

# Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina

Tapani Valkonen, Hilikka Ahonen, Pekka Martikainen

**Elinajanodote nousi selvästi 1990-luvun lopulla, mutta hitaammin kuin saman vuosikymmenen alussa. Suurin yksittäinen syy hidastumiseen näyttää olleen alkoholikuolleisuuden kasvu. Myös sosiaaliryhmien väliset erot kasvoivat.**

**T**erveiden tasa-arvoa koskevassa tutkimuksessa ja terveystaloudessa on yhtenä keskeisenä mittarina käytetty sosiaaliryhmien tai koulutusryhmien välisiä eroja kuolleisuudessa ja elinajanodotteessa. Suomessa käytävissä olevat rekisteriaineistot ja henkilötunnusjärjestelmä tekevät sosiaaliryhmien välisten erojen tutkimisen meillä helpommaksi kuin useimmissa muissa maissa.

Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen väestöntutkimuksen yksikkö on tutkinut sosiaaliryhmien välisiä kuolleisuuseroja ja niiden muutoksia rekisteriaineistojen avulla yhteistyössä Tilastokeskuksen kanssa 1980-luvulta lähtien (esim. Valkonen ym. 1990; Martikainen ja Valkonen 1995). Päähavaintona tutkimuksissa on ollut se, että molemmilla sukupuolilla toimihenkilöryhmien elinajanodotteet ovat olleet huomattavasti korkeampia kuin työntekijöiden ja että sosiaaliryhmien väliset erot ovat kasvaneet (Valkonen ym. 2000; Martikainen ym. 2001). Samansuuntaisia tuloksia on saatu kuolleisuuseroista koulutustason mukaan (Valkonen 1999). Aikaisemmat tutkimukset ovat koskeneet vuosia 1971–95. Tässä artikkelissa esitetään uusia tuloksia, jotka koskevat sosiaaliryhmien elinajanodot-

teiden kehitystä vuoteen 2000 saakka. Lisäksi selvitetään, miten eri kuolemansyyt ovat vaikuttaneet elinajanodotteiden muutoksiin sosiaaliryhmissä 1990-luvulla.

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimus perustuu Tilastokeskuksen tietoihin kuolemantapauksista vuosilta 1981–2000, jotka on henkilötunnusten avulla yhdistetty Tilastokeskuksen väestölaskentojen pitkäaikaisaineiston henkilötietoihin vuosilta 1980, 1985, 1990 ja 1995. Aineisto kattaa kunakin väestölaskennan jälkeisenä viisivuotijaksoneen kaikki 35 vuotta täyttäneet Suomen väestöön kuuluneet henkilöt lukuun ottamatta niitä, jotka muuttivat Suomeen tai Suomesta jakson aikana. Aineisto on rajattu 35 vuotta täyttäneisiin, koska alle 35-vuotiaiden sosioekonominen asema ei ole vielä riittävän vakiintunut.

Väestölaskentojen pitkäaikaisaineisto sisältää tiedot henkilöiden sosioekonomisesta asemasta vuosilta 1980, 1985, 1990 ja 1995 Tilastokeskuksen luokituksen mukaisesti. Luokitus perustuu muun muassa ammattiasemaan, ammattiin ja pääasialliseen toimintaan. Tilastokeskuksen sosioekonomisesta luokituksesta on sosiologian laitoksella muokattu kuolleisuustutkimuksia varten sosiaaliryhmäluokitus (ks. Valkonen ym. 1993), jossa on vähemmän luokkia kuin Tilastokeskuksen luokituksessa. Lisäksi tässä luokituksessa työttömät, eläkeläiset ja muut ammatissa toimimattomat (lukuun ottamatta opiskelijoita) on luokiteltu heidän aikaisemman ammatinsa tai asuutokunnan viitehenkilön ammatin perusteella. Jos

ammattissa toimimattomia ei tällä tavoin luokiteltaisi sosiaaliryhmiin, sosiaaliryhmien kuolleisuusluvut olisivat harhaisia. Tämä johtuu siitä, että työttömyyden ja työkyvyttömyyden yleisyydessä on huomattavia eroja sosiaaliryhmien välillä ja siitä että työttömällä ja työkyvyttömällä on varsin korkea kuolleisuus. Tieto henkilön sosiaaliryhmästä saadaan vain väestölaskentavuosilta, joten väestölaskentojen välillä tapahtuvia muutoksia ei voida ottaa huomioon, vaan kunkin henkilön sosiaaliryhmä on sama koko väestölaskentaa seuraavan viisivuotiskauden ajan.

Aineistosta on laskettu erikseen miehille ja naisille 5-vuotiskäryhmittäiset kuolleisuusluvut (kuolleita 100 000 henkilövuotta kohden) vuoden ja sosiaaliryhmän mukaan. Kuolleisuusluvuista on edelleen laskettu vuosittaiset elinajantaulut sosiaaliryhmittäin (Shryock ym. 1976). Elinajantauluista on saatu tutkimuksessa käytetyt 35-vuotiaiden elinajanodotteet. Analyysissä on käytetty myös elinajanodotteen kokonaisuutuksen jakamista osiin (dekomponointia) kuolemansyyn mukaan.

Taustatietona kuolleisuutta koskeville tuloksille esitetään taulukossa 1 tutkimuksessa käytetty sosiaaliryhmäluokitus ja ryhmien suhteelliset suuruudet vuosina 1981, 1990 ja 2000. Miehillä työntekijät ovat olleet selvästi suurin ryhmä koko ajan, vaikka heidän osuutensa on vähentynyt noin neljä prosenttiyksikköä vuodesta 1981 vuoteen 2000. Suurin osa tästä muutoksesta tapahtui 1990-luvulla. Ylempien ja alemmien toimihenkilöiden ja yrittäjien osuudet ovat vastaavasti kasvaneet ja maanviljelijöiden supistunut. Naisillakin työntekijät olivat selvästi suurin ryhmä vuonna 1981, mutta heidän osuutensa on vähentynyt lähes neljänneksellä ja alemmien toimihenkilöiden ryhmä on kasvanut suurimmaksi vuonna 2000. Ryhmän ”muut” muodostavat opiskelijat sekä henkilöt, joita ei ole voitu luokitella puuttuvien tietojen vuoksi.

### Elinajanodotteen muutos 1981–2000

Kuviossa 1 on esitetty sosiaaliryhmittäiset 35-vuotiaiden elinajanodotteet jaksolla 1981–2000.

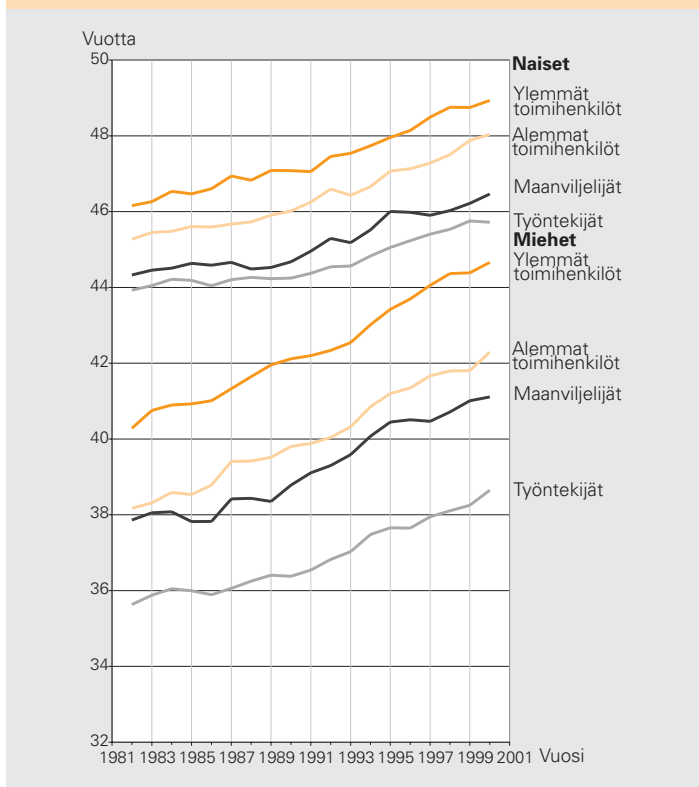
Kuviossa on käytetty vuosittaisten tietojen asemasta kahden vuoden liukuvia keskiarvoja satunnaisvaihtelun vähentämiseksi. Kuvion luettavuuden parantamiseksi yrittäjien ja muut-ryhmän tietoja ei esitetä kuviossa, mutta ne sisältyvät taulukkoon 2, jossa esitetään elinajanodotteet viidelle kaksivuotisjaksolle.

Elinajanodotteet ovat kasvaneet sekä miehillä että naisilla kaikissa sosiaaliryhmissä tarkasteltavana 20-vuotiskautena. Koko väestössä 35-vuotiaiden elinajanodotteen lisäys jaksolta 1981–1982 jaksolle 1999–2000 oli 3,7 vuotta miehillä ja 2,5 vuotta naisilla. Naisten ja miesten välinen ero on siten supistunut selvästi. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että toimihenkilöiden ja työntekijöiden väliset erot kasvoivat vuosina 1981–1995. Uusien tulosten mukaan elinajanodote kasvoi vuosina 1996–2000 kaikissa sosiaaliryhmissä, mutta ei yhtä paljon. Kasvu oli suurinta molemmissa toimihenkilöryhmissä, selvästi pienempi työntekijöillä ja pienin maanviljelijöillä. Kehitys on ollut samanlainen sekä miehillä että

**Taulukko 1. 35 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten jakautuminen (%) sosiaaliryhmiin 1981, 1990 ja 2000 (perustuu aineiston henkilövuosiin)**

MIEHET			
	1981	1990	2000
Ylemmät toimihenkilöt	11,8	14,3	16,3
Alemmat toimihenkilöt	15,0	16,8	17,3
Työntekijät	48,9	48,0	45,2
Maanviljelijät	17,1	12,4	9,0
Muut yrittäjät	5,9	7,2	9,6
Muut	1,3	1,3	2,7
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Henkilövuodet (1 000)	(1 005)	(1 197)	(1 374)
NAISET			
	1981	1990	2000
Ylemmät toimihenkilöt	8,1	9,9	12,5
Alemmat toimihenkilöt	28,3	35,2	39,3
Työntekijät	40,5	36,5	31,0
Maanviljelijät	16,1	11,6	8,2
Muut yrittäjät	3,9	4,6	5,5
Muut	3,2	2,3	3,5
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Henkilövuodet (1 000)	(1 226)	(1 398)	(1 545)

**Kuvio 1. 35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote 1981–2000 sosiaaliryhmän mukaan (2 vuoden liukuvat keskiarvot)**



naisilla. Sosiaaliryhmien väliset erot kasvoivat siten edelleen molemmilla sukupuolilla. Ero ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä kasvoi miehillä 0,25 vuotta ja naisilla 0,30 vuotta jaksolta 1994–1995 jaksolle 1999–2000. Muut-ryhmän elinajanodote on kasvanut eniten, mutta tämä johtuu ryhmän koon ja rakenteen muutoksesta.

Kuviosta 1 nähdään, että miespuolisten työntekijöiden elinajanodote oli vuosina 1999–2000 samalla tasolla kuin se oli ollut alemmilla toimihenkilöillä ja maanviljelijöillä 20 vuotta aikaisemmin. Ylempien toimihenkilöiden elinajanodote oli jo 30 vuotta sitten samalla tasolla kuin se oli työntekijöillä 1990-luvun lopussa (Valkonen 1999). Naisilla elinajanodotteen kehityksen viive toimihenkilöihin verrattuna oli hieman vähäisempi kuin miehillä.

**Kuolemansyiden vaikutus elinajanodotteen muutokseen 1990-luvulla**

Elinajanodotteiden erojen kasvun syitä selvitetään seuraavaksi analysoimalla, kuinka muutokset kuolleisuudessa eri kuolemansyihin ovat vaikuttaneet

**Taulukko 2. 35-vuotiaiden elinajanodote 1981–1982, 1984–1985, 1989–1990, 1994–1995 ja 1999–2000 sosiaaliryhmän ja sukupuolen mukaan.**

MIEHET	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Muutos				
	1981–82	1984–85	1989–90	1994–95	1999–2000	(1)–(2)	(2)–(3)	(3)–(4)	(4)–(5)	(1)–(5)
Ylemmät th.	40,28	40,93	42,12	43,42	44,66	0,64	1,19	1,31	1,24	4,38
Alemmat th.	38,17	38,53	39,81	41,20	42,29	0,36	1,27	1,39	1,09	4,12
Työntekijät	35,63	35,99	36,38	37,66	38,65	0,36	0,38	1,28	0,99	3,02
Maanviljelijät	37,86	37,82	38,78	40,45	41,11	-0,04	0,96	1,66	0,66	3,25
Yrittäjät	37,97	38,22	39,15	40,82	41,92	0,25	0,93	1,67	1,10	3,95
Muut	28,98	29,83	30,26	32,85	35,10	0,85	0,43	2,59	2,25	6,11
Kaikki	36,89	37,22	38,01	39,45	40,55	0,33	0,79	1,44	1,09	3,65

NAISET	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Muutos				
	1981–82	1984–85	1989–90	1994–95	1999–2000	(1)–(2)	(2)–(3)	(3)–(4)	(4)–(5)	(1)–(5)
Ylemmät th.	46,16	46,47	47,08	47,96	48,93	0,31	0,62	0,88	0,98	2,78
Alemmat th.	45,27	45,61	46,01	47,07	48,03	0,33	0,41	1,05	0,96	2,76
Työntekijät	43,93	44,19	45,05	45,72	46,67	0,26	0,06	0,81	0,66	1,79
Maanviljelijät	44,33	44,63	44,68	46,01	46,46	0,30	0,04	1,33	0,46	2,14
Yrittäjät	45,51	45,28	45,95	46,67	47,62	-0,23	0,67	0,72	0,95	2,10
Muut	39,44	39,00	39,95	41,56	42,51	-0,44	0,95	1,61	0,95	3,07
Kaikki	44,40	44,70	45,01	46,05	46,89	0,30	0,31	1,05	0,84	2,49

elinajanodotteen muutokseen eri sosiaaliryhmissä. Analyysi on tehty ikäryhmittäisistä kuolemansyistä kuolleisuusluvusta demografisessa kuolleisuusstudiumuksessa yleisesti käytetyllä dekomponointimenetelmällä (United Nations 1988). Laskelmat on tehty kahdeksalle kuolemansyryhmälle kolmivuotisjaksoille 1989–1991 ja 1998–2000. Kolmivuotisjaksoja on käytetty vuosittaisen satunnaisvaihtelun vähentämiseksi. Tulokset on esitetty kuvioissa 2 ja 3 kolmelle suurimmalle sosiaaliryhmälle sekä kaikille 35 vuotta täyttäneille sukupuolen mukaan. Tulosten tulkinnassa käytetään hyväksi sosiaaliryhmittäisiä ikävakioiduja kuolemansyynmukaisia kuolleisuuslukuja.

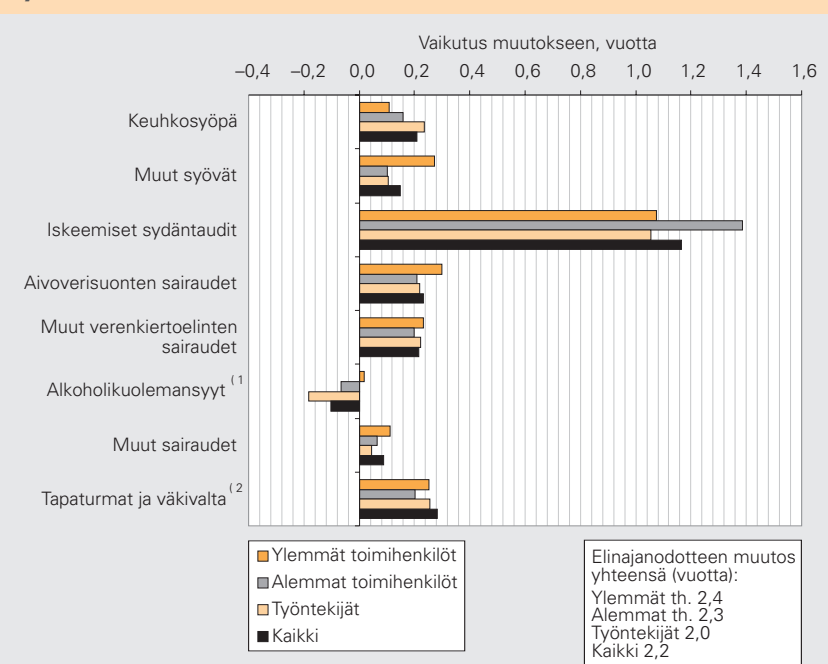
Kaikkien 35-vuotiaiden miesten elinajanodote nousi 2,2 vuodella jaksolta 1989–1991 jaksolle 1998–2000. Kuvioista 2 (mustat vaakapylväät) nähdään, miten paljon muutokset kuolleisuudessa eri kuolemansyihin ovat vaikuttaneet elinajanodotteen nousuun. Ylivoimaisesti tärkein syy oli sepelvaltimotauti (iskeemisestä sydäntaudit), sillä sepelvaltimotautikuolleisuuden nopea aleneminen selittää yli puolet elinajanodotteen noususta. Kuolleisuus muihinkin kuolemansyihin on yleensä vähentynyt, ja tämä on kasvattanut miesten elinajanodotetta. Tärkeysjärjestyksessä nämä kuolemansyryhmät ovat tapaturmat ja väkivalta (sisältää myös itsemurhat, mutta ei sisällä alkoholimyrkytystä), aivoverisuonten sairaudet, muut verenkiertoelinten sairaudet, keuhkosityöpä, muut syövät kuin keuhkosityöpä ja edellisiin ryhmiin kuulumattomat muut sairaudet. Vain kuolleisuus alkoholikuolemansyihin (alkoholisairaudet ja -myrkytykset) on lisääntynyt, mikä on hieman hidastanut elinajanodotteen kohonamista.

Ylempien miestoimihenkilöiden elinajanodote nousi tarkaste-

lujaksolla 2,4 vuotta ja työntekijöiden 2,0 vuotta. Lähes puolet erosta johtuu siitä, että työntekijöiden alkoholikuolleisuus lisääntyi, mutta ylempien toimihenkilöiden pysyi suunnilleen ennallaan. Kuolleisuus muihin kasvaimiin kuin keuhkosityöpään aleni enemmän ylempillä toimihenkilöillä, mikä myös lisäsi eroa ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteessa. Toisaalta keuhkosityöpäkuolleisuus aleni enemmän työntekijöillä kuin ylempillä toimihenkilöillä. Silti työntekijöiden keuhkosityöpäkuolleisuus oli jakson lopussa edelleen lähes kolminkertainen ylempiin toimihenkilöihin verrattuna.

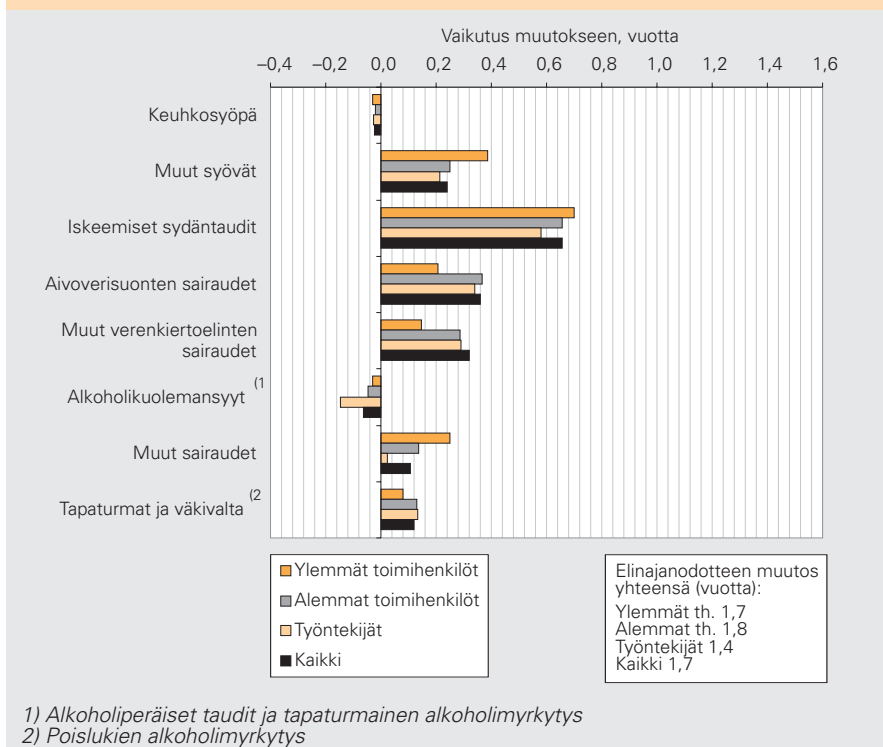
1980-lukuun verrattuna on 1990-luvun kehityksessä erona se, että työntekijät hyötyivät 1990-luvulla sepelvaltimotautien laskusta lähes yhtä paljon kuin ylempät toimihenkilöt, kun taas 1980-luvulla pääosa ryhmien välisen elinajanodotteen eron kasvusta johtui sepelvaltimotautikuolleisuuden nopeammasta alenemisestä toimihenkilöillä (Martikainen ym. 2001). Alkoholiiin liittyvät kuo-

**Kuvio 2. Kuolemansyiden vaikutukset 35-vuotiaiden elinajanodotteen muutokseen jaksolta 1989–1991 jaksolle 1998–2000 sosiaaliryhmittäin, miehet**



1) Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys  
 2) Poislukien alkoholimyrkytys

**Kuvio 3. Kuolemansyiden vaikutukset 35-vuotiaiden elinajanodotteen muutokseen jaksolta 1989–1991 jaksolle 1998–2000 sosiaaliryhmittäin, naiset**



lemansyyt vaikuttivat sekä 1980- että 1990-luvulla elinajanodotteiden eroja lisäävästi.

1990-luvulla miespuolisten alempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välinen elinajanodotteiden ero lisääntyi 0,30 vuodella. Syynä tähän oli pääasiassa se, että sepelvaltimotautikuolleisuus aleni erityisen paljon alemmilla toimihenkilöillä. Alkoholikuolleisuus lisääntyi myös alemmilla toimihenkilöillä, mutta koska nousu oli suurempi työntekijöillä, alkoholikuolleisuus lisäsi elinajanodotteiden eroa.

Naisten elinajanodote kasvoi 1990-luvulla 1,7 vuodella eli puoli vuotta vähemmän kuin miesten elinajanodote (kuvio 3). Eniten (0,3 vuotta) naisten ja miesten eron pienenemiseen vaikutti kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin. Se aleni naisilla ja miehillä suhteellisesti yhtä nopeasti, mutta koska verenkiertoelinten taudit ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla, kuolleisuuden aleneminen vaikutti elinajanodotteeseen enemmän miehillä. Toinen syy naisten hitaampaan elinajanodotteen nousuun oli

se, että kuolleisuus keuhkosityöpään aleni miehillä, mutta kasvoi hieman naisilla. Alkoholikuolleisuus lisääntyi sekä naisilla että miehillä ja hidasti elinajanodotteen nousua suunnilleen saman verran molemmilla sukupuolilla.

Jos pientä muut-ryhmää ei oteta huomioon, elinajanodotteen nousu oli naisilla suurin alemmilla toimihenkilöillä (1,8 vuotta) ja pienin työntekijöillä (1,4 vuotta). Ryhmien välinen elinajanodotteen ero kasvoi sitten 0,4 vuodella. Eron kasvuun on vaikuttanut kuolleisuuden suotuisampi kehitys alemmilla toimihenkilöillä jokseenkin kaikissa kuolemansyyryhmissä. Suurimpina osatekijöinä ovat olleet se, että kuolleisuus ”muihin tauteihin” aleni enemmän alemmilla toimihenkilöillä ja se

että alkoholikuolleisuus lisääntyi nopeammin työntekijöillä.

Alemmat toimihenkilöt ja työntekijät ovat kaksi selvästi suurinta naisten sosiaaliryhmää. Niihin on kuulunut 1990-luvulla noin 70 % 35 vuotta täyttäneistä naisista. Ylempien toimihenkilöiden osuus oli vain 10 % vuonna 1990 ja 12,5 % vuonna 2000. Ryhmän pienuuden vuoksi varsinkin harvinaisiin kuolemansyihin kuolleitten ikäryhmittäiset lukumäärät ovat pieniä, ja sattuma voi vaikuttaa dekomponoinnin tuloksiin. Ylempien naistoimihenkilöiden elinajanodote nousi 1990-luvulla suunnilleen saman verran kuin alempien toimihenkilöiden (1,7 vuotta) ja samalla ero työntekijöihin kasvoi. Kuviossa 3 esitettyjen tulosten mukaan ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden eroa lisäsi eniten se, että ylempien toimihenkilöiden kuolleisuus ”muihin sairauksiin” ja ”muihin syöpiin” sekä sepelvaltimotautiin aleni enemmän kuin työntekijöiden. Lisäksi alkoholikuolleisuus kasvoi

**"Elinajanodotteella mitattuna väestön terveydentilan kehitys on ollut suhteellisen hyvää. Elinajanodote nousi selvästi molemmilla sukupuolilla."**

enemmän työntekijöillä. Erojen kasvua vähensi toisaalta se, että kuolleisuus muihin verenkiertoelinten tauteihin kuin sepelvaltimotautiin aleni enemmän työntekijöillä.

### **Tulosten tarkastelua**

Elinajanodotteella mitattuna väestön terveydentilan kehitys on ollut suhteellisen hyvää 1990-luvun loppupuoliskolla, sillä elinajanodote nousi selvästi molemmilla sukupuolilla. Elinajanodotteen nousu oli kuitenkin hitaampaa kuin 1990-luvun alkupuolella. Tässä tutkimuksessa on keskitytty 35-vuotiaiden elinajanodotteeseen, mutta myös vastasyntyneiden elinajanodote on noussut samaan tapaan kuin 35-vuotiaiden elinajanodote.

Elinajanodote on noussut kaikissa sosiaaliryhmissä, mutta erot sosiaaliryhmien välillä ovat selvästi lisääntyneet, mitattiinpa sitä ääriyhmien välisellä erotuksella elinajanodotteessa tai kaikki ryhmät huomioonottavalla eriarvoisuusindeksillä. Valtioneuvoston hyväksymässä Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa on yhtenä neljästä yleistavoitteesta väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentäminen. Terveysohjelman tavoitteiden laatimisessa on käytetty pohjana 35-vuotiaiden sosiaaliryhmittäisiä elinajanodotteita jaksolta 1991–1995, jolloin ero miespuolisten ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä oli noin 5,5 vuotta. Kansanterveysohjelma asetti tavoitteeksi eron supistumisen viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Vuoteen 2000 mennessä eron olisi pitänyt tavoitteen mukaan supistua noin 0,3 vuodella. Edellä esitettyjen tulosten mukaan ero ei kuitenkaan ole pienentynyt vaan suurentunut, niin että se oli 6,0 vuotta vuosina 1999–2000. Naisten elinajanodotteiden erojen kehitykselle ohjelma asetti suhteellisesti samansuuruisen supistumistavoitteen. Kehitys ei ole naisillakaan ollut tavoit-

teen suuntainen, vaan erot toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä ovat kasvaneet. Vuosina 1991–1995 ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välinen ero oli noin kolme vuotta, mutta vuosina 1999–2000 3,5 vuotta.

Miksi sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat kasvaneet 1990-luvulla? Kansainvälisessä kirjallisuudessa on esitetty, että kuolleisuuserot ja niiden muutokset heijastavat yleistä yhteiskunnallista eriarvoisuutta ja erityisesti tuloeroja. Esimerkkinä tästä on ollut sosiaaliluokkien välisten kuolleisuuserojen kasvu Thatcherin hallinnon aikaan Britanniassa 1980-luvulla. Suomen ja muiden Pohjoismaiden osalta tällaista selvää yhteyttä ei ole ollut, vaan kuolleisuuserot ovat kasvaneet, vaikka tuloerot eivät ole kasvaneet (Martikainen ja Valkonen 1999). Vuosien 1981–1995 kuolleisuuserojen muutosta koskevissa tutkimuksissa päädyttiinkin siihen, että mitään yksinkertaista yhtä selitystä sosiaaliryhmien välisten erojen kasvulle ei ole (Valkonen ym. 2000; Martikainen ym. 2001). Erojen muutokset ovat johtuneet monista toisistaan riippumattomista ja osittain jopa eri suuntiin vaikuttavista eri kuolemansyitä koskevista muutoksista. 1980-luvun lopun nopea sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu Suomessa johtui pääasiassa siitä, että kuolleisuus verenkiertoelinten tauteihin aleni nopeammin toimihenkilöillä kuin työntekijöillä. Tämän eron syynä on todennäköisesti ollut erot terveellisten elintapojen omaksumisessa sekä uusien sepelvaltimotautien hoitomuotojen nopeampi yleistyminen toimihenkilöiden keskuudessa. Toinen syy erojen kasvuun oli se, että kuolleisuus alkoholikuolemansyihin sekä tapaturmisiin ja väkivaltaisiin kuolemiin lisääntyi enemmän työntekijöillä kuin toimihenkilöillä. Kuolleisuuden nousu oli yhteydessä alkoholinkulutuksen nopeaan lisääntymiseen 1980-luvun lopulla. Toi-

saalta elinajanodotteen muutoksella mitattuna miespuoliset työntekijät hyötyivät enemmän keuhkosyövän alenemisesta kuin toimihenkilöt, koska keuhkosyöpäkuolleisuuden huipputaso oli työntekijöillä ollut paljon suurempi kuin toimihenkilöillä.

1990-luvun alkupuoliskolla sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu oli vähäistä. Kuolleisuus verenkierroelinten tauteihin jatkoi alenemistaan, mutta aleneminen vaikutti elinajanodotteiden nousuun suunnilleen yhtä paljon kaikissa sosiaaliryhmissä. Lamasta johtuen alkoholinkulutuksen kasvu ja samalla alkoholiin, tapaturmiin ja itsemurhiin liittyvän kuolleisuuden ja kuolleisuuserojen kasvu hidastui (Valkonen ym. 2000).

1990-luvun loppupuoliskon kehitys muistuttaa enemmän 1980-luvun lopun taloudellisen nousukauden kuin 1990-luvun alun lamavuosien kehitystä. Kuolleisuus verenkierroelinten tauteihin aleni edelleen sekä toimihenkilöillä että työntekijöillä, mutta aleneminen pidensi enemmän toimihenkilöiden (erityisesti alempien toimihenkilöiden) kuin työntekijöiden ikää. Alkoholiin liittyvä kuolleisuus lisääntyi koko väestössä ja sillä oli suurempi haitallinen vaikutus työntekijöiden kuin toimihenkilöiden elinajanodotteeseen. Toisin kuin 1980-luvulla, itsemurha- ja tapaturmakuolleisuus väheni kuitenkin, vaikka alkoholikuolleisuus lisääntyi.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kansanterveysohjelman tavoitteiden vastaisesti sosiaaliryhmien väliset erot 35-vuotiaiden elinajanodotteessa ovat kasvaneet suomalaisilla miehillä ja naisilla 1990-luvun loppupuolella. Kuolemansyittäinen tarkastelu osoittaa, että eron kasvu johtuu useista eri syytekijöistä, joista yksi tärkeimmistä on ollut alkoholikuolleisuuden kasvu. Ensi vuonna yksityishenkilöiden alkoholin tuontikiintiöt suurenevät ja Viro liittyy Euroopan Unioniin. Tästä mahdollisesti aiheutuvan alkoholin kulutuksen kasvun voidaan odottaa lisäävän alkoholikuolleisuutta ja yhä suurentavan sosiaaliryhmien välisiä kuolleisuuseroja. □

*Tapani Valkonen on Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen professori ja Pekka Martikainen saman laitoksen tutkija. Hilikka Ahonen on Tilastokeskuksen yliaktuaari.*

## Lähteet

**Martikainen, P. & Valkonen, T.** (1995): Lama ja enenäinen kuolleisuus. *Väestö* 1995:11. Helsinki: Tilastokeskus.

**Martikainen, P. & Valkonen, T.** (1999): Policies to reduce income inequalities are unlikely to eradicate inequalities in mortality (letter). *British Medical Journal* 319:319.

**Martikainen, P., Valkonen, T. & Martelin, T.** (2001): Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–1995. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(7):494–499.

**Shryock, H. S. & Siegel, J. S.** (1976): *The Methods and Materials of Demography*. New York: Academic Press.

**United Nations Secretariat** (1988): Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age groups and causes of death from recent and historical data. *Population Bulletin of the United Nations* 25:65–107.

**Valkonen, T.** (1999): The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes. Teoksessa Chamie, J. & Cliquet, R. L. (toim.) (1999): *Health and mortality. Issues of global concern*. Leuven: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat and Population and Family Study Centre, Flemish Scientific Institute.

**Valkonen, T., Martelin, T. & Rimpelä, A.** (1990): Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971–1985. *Tutkimuksia* 172. Helsinki: Tilastokeskus.

**Valkonen, T., Martelin, T., Rimpelä, A., Notkola, V. & Savela, S.** (1993): Socio-economic mortality differences in Finland 1981–1990. *Väestö* 1993:1. Helsinki: Tilastokeskus.

**Valkonen, T., Martikainen, P., Jalovaara, M., Koskinen, S., Martelin, T. & Mäkelä, P.** (2000): Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health* 10(4):274–280.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. **Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu** 2001:4. Helsinki.