatavuuden vaihtelua koulutusluokittain olisi hyvä tutkia esimerkiksi lisäämällä lääkärin palvelujen saatavuuteen myös terveyden- tai sairaanhoitajan palvelut.

Toimeentulo

Terveyspalvelujen saatavuudessa on näkyvissä selviä eroja toimeentulonsa helpoksi ja hankalaksi kokeneiden välillä (ks. taulukko 5). Hankalaksi toimeentulonsa kokevilla riittämättömästi terveyspalveluita saaneiden osuus on lähes 40 prosenttia, kun vastaavasti helpoksi toimeentulonsa kokevista niin kokee vain noin joka neljäs. Tulos tukee aiempia tutkimuksia (Klavus 2010; Manderbacka 2009), joiden mukaan heikentynyt toimeentulo ja resurssien puute vaikeuttavat palvelujen hakemista esimerkiksi niistä aiheutuvien kustannusten vuoksi. Kustannukset muodostuvat pääasiassa käyntimaksuista, lääkekuluista ja matkakuluista. Toimeentulovaikeudet voivat toimia esteenä todellisten kustannusten lisäksi myös sen vuoksi, että ajatellaan kustannusten olevan todellista suuremmat, jolloin ei uskalleta hakeutua avun piiriin, koska pelätään, että kustannukset kaatavat jo ennestään heikon taloudellisen tilanteen.

Toimeentulovaikeudet heikentävät ihmisen mahdollisuuksia osallisuuteen (THL 2017a). Osallisuuden puute voi heikentää ihmisen mahdollisuuksia saada terveydenhuollon pal-

veluita. Osallisuus yhteisön toimintaan voi tarjota ihmiselle esimerkiksi lisätietoa saatavilla olevista palveluista ja tukea hakeutua palvelujen piiriin ja siten edistää palvelujen saatavuutta. (Bryant, Leaver & Dunn 2009.) Tässä tutkielmassa erot hyvin ja heikosti toimeentulevien välillä terveystalvelujen koetussa saatavuudessa olivat suuret (ks. taulukko 5), joten jatkossa olisi myös Suomessa hyvä tutkia tarkemmin osallisuuden kokemuksen yhteyttä terveystalvelujen saatavuuteen.

Hankalaksi toimeentulonsa kokevista vähiten tyytymättömyyttä palveluihin on itäsuomalaisilla, joista kolmasosa ilmoittaa olevansa tyytymätön saamiinsa terveystalveluihin (ks. liite 3). Eniten tyytymättömyyttä on Pohjois-Suomen AVI-alueella, jossa 43 prosenttia ilmoittaa saaneensa riittämättömästi terveystalveluita. Pohjois-Suomen AVI-alueeseen kuuluvat Kainuu ja Pohjois-Pohjanmaa (ks. liite 1), jossa etäisyydet kotoa terveystalvelukeskisiin voivat olla suuret, ja matkojen kustannukset siten kalliimmat kuin tiheämmin asutulla seudulla (ks. Karppinen & Huotari 2014). Tämä voi osaltaan aiheuttaa toimeentulovaikeuksista kärsivälle tunteen, että palveluihin hakeudutaan vasta pakon edessä.

Helpoksi toimeentulevista tyytyväisimmät taas ovat Pohjois-Suomen AVI-alueella. Heistä vain noin viidesosa kokee saaneensa riittämättömästi palveluita. Pohjois-Suomessa terveystalvelut ovat riittäviä hyvin toimeentuleville, joilla on mahdollisuus hakeutua palvelujen piiriin. Terveystalvelujen saatavuuteen tyytymättömmät hyvin toimeentulevat olivat Lounais-Suomessa, jossa on paljon pieniä kuntia. Shemeikka ja kumpantit (2014) havaitsivat aiemmin, että eniten tyytymättömyyttä terveystalvelujen saatavuuteen oli eteläisellä ja läntisellä alueella, ja tämä tutkimustulos antaa tukea heidän tuloksilleen. Palvelut ovat kunnittain tai kuntayhtymittäin hyvin erilaisia, sillä palvelujen laajuus ja järjestämistapa määritellään kaikissa kunnissa ja kuntayhtymissä itsenäisesti (STM 2017). Tämä voi vaikuttaa siihen, että alueilla, joissa on paljon pieniä kuntia, terveystalvelujen saatavuus voi olla heikompaa ja kunnittaista vaihtelua voi olla enemmän, mikä voisi osaltaan selittää tässä tutkielmassa saatua tulosta.

Logistinen regressioanalyysi koetusta terveystalvelujen saatavuudesta

Viimeiseksi tarkastelen vielä terveystalvelujen koettua saatavuutta logistista regressioanalyysia käyttäen (ks. taulukko 6). Analyysi tehdään askeltavalla mallilla. Ensimmäisessä mallissa selittävinä tekijöinä ovat AVI-alueet. Mallin tapausmäärä jää koko aineiston kokoon nähden pieneksi, noin puoleen alkuperäisestä, sillä tässä tutkitaan vain niitä,

jotka ovat tarvinneet julkisia terveyskeskuslääkäripalveluja. Kuten koetun terveyden osalta, ei myöskään palvelujen saatavuus vaihtele tässä tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevästi AVI-alueiden välillä. Mallin selitysaste on myös hyvin alhainen, joten tämä näyttää selittävän huonosti eroja koetussa terveystalvelujen saatavuudessa. Ristiintaulukoimalla havaittiin, että maakuntien välillä oli joitakin eroja koetussa terveystalvelujen saatavuudessa, mutta AVI-alueita tarkasteltaessa tilastollisesti merkitsevää vaihtelua ei havaita. AVI-alueilla on keskenään erilaisia maakuntia, joten tällä tavoin maakuntia niputtamalla erot katoavat (ks. Kauhanen ym. 2013).

Toisessa mallissa lisäksi demografiset tekijät eli sukupuolen ja iän selittäviksi muuttujiksi. Taulukossa 6 näkyy, kuten jo ristiintaulukoiden tuloksista havaittiin, että naiset ovat miehiä hieman useammin tyytymättömiä terveystalvelujen saatavuuteen. Myös ikäryhmittäin tarkasteltuna tulos vahvistaa ristintaulukoiden tuloksia. Vanhimmat ikäryhmät ovat tyytyväisimpiä palvelujen saatavuuteen, ja nuorimmissa ikäryhmissä tyytymättömyyden riski on yli puolitoistakertainen vanhimpaan ryhmään verrattuna. Tulokset ovat samansuuntaisia Raivion ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessaan saamien tulosten kanssa, missä vanhimmat ikäryhmät olivat tyytyväisimpiä sekä hoitoon että sen saatavuuteen. Tämän toisen mallin pseudoselitysaste on edelleen hyvin matala, eli malli selittää edelleen heikosti tyytymättömyyttä terveystalvelujen saatavuuteen.

Kolmannessa mallissa lisäksi mukaan vielä koetun toimeentulon, työtilanteen ja koulutustason. Sukupuolen yhteys terveystalvelujen saatavuuteen säilyy lähes ennallaan. Tämän tuloksen mukaan naiset ovat muut tekijät huomioiden miehiä tyytymättömämpiä terveystalvelujen saatavuuteen. Bryantin ja kumppaneiden (2009) tulos kanadalaisten naisten miehiä suuremmasta tyytymättömyydestä terveystalvelujen saatavuuteen näyttää siis pätevän myös suomalaisiin naisiin. Sitä, johtuvatko erot naisten ja miesten vastuun jakautumisesta perheen hoidossa, kuten Bryant ja kumppanit (2009) ehdottivat, ei tässä tutkielmassa pystytä todentamaan. Tämän selvittämiseksi olisi kuitenkin hyvä tehdä myös suomalaistutkimus, jossa tarkastellaan tarkemmin koetun terveystalvelujen saatavuuden sukupuolierojen syitä.

Taulukko 6. Logistinen regressioanalyysi alueellisten ja sosiodemografisten tekijöiden yhteydestä tyytymättömyyteen terveystalvelujen saatavuudessa OR (LV)

	Malli 1	Malli 2	Malli 3
	OR (LV 95%)	OR (LV 95%)	OR (LV 95%)
Alue			
Etelä-Suomi	1,213 (0,974-1,511)	1,181 (0,946-1,472)	1,140 (0,874-1,487)
Itä-Suomi	0,923 (0,707-1,207)	0,933 (0,712-1,222)	0,907 (0,657-1,251)
Lappi	0,954 (0,662-1,376)	0,944 (0,651-1,368)	0,801 (0,508-1,263)
Lounais-Suomi	1,144 (0,880-1,488)	1,130 (0,867-1,473)	1,070 (0,778-1,474)
Länsi-Suomi	0,969 (0,768-1,222)	0,965 (0,764-1,219)	0,916 (0,692-1,214)
Pohjois-Suomi	ref.	ref.	ref.
Sukupuoli			
Mies		0,835** (0,737-0,946)	0,819** (0,707-0,950)
Nainen		ref.	ref.
Ikäluokka			
20-31		1,560*** (1,315-1,850)	1,792*** (1,415-2,268)
32-43		1,417*** (1,201-1,672)	1,394*** (1,130-1,719)
44-55		1,240** (1,058-1,454)	1,213* (1,000-1,472)
56-64		ref.	ref.
Toimeentulo			
Hankalaa			1,798*** (1,548-2,089)
Helppoa			ref.
Työtilanne			
Työtön			1,055 (0,851-1,307)
Työkyvytön			1,192 (0,943-1,506)
Työssä			ref.
Koulutus			
Matala			0,722*** (0,603-0,864)
Keskitaso			0,713*** (0,589-0,862)
Korkea			ref.
Nagelkerke R²	0,004	0,015	0,044
Oikein luokitellut	69 %	68,9 %	69,2 %
N	5226	5193	3701

p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

Referenssikategoria (ne jotka kokevat saaneensa riittämättömästi palveluita) saa jokaisessa selittävässä muuttujassa arvon yksi. Ykköstä suuremmat arvot tarkoittavat suurempaa tyytymättömyyttä ja ykköstä pienemmät arvot tarkoittavat pienempää tyytymättömyyttä.

Nuorimman ja vanhimman ikäryhmän välinen ero terveystalvelujen koetussa saatavuudessa kasvaa reilusti, mutta muiden osalta vaikutus heikkenee, kun huomioidaan muut selittävät tekijät. Ikäryhmien välisen eron kasvaminen edelliseen malliin verrattuna kertoo siitä, että sillä on selvä yhteys koettuun palvelujen saatavuuteen, vaikka muut tekijät on huomioitu. Tämä vahvistaa Raivion ja kumppaneiden (2014) tuloksia. Toimeentulon osalta logistinen regressioanalyysi vahvistaa ristiintaulukoiden tuloksia. Taulukosta 6 havaitaan, että ne, joilla toimeentulo on hankalaa, on huomattavasti hyvin toimeentulevia suurempi riski kokea terveystalvelujen saatavuus riittämättömäksi. Työtilanteen osalta ei havaita, että terveystalvelujen saatavuudessa olisi eroja eri ryhmien välillä. Tässäkin analyysissä, kuten ristiintaulukoinnissakin, havaitaan, että korkeasti koulutetut ovat tyytymättömmimpiä palvelujen saatavuuteen, kun muut tekijät on huomioitu. Tämän analyysin mukaan matalasti ja keskitasoisesti koulutettujen välinen ero tyytyväisyydessä terveystalvelujen saatavuuteen on hyvin pieni, mutta tässäkin havaitaan se, että keskitasoisesti koulutetut ovat tyytyväisimpiä. Aiemmassa Manderbackan ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa koulutusryhmien välisiä eroja ei havaittu. Tässä kolmannessakin mallissa pseudoselityssaste jää kuitenkin pieneksi ja on vain 0,044, joten malli selittää edelleen heikosti eroja koetussa terveystalvelujen saatavuudessa.

Eri sosiodemografisten ryhmien väliset erot koetussa terveystalvelujen saatavuudessa voivat johtua monenlaisista seikoista. Esimerkiksi asiakasmaksut, päätökset voimavarojen kohdentamisesta tietyille ryhmille, palvelujen saavutettavuus tai sosiaali- ja terveystalvelujen integraation onnistuminen vaikuttavat eroihin joko lisäten tai vähentäen niitä. (THL 2017b.) Lisäksi osallisuutta vahvistavat tekijät, kuten esimerkiksi riittävän toimeentulon takaaminen, työllistymisen edistäminen ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksien lisääminen terveystalveluissa voivat edistää heikompiosaisten ihmisten mahdollisuuksia terveystalveluihin (THL 2017a).

9. JOHTOPÄÄTÖKSET

Selvitin tässä tutkimuksessa koetun terveyden ja terveystalvelujen saatavuuden vaihtelua sekä koko maan tasolla että maakunnittain ja aluehallintovirastoalueittain. Saadut tulokset pääosin mukailivat aiempien tutkimusten tuloksia (esim. Arber, Fenn & Meadows 2014; Kallio 2006; Kaikkonen ym. 2014), mutta löysin myös poikkeamia ja tarkennuksia aiempiin tutkimuksiin nähden.

Noin kolmasosa suomalaisista koki terveytensä heikentyneeksi ja alueiden välillä oli havaittavissa joitakin eroja. Itäsuomalaiset kokivat tämän tutkielman mukaan terveytensä useammin heikentyneeksi kuin muut suomalaiset. Erot olivat näkyvissä lähes kaikilla sosiodemografisilla tekijöillä tarkasteltuna. Tämä tulos tukee aiempia tutkimuksia, joissa on havaittu, että itäsuomalaiset ovat muita suomalaisia sairaampia (esim. Klavus 2010). Alueiden väliset erot näyttivät johtuvan pääasiassa muista sosiodemografisista tekijöistä kuten toimeentulosta, työtilanteesta ja koulutusasteesta, sekä erityisesti heikompiosaisen ihmisryhmien kasautumisesta tietyille alueille tai paremminkin siitä, että parempiosaiset muuttavat näiltä alueilta, kuten Itä- ja Pohjois-Suomesta pois. Syitä muuttoon voi olla esimerkiksi lähteminen koulutuksen tai työn perässä, jolloin näille alueille jäävät ne, joiden sosioekonominen asema on heikompi. Siksi esimerkiksi muuttotappioalueiden terveydenhuollon palveluihin, sosiaalipalveluihin ja työllisyyspalveluihin olisi syytä tarjota riittävästi resursseja. Alueiden elinvoimatekijöiden kuten koulutusmahdollisuuksien ja elinkeinotoiminnan mahdollisuuksien parantaminen voisi olla keino, jolla myös terveyseroihin ja palvelujen saatavuuden eroihin voidaan vaikuttaa. Ne voivat olla keinoja, joilla McKinlayn ja Marceaun (2000) jokivertauksen sanoin pystytään puuttumaan ongelmiin jo virran yläpäässä, makrotasolla.

Tämä tutkimus vahvisti aiempien tutkimusten (esim. Airio & Niemelä 2013; Arber, Fenn & Meadows 2014; Heponiemi ym. 2008) tuloksia, joiden mukaan heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat kokevat sekä terveytensä paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia heikommaksi että usein myös saavansa riittämättömästi terveystalveluita. Syyt eroihin ovat moninaiset. Toisaalta kyse on terveellisiin valintoihin tarvittavan tiedon tai osaamisen puutteesta ja toisaalta taas muiden resurssien, kuten rahan, puutteesta, joka näkyy esimerkiksi siinä, että jätetään tarvittavat lääkkeet ostamatta tai hakeu-

tumatta palvelujen pariin (esim. Marmot & Wilkinson 2001, 1234). Sosiaalipoliittiset toimet, kuten lääkärin käyntimaksun laskeminen tai lääkkeiden hintojen korkeampi subventointi voivat osaltaan vähentää tätä eriarvoa. Lisäksi laajemmin nähtynä osallisuuden tai sen vajeen kokemus voi olla myös muiden terveyserojen ja terveystalvelujen saatavuuden erojen yhtenä selittävänä tekijänä. Tämän vuoksi osallisuuden kokemuksen mahdollistaminen eri sosiodemografisille ryhmille voisi auttaa myös terveyserojen ja terveystalvelujen saatavuuden erojen kaventamisessa. Sosiaalipoliittisia keinoja osallisuuden lisäämiseksi olisivat esimerkiksi riittävän toimeentulon takaaminen, erilaisten ja eri ihmisille sopivien koulutusmahdollisuuksien lisääminen, asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksien parantaminen sekä työelämään pääsyn edistäminen eri keinoin (THL 2017a; Bryant, Leaver & Dunn 2009.) Pitäisi pohtia palveluvaihtoehtoja, jotka tarjoavat riittävät terveys-, sosiaali ja työllisyyspalvelut sekä koulutuspalvelut myös niille, jotka eivät pääse syystä tai toisesta liikkumaan suuriin kaupunkikeskuksiin. Digitalisaatio voi osaltaan olla helpottamassa tätä ongelmaa etenkin nuoremmilla sukupolvilla, joilla digitaalisten palvelujen käyttö on arkipäiväisempää, mutta ikääntyneiden osalta olisi tarpeen pohtia myös muita vaihtoehtoja.

Terveyden edistämiseen olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota jo lapsuudessa ja nuoruudessa, jotta voitaisiin esimerkiksi paremmin vaikuttaa terveyttä heikentävien tapojen syntyyn. Suunnitellussa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ennaltaehkäisevän terveydenedistämistyön on tarkoitus jäädä kuntien vastuulle maakuntien toimiessa kuntien tukena. Kunnilla tulee olla riittävät mahdollisuudet huolehtia tästä velvoitteesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksessa korostetaan erityisesti tulevien maakuntien velvoitetta selvittää sekä väestöryhmien välisiä että alueellisia terveyseroja. (Hallituksen esityksen yksityiskohtaiset perustelut 2016) Tämä tarkoittaa, että tulevaisuudessa, jos sote-uudistus menee eduskunnassa läpi, terveyserojen maakunnittainen seuranta tulee yleistymään ja sen puolesta voi toivoa, että myös niiden kaventamiseen suunnattaisiin vielä nykyistä enemmän voimavaroja.

Tässä tutkimuksessa käytetyn AVI-aluejaottelun suurimpana ongelmana on se, että alueiden sisälle mahtuu väestön ikä-, koulutus- ja työllisyysrakenteen kannalta hyvin erilaisia maakuntia. Alueellisten terveyserojen ja terveystalvelujen saatavuuden erojen tutkiminen on tyypillisesti ollut hankalaa, sillä tapausmäärät jäävät tutkimuksissa liian pieniksi ja tuloksista on vaikea saada luotettavia (Manderbacka 2016, henkilökohtainen tiedonanto). Kuitenkin aluenäkökulma terveyden ja terveystalveluiden saatavuuden osalta

on tärkeä erityisesti siksi, että tulevaisuudessa kaikille pystyttäisiin tuottamaan riittävästi laadukkaita palveluita ja alueelliset terveyserot kaventuisivat. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että jatkotutkimuksissa aluejaottelua pohditaan eri näkökulmien kautta. Suomessa on runsaasti alueita, jotka ovat muuttotappiollisia ja joissa rakennemuutos on aiheuttanut voimakasta työttömyyden kasvua ja sitä kautta alueella yleistä toimeentulo-ongelmia. Näiden tekijöiden vaikutus terveyteen ja terveystalouteen tulisi huomioida aiempaa enemmän sekä tutkimuksessa että päätöksenteossa. ATH-tutkimuksen, sekä muiden Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tietopohjien (kuten TEAviisari ja Sotkanet) yhtenä tärkeänä tavoitteena onkin tuottaa tietoa päätöksentekijöille, jotta he voivat reagoida alueiden ongelmiin niiden ilmetessä.

Suunnitellun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhtenä tavoitteena on yhdenvertaista palveluita eri alueiden välillä ja vähentää eri ryhmien välisiä ja alueellisia terveyseroja (Larivaara 2016; Talala ym. 2014). Tavoite on yhdenvertaisuuden näkökulmasta erittäin merkittävä, mutta myös kunnianhimoinen ja siihen pääseminen vaatii, että heikoimmassa asemassa olevien alueiden tilannetta saadaan kohennettua. Sitä, päästäänkö mahdollisella uudistuksella tähän tavoitteeseen, on epäilty laajalti. On jopa esitetty, että terveyserot tulevat mahdollisen uudistuksen myötä kasvamaan entisestään. Alueiden ja eri väestöryhmien välisiä eroja niin terveydessä kuin terveystalouden saatavuudessa tulisi säännöllisesti tutkia, ja tätä varten olisi olennaista pohtia niitä keskeisiä indikaattoreita, joita erojen selvittämiseksi tarkastellaan. Alueelliset maakunnittain tehtävät hyvinvointikertomukset voivat tulevaisuudessa helpottaa alue-erojen tutkimista. (Ks. THL 2017c).

Kaikkiaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvässä pohdinnassa on edelleenkin muistettava, että eri ryhmien välisiä eroja niin terveydessä kuin terveystalouden saatavuudessa luodaan jo makrotasolla sosiaalipoliittisilla päätöksillä. Ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden resursseja on pyrittävä kohentamaan muun muassa tarjoamalla tietoa ja riittävää rahallista tukea, sekä kohdentamaan tuki erityisesti haavoittuville ryhmille, kuten työttömille, matalasti koulutetuille ja pienituloisille. Terveydenhuollon asiakasmaksujen ja lääkekustannusten kasvua on syytä hillitä ja kaventaa asiakasmaksujen alueellisia eroja. Suunnitellun sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on asiakasmaksujen alueellisten erojen kaventaminen (Parhiala ym. 2016), mutta se, toteututuuko tavoite, tullaan näkemään vasta, jos uudistus lopulta saadaan vietyä läpi.

Palvelujen saatavuudessa on työttömien osalta otettu jo oikea suunta, joka näkyy työttömien palvelujen saatavuuden parantumisena. Syyn kohdistaminen yksilöön ja yksilön vastuun kasvattaminen omasta hyvinvoinnistaan voi johdattaa suurista terveyseroista vielä suurempiin eroihin, ojasta allikkoon. Tämän vuoksi näenkin huolestuttavana sen, että terveyseroista ja niiden kaventamisesta puhutaan esimerkiksi Sipilän hallitusohjelmassa lähinnä yksilön vastuun ja valinnanvapauden kautta, eikä niinkään yhteisöllisestä näkökulmasta (ks. Valtioneuvosto 2015b, 20–21)

Jos suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus etenee lopulliseen toteutusvaiheeseen, tulisi huolehtia siitä, että sosiodemografisten terveyserojen ja palvelujen saatavuuserojen kehitystä seurataan ja tarvittaessa toimitaan niiden torjumiseksi.

KIRJALLISUUS

Ahola–Launonen, J. (2016) Social Responsibility and Healthcare in Finland: The Luck Egalitarian Challenge to Scandinavian Welfare Ideals. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 25:3, 448–465.

Airio, I. & Niemelä, M. (2013) Työmarkkinatuen saajien koettu terveys ja toimeentulo. Teoksessa: Niemelä, M. & Saari, J. (2013) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Tampere: KELA.

Aittomäki, A., Martikainen, P., Laaksonen, M., Lahelma, E., Rahkonen, O. (2010) The associations of household wealth and income with self-rated health. A study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. *Social Science & Medicine* 71:5, 1018–1026.

Allardt, E. (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: Werner Söderström osakeyhtiö.

Aluehallintovirasto (2016) Toimialueet <https://www.avi.fi/web/avi/toiminta-alue;jsessionid=12F46D91534B826E43B6C03C0F7672FA#.WlXp_IYnis>. Luettu 11.10.2016.

Arber, S., Fenn, K. & Meadows, R. (2014) Subjective financial well-being, income and health inequalities in mid and later life in Britain. *Social Science & Medicine* 100, 12–20.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Bambra, C. (2012) Social inequalities in health: The Nordic welfare state in a comparative context. Teoksessa: Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B. & Kangas, O. Changing social equality – The Nordic welfare model in the 21st century. Bristol: The Policy Press.

Bartley, M. (2004) Health Inequality. An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Polity Press.

Bartley, M., Ferrie, J. & Montgomery, S. (2006) Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity. Teoksessa: Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006) Social Determinants of Health. Hampshire: Oxford University Press.

- Blane, D. (2006) *The life course, the social gradient, and health*. Teoksessa: Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006) *Social Determinants of Health*. Hampshire: Oxford University Press.
- Bryant, T., Leaver, C. & Dunn, J. (2009) Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 91:1, 24–32.
- Carlier, B., Schuring, M., Lötters, F., Bakker, B., Borgers, N. & Burdof, A. (2013) The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health*. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/503>>. Luettu 1.1.2015.
- Crombie, I., Irvine, L., Elliot, L. & Wallace, H. (2005) *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/124529/E87934.pdf>. Luettu 29.1.2016.
- Dahlgren G. & Whitehead M. (2007) *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Kööpenhamina: WHO
- Doyal, L. & Gough, I. (1991) *A Theory of Human Need*. Hong Kong: The Macmillan Press LTD.
- Eriksson, J (2011) Early growth and coronary heart disease and type 2 diabetes: findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS). *The American Journal of Clinical Nutrition* 94:6, 1799S–802S.
- Eurostat (2017) Gini coefficient of equivalised disposable income - EU-SILC survey <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12>. Luettu 28.1.2017.
- Ferrarini, T., Nelson, K. & Sjöberg, O. (2014) Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology Community Health* 68:7, 657–662.
- Fritzell, J., Nermo, M. & Lundberg, O. (2004) The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 32:1 6–16.

Furnée, C. A. & Pfann, G. A. (2010) Individual vulnerability and the nurturing state: The case of self-reported health and relative income. *Social Science & Medicine* 71:1, 125–133.

Gebel, M. & Vossemer (2014) The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Social Science & Medicine* 108, 128–136.

Graham, H. (2007) *Unequal lives: Health and Socio-Economic Inequalities*. Berkshire: Open University Press.

Griep, Y., Kinnunen, U., Nätti, J., De Cuyper, N., Mauno, S., Mäkikangas, A. & De Witte, H. (2016) The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *International Archives of Occupational & Environmental Health* 89:1, 147–162.

Griffiths, S., Jewell, T. & Donnelly, P. (2005) Public health practice: the three domains of public health. *Public Health* 119:10, 907–913.

Hallituksen esityksen yksityiskohtaiset perustelut (2016) <<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3118184/HE+Yksityiskohtaiset+perustelut+31.8.2016.pdf/38a1c292-999e-4e6f-8a53-0dba60fb04b3>>. Luettu 5.6.2017.

Hallituksen esitys (2017) <http://vm.fi/documents/1477425/3223876/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntaudistuksesta-2.3.-2017.pdf/05df0eec-7625-435a-b462-667279f2d029>>. Luettu 13.5.2017.

Harjula, M. (2015) *Hoitoonpääsyn hierarkiat – terveystieteiden ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.

Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. (2013) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110841/URN_ISBN_978-952-302-051-1.pdf?sequence=1>. Luettu 3.11.2014.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A. & Keskimäki, I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu < <http://docplayer.fi/1950703-Katsaus-tyottomyyden-ja-terveyden-valisiin-yhteyksiin.html>>. Luettu 27.1.2017.

Hetemaa, T. (2016) Terveydenhuollon omatiimien palvelut voisivat olla maksuttomia. < <https://blogi.thl.fi/blogin-nayttosivu/-/blogs/terveydenhuollon-omatiimien-palvelut-voisivat-olla-maksuttomia>>. Luettu 10.7.2017.

Hod, T. & Goldfarb–Rumyantzev, A. S. (2014) The role of disparities and socioeconomic factors in access to kidney transplantation and its outcome. *Renal Failure* 36:8, 1193–1199.

Honkasalo, M. (2000) Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti. Teoksessa Kangas, I., Karvonen, S. & Lillrank, A. (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus.

Huijts, T., Eikemo, T. & Skalická, V. (2010) Income-related health inequalities in the Nordic countries: Examining the role of education, occupational class, and age. *Social Science & Medicine* 71:11, 1964–1972.

Joyce, K. & Bambra, C (2010) Health Inequalities in Developed Nations. *Social Alternatives* 29:2, 21–27.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. (2014) Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2014. <http://www.terveytemme.fi/ath/2012/raportti/ath_srh_adult_345_cr.xml>. Luettu 10.9.2016.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. (2014) Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2014. Helsinki: THL.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. (2013) Hyvinvoinnin erot suurissa kaupungeissa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2014. Tervey-

den ja hyvinvoinnin laitos (THL) < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116073/URN_ISBN_978-952-302-207-2.pdf?sequence=1>. Luettu 11.11.2014.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. (2015) Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2014. <http://www.terveytemme.fi/ath/aika-sarja2013-2015/graph/select.php?osoi-tin=ath_srh_adult_345_cr&alue1=ath_08&alue2=ath_1001&kuvio=age_group&vuodet=year_2013-2015>. Luettu 18.1.2017.

Kajantie, M. (2014) Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä. <http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html?s=0>. Luettu 13.10.2016.

Kallio, J. (2006) Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43:3, 218–230.

Kapiainen, S. & Eskelinen, J. (2014) Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116156/URN_ISBN_978-952-302-192-1.pdf?sequence=1>. Luettu 13.10.2016.

Karppinen, P. & Huotari, A. (2014) Hyvinvoiva kainuulainen < http://kuiskintaa.fi/wp-content/uploads/2014/03/Hyvinvoinnin-asiantuntijaty%C3%B6skentely_maalis-kuu2014.pdf>. Luettu 31.7.2017.

Karvonen, S. (2011) Alue ja kontekstuaaliset tekijät. Teoksessa: Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) *Sosiaaliepideemiologia – Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press.

Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. (2013) *Kansanterveystiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keskimäki, I., Koskinen, S. & Teperi, J. (2002) Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa: Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (2001) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kestilä, L., Martelin, T., Rahkonen, O., Härkänen, T. & Koskinen, S. (2009) The contribution of childhood circumstances, current circumstances and health behaviour to educational health differences in early adulthood. *BMC Public Health* 9, 164–175.

Kiely, K. M., Leach, L. S., Olesen, S. C. & Butterworth, P. (2015) How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 50:6, 909–918.

Kimpassa–Allihopa (2017) Varsinais-Suomen sote- ja maakuntauudistus <<https://kimpassa-allihopa.fi/>>. Luettu 31.7.2017.

Klavus J. (2010) Suomalaisten terveys, terveystalouden käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: THL.

Koskinen, S. (2016) Alueelliset erot sairastavuudessa huomioitava palveluita järjestettäessä <<https://www.thl.fi/fi/-/alueelliset-erot-sairastavuudessa-huomioitava-palveluita-jarjestettaessa>>. Luettu 7.6.2017.

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Aromaa, A. (2012) Koettu terveys. Teoksessa: Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: THL.

Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (2011) Mitä on sosiaalierpidemiologia. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Tallinna: Gaudeamus.

Lahelma, E. & Rahkonen, O. (2011) Sosioekonominen asema. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaalierpidemiologia. Tallinna: Gaudeamus.

Larivaara, M. (2016) Kärkihanke: Terveystalouden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen – Hankesuunnitelma. < http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ja_mui_2_2016__pdf?sequence=1>. Luettu 5.10.2016.

Link, B. & Phelan, J. (1995) Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. *Journal of Health and Social Behavior* 35:Extra issue, 80–94.

Lundberg, O. & Lahelma, E. (2001) Nordic health inequalities in the European context. Teoksessa Kautto, M., Fritzell, J., Hvinden, B., Kvist, J. & Uusitalo, H. (toim.) Nordic Welfare States in the European context. Lontoo ja New York: Routledge.

Lääkäriliitto (2016) Lääkäriytyövoima <<https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityo-voima/>>. Luettu 31.1.2016.

Mackenbach, J.P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75:4, 761–769.

Manderbacka, K. (2014) Sosioekonomiset erot ja terveystalouden saatavuus <<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden- uutiskirje/2014/sosioekonomiset-erot-ja-terveyspalvelujen-saatavuus>>. Luettu 11.10.2016.

Manderbacka, K., Aalto, A., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. (2017) Eriarvoisuus somaattisissa terveystalouksissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. (2012) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalouden saatavuudesta? *Sosiaalitaloustieteellinen lääketieteellinen aikakauslehti* 49, 4–12.

Manderbacka, K., Peltonen, R. & Martikainen, P. (2014) Amenable mortality by household income and living arrangements: a linked register-based study of Finnish men and women in 2000–2007. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68:10, 965–970.

Marmot, M. & Wilkinson, R. (2001) Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical journal* 322:7296, 1233–1236.

Martelin, T., Murto, J., Pentala, O. & Linnanmäki, E. (2014) Terveystalouden, terveystalouserot ja niiden kehitys. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2014. Tampere: THL.

McCallum, A., Manderbacka, K., Arffman, M., Leyland, A. & Keskimäki, I. (2013) Socioeconomic differences in mortality amenable to health care among Finnish adults 1992–2003: 12 year follow up using individual level linked population register data. *BMC Health Services Research* 13:3, 1–12.

- McKinlay, J. B. & Marceau, L. D. (2000) Upstream healthy public policy: lessons from the battle of tobacco. *International Journal of Health Services* 30:1, 49–69.
- Mella, I. (2007) Alueiden rakenteelliset ongelmat voimistuvat tulevaisuudessa. <http://www.stat.fi/artikkelit/2007/art_2007-05-02_001.html?s=0>. Luettu 13.10.2016.
- Metsämuuronen, J. (2008) Monimuuttujamenetelmien perusteet. Jyväskylä: International Methelp Ky.
- Mikkonen, J. (2015) Terveystasa-arvon tulevaisuus. Helsinki: Demos Helsinki associate.
- Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyypä, M., Alanen, M. & Koskinen, S. (2013) Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC Public Health* 13:1, 1–11.
- Nummela, O., Sulander, T., Karisto, A. & Uutela, A. (2009) Self-rated Health and Social Capital Among Aging People Across the Urban – Rural Dimension. *International Journal of Behavioral Medicine* 16:2, 189–194.
- Nummenmaa, L. (2009) Tilastolliset menetelmät. Hämeenlinna: Tammi.
- OECD (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing: Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en>. Luettu 29.1.2016.
- Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E. & Krohn, M. (2016) Terveystieteiden tutkimuskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt - Kyselytutkimuksen tuloksia 3. Tutkimuksesta tiiviisti 21, 10/2016. Helsinki: THL.
- Perustuslaki 11.6.1999/731.
- Phelan, J., Link, B. & Tehranifar, P. (2010) Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behaviour* 51:S, 28–40.
- Puranen, J. (2015) Työttömyys kasvoi Kainuussa rajusti vuoden lopulla (Kainuun ELY-keskus) <<https://www.ely-keskus.fi/web/ely/-/tyottomyys-kasvoi-kainuussa-rajusti-vuoden-lopulla-kainuun-ely-keskus-#.WSRlvtwIHU>>. Luettu 20.4.2017.

Puska, P (2014) Policies for well-being and health. Teoksessa: Hämäläinen, T. & Michaelson, J. (toim.) (2014) Well-being and beyond: Broadening the public and policy discourse. Cheltenham: Sitra.

Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg–Marttila, D. & Mattila, K. J. (2014) Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice* 15:1, 98– 104.

Rotko, T., Hannikainen–Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. (2014) Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 79:1, 92–99.

Rotko, T., Sihto, M. & Palosuo, H. (2008) Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta. Helsinki: Stakes.

Saikku, P., Kestilä, L. & Karvonen, S. (2014) Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Teoksessa: Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (2014) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Tampere: THL.

Schröder, S. L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S. & Fink A. (2016) Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology* 219, 70–78.

Shaw, R., Benzeval, M. & Popham, F. (2014) To What Extent Do Financial Strain and Labour Force Status Explain Social Class Inequalities in Self-Rated Health? Analysis of 20 Countries in the European Social Survey. *Plos One* 9:10, 1–11.

Shemeikka, R., Rinne, H., Manderbacka, K., Murto, J. & Kaikkonen, R. (2014) Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 37/2014.

Shemeikka, R., Rinne, H., Saares, A., Murto, J. & Kaikkonen, R. (2014) Alueelliset erot nuorten aikuisten terveydessä ja elintavoissa Suomessa 2012–2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. *Tutkimuksesta tiiviisti* 9, 4/2014. Helsinki: THL.

Siltaniemi, A., Hakkarainen, T., Londén, P., Luhtanen, M., Perälähti, A. & Särkelä, R. (2011) Kansalaisbarometri 2011– Hyvinvointi, Palvelut ja osallisuus kansalaismielipiteissä. Vaasa: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Sinervo, L. & Hietapakka, L. (2013) Työttömien terveystalvet–Valtakunnallisen terveystalvetkyselyn 2013 tulokset. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110751/URN_ISBN_978-952-302-049-8.pdf?sequence=1 >. Luettu 26.11.2015.

Sipilä, P., Parikka, S., Härkänen, T., Juntunen, T., Koskela, T., Martelin, T. & Koskinen, S. (2014) Kuntien väliset erot sairastavuudessa – THL:n sairastavuusindeksin tuloksia. Suomen Lääkärilehti 45:69, 2985–2992.

STM (2017) Kunnat < <http://stm.fi/kunnat>>. Luettu 31.7.2017.

STM (2016a) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. <<http://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>>. Luettu 3.3.2016.

STM (2016b) Hallituksen esitysluonnos sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädännöksi <<http://www.slideshare.net/stmslide/sote-ja-maakuntauudistuksen-lakiluonnosten-yleis-esittelydiat-3182016>>. Luettu 1.10.2016.

STM (2008) Kansallinen terveysterojen kaventamisen ohjelma 2008–2011. Julkaisuja 2008:16. Helsinki: STM.

Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen S. (2014) Koulutusryhmien väliset terveyst- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 36:69, 2185–2192.

Taloyan, M., Leineweber, C., Hyde, M. & Westerlund, H. (2014) Self-rated health amongst male and female employees in Sweden: a nationally representative study. International Archives of Occupational & Environmental Health 88:7, 849–859.

Tanninen H. & Tuomala, M. (2015) Onko julkista taloutta sopeuttava kiristyspolitiikka vaihtoehdotonta? Teoksessa: Taimio, H. (2015) Hyvinvointivaltio 2010-luvulla–Mitä kello on lyönyt? Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL (2017a) Osallisuus. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>>. Luettu 20.5.2017.

THL (2017b) Palvelujärjestelmä < <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma>>. Luettu 5.6.2017.

THL (2017c) Alueellinen hyvinvointikertomus < <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/johtaminen/tyokaluja/hyvinvointikertomus/alueellinen-hyvinvointikertomus>>. Luettu 17.6.2017.

THL (2016) Miten ATH-tutkimus tehdään <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath/miten-ath-tutkimus-tehdaan>>. Luettu 7.11.2016.

THL (2015a) Terveys kaikissa politiikoissa. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipoliikka/kansainvalinen-yhteistyö/terveys-kaikissa-politiikoissa>>. Luettu 25.11.2015.

THL (2015b) Elintavat. Mitä on eriarvoisuus elintavoissa. < <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/elintavat>>. Luettu 21.12.2015.

THL (2015c) Hyvinvointikertomus. <<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/johtaminen/tyokaluja/hyvinvointikertomus>>. Luettu 6.10.2016.

THL (2013) Sosiaalinen pääoma. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/hyvinvointi/sosiaalinen-paaoma>>. Luettu 20.5.2017.

THL (2012) ATH 2010 - 2011 tutkimusalueet. < http://www.terveytemme.fi/ath/tulokset/notes/ath_alueet_2010-2011.htm>. Luettu 17.10.2015.

TEM (2015a) Työllisyyskatsaus, Syyskuu 2015. <https://www.tem.fi/files/44012/TKAT_Syys_2015.pdf>. Luettu 4.11.2015.

TEM (2015b) Yli vuoden ja yli 2 vuotta kestäneet pitkäaikaistyöttömyydet. < https://www.tem.fi/files/31857/I_pitka_2015.pdf>. Luettu 29.1.2016.

TEM (2014) Työllisyyskatsaus, Syyskuu 2014. < <https://www.tem.fi/files/41206/SYYS14.pdf>>. Luettu 4.11.2015.

Tilastokeskus (2016) Työtön. <<http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/tyoton.html>>. Luettu 30.1.2016.

Tilastokeskus (2015a) Liitetaulukko 11. Päävarallisuuserien Gini-kertoimet 1987–2013 (%). <http://www.stat.fi/til/vtutk/2013/vtutk_2013_2015-04-01_tau_011_fi.html>. Luettu 6.7.2017.

Tilastokeskus (2015b) Elinajanodote. <<http://www.findikaattori.fi/fi/46>>. Luettu 29.1.2016.

Tilastokeskus (2014) Tuloerot kasvoivat vuonna 2013. http://tilastokeskus.fi/til/tjkt/2013/02/tjkt_2013_02_2014-12-18_tie_002_fi.html. Luettu 6.7.2017.

Tilastokeskus (2012) Luokituksen kuvaus. < <http://tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/nuts/002-2012/kuvaus.html>>. Luettu 28.11.2015.

Tuovinen, M. (2013) Terveysmenojen kasvu. <vm.fi/dms-portlet/document/0/369173>. Luettu 3.6.2017.

Vaalavuo, M. & Moisio, P. (2014) Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehitys. Teoksessa: Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (2014) Suomalaisen hyvinvointi 2014. Tampere: THL.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S. (2008) Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P., Karvonen, S. (2008) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Valtioneuvosto (2017) Sote- ja maakuntauudistus voimaan 1.1.2020, maakuntavaalit lokakuussa 2018. < http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/sote-ja-maakuntauudistus-voimaan-1-1-2020-maakuntavaalit-lokakuussa-2018>. Luettu 14.7.2017.

Valtioneuvosto (2016) Hallituksen esitysluonnos sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädännöksi <<http://www.slideshare.net/stmslide/sote-ja-maakuntauudistuksen-lakiluonnosten-yleisesittelydiat-3182016>>. Luettu 2.11.2016.

Valtioneuvosto (2015a) Pääministerin ilmoitus sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta ja itsehallintoalueiden muodostamisesta. <http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/paaministerin-ilmoitus-sosiaali-ja-terveyspalvelu-uudistuksesta-ja-itsehallintoalueiden-muodostamisesta?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616>. Luettu 29.11.2015.

Valtioneuvosto (2015b) Ratkaisujen Suomi: Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015 <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82>.

Luettu 2.11.2016.

Valtiovarainministeriö (2015) Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan keinona. Valtionvarainministeriön julkaisuja 6/2015 <<http://vm.fi/documents/10623/456829/Sote-budjettikehys+sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+kustannusten+hallinnan+keinona/cd6dd198-25d3-4758-9dd1-ba950d4e060d>>. Luettu 10.1.2017.

Virtanen, P., Romppainen, K., Jähi, R. & Saloniemi, A. (2008) Työterveyttä työttömillekin, mutta miten? Teoksessa Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.): Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.

Von dem Knesebeck, O., Verde, P. & Dragano, N. (2006) Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine* 63:5, 1344–1351.

WHO (1948) Constitution of WHO: Principles <<http://www.who.int/about/mission/en/>>. Luettu 8.6.2017.

Wilkinson, R. G. & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62:7, 1768–1784.

Åberg Yngwe, M., Kondo, N., Hägg, S. & Kawachi, I. (2012) Relative deprivation and mortality – a longitudinal study in a Swedish population of 4,7 million, 1990–2006. *BMC Public Health* 12:1, 664–670.

Liite 1. Aluehallintovirastot ja niiden piiriin kuuluvat maakunnat (Aluehallintovirasto 2016)

Etelä-Suomi: Etelä-Karjala, Kanta-Häme, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa

Itä-Suomi: Etelä-Savo, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo

Lappi: Lappi

Lounais-Suomi: Satakunta, Varsinais-Suomi

Länsi- ja Sisä-Suomi: Etelä-Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Keski-Suomi, Pirkanmaa, Pohjanmaa

Pohjois-Suomi: Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa

Liite 2. Heikentyneeksi terveytensä kokevien osuudet AVI-alueittain, % (N)

	Etelä-Suomen AVI	Itä-Suomen AVI	Lapin AVI	Lounais-Suomen AVI	Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	Pohjois-Suomen AVI	Koko Suomi
Ikä	***	***		***	***	***	***
20–31	20 (194)	20 (45)	23 (15)	21 (56)	21 (118)	17 (42)	20 (470)
32–43	25 (285)	24 (58)	34 (20)	25 (73)	27 (158)	27 (54)	26 (648)
44–55	32 (432)	37 (132)	39 (49)	34 (137)	36 (278)	38 (10)	34 (1133)
56–64	38 (522)	50 (221)	35 (48)	46 (188)	44 (341)	43 (132)	42 (1452)
Sukupuoli	**					***	***
Mies	32 (368)	39 (215)	35 (57)	35 (199)	34 (395)	38 (183)	34 (1687)
Nainen	28 (791)	34 (239)	33 (72)	32 (252)	33 (497)	27 (147)	30 (1998)
Työllisyys	***	***	***	***	***	***	***
Työssä	25 (803)	29 (228)	26 (55)	27 (237)	28 (480)	28 (172)	27 (1975)
Työkyvytön	74 (166)	74 (72)	85 (35)	85 (70)	77 (126)	68 (44)	76 (513)
Työtön	43 (140)	53 (55)	39 (18)	52 (44)	42 (84)	46 (41)	45 (382)
Koulutus	***	***		***	***	*	***
Korkea	24 (352)	26 (82)	27 (22)	24 (81)	26 (180)	29 (76)	25 (793)
Keskitaso	28 (436)	36 (153)	32 (45)	30 (140)	31 (278)	29 (98)	30 (1150)
Matala	36 (616)	43 (210)	38 (61)	41 (220)	39 (417)	37 (150)	39 (1674)
Toimeentulo	***	***	***	***	***	***	***
Helppoa	23 (768)	26 (210)	27 (69)	26 (233)	26 (446)	24 (166)	25 (1892)
Hankalaa	43 (652)	54 (241)	48 (63)	48 (217)	47 (442)	50 (164)	47 (1779)

(p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***)

Liite 3. Riittämättömästi palveluita saaneiden osuudet AVI-alueittain, % (N)

	Etelä-Suomen AVI	Itä-Suomen AVI	Lapin AVI	Lounais-Suomen AVI	Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	Pohjois-Suomen AVI	Koko Suomi
Ikä	**			**	**		***
20–31	37 (152)	26 (23)	40 (14)	43 (49)	36 (92)	36 (36)	36 (366)
32–43	36 (184)	30 (40)	41 (12)	36 (41)	32 (89)	32 (31)	34 (397)
44–55	35 (184)	24 (38)	26 (16)	33 (57)	27 (95)	31 (39)	31 (429)
56–64	28 (169)	30 (66)	20 (15)	24 (47)	24 (102)	22 (31)	26 (430)
Sukupuoli				**	**		***
Mies	32 (229)	28 (66)	27 (21)	25 (57)	25 (124)	28 (51)	28 (548)
Nainen	35 (457)	28 (99)	29 (34)	36 (135)	32 (254)	31 (86)	33 (1065)
Työllisyys							
Työssä	34 (375)	26 (84)	29 (26)	33 (103)	27 (191)	28 (67)	30 (846)
Työkyvytön	36 (62)	33 (20)	23 (7)	29 (17)	29 (37)	36 (16)	32 (159)
Työtön	34 (68)	35 (23)	25 (6)	29 (15)	34 (41)	32 (16)	33 (169)
Koulutus							**
Korkea	37 (208)	27 (34)	37 (14)	37 (50)	29 (86)	35 (33)	34 (425)
Keskitaso	31 (199)	23 (49)	24 (16)	29 (56)	28 (119)	25 (34)	28 (473)
Matala	34 (272)	32 (81)	28 (25)	32 (84)	30 (170)	30 (66)	32 (698)
Toimeentulo	***	**	**	*	***	***	***
Helppoa	29 (347)	24 (81)	22 (27)	29 (102)	23 (168)	22 (61)	26 (786)
Hankalaa	40 (336)	34 (84)	41 (30)	37 (92)	36 (207)	43 (76)	38 (825)

(p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***)