



## Inequalities in oral health – theoretical approaches

Käynyt läpi vertaisarvioinnin.  
Hyväksytty julkaistavaksi 7.5.2020

Katsauksessa esitellään terveyteen liittyvän eriarvoisuuden teoreettisia käsitteitä ja pohditaan, kuinka suunterveyteen liittyvää eriarvoisuutta eri väestöryhmissä voidaan kaventaa. Terveyttä koskeva eriarvoisuus on yleismaailmallista. Aikuisten keskuudessa suun sairauksien esiintyminen vaihtelee huomattavasti sosioekonomisen aseman, kuten tulojen, koulutuksen ja ammatin mukaan. Havaittavissa on sosiaalisten tekijöiden vaikutus myös lasten suunterveyteen. Tutkimukset osoittavat, että suunterveyden eriarvoisuus on pysyvä ilmiö.

Sosiologian eri koulukunnat ovat edistäneet teoreettista ymmärrystä yhteiskunnallisesta eriarvoisuudesta. Konfliktiteorian mukaan taloudelliset tekijät ovat tärkein selittävä syy yhteiskuntaluokkien ja puutteen olemassaololle. Teoria korostaa valtaa sekä suhdetta yhteiskunnan tuotantovälineisiin. Funktionalistinen teoria (konsensus-teoria) puolestaan korostaa yhteiskunnalliseen asemaan liittyvää arvovaltaa, yhteiskunnallisen arvon tunnustusta ja muilta saatua ihailua. Neljää päämenetelmää on käytetty yhteiskuntaluokkien tai sosioekonomisten kerrosten mittaamiseen. Konsensusteoria puhuu maineperusteisuuden, itseasemoinnin ja yhdistelmäindeksimenetelmän puolesta, kun taas konfliktiteoria suosii objektiivista menetelmää mittaamiseen.

Terveyteen liittyvän eriarvoisuuden taustalta löytyy rakenteellisia, psykososiaalisia ja poliittisia tekijöitä. Välittävistä tekijöistä tärkeitä ovat elintavat ja riskikäyttäytyminen. WHO on luonut mallin, joka lisää ymmärrystä eriarvoisuuden yhteiskunnallisista mekanismeista. Epäoikeudenmukaisia terveyseroja voidaan vähentää oikeanlaisilla poliittis-hallinnollisilla toimilla. Valtiot voivat käyttää sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi WHO:n määrittelemiä kansanterveysstrategioita, joissa käsitellään seikkaperäisesti myös suunterveyttä koskevan eriarvoisuuden vähentämistä.



# Eriarvoisuus suunterveydessä – teoreettisia näkökulmia

Poul Erik Petersen, Magnus Hakeberg

**S**uun sairaudet ovat yleisimpiä kroonisia sairauksia ympäri maailman; suun sairauksien kirjo on kuitenkin dramaattisella tavalla muuttanut viime vuosina. Aikuisten karies ja hampaiden menetys sekä varhaislapsuuden karies lisääntyvät nopeasti kehitysmaissa (1, 2), kun teollisuusmaissa näiden valtasairauksien merkitys kansanterveysongelmana pienenee. Pohjoismaissa suunterveys on yleisesti ottaen parantunut kolmen viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana, joskin tietyissä riskiryhmissä suun terveysongelmat ovat pysyneet yleisinä.

Suun sairaudet koettelevat kaikenikäisiä, ja niistä muodostuu huomattava rasite yksilöille ja yhteiskunnalle. Tärkeimmät suun sairaudet (karies, paradontiitti, hampaiden menetys, suun alueen vammat ja suusyöpä) heikentävät usein merkittävästi elämänlaatua ja sosiaalista toimintakykyä (3) ja ovat yhteydessä moniin pitkäaikaissairauksiin.

Tämä johtuu pääasiassa sairauksien yhteisistä riskitekijöistä, kuten runsaasti sokereita sisältävästä epäterveellisestä ruokavaliosta, tupakoinnista, liiallisesta alkoholinkäytöstä ja puutteellisesta henkilökohtaisesta hygieniasta (4). Yhteisten riskitekijöiden vaikutuksen lisäksi on olemassa suora yhteys suun sairauksien ja tiettyjen pitkäaikaissairauksien välillä: esimerkkinä pitkälle edennyt paradontiitti ja diabetes (5). Suun sairauksilla ja muilla pitkäaikaissairauksilla on taipumus kasaantua köyhille ja huono-osaisille, koska suunterveyteen ja yleiseen terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät ovat voimakkaita.

Suunterveyttä koskevaa eriarvoisuutta havaitaan lähes kaikissa suun sairauksissa. Suunterveyskäyttäytymisessä, kuten hammashoidon käyntitavoissa, suuhygieniassa ja ruokailutottumuksissa esiintyvät sosiaaliset erot ovat suuria ympäri maailman ja

niitä todetaan kaikissa ikäryhmissä (6). Kansanterveyspoliittisten linjausten ansiosta Pohjoismaissa suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on yleistä sekä lasten että aikuisten keskuudessa, ja he saavat usein sekä hoitoa että ehkäiseviä toimenpiteitä (7). Huomattava osa syrjäytyneistä ja huono-osaisista väestöryhmistä jää kuitenkin vaille laadukasta hoitoa, koska heillä ei ole varaa siihen. On myös pantava merkille, että Pohjoismaissakin myös merkittävä osa ikääntyneistä ihmisistä jää vaille riittäviä suun terveydenhuollon palveluita (8).

### Tavoitteet

Sosiaali- ja kansanterveyspolitiikka tarjoaa poikkeuksellisen kehyksen suun terveydenhuollolle Pohjoismaissa. Avainryhmille tarjotaan maksutonta hoitoa, joka on kustannettu julkisilla varoilla, ja myös yksityisen hammashoidon käyttöä tuetaan. Huolimatta pyrkimyksistä tarjota riittävää hoitoa suunterveyteen liittyvä eriarvoisuus on silmiinpistävä. Työ kaikkien väestöryhmien terveystarpeiden tyydyttämiseksi vaatii jatkuvaa puuttumista sosiaalisiin tekijöihin sekä taloudellisesti oikeudenmukaisten terveystarpeiden vahvistamista. Tämän raportin tavoitteena on hahmotella terveyteen liittyvän eriarvoisuuden teoreettisia käsitteitä ja lopuksi pohtia tärkeimpiä periaatteita, joilla väestöryhmien välistä suunterveyteen liittyvää eriarvoisuutta voidaan kaventaa.

### Suunterveyteen liittyvä eriarvoisuus – empiirinen tutkimus

Ehkä eniten tutkittu alue suunterveyden sosiaalisessa kontekstissa on etiologia. Sosiaali-epidemiologiana tunnetulla kansanterveystieteen alueella pyritään dokumentoimaan sairauksien sosiaalista kirjoa lapsilla, nuorilla, aikuisilla ja ikääntyneillä kliinisten tutkimusten tai kyselylomakkeiden avulla. Suunterveyteen liittyvistä kansanterveysongelmista etusijalle on asetettu karies, parodontiitti, omien

Taulukko 1. Keskimääräinen kariksen esiintyminen (DMF-S) 35–44-vuotiailla tanskalaisilla suhteessa tuloihin, koulutustasoon ja ammattiin (keskiarvon keskiarvo ilmoitettu sulkeissa) (10).

Tulot, koulutustaso ja ammatti	(n)	D-S	M-S	F-S	DMF-S
<b>Tulot (DKK)</b>					
Alle 200 000	(190)	1,9 (0,4)***	22,5 (1,2)***	26,2 (1,0)	50,6 (1,7)**
200 000–299 999	(337)	0,7 (1,6)	18,9 (0,6)	26,4 (0,7)	46,0 (1,0)
300 000–399 999	(120)	0,6 (0,2)	18,2 (1,2)	26,2 (1,5)	45,0 (1,9)
400 000 tai enemmän	(86)	0,4 (0,1)	15,6 (1,1)	25,1 (1,6)	41,1 (2,0)
<b>Koulutustaso:</b>					
Matala (≤ 10 v)	(62)	2,2 (0,9)***	27,2 (2,8)***	28,2 (1,8)***	57,5 (3,3)***
Keskitasoinen (11–12 v)	(158)	1,5 (0,4)	20,6 (1,2)	27,3 (1,1)	49,4 (1,6)
Korkea (13–14 v)	(299)	0,9 (0,1)	19,2 (0,7)	28,2 (0,9)***	48,3 (1,1)
Hyvin korkea (≥ 15 v)	(193)	0,4 (0,1)	16,5 (0,7)	22,6 (1,0)	39,5 (1,3)
<b>Ammatti:</b>					
Itsensä työllistävät	(61)	0,7 (0,2)	17,8 (2,0)	28,9 (2,0)	47,4 (2,7)
Toimistohenkilöstö	(457)	0,5 (0,1)	17,7 (0,5)	25,4 (0,7)	43,6 (2,5)
Ammattitaitoiset työntekijät	(57)	1,2 (0,4)	18,3 (1,9)	30,6 (2,1)*	50,1 (2,5)
Kouluttamattomat työntekijät	(100)	1,5 (0,5)	24,3 (1,5)	28,4 (1,5)	54,2 (2,2)***
Työttömät	(21)	1,9 (0,7)	22,7 (4,5)	24,7 (1,9)	49,3 (5,1)
Eläkeläiset	(29)	3,8 (1,8)***	24,6 (3,2)***	25,0 (2,4)	53,4 (4,5)

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

hampaiden menetys ja suusyöpä (9). Esimerkiksi tanskalaisilla aikuisilla tehty kliininen tutkimus (10) on vahvistanut, että kariksen esiintyminen vaihtelee huomattavasti tulojen, koulutuksen ja ammatin mukaan (taulukko 1). Suusyöväen riski havaittiin suhteellisen suureksi niillä henkilöillä, joilla on alhainen sosioekonominen tausta, jotka asuvat köyhällä alueella tai ovat alttiina haitallisille ympäristöolosuhteille (11). Sosiaalisten tekijöiden vaikutus lasten kariekseen on yleisesti tunnustettu (12). Äskettäin tehdyssä ruotsalaistutkimuksessa (13) tutkittiin useiden sosioekonomisten tekijöiden ja kariksen välisiä yhteyksiä lapsilla ja nuorilla. Kariesta koskevaa eriarvoisuutta löytyy selkeästi liittyen

perheen tulotasoon, asumiseen, äidin tai isän koulutustasoon, vanhempien työllisyystilanteeseen ja maahanmuuttotaustaan, ja näiden tekijöiden painoarvo oli nuorilla lapsilla suurempi kuin murrosikäisillä.

Kliinisten havaintojen lisäksi olennaisen tärkeitä ovat suunterveyden ja taudin oireiden subjektiiviset mittaukset. Koetussa suunterveydessä, suunterveyskäyttäytymisessä, suunterveyspalveluiden käytössä ja niihin liittyvissä psykososiaalisissa tekijöissä on todettu merkittäviä sosioekonomisista ryhmistä riippuvaisia eroja (6). Useita sosioekonomisia muuttujia on käytetty osoittamaan suunterveyden eriarvoisuuden merkitys. Itsenäisiin muuttujiin sisältyy sosiaalisen luokan, koulutuksen,

Suunterveyden eriarvoisuus Pohjoismaissa osa 1/3



Taulukko 2. Kahden muuttujan logistinen regressio suun- ja yleisterveys riippuvina muuttujina (hyvä vs. huono terveys) ja sosioekonominen asema itsenäisenä muuttujana (14). OR = ristitulosuhde; \* = tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p < 0,05$ ) suhteessa kunkin itsenäisen muuttujan vertailukategoriaan.

		Suunterveys		Yleisterveys	
		OR	95 % LV	OR	95 % LV
Koulutus	Yliopisto (vertailu)	1,0		1,0	
	Lukio	1,33*	1,12–1,58	1,80*	1,43–2,27
	Peruskoulu	2,10*	1,71–2,57	3,80*	2,95–4,89
Tulotaso (SEK)	≥ 601 000 (vertailu)	1,0		1,0	
	401 000– 600 000	1,53*	1,21–1,94	2,14*	1,45–3,16
	201 000– 400 000	2,06*	1,65–2,59	4,27*	2,98–6,11
	≤ 200 000	2,09*	1,63–2,70	6,75*	4,66–9,78
Pystyy hankkimaan 15 000 SEK viikossa	Kyllä, aina (vertailu)	1,0		1,0	
	Kyllä, useimmiten	1,38*	1,16–1,64	1,59*	1,28–1,99
	Harvoin / ei koskaan	2,59*	2,11–3,19	2,91*	2,27–3,72
Asumismuoto	Oma talo (vertailu)	1,0		1,0	
	Omistusasunto	1,00	0,82–1,23	1,43*	1,11–1,84
	Vuokra-asunto	1,43*	1,20–1,72	1,87*	1,50–2,34

ammatin, tulojen tai käyttäytymistekijöiden kaltaisia mittareita. Ruotsissa aikuisilla tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että koettu suunterveys ja yleisterveys heikkenivät selkeästi asteittain yhteiskunnan alempia tasoja kohti liikuttaessa (sosiaalinen gradientti) (14). Mitä alhaisempi koulutustaso, mitä pienemmät henkilökohtaiset tulot, mitä heikommät mahdollisuudet saada kokoon suuri rahasumma ja mitä huonompi asumistilanne, sitä suurempi oli heikon suunterveyden ja huonon yleisterveyden riski. Tutkimuksessa kontrolloitiin muiden selittävien muuttujien, kuten iän, sukupuolen ja elämäntapatekijöiden samanaikaisia vaikutuksia, ja analyysi vahvisti, että tuloihin liittyvillä muuttujilla oli voimakkain vaikutus (taulukko 2). Sosiodemografiset tekijät, hammashoitoon

hakeutuminen ja asuinalue vaikuttavat lisäksi voimakkaasti kykenevyyteen jokapäiväisiin toimintoihin ja elämäntapaan, kuten norjalainen aikuisilla tehty tutkimus vahvistaa (15).

Suunterveyden ja yleisterveyden sosiaaliset gradientit ovat analyttisesti vertailukelpoisia, mikä viittaa yhteisiin kausaalisiin mekanismeihin ja vaikutuksiin. Tanskan kansanterveyslaitos (16, 17) teki äskettäin (2017) aikuisväestössä tutkimuksen, joka korostaa yleisterveydessä ja koetussa suunterveydessä esiintyvän eriarvoisuuden samansuuntaisuutta (taulukko 3). Koulutustaso on sosioekonominen aseman vahva mittari. Tulokset osoittavat, että matalasti koulutetuilla väestöryhmillä on sekä enemmän terveysongelmia että suurempi alttius riskitekijöille kuin korkeasti koulutetuilla. On todettu,

että suunterveys on vahvasti riippuvainen koulutustasosta niillä, joilla on toimintakykyinen hampaisto (yli 20 hammasta). Samoin koulutustaso vaikuttaa säännöllisesti hammaslääkärisä käyvien iäkkäiden osuuteen.

### Sosiaalisen eriarvoisuuden merkitys

Sosiaalisella eriarvoisuudella tarkoitetaan vallitsevaa mahdollisuuksien ja saavutettavissa olevien etujen epätasa-arvoista jakautumista eri sosiaaliryhmille yhteiskunnan sisällä (6). Eriarvoisuus ilmenee aineellisten resurssien, kuten koulutuksen, ammatin, tulojen ja asumisen, epätasaisena jakautumisena sekä eroina sosiaalisten hyödykkeiden, kuten terveys- ja sairaanhoitopalvelujen ja ehkäisevän hoidon, saatavuudessa. Sosiaalinen asema vaikuttaa voimakkaasti terveydenhuollon saatavuuteen, koska varakkaampien väestöryhmien todennäköisyys saada tarvitessaan hoitoa on suurempi. Vastaavasti terveyden eriarvoisuutta voi syntyä, jos terveyspalvelujen tarjonta on riittämätöntä, terveydenhoidon toimenot ovat suuret tai kun valtion tuki on vähäistä tai sitä ei ole lainkaan. Käytettävissä olevien resurssien määrä vaihtelee kaupunkien ja maaseudun väestöjen välillä, etniseen ryhmään, ympäristöolosuhteisiin, sukupuoleen, perheeseen ja lapsiin liittyen sekä sukupolvien välillä, mikä kuvastaa tärkeällä tavalla eriarvoisuuden perusrakenteita.

Eri sosioekonomisten ryhmien mahdollisuuksien ja elinolojen eriarvoisuutta mitataan Pohjoismaissa säännöllisesti. Sitä koskevia tietoja julkaisevat kansalliset sosiaalitutkimuslaitokset ja kansalliset julkiset tilastokeskukset sekä Eurostat (18). Eurostatin perusti Euroopan parlamentti jäsenvaltioiden kansallisten tilastotietojen valvontaa ja tiedonkeruun menetelmien jatkuvaa kehittämistä varten.

### Yhteiskuntaluokat ja yhteiskunnalliset asemat – teoriaa

Yhteiskuntaluokat ja yhteiskunnalli-

Taulukko 3. Terveysongelmia ja riskitekijöitä raportoineiden tanskalaisten 16–75+-vuotiaiden aikuisten prosenttiosuudet suhteessa koulutustasoon (iän suhteen korjatut luvut). (Tanskan kansallinen terveys- ja sairaustutkimus 2017, n = 12 753) (16, 17).

	7-vuotinen peruskoulutus	9-vuotinen peruskoulutus	Lyhyt yhtäjaksoinen koulutus	Keskipitkä yhtäjaksoinen koulutus	Pitkä yhtäjaksoinen koulutus
Hyvä/erittäin hyvä terveys	68,1	82,0	85,6	87,3	92,1
Huono fyysinen terveys	27,8	12,9	9,5	8,0	4,0
Huono mielenterveys	17,2	12,7	11,1	10,7	9,9
Korkea stressitaso	33,1	24,8	21,4	19,4	17,5
Pitkäaikaissairaus	48,4	38,3	34,8	35,0	26,9
Monisairaus (2 tai enemmän)	42,5	30,9	21,7	26,1	20,3
Kipu tai vaiva	52,2	43,7	43,7	38,3	30,5
Univaikeuksia	18,6	14,0	12,2	11,4	8,5
Tupakoi päivittäin	25,4	20,6	14,6	12,1	6,7
Epäterveellinen ruoka	26,7	19,9	13,6	9,3	5,4
Vähäinen liikunta	42,4	31,5	28,0	25,4	23,4
Ylipaino (BMI >25)	63,4	58,0	54,8	48,4	38,5
* 20 tai useampia omia hampaita	54,7	85,6	90,4	92,4	95,0
* Säännöllisiä hammaslääkäri-käyntejä vähintään kerran vuodessa 65–74-vuotiaiden iäkkäiden henkilöiden keskuudessa	57,3	63,4	72,8	79,1	79,9

nen kerrostuneisuus näyttävät olevan yleismaailmallinen ilmiö. Sosiologian eri koulukunnat ovat osallistuneet eri tavoin ymmärryksen lisäämiseen sosiaalisesta eriarvoisuudesta (19). Konfliktisosiologeille tärkein yhteiskuntaluokkien olemassaolo ja syrjäytymistä selittävä syy ovat taloudelliset tekijät. Siten aineellisten ja aineettomien hyödykkeiden hankinnan ja omistamisen todennäköisyys muuttuu sosiaalisen luokan mukana. Konfliktiteoriassa painotetaan valtaa ja suhdetta yhteiskunnan tuotantovälineisiin sosiaalisen eriarvoisuuden perustana. Toisaalta funktionalistinen eli konsensusperiaate tarkastelee seurauksia, jotka aiheutuvat ihmisten yhteiskunnallisista arvoista ja heidän yhteyksistään yhteiskunnallisiin instituutioihin. Huomionarvoista on, että yhteiskunnallisen kerrostuneisuuden keskeisiä ulottuvuuksia ovat yhteiskunnalliseen asemaan liitetty arvovalta, yhteiskunnallinen arvostus, kunnioitus

ja muilta saatu ihailu.

Yhteiskuntaluokkien tai sosioekonomisten kerrosten käsitteiden mittaamiseen on käytetty neljää pääasiallista lähestymistapaa. Konsensusperiaate suosii jäljempänä mainituista menetelmistä kolmea ensimmäistä, eli maineperusteista menetelmää, itseasemointi- ja yhdistelmäindeksimenetelmää, kun taas konfliktiteoria on objektiivisen menetelmän kannalla.

- Maineperusteinen menetelmä tarkoittaa strategiaa, jossa asiaan perehtyneitä ihmisiä pyydetään luokittelemaan yksilöitä ja perheitä sen perusteella, miten ne sijoittuvat yhteiskunnallisiin kerroksiin.
- Itseasemointimenetelmä edellyttää, että yhteisön jäsenet tunnustavat yhteiskuntaluokan, johon he uskovat kuuluvansa. Ihmisiä voidaan esimerkiksi pyytää sijoittamaan itseensä johonkin tutkijoiden heille vaihtoehdoiksi antamista yhteis-

kuntaluokista. Yleisesti käytettyyn yhteiskuntaluokkien sarjaan kuuluvat alaluokka, työväenluokka, keskiluokka ja yläluokka.

- Yhteiskunnallisen aseman tai statuksen yhdistelmäindeksimenetelmä perustuu ihmisten luokitteluun useiden kriteerien, kuten koulutuksen, ammatin ja vallan, perusteella. Vaihtoehtoisin sosioekonomisen aseman yhdistelmäindekseihin voi sisältyä henkilökohtainen tulotaso tai tietoja perheen omistamista varoista. Ihmisiä tai osallistujia luokitellaan sitten korkeasta matalaan yhteiskunnalliseen asemaan. Perheen yhteiskunnallinen luokitus muodostuu kotitalouden sisäisen korkeimman pistemäärän perusteella.
- Objektiivisessä menetelmässä yksilöitä tai perheitä/kotitalouksia luokitellaan objektiivisten kriteerien, kuten tulojen, ammatin ja koulutuksen perusteella. Objektiivisyys soveltuu



Taulukko 4. Suunterveyteen liittyvä terveystäyttyminen 11-, 13- ja 15-vuotiailla tanskalaislapsilla (HBSC-tutkimus kouluikäisten lasten terveystäyttymisestä, 2018) (22).

Terveystäyttyminen	Perheen sosiaalinen ryhmä			
	Korkea (n = 1 310)	Keskitasoinen (n = 1 380)	Matala (n = 354)	Yhteensä (n = 3 044)
Lapset harjaavat hampaansa vähintään kahdesti päivässä	85	82	72	84
Lapset juovat sokeripitoisia virvoitusjuomia päivittäin	5	6	14	7
Lapset syövät makeisia/suklaata joka päivä	5	6	11	6
Lapset syövät hedelmiä päivittäin	42	36	32	38
Lapset syövät vihanneksia päivittäin	53	45	33	46
Lapset jättävät aamiaisen syömättä vähintään kolmena päivänä viikossa	16	19	27	21
Lapset, jotka ovat kokeilleet tupakointia	12	11	16	13
Lapset tupakoivat päivittäin, viikoittain tai satunnaisesti	7	7	11	8
Lapset, jotka ovat kokeilleet sähkö tupakoiden käyttöä	9	9	16	12

käytettäväksi, kun tutkija käyttää tarkkarajaisia asteikkoja, jolloin ihmiset voidaan sijoittaa yhteiskuntaluokkiin johdonmukaisesti.

Sosiaalitutkimuksessa on vuosien ajan käytetty yhdistelmä- ja objektiivisia luokittelumenetelmiä. Tanskan sosiaalitutkimuslaitos kehitti 1970-luvun puolivälissä klassisen luokitusjärjestelmän elinolojen kansallista analyysiä varten; ihmiset luokiteltiin viiteen sosiaaliseen ryhmään (I–V) ammattia, koulutusta ja valtaa (alaisten lukumäärä) koskevien tietojen perusteella (20). Tuolloin tätä järjestelmää käytettiin myös hampaallisuuteen ja hammashoitopalvelujen käyttöön liittyvän yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kansallisiin analyysiin (21). Äskettäin tanskalaisten kouluikäisten lasten terveystäytymisen analysoinnissa käytettiin samanlaista järjestelmää lasten luokittelumiseksi sosiaalisen perheryhmän mukaan (korkea–matala) (22).

Viimeksi kuluneiden vuosikymme-

nien aikana yhteiskunnassa on tapahtunut merkittäviä muutoksia, joiden vuoksi luokitusjärjestelmät ovat kohdanneet haasteita. Vähäosaisten ihmisten ryhmiä, kuten työttömiä, yksin eläviä vanhuksia, yksinhuoltajaperheitä tai etnisiä vähemmistöjä on vaikea luokitella. Naisten lisääntyvä työssäkäynti on lisäksi herättänyt kysymyksen siitä, onko oikein luokitella naimisissa olevia naisia puolison ammatin eikä oman ammatin perusteella. Ruotsalaisessa tutkimuksessa, joka käsitteli hampaiden menetystä suhteessa sosioekonomiseen tilanteeseen, koettiin merkittäviä analyttisiä ongelmia. Tiedot perustuivat toistuviin poikittaistutkimuksiin vuosilta 1968–2007 (23). Naiset jaettiin kolmeen sosiaaliseen kategoriaan. Vuosina 1968–69 ja 1980–81 naimisissa olevat naiset ilmoittivat miehensä ammatin, mutta jos he eivät olleet naimisissa, he ilmoittivat oman ammatinsa. Vuosina 1992–93 ja 2004–05 ilmoitettiin ensisijaisesti naisten oma

ammatti. Tiedot muunnettiin perustuen ruotsalaiseen vakiintuneeseen ammattiryhmittelyjärjestelmään: matala yhteiskuntaluokka (ammattitaitoiset ja kouluttamattomat työntekijät), keskitason yhteiskuntaluokka (työnantajat pienyrityksissä, alemman tason virkamiehet, työnjohtajat) ja korkea yhteiskuntaluokka (suuret työnantajat ja korkean tai keskitason virkamiehet).

### Mahdollisuudet elämässä ja elämäntavat

Rikkaat ja köyhät erottaa tosiasiaa muikin kuin raha ja varallisuus (19). Molemmassa teoriakategorioissa mahdollisuudet elämässä (aineelliset olosuhteet tai elinolot) liittyvät vahvasti yhteiskuntaluokassa vallitsevaan taloudelliseen tilanteeseen; vaurastuminen voi parantaa niitä, mutta ne voivat myös muuttua nopeasti. Elämäntavat sen sijaan muuttuvat hitaammin, sillä ne ovat yhteydessä kulttuuriin, terveyskulttuuri mukaan lukien. Sosiaalisia eroavaisuuksia elämäntavoissa havaitaan monilla elämän alueilla, mukaan lukien kieli, avioliitto- ja perhesuhteet, lasten kasvatus, poliittiset asenteet ja käyttäytyminen, uskonnolliset kytkökset, osallistuminen yhteiskunnalliseen toimintaan sekä terveys. Elämäntavoissa tapahtuu usein muutoksia, kun yksilöt siirtyvät "ylöspäin" tai "alaspäin" yhteiskunnassa. Tutkimukset esimerkiksi vahvistavat, että sosiaalinen liikkuvuus vaikuttaa suunterveyteen asteittain. Korkeasta koulutustaustasta tulevilla on parempi suunterveys kuin niillä, jotka liikkuvat ylöspäin koulutuksen suhteen. Edelleen alempaa koulutustasoa kohti liikkuvilla suunterveys heikkenee, ja kaikkein heikoin se on pysyvästi matalasti koulutetuissa ryhmissä (24). Elämäntapojen ja terveyden psykososiaalisten tekijöiden tarkastelu ovat siksi tärkeitä mekanismeja terveys- ja sairauskäyttäytymisen ymmärtämisessä.

### Psykososiaaliset tekijät

Rakenteelliset ja psykososiaaliset tekijät ovat olennaisia vaikuttimia tervey-

teen ja sairauteen liittyville toimenpiteille ja sairauksista selviytymiselle (6, 25). Nämä tekijät luovat perustan terveyskulttuuriin liittyvien erojen kehittämiselle sosiaalisten ryhmien välillä. Terveelliset elämäntavat (terveyskäyttäytyminen), kuten suuhygienian noudattaminen tai hedelmien ja vihannesten säännöllinen nauttaminen, ovat terveyttä edistäviä, kun taas sokeripitoisten ruokien ja juomien runsaalla käytöllä tai tupakoinnilla ja alkoholin käytöllä on kielteisiä terveysvaikutuksia (riskikäyttäytyminen). Käsitteet sisältävät sekä tietoisien että tiedostamattoman käyttäytymisen.

Taudin oireiden tai merkkien – etenkin kivun tai epämiellyttävien tuntemusten – tulkinta ja helpotuksen etsiminen niihin on sosiaalinen prosessi, johon liittyvät elämäkokemus ja usein myös vuorovaikutus läheisten, kuten perheenjäsenten kanssa. Sosiologit ovat kutsuneet tätä prosessia sairauskäyttäytymiseksi. Maallikkojen keskuudessa korostuu selviytyminen ulospäin näkyvistä sairaustiloista (esim. huonot hampaat) tai häiriöistä, jotka vaikuttavat henkilön sosiaaliseen identiteettiin tai hyväksyttävyyteen. Tällöin toisten aiheuttama paine sekä motivaatio muokata näihin paineisiin sosiaalisen sopeutumisen edistämiseksi ovat paljon suurempia. Sosiologit ovat kutsuneet tätä vaikutuksen ja siihen reagoinnin prosessia leimaantumiskäyttäytymiseksi.

Sosiaalinen ympäristö kiistatta muokkaa suunterveyteen ja sairauksiin vaikuttavia elämäntapoja kaikissa ikäryhmissä (6). Terveyskäyttäytymisessä esiintyvät erot ovat yleismaailmallisia ja riippuvat henkilökohtaisista tuloista, köyhyydestä, koulutuksesta, ammatista, perheverkostoista, sukupuolesta, siviilisäädystä, kaupungistumisesta, etnisestä ryhmästä sekä terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta ja toiminnasta. Tutkimus kouluikäisten terveyskäyttäytymisestä (Health Behavior in School-aged Children (HBSC) – World Health Organization Collaborative Cross-National Study) (22) vahvistaa

Taulukko 5. Logistinen regressiomalli (n = 2 963), jossa epäsäännölliset hammaslääkärikäynnit riippuvaisena muuttujana ja SEP (tulotaso ja etninen tausta), terveys, hammashoitopelko ja suun kiputilat sekä elämäntapatekijät itsenäisinä muuttujina (40).

		Ristitulosuhde (OR)	95 % LV
Tulot (SEK)	< 200 000	2,52*	1,60–3,98
	201 000–400 000	1,57*	1,04–2,35
	401 000–600 000	1,12	0,76–1,69
	> 600 000 (vertailu)	1,0	
Ikä	Vuotta (per vuosi)	0,98*	0,97–0,99
Sukupuoli	Miehet	1,60*	1,22–2,10
	Naiset (vertailu)	1,0	
Siviilisäätö	Naimaton	1,25	0,91–1,71
	Naimisissa/avoliitossa (vertailu)	1,0	
Etninen tausta	Muu kuin pohjoismainen	1,78*	1,22–2,61
	Pohjoismainen (vertailu)	1,0	
Suunterveys	Huono	1,53*	1,15–2,05
	Hyvä (vertailu)	1,0	
Yleisterveys	Huono	1,63*	1,14–2,32
	Hyvä (vertailu)	1,0	
Hammashoitopelko	Kyllä	2,28*	1,58–3,29
	Ei (vertailu)	1,0	
Suunkipu	Yleisempi	1,23	0,87–1,74
	Vähemmän yleinen (vertailu)	1,0	
Liikunta	Ei	1,66*	1,25–2,21
	Kyllä (vertailu)	1,0	
Tupakointi	Kyllä	1,50*	1,01–2,24
	Aiempi	1,24	0,92–1,67
	Ei (vertailu)	1,0	

Nagelkerken mallin arviointi = 0,12.

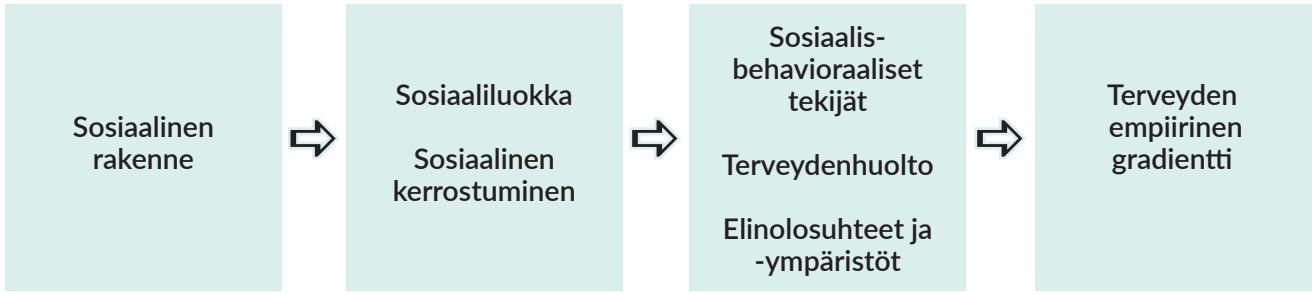
\*Tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p < 0,05$ ) suhteessa kunkin itsenäisen muuttujan vertailukategoriaan.

yhteiskunnallisten tekijöiden merkityksen tanskalaislasten suunterveyskäyttäytymisessä. Terveyskäyttäytymistä koskevat kyselylomaketiedot on saatu 11-, 13- ja 15-vuotiailta koululaisilta, ja taulukossa 4 esitetään tutkimuksen tanskalaisen osan valikoituihin terveyskäyttäytymisen muuttujiin saatuihin vastauksiin liittyvät tulokset suhteessa perheen sosiaaliseen ryhmään. Sosiaalinen gradientti löytyy kaikille käyttäytymistyypeille; alhaisen sosiaalisen ryhmän lapset ilmoittivat harvemmin harjaavansa hampaat ja syövänsä hedelmiä ja vihanneksia päivittäin, kun taas so-

kerin runsas käyttö ja tupakointi olivat suhteellisen yleisiä tässä lapsiryhmässä.

### Elämänkaareen liittyvät näkökulmat

Suunterveyttä elinkaaren näkökulmasta koskeva tutkimus keskittyy lapsuusiän sosioekonomisten olosuhteiden ja aikuisiän suunterveyden välisiin yhteyksiin. Sosioekonomisilla olosuhteilla, joissa lapset kasvavat, on suuri vaikutus suun sairauksiin ja elämänlaatuun keski- ja myöhemmässä aikuisiässä (26). Nuorilla aikuisilla tehdyt pitkittäistutkimukset ovat lisäksi paljastaneet, että



Kuvio 1. Terveysten liittyvän eriarvoisuuden syntymisen pääasiallinen reitti.

**Rakenteelliset tekijät**

(Poliittiset & taloudelliset vaikuttimet)

- Sosioekonominen & poliittinen konteksti
- Makrotalouden käytännöt
- Sosiaali- ja hyvinvointikäytännöt
- Poliittinen autonomia
- Historiallinen/ koloniaalinen
- Globalisaatio



- Sosioekonominen asema
- Sosiaaliluokka
- Sukupuoli
- Etninen tausta
- Ammatti
- Tulotaso



**Välittävät tekijät**

(Olosuhteet & suun sairauksien riski)

- Aineelliset & sosiaaliset olosuhteet
- Elin- ja työolosuhteet
- Elintarviketurvallisuus
- Sosiaalinen pääoma
- Käyttäytyminen & biologiset tekijät
- Ikä, genetiikka
- Tulehdusprosessit
- Infektiot
- Psykososiaaliset tekijät
- Stressi
- Hallinnan tuntu
- Sosiaalinen tuki
- Terveystpalvelut
- Hoidon laatu
- Asianmukainen hoitopääsy
- Näyttöön perustuva ehkäisy



Kuvio 2. Suunterveyden eriarvoisuuden syntymisen käsitteellinen malli (37).

säännöllisesti hammaslääkärissä käyneillä henkilöillä hampaat ovat myöhemmällä aikuisiällä paremmassa kunnossa kuin ihmisillä, jotka olivat käyneet hammaslääkärillä vain hampaissa koettujen ongelmien vuoksi (27). Sosioekonomiset tekijät huomioon ottaen tämä vaikutus on voimakkaampi vanhemmalla iällä, kun hammaslääkärissä käyntiin liittyvät rutiinit ovat jatkuneet pitkään. Samanlaisia tuloksia on saatu

keski-ikäisillä ja varhaisessa vanhuusiässä olevilla ihmisillä Ruotsissa (28); säännölliset käynnit hammaslääkärissä vaikuttivat myönteisesti hampaiden säilymiseen ja elämänlaatuun.

Pohjoismaissa monet iäkkäät ihmiset ovat saaneet lapsina ja nuorina hammashoitoa julkisessa terveydenhuollossa, ja monet ovat myös hyötäneet säännöllisestä hammashoidosta aikuisiällä (7). Suun terveydenhuollon

parempi kattavuus koko elämän ajan yhdistettynä elinolojen kehitykseen on edistänyt toimintakykyisen hampaiden säilymistä yhä useammilla iäkkäillä henkilöillä. Vaikka suunterveys on yleisesti ottaen parantunut ajan myötä, sosiaalinen eriarvoisuus näkyy edelleen vanhusten hampaistoissa (16, 29).

**Etnisyys ja maahanmuutto**

Etnisyys määrittää yhteiskunnallista

asemaa merkittävällä tavalla; hankalat elinolosuhteet yhdistettynä kulttuuriin esteisiin voivat vaikuttaa kielteisesti suunterveyteen ja muodostavat merkittävän eriarvoisuuden lähteen (30). Esimerkiksi Lähi-Idän kulttuureista peräisin olevien etnisten vähemmistöjen lapsilla on poikkeuksellisen runsaasti kariesta. Heillä sokeripitoisten ruokien ja juomien kulutus on runsasta ja suuhygieniaan liittyvät tottumukset ovat vähemmän kariesta ehkäiseviä kuin Ruotsin alkuperäisväestöön kuuluvilla lapsilla (31). Myös ikääntyneillä maahanmuuttajilla esiintyy yleensä paljon suun sairauksia ja vaivoja, he käyttävät hammashoitopalveluja harvoin ja harjaavat hampaitaan harvemmin kuin samanikäiset ruotsalaiset. Tutkimukset (32) osoittavat myös, että aikuisilla maahanmuuttajilla on heikot tiedot uuden maan terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta ja toiminnasta, he harjoittavat usein perinteistä hampaiden omahoitoa, heillä voi olla erilaiset hoitoa koskevat odotukset ja ehkä puutteelliset kyvyt kommunikoida terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Nämä kaikki voivat estää tehokasta hyötymistä suun terveydenhuoltopalveluista (33). Samoin sairaus- tai hammashoitovakuutuksen puuttuminen voi merkitä sitä, että etniset vähemmistöt eivät pysty saamaan tarvitsemaansa hoitoa.

### Asuinpaikka

Maaseudun ja kaupunkien asukkaiden terveyserot johtuvat pääasiassa eroista elinoloissa sekä vaihtelusta terveyspalveluiden saatavuudessa, hoitopäässä, hoidon vaikutuksissa, terveystietämyksessä ja -käytännöissä (10, 34). Suomessa tehdyt kariestutkimukset (35, 36) osoittavat, että kaupunkialueilla asumisella on taudilta suojaava vaikutus, kun taas maaseudulla asuville ihmisillä esiintyy runsaammin hoitamattomaa kariesta.

### Sukupuoli

Sukupuolella on vaikutuksia terveyteen läpi henkilön koko eliniän (9). Se vaikuttaa altistumiseen terveysriskeille

ja sairastumisalttiuteen, minkä lisäksi sukupuoli vaikuttaa ihmisen terveyteen liittyviin elämäntapoihin, joihin sisältyy riskinotto, terveystietäytyminen, terveyspalveluiden käyttö ja vuorovaikutus terveydenhuollon tarjoajien kanssa. Suunterveyttä koskevat raportit osoittavat, että sukupuoli vaikuttaa kariksen esiintymiseen (10, 35), hampaiden menetykseen (23), hammaslääkärissä käynteihin (16, 28, 35), yleiseen terveydentilaan (14), tupakointiin (14, 17), makeisten ja välipalojen kulutukseen (35) sekä suuhygieniatottumuksiin (35).

### Reittejä terveyden eriarvoisuuteen

Terveyden eriarvoisuuden syntyminen johtavat tärkeimmät reitit on esitetty kuviossa 1. Terveyteen liittyvän eriarvoisuuden juuret ovat yhteiskunnan rakenteissa, joissa määrittänyt terveyttä määrittävien poliittisten tekijöiden ja yhteiskunnan organisaation ylivoimainen merkitys, mukaan lukien hallinto, vallanjako, taloudellinen vauraus ja tärkeysjärjestys, sosiaali- ja hyvinvointipolitiikka sekä yksilöllisten tai kollektivististen poliittisten arvojen kannattaminen. Poliittinen ohjaus synnyttää yhteiskunnan sosiaalisen ryhmittymisen ja luo perustan sosiaalisille luokille tai kerrostumille. Välillisillä tekijöillä tarkoitetaan sitä, miten sosiaalis-behavioraaliset olosuhteet ja ihmisten toimet vaikuttavat terveyteen yhdessä terveydenhuoltojärjestelmän kanssa. Viime kädessä terveydessä havaittu sosiaalinen gradientti kertoo terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyvästä eriarvoisuudesta.

Äskettäin esitettiin eräs lähestymistapa suunterveyden eriarvoisuuden synnyn sosiaalisten mekanismien ymmärtämiseen (37). Käsitteellinen malli (kuvio 2) on WHO:n alun perin muotoilema sosiaalisten määrittäjien reitien sovellus suunterveyteen (38). Malli keskittyy terveyden taustalla oleviin rakenteellisiin tekijöihin, joihin sisältyvät poliittinen ja taloudellinen konteksti, makrotaloudelliset tekijät sekä suun

sairauksien torjumiseen ja suunterveyden edistämiseen tähtäävä sosiaali- ja hyvinvointipolitiikka. Ihmisten sosioekonominen asema sosiaaliluokan, ammatin, koulutuksen, tulojen tai etnisen taustan perusteella mitattuna muodostaa siten kriittiset olosuhteet ihmisten elämälle sekä niille psykososiaalisille tekijöille, jotka vaikuttavat ihmisten toimintaan suunterveyden ylläpitämiseksi ja sairauksien hallitsemiseksi. Suunterveyden eriarvoisuuden olemassaolo voidaan lopulta mahdollisesti vahvistaa empiirisen aineiston avulla.

### Eriarvoisuus suun terveyspalvelujen käytössä

Pohjoismaissa julkinen terveydenhuolto on poistanut taloudellisen esteen tietyiltä ryhmiltä, kuten lapsilta, nuorilta, laitoshoidossa olevilta vanhuksilta sekä heikossa asemassa olevilta väestöryhmiltä. Aikuisten keskuudessa suun terveyspalvelujen käyttöön liittyvällä taloudellisella taakalla on kuitenkin merkittävä rooli eriarvoisuuden syntymisessä. Yksityisten hammaslääkärien tarjoama suun terveydenhoito on kallista useimmille ihmisille, etenkin pienituloisille. Asiakkaalta perittävät maksut vaikuttavat palvelujen lähestyttävyyteen, hoito voidaan laiminlyödä ja ehkäisevä hoito voi tuntua vähemmän tärkeältä vähäosaisille ihmisille (39). Ruotsissa äskettäin tehty tutkimus on osoittanut, että hammaslääkärissä käynnin epäsäännöllisyys on voimakkaasti yhteydessä tulojen, etnisen taustan, terveydentilan, hammashoitopelon ja suun kiputilojen sekä elämäntapatekijöiden kanssa (taulukko 5) (40). Taloudellisten esteiden olemassaolo on vahvistettu myös tanskalaisessa kansallisessa tutkimuksessa (16), jonka mukaan hammashoitopalvelujen käyttö on vähäistä aikuisilla, joilla on vaikeuksia maksaa yllättäviä kuluja (kuvio 3).

### Suunterveyden eriarvoisuuden pysyvyys ajan kuluessa

Pohjoismaiset tutkimukset osoittavat, että suunterveyden eriarvoisuus on varsin pysyvää. Norjassa (41) aikuisten

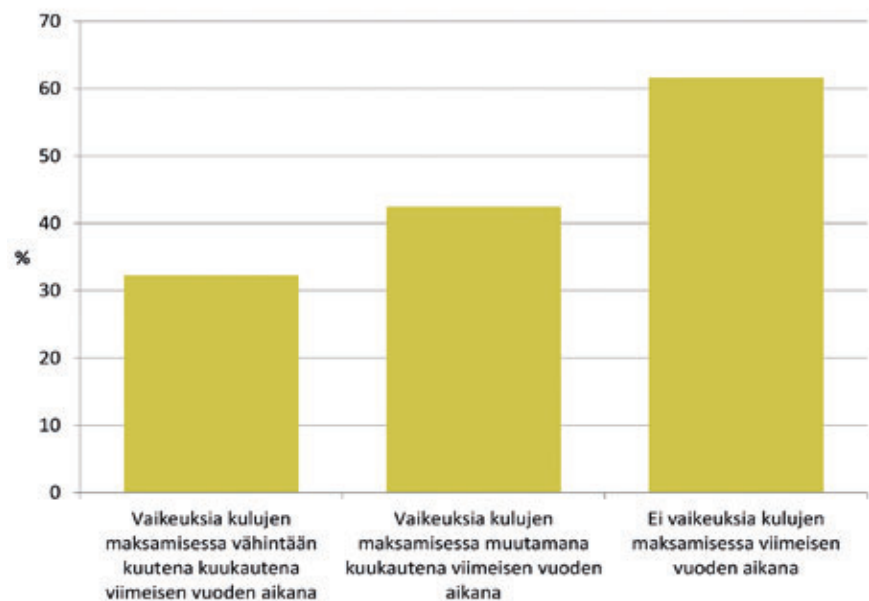




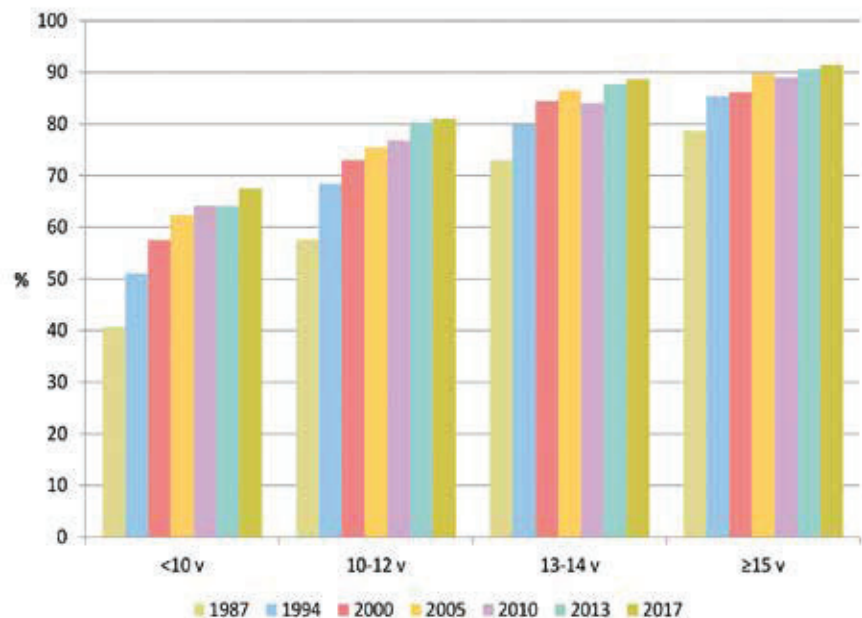
suunterveyttä tutkittiin pitkittäistutkimuksessa 33 vuoden ajanjaksolla, ja varhaisessa iässä havaitut sosiaaliset erot kariksen esiintymisessä säilyivät aikuisuuteen. 35–44-vuotiailla aikuisilla poikittaistutkimuksen tulokset osoittivat kariksen sosiaalisen eriarvoisuuden jonkin verran vähentyneen ajan mukana. Ruotsissa (23) on havaittu suunterveyden yleinen parantuminen 36 vuoden aikana 38- ja 50-vuotiailla kaupunkilaisnaisilla. Jäljellä olevien hampaiden määrä kasvoi tutkimusvuosien mukana, ja yhä harvemmat naiset olivat menettäneet kaikki hampaansa. Myöhemmällä iällä siviilisäädyllyä ja sosiaalisella ryhmällä on voimakas vaikutus hampaattomuuden tai omien hampaiden vähäisyyden riskiin. Tanskassa (16) aikuisilla tehty kansallinen tutkimus on osoittanut suunterveyden yleisen parantumisen 30 vuoden aikana, mutta sosiaalinen eriarvoisuus on kuitenkin säilynyt. Kuvio 4 osoittaa niiden aikuisten osuuden, joilla on vähintään 20 omaa hammasta vuosina 1987–2017, suhteessa koulutukseen. Tutkimus osoittaa, että hammaspuutoksiin liittyvä eriarvoisuus on jonkin verran pienentynyt ajan mukana. Suomessa (42) on tehty aikuisten suun terveyspalveluiden käytön seuranta-tutkimus vuodesta 2000 vuoteen 2011 ulottuvalla ajanjaksolla. Lähtötasolla havaittiin sosiaalinen gradientti niiden henkilöiden osuudessa, jotka olivat käyneet hammaslääkärissä. Lisäksi ne henkilöt, joilla oli korkea koulutus ja korkea tulotaso, valitsivat usein mieluummin yksityisen kuin julkisen terveydenhuollon hammaslääkärin. Julkisesti tuettua hoitoa laajentaneen hammashoitouudistuksen käynnistymisen jälkeen palvelujen kokonaiskäytössä ei tapahtunut merkittäviä muutoksia, ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus säilyi vakaana.

### Suunterveyteen liittyvän kuilun kurominen sukupolven aikana

Tässä artikkelissa on selitetty terveyteen liittyvän eriarvoisuuden perusteoriaa ja sitä, miten ne liittyvät suun-



Kuvio 3. Säännöllisesti alle 12 kuukauden välein hammaslääkärissä käyneiden 25 vuotta täyttäneiden tanskalaisaikuisten osuus suhteessa yllättävien kulujen maksamisessa viimeisen vuoden aikana esiintyneisiin vaikeuksiin (iän suhteen korjatut osuudet) (Tanskan kansallinen terveys- ja sairaustutkimus) (16).



Kuvio 4. Niiden vähintään 25-vuotiaiden aikuisten osuus (Tanskassa vuosina 1987–2017), joilla on 20 tai useampia hampaita, suhteessa koulutusvuosien määrään (iän suhteen korjatut osuudet) (Tanskan kansallinen terveys- ja sairaustutkimus) (16).

terveyteen liittyvän yhteiskunnallisen | Suun sairauksien esiintyvyyden ja va-  
monimuotoisuuden ymmärtämiseen. | kavuuden ja terveyden sosiaalisten

## Inequalities in oral health – theoretical approaches

This report outlines the theoretical concepts in health inequality and discusses the major principles on how to close the inequality gaps in oral health between population groups. Inequality in health is universal. Among adults, oral diseases vary substantially by socioeconomic status such as income, education, and occupation. In addition, the effect of social factors on the oral health of children is observed across countries. Surveys document that inequality in oral health persists over time. Sociological schools of thought have made theoretical contributions to the understanding of social inequality. For conflict sociologists, the economic factor is the prime cause explaining the existence of social classes and deprivation. Conflict theory emphasizes power and relationship to the means of production of the society. Functionalist or consensus theory points to the prestige of social positions, social recogni-

tion, respect, and admiration from others. Four principal methods have been used for measuring the concepts of social classes or socio-economic strata. Consensus theory advocates the reputational method, self-location, and the composite index method, while conflict theory is in favour of the objective method. Structural and psychosocial factors and political determinants are drivers in the creation of health inequality. Lifestyles and risk behaviour are important mediating factors. An approach to understanding the social mechanisms of inequalities involves a model originally established by the WHO. Inequalities in health are unfair but can be reduced by the right mix of government policies. The WHO recognises the appropriate public health strategies for countries to adopt for breaking the social inequities in health and the principal approaches to reducing inequities in oral health are detailed.

määrittäjien välillä on edelleen vahvoja yhteyksiä. Näitä yhteyksiä esiintyy varhaislapsuudesta vanhuuteen.

WHO korostaa, että "Tämä terveydelle haitallisten kokemusten epätasainen jakautuminen ei ole missään mielessä 'luonnollinen' ilmiö, vaan seurausta huonosta sosiaalipoliitikasta, epäoikeudenmukaisista taloudellisista järjestelyistä ja huonoista käytännöistä" (43). Terveyteen liittyvä eriarvoisuus on epäoikeudenmukaista ja sitä voidaan vähentää oikeanlaisilla hallinnollispoliittisilla toimilla. Raportissa "Closing the gap within a generation – health equity through action on the social determinants of health" (43) järjestö kiinnittää huomiota maiden sisäisiin ja välisiin kuiluihin – mitä tulee tulotasoon, mahdollisuuksiin, elinajanodotteeseen, terveydentilaan ja hoitoonpääsyyn – jotka ovat suurempia kuin koskaan lähihistorian aikana. Väestöjen terveyden paraneminen riippuu viime kädessä näiden erojen syiden

ymmärtämisestä ja niihin puuttumisesta. WHO korostaa, että todelliset terveyden eriarvoisuutta edistävät tekijät löytyvät sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista ympäristöistä. Harjoitetun politiikan uudelleensuunnittelu mahdollistaisi puuttumisen terveyden sosiaalisista määrittäjistä aiheutuviin seurauksiin. Terveyden epätasaisessa jakautumisessa väestön keskuudessa on kyse oikeudenmukaisuudesta. WHO:n raportissa haastetaan hallinnot ja kansanterveysohjelmat puuttumaan puutteelliseen terveyteen johtaviin syihin niiden juurilla, vaikka nämä syyt olisivat terveyssektorin välittömän valvonnan ulkopuolella.

WHO:n komissio, joka keskittyy terveyden sosiaalisiin määrittäjiin (WHO Commission on Social Determinants of Health, 43), on laatinut suositukset, joiden mukaisesti WHO on osoittanut asianmukaiset kansanterveysstrategiat valtioille suunterveyden sosiaalisen eriarvoisuuden poistamiseksi (44, 45).

Nämä strategiat keskittyvät olennaisiin riskitekijöihin ja suun terveydenhuollon järjestelmien asianmukaiseen suuntaamiseen:

- 1) Tasapainoinen ruokavalio, jossa on vähän vapaita sokereita ja runsaasti hedelmiä ja vihanneksia, ja veden suosiminen pääasiallisena juomana,
- 2) tupakkatuotteiden käytön lopettaminen kaikissa muodoissaan ja alkoholinkulutuksen vähentäminen,
- 3) terveydenhuollon kattavuuden parantaminen pyrkimällä kohtuullisiin suun terveydenhuollossa asiakkaalta perittäviin maksuihin,
- 4) suun terveydenhoitohenkilöstön kannustaminen osallistumaan aktiivisesti yhteiskunnan yhteisöjen toimintaan,
- 5) väestön suunterveyttä koskevien yhteisön toimintojen ottaminen olennaiseksi osaksi kansallisia kansanterveysohjelmia, ja
- 6) suun terveydenhuollon työvoiman suuntaaminen vastaamaan väestön tarpeita ja terveyteen liittyvien sosiaalisten tekijöiden huomiointi.

Tämä lähestymistapa on linjassa YK:n oikeudenmukaisuuden merkitystä yleis- ja suunterveydessä korostavan terveydenhuollon kattavuuteen liittyvän poliittisen julistuksen kanssa (2019 United Nations Political Declaration on Universal Health Coverage, 46). ▀

### Poul Erik Petersen

Professor, Dr Odont, Dr h.c.,  
cand.scient.soc.  
Institute of Odontology,  
Faculty of Health and Medical Sciences  
University of Copenhagen, Denmark  
poep@sund.ku.dk

### Magnus Hakeberg

Professor, Odont Dr,  
Institute of Odontology, Sahlgrenska  
Academy  
University of Gothenburg  
Gothenburg, Sweden  
magnus.hakeberg@odontologi.gu.se

Käännös: Ilkka Helander



## KIRJALLISUUS

1. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators. Global, Regional, and National Levels and trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res* 2020; 99: 362–73.
2. Petersen PE. Oral health. Kirjassa: Heggenhougen K, Quah S (toim.). *International Encyclopedia of Public Health Vol 4*. San Diego: Academic Press; 2008: 677–85.
3. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28: 224–36.
4. Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399–406.
5. Genco RJ, Williams RC. Periodontal disease and overall health – a clinician's guide. Yardley, US: Professional Audience Communications, 2010.
6. Petersen PE. Inequalities in oral health: the social context for oral health (ss. 31–58). Kirjassa: Pine C, Harris R (toim.). *Community Oral Health*. Lontoo: Quintessence Publications; 2007.
7. Holst D. Varieties of oral health care systems – Public dental services: Organization and financing of oral health care services in the Nordic countries (pp 467–477). Kirjassa: Pine C, Harris R (toim.). *Community Oral Health*. London: Quintessence Publications; 2007.
8. HelseDirektoratet. Quality indicators in oral health care: A Nordic Project- Proceedings in 2012–2018, an update. Oslo; 2019.
9. Pine C, Harries R. *Community Oral Health*. Lontoo: Quintessence Publishing; 2007.
10. Krstrup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark – the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. *Community Dent Health* 2007; 24: 225–32.
11. Conway DI, Brewster DH, McKinney PA, Stark J, McMahon AD, Macpherson LMD. Widening socio-economic inequalities in oral cancer incidence in Scotland, 1976–2002. *Br J Cancer* 2007; 96: 818–20.
12. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 274–9.
13. Kramer A-C A, Petzold M, Hakeberg M. Multiple socioeconomic factors and dental caries in Swedish children and adolescents. *Caries Res* 2018; 52: 42–50.
14. Hakeberg M, Boman UW. Self-reported oral and general health in relation to socio-economic position. *BMC Public Health* 2018; 18: 63.
15. Åström AN, Haugejorden O, Skaret TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and sociodemographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006; 114: 115–21.
16. Petersen PE, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Dental health. Danish National Health and Illness Survey 2017. Danish National Institute for Public Health Research. Kööpenhamina; 2019. (Tanskaksi.)
17. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Health of the Adult Population in Denmark – the National Health Profile 2017. Danish National Institute for Public Health Research. Kööpenhamina; 2018. (Tanskaksi.)
18. European Commission. Eurostat. Key figures on Europe. Statistics illustrated. Luxemburg; 2019. [https://ec.europa.eu/Eurostat].
19. Giddens, A. Introduction to sociology. Lontoo: Polity Press; 2009.
20. Hansen EJ. The distribution of living conditions. The Danish National Institute of Social Research. Publ. No. 82. Kööpenhamina: Teknisk Forlag; 1978.
21. Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the Danish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 162–8.
22. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Health, welfare and health behaviour among 11-, 13-, and 15-year-old schoolchildren in Denmark. Danish National Institute for Public Health Research. Kööpenhamina; 2019. (Tanskaksi.)
23. Wennström A, Ahlqwist M, Stenman U, Björkelund C, Hakeberg M. Trends in tooth loss in relation to socio-economic status among Swedish women, aged 38 and 50 years: repeated cross-sectional surveys 1968–2004. *BMC Oral Health* 2013; 13: 63.
24. Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral health over the life course (ss. 39–59). Kirjassa: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D (toim.). A life course perspective on health trajectories and transitions. Lontoo: Springer Open; 2015.
25. Jönsson B, Holde GE, Baker SR. The role of psychosocial factors and treatment need in dental service use and oral health among adults in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020; 00: 1–10.
26. Listl S, Watt RG, Tsakos G. Early life conditions, adverse life events, and chewing ability at middle and later adulthood. *Am J Public Health* 2014; 104:55–61.
27. Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R, Locker D. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res* 2010; 89: 307–11.
28. Åström AN, Ekback G, Ordell S, Nasir E. Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral-health related quality of life in Swedish older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 460–9.
29. Petersen PE, Kjeller M, Bøge Christensen L, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Publ Health Dent* 2004; 64: 127–35.
30. Dahlan R, Ghazi E, Saltaji H, Salami B, Amin M. Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS ONE* 2019; 14: 2.
31. Stecksén-Blicks C, Hasslöf P, Kieri C, Widman K. Caries and background factors in Swedish 4-year-old children with special reference to immigrant status. *Acta Odontol Scand* 2014; 72: 852–8.
32. Olerud E, Hagman-Gustavsson M-L, Gabre P. Oral health status in older immigrants in a medium-sized Swedish city. *Spec Care Dentistry* 2016; 36: 328–34.
33. Karlberg GL, Ringsberg KC. Experiences of oral health care among immigrants from Iran and Iraq living in Sweden. *Int J Qualitative Studies Health Well-being* 2006; 1: 120–7.
34. Eberhardt MS, Pamuk ER. The importance of place of residence: examining health in rural areas and nonrural areas. *Am J Public Health* 2004; 96: 1682–6.
35. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Oral health in the Finish adult population. Health 2000 Survey. KTL B25. Helsinki: Hakapaino Oy; 2008.
36. Kämppe A, Tanner T, Päckilä J. ym. Geographical distribution of dental caries prevalence and associated factors in young adults in Finland. *Caries Res* 2013; 47:346–54.
37. Watt RG., Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinant framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 289–96.
38. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
39. WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
40. Hakeberg M, Boman UW. Dental care attendance and refraining from dental care among adults. *Acta Odontol Scand* 2017; 75: 366–71.
41. Holst D, Schuller AA. Equality in adults' oral health in Norway. Cohort and cross-sectional results over 33 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 488–97
42. Suominen AL, Helminen S, Lahti S. ym. Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. *BMC Oral Health* 2017; 17: 78.
43. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
44. Kwan S, Petersen PE. Oral health: equity and social determinants (ss. 159–76). Kirjassa: Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
45. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 481–7.
46. United Nations. Political Declaration of High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world". Seventy-Fourth Session. New York; 2019.