

Terveyserojen säilyminen on hyvinvointivaltioiden paradoksi

EERO LAHELMA

Terveyden eriarvoisuudella eli terveyseroilla tarkoitetaan sosioekonomisten ryhmien, kuten koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen, välisiä eroja kuolleisuudessa, sairastavuudessa ja muissa terveysongelmissa. Nämä erot ovat tyypillisesti hierarkkisia siten, että terveys on asteittain sitä huonompi, mitä alempi sosiaalinen asema on. Terveys vaihtelee muidenkin väestöryhmien, esimerkiksi naimisissa olevien ja naimattomien, välillä. Usein kuitenkin ajatellaan, että sosioekonomiset terveyserot ovat epäreiluja ja vastoin perustavia käsitteitä yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta, mutta sama ei välttämättä koske siviilisäätyryhmien välisiä eroja. Voidaan kysyä, miksi ne, jotka kärsivät raskaista työoloista, taloudellisesta epävarmuudesta, puutteellisista asunnoista ja muusta huono-osaisuudesta, elävät myös lyhyemmän elämän ja sairastavat enemmän.

Näin johdattaa Rotterdamin Erasmus-yliopiston kansanterveystieteen professori Johan Mackenbach, yksi terveyserojen johtavista tutkijoista, lukijan uuteen kirjaansa *Health inequalities. Persistence and change in European welfare states* (Mackenbach 2019). Hän on johtanut kolmen vuosikymmenen ajan laajaa EU:n tukemaa tutkimussarjaa, jossa eurooppalaiset tutkijat ovat yhteistyössä selvittäneet laajoilla väestöaineistoilla sosioekonomisten ryhmien välisiä kuolleisuus- ja sairastavuuseroja. Olen osallistunut tähän yhteistyöhön, mutta kirjan kirjoittaja vastaa yksin kirjan sisällöstä ja etenkin siinä esitetyistä laajemmista pohdinnoista ja tulkinnoista.

Kirja summaa tehdyn tutkimuksen ja kokaa kuvan terveyseroista, niiden esiintymisestä, muutoksista ja syistä. Painavaksi puheenvuoron tekee kirjan loppua kohti syvenevä pohdinta terveyseroista hyvinvointivaltioissa, eriarvois-

suudesta ja epäoikeudenmukaisuudesta sekä terveyserojen kaventamisesta terveys- ja hyvinvointipolitiikan keinoin. Nämä pohdinnat laajentuvat hyvinvointivaltioihin, niiden kehitykseen, haasteisiin ja muutostarpeisiin. Terveystutkijoiden ja -poliitikkojen ohella kirja sopii kaikille yhteiskuntapolitiikasta kiinnostuneille.

Terveyserojen tausta

Terveyserot ”löydettiin uudelleen” brittiläisessä *Black Reportissa* (Townsend & Davidson 1982) 1980-luvun alussa. Absoluuttisen puutteen poistuttua oli 1950–1960-luvulla arveltu myös terveyserojen poistuneen länsimaissa (Kadushin 1964). *Black Report* kuitenkin osoitti, että Britanniassa ja useassa muussa maassa kuolema ja sairaudet jakautuivat edelleen epätasaisesti sosioekonomisten ryhmien välillä huono-osaisten tappioksi. Myös suomalaiset tutkijat Tapani Valkonen ja Veijo Notkola (1977) olivat raportoineet sosioekonomisista kuolleisuuseroista Pohjoismaissa jo 1970-luvulla. *Black Report* käynnisti terveyserojen tutkimusaallon, joka jatkuu yhä. Bibliometrisen analyysin mukaan tutkimusten määrä on kasvanut eksponentiaalisesti 1980-luvulta eteenpäin (Bouchard ym. 2015). Ahkerin julkaisija on ollut Johan Mackenbach, mutta myös suomalaisten tutkijoiden kansainvälinen panos on ollut huomattava. Mackenbach nostaa terveyserojen tutkimuksen kärkimaiaksi Britannian, Hollannin, Ruotsin ja Suomen.

Tutkimustulosten kertyminen on varmistanut, että terveys vaihtelee asteittain ja on huonompi alemmissa sosiaalisissa asemissa eli muodostaa gradientin. Kyseessä ei siis ole dikotomia, jossa vain

kaikkein huono-osaisimpien terveys poikkeaa parempiosaisesta valtaväestöstä. Asteittaiset terveyserot läpäisevät koko väestön, ja jopa tohtoreiden terveys on parempi kuin maistereiden (Erikson & Torssander 2009). Säännönmukaiset sosioekonomiset terveyserot kuuluvat viime vuosikymmenten tärkeimpiin ja pysyvimpiin havaintoihin terveytutkimuksessa.

Terveyserot Euroopan maissa

Mackenbachin johtaman ensimmäisen EU-hankkeen pääraportti ilmestyi *Lancet*-lehdessä vuonna 1997. Kaikissa tutkituissa yhdessätoista Länsi-Euroopan maassa koetun terveyden ja kuolleisuuden koulutusryhmittäiset erot olivat selvät. Aikaisemmin oli arveltu, että Ruotsissa – hyvinvointivaltioiden mallimaassa – terveyserot olisivat pienemmät kuin esimerkiksi Britanniassa. Tieteellinen sensaatio kuitenkin oli, etteivät terveyserot Ruotsissa, eivätkä muissakaan Pohjoismaissa, olleet pienemmät vaan pikemmin suuremmat kuin Britanniassa tai Keski- ja Etelä-Euroopan maissa. Ruotsalaistutkijat yllättyivät tuloksista, mutta ne osoittautuivat pitäviksi. He nostivat kuitenkin esiin erottelun, joka on osoittautunut erittäin tärkeäksi, nimittäin absoluuttiset ja suhteelliset terveyserot. Tutkimusten kohteena olivat aikaisemmin olleet nimenomaan suhteelliset erot, kuten kuolleisuus ylimmässä sosiaalisessa asemassa suhteessa alimpaan, vaikka absoluuttiset erot, kuten kuolleiden määrä ylimmässä ja alimmassa asemassa, ovat vähintään yhtä tärkeä kohde, kuten jäljempänä todetaan.

Eurooppalaisen yhteistyötutkimuksen edessä tietoja on lopulta karttunut neljästäkymmenestä maasta. Sekä absoluuttisia että suhteellisia terveyseroja todetaan kaikissa maissa. Etelä-Euroopan pienempien ja Pohjois-Euroopan suurempien terveyserojen välillä vallitsee kuilu, joka on erityisen selvä sydän- ja verisuonitautien sosioekonomisissa eroissa. Itäisessä Keski-Euroopassa tapahtuneiden muutosten jälkeen on todettu vielä jyrkempi idän ja lännen kuilu, jonka mukaan kuolleisuuserot ovat selvästi suurimmat itäisen Keski-Euroopan entisissä sosialistisissa maissa ja Neuvostoliittoon kuuluneilla alueilla, kuten Puolasassa, Unkarissa ja Liettuassa. Länsi-Euroopan sisällä Pohjoismaat, Suomi mukaan lukien, ovat edelleen suurten terveyserojen maita, joskin Ruotsi on parantanut asemaansa. Suhteelliset erot ovat kasva-

neet 1970-luvulta 2010-luvulle eniten itäisen Keski-Euroopan maissa, mutta vain vähän tai säilyneet ennallaan Välimeren maissa ja läntisessä Keski-Euroopassa. Absoluuttisten erojen kuva on moninaisempi, mutta niissäkin itäisen Keski-Euroopan maissa todetaan kasvua. Länsi-Euroopassa, etenkin miehillä, erot ovat monessa maassa säilyneet tai jopa kaventuneet.

Terveyserojen merkittävimpiin piirteisiin kuuluu niiden yleinen esiintyminen: eroja todetaan kaikissa maissa, sekä miehillä että naisilla, eri-ikäisillä, eri alueilla ja eri etnisten ryhmien keskuudessa sekä lähes kaikissa kuolinsyissä, sairauksissa ja terveysongelmissa. Erojen suuruus kuitenkin vaihtelee eri populaatioissa, ja esimerkiksi suomalaisilla miehillä kuolleisuuserot ovat suurimmillaan sydän- ja verisuonitauksissa sekä väkivaltaisissa kuolinsyissä.

Syyt ja selitykset

Tutkimuksen kunnianhimoisena tehtävänä on ymmärtää kohdettaan ja etsiä syitä ja selityksiä tutkittaville ilmiöille. Tämä koskee myös terveyseroja, mutta syiden etsimiselle on muitakin perusteita: ellemme tiedä mistä terveyserot johtuvat, emme myöskään voi tietää, miten torjua ja kaventaa eroja.

Mackenbach nostaa esille kaksi terveyserojen selitysten metodologista ongelmaa. Ensiksikin, tuottavatko sosioekonomiseen asemaan liittyvät erot myös terveyserot, eli kulkeeko yhteys sosiaalisesta asemasta terveyteen vai päinvastoin? Toiseksi, mitkä erityiset tekijät ja mekanismit tuottavat sosioekonomisen aseman ja terveyden välisen yhteyden? Yhteyttä on kutsuttu kausaatioksi eli syysuhteeksi, kun sosioekonominen asema johtaa terveyseroihin, ja selektioksi eli valikoitumiseksi tai vastakkaiseksi kausaatioksi, kun terveydentila vaikuttaa sosioekonomiseen asemaan, esimerkiksi siten, että huono terveys johtaa alempaan sosioekonomiseen asemaan.

Kausaation ja selektion vastakkainasettelu on ollut yksi terveyserojen tutkimuksen isoista kiistoista. Ongelma on tärkeä, ja jos esimerkiksi koulutus määrittää terveydentilaa, tulisi alemmassa asemassa oleville antaa enemmän koulutusta, jotta terveyseroja voitaisiin kaventaa. Kiista on saanut myös ideologisia ja poliittisia merkityksiä, jolloin kausaatiota on pidetty radikaalina näkemyksenä, kun taas selektiota on pidetty konservatiiv-

visena näkemyksenä. Kysymykset ovat kuitenkin monisyisiä ja esimerkiksi työmarkkinoilla syrjitään sairaita, vammaisia ja vajaakuntoisia, jotka ovat vaarassa joutua alempaan ammattiasemaan tai työmarkkinoiden ulkopuolelle. Viime kädessä kausaatio ja selektio eivät myöskään sulje toisiaan pois, vaan elämänkaaren aikana molemmilla voi olla vaikutusta.

Toinen kiista on koskenut yhteiskunnan rakenteellisen eriarvoisuuden ja erityisten selittävien tekijöiden suhteellista merkitystä. Brittiläinen Michael Marmot, myös yksi johtavista terveyserojen tutkijoista, on painottanut yhteiskunnan eriarvoisuuden merkitystä ja todennut, että ”sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus on suuren mittakaavan tappaja” (Marmot 2015). Ajatuksena on, että yksittäisten syytekijöiden takana on aina yhteiskunnan rakenteellinen eriarvoisuus, joka on syiden syy.

Kolmas kiista, joka on esiintynyt lähinnä Britanniassa, koskee aineellisen eriarvoisuuden merkitystä suhteessa erityisiin syy- ja riskitekijöihin, etenkin terveyskäyttäytymiseen eli tupakointiin, alkoholinkäyttöön, ravitsemukseen ja liikuntaan. Aineellisia tekijöitä korostavat tutkijat ovat ajoittain suhtautuneet pidättyvästi terveyskäyttäytymisselvityksiin, koska ne heidän mielestään johtavat uhrin syyllistämiseen eli ylikorostavat henkilön omaa vastuuta epäterveellisestä käyttäytymisestä. On kuitenkin huomautettu, etteivät epäterveelliset elintavat välttämättä ole vapaasti valittuja, vaan elinolojen ja terveyden tapaan nekin määräytyvät sosioekonomisesti ja tuottavat osaltaan terveyseroja. Britanniassa aineellisten ja käyttäytymistekijöiden vastakkainasettelulla on ollut seuraamuksia myös tutkimuksille, joissa on ajoittain vältetty tarkastelemasta käyttäytymistekijöitä terveyseroihin vaikuttavina tekijöinä.

Erityisiä altistuksia, riskitekijöitä ja mekanismeja, on kuitenkin tutkittu runsaasti osana terveyserojen yksilötason syitä ja selityksiä. Mackenbach listaa muun muassa seuraavat tekijät: lapsuuden olosuhteet, aikuisuuden aineelliset olosuhteet, fyysiset työolot, psykososiaaliset työolot ja stressi, terveyskäyttäytymistekijät sekä terveyspalvelut. Lähes jokainen näistä altisteista on yleisempi alemmassa kuin ylemmässä asemassa. Terveyskäyttäytymisen merkitys terveyseroille on osoittautunut erityisen suureksi Pohjoismaissa, joissa 30–55 prosenttia kuolleisuuden sosioekonomisista eroista johtuu tupakoinnista ja alkoholinkäytöstä (Östergren ym. 2019). Työstressin merkitys terveyseroille on taas

ollut pieni ja joissakin tapauksissa vastakkainen eli ylimmissä asemissa olevien stressitasot ovat olleet korkeimmat. Terveyspalvelujen merkitys terveyseroille on edelleen paljolti avoin kysymys. Tutkimusten mukaan terveyspalveluiden saatavuudessa ja käytössä on sosioekonomisia eroja ja tämä voi osaltaan kasvattaa terveyseroja.

Koulutus ja terveyserot

Mackenbach tarkastelee terveyseroja useimmiten koulutusryhmittäin. Ratkaisu on käytännöllinen, sillä koulutustiedot ovat hyvin saatavilla, koulutus muodostaa järjestysasteikon ja vertailukelpoisuus maasta ja tutkimuksesta toiseen on hyvä. Periaatteellisempi näkökohta on, että terveyseroja tuottavat eriarvoisuuden mekanismit ovat muuttuneet. Merkittävimpana muutoksena kirjoittaja pitää sitä, että koulutuksesta on tullut yhä tärkeämpi sosioekonominen jako ammattiaseman ja tulojen rinnalla ja että koulutuserot eivät ole vain rakenteellisia vaan entistä enemmän yksilöllisiä terveyserojen määrittäjiä. Tätä kautta sosioekonomisen aseman ja yksilöominaisuuksien, kuten kognitiivisten kykyjen ja persoonallisuuden, väliset yhteydet vahvistuvat. Mackenbach nostaa esiin yksilöominaisuuksien taustalla vaikuttavat perintötekijät, jolloin myös koulutuksen ja terveyden välinen yhteys olisi ainakin osin geneettisesti määräytyneet.

Yhteiskunnan rakenteellisten muutosten oloissa myös terveyserojen sosioekonomiset syntyprosessit ovat alttiita muutoksille, mutta yksilötekijöiden osuuteen liittyy monia avoimia kysymyksiä. Jos koulutusta ja tätä kautta terveyttä määrittävät osin perinnölliset tekijät, kuten kognitiivinen kyvykkyyks ja persoonallisuus, koskeeko sama myös ammattiin perustuvan sosiaaliluokan ja tulojen ja yhteyttä terveyteen. Onko uskottavaa, että yhteiskunnan ammattirakenne olisi merkittävältä osin perintötekijöiden tuottama. Koulutus vaikuttaa suuresti ammattiasemaan ja nämä yhdessä tuloihin, jolloin sosioekonomisen aseman eri osoittimet ovat vahvasti korreloituneita keskenään. Missä määrin kyse on lopulta perintötekijöistä ja missä määrin sosiaalisesti ja taloudellisesti määräytyneestä yhteiskunnan hierarkkisesta perusrakenteesta.

Yksilötekijöiden ja perinnöllisyyden korostus terveyserojen selityksinä on mielestäni tarpeettoman voimakasta ja kirjoittajan tulkinnat ennenaikaisia. Koulutusta ei ole toistaiseksi perustel-

tua pitää dominoivana sosioekonomisena jakona, vaan ammattiasema ja tulot ovat yhtä lailla tärkeitä. Myös tarkempi analyysi kognitiivisista ja muista yksilöominaisuuksista sekä niiden merkityksestä sosiaaliselle asemalle on tekemättä. Perinnöllisyyden korostaminen on kapea näkemys, sillä ympäristötekijät, psykologiset tekijät, kasvat- tus, perhetausta ja sosialisatioprosessi sekä kou- lutuksen tuottamat tiedot, taidot, asenteet ja ar- vot tulisi kaikki huomioida yksilötekijöiden taut- tala. Perintötekijöiden mahdollinen osuus ter- veyserojen syntymisessä ei myöskään toteudu yks- in vaan vuorovaikutuksessa sosiaalisen, psyko- logisen ja fyysisen ympäristön tekijöiden kanssa. Tulisi myös tuntea paremmin yksilötekijöiden so- sioekonominen jakautuminen sekä niiden poten- tiaali ja mekanismit tuottaa terveyseroja. Nyky- tiedon valossa on vaikea uskoa, että perinnöllisil- lä kognitiivisilla ja muilla yksilötekijöillä voisi ol- la merkittävä osuus koko väestön sosioekonomi- sen rakenteen ja suurten terveyserojen muodostu- misessa ja säilymisessä. Samalla on myönnettävä, että tutkimuksen tuottama kokonaiskuva raken- teellisista, institutionaalista ja yksilötason teki- jöistä ja niiden yhdysvaikutuksista on edelleen ha- janainen ja puutteellinen.

Terveyserojen kaventaminen

Tutkimuksen edetessä myös terveyserojen ka- ventamiseen on kiinnitetty kasvavaa huomiota. Vuonna 1985 WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelmassa tavoiteltiin terveyserojen kaven- tamista 25 prosentilla vuoteen 2000 mennessä (STM 1986), ja vuonna 1998 tämä tavoite uusittiin. Monessa maassa, kuten Britanniassa, Hollannissa, Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa (STM 2008), on kehitelty terveyserojen tutki- musohjelmia ja myös politiikkaohjelmia terveys- erojen torjumiseksi ja kaventamiseksi terveys- ja hyvinvointipolitiikan keinoin (Hu ym. 2016). Näissä ohjelmissa on tähdätty koulutuksen tasa- arvoon, tuloerojen kaventamiseen, köyhyiden ehkäisyyn, epäterveellisen käyttäytymisen torju- miseen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa- arvoiseen saatavuuteen. Toimenpiteiden käytän- nön toteutus on ollut rajoitettua ja riippunut kulloinkin vallassa olevasta poliittisesta suun- tauksesta. Silloinkin kun toimenpiteitä on to- teutettu, ne eivät ole missään maassa johtaneet terveyserojen kaventamiseen.

Britanniassa Labour-hallitukset käynnistivät vuosina 1997–2010 laajoja toimia terveyserojen kaventamiseksi. Ne noudattivat kunnianhimoista ja kattavaa terveyserojen kaventamisstrategiaa, jo- hon kuului muun muassa minimipalkka, parempi sosiaaliturva, koulutuksen ja asumisen tukimuo- dot, terveyspalvelujen tarjonta sekä huono-osais- ten nuorten tukeminen ja alueellisten erojen lie- vittäminen. Erityisiä tavoitteita olivat elinajan- odotteen ja lapsikuolleisuuden sosioekonomisten erojen kaventaminen. Toimenpiteiden edistymis- tä ja tuloksia seurattiin tarkoin. Joidenkin terveys- erojen määrittäjien jakautuminen kehittyi hieman tasa-arvoisempaan suuntaan, mutta terveyseroihin niillä ei ollut vaikutusta, vaan ne säilyivät Britan- niassa muiden Länsi-Euroopan maiden tasolla. Kaventamisstrategia epäonnistui huolimatta siitä, että Britannian labour-hallitusten toimille ei ole vertaa missään muussa maassa. Mackenbach arvi- oi, että toimenpiteiden skaala oli liian vaatimaton eikä niiden tehokkuutta ollut varmennettu tutki- muksin. Jotta strategia olisi vaikuttanut terveys- eroihin, olisi tarvittu huomattavasti tehokkaam- pia toimia. Labourin strategia ei sisältänyt esimer- kiksi radikaalia tulojen ja omaisuuden tasaamista (Hu ym. 2016).

Absoluuttisten ja suhteellisten terveyserojen merkitys

Mackenbachin johtopäätös yrityksistä kaventaa terveyseroja on aluksi lohduton: Britannian laaja- alainen strategia, jonka nimenomaisena tavoit- teena oli kaventaa terveyseroja, ei tuottanut toi- vottua tulosta. Se että yritys kaventaa terveyse- roja epäonnistui, auttaa osaltaan ymmärtämään, miksi terveyserot ovat säilyneet myös vauraissa hyvinvointivaltioissa. Menestyksellinen terveys- erojen kaventaminen edellyttää tavoitteiden ja keinojen uudelleen arviointia. Suhteelliset ja ab- soluuttiset terveyserot on jo mainittu edellä, mut- ta on kestänyt pitkään, ennen kuin on alettu tie- dostaa, kuinka suuri merkitys tällä erottelulla on tutkimukselle ja erojen kaventamiselle. Esimer- kiksi WHO:n ja Suomen vastaavissa ohjelmissa 1980–2000-luvulla, ei ole edes tarkennettu, on- ko tavoitteena ollut kaventaa suhteellisia vai ab- soluuttisia terveyseroja 25 prosentilla.

Länsi- ja Pohjois-Euroopan vauraissa maissa kuolleisuus on jatkuvasti alentunut ja elinikä pi- dentynyt. Tällaisen voimakkaan ja myönteisen

terveyskehityksen vallitessa suhteellisten sosioekonomisten kuolleisuuserojen kaventuminen on matemaattisesti epätodennäköistä ja harvinaista. Absoluuttisten erojen kaventuminen sen sijaan on täysin mahdollista ja näin onkin tapahtunut. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien absoluuttinen väheneminen on monessa tapauksessa ollut suurempaa alemmissa kuin ylemmissä sosiaalisissa asemassa, jolloin absoluuttiset erot ovat kaventuneet. Tehostuneen ehkäisyn ja hoitotoimien lisäksi kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin, samoin kuin tupakointiin liittyviin tauteihin on vähentynyt absoluuttisesti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Todettu absoluuttisten kuolleisuuserojen kaventuminen ei kuitenkaan ole ollut tulosta terveyserojen kaventamishelmistä vaan väestön keskuudessa tapahtuneista terveyskäyttäytymisen muutoksista ja terveyspalvelujen kehityksestä.

Suhteelliset kuolleisuuserot eivät sen sijaan ole kaventuneet Euroopassa kuin espanjalaisten naisten keskuudessa. Suhteellisten erojen kaventaminen edellyttää suurempaa suhteellista kuolleisuuden alenemista alemmissa kuin ylemmissä sosiaalisissa asemassa. Kuitenkin jo yhtä suurten suhteellisten muutosten saavuttaminen olisi erittäin vaikea tehtävä. Vaikka suhteellisten erojen kaventamiselle ei ole loogisia esteitä, matematiikka osoittaa, että käytännössä onnistunut kaventaminen edellyttää aikaisempaan verrattuna moninkertaisia resursseja ja niiden tasaisempaa jakamista.

Mackenbachin analyysia ja pohdintaa absoluuttisista ja suhteellisista terveyseroista sekä niiden tuottamista terveyseduista väestölle ja seuraamuksista terveyserojen kaventamiselle voidaan pitää kirjan merkittävimpänä ja uutuusarvoltaan suurimpana antina. On vahvoja perusteita painottaa absoluuttisia terveyseroja enemmän kuin aikaisemmin, jolloin suhteelliset terveyserot ovat hallinneet sekä tutkimusta ja että politiikkaa. Tosin tarkempi analyysi on edelleen kesken ja pohdintaa ja priorisointia on jatkettava, jotta kyettäisiin kehittämään sekä realistisia että tehokkaita kaventamistoimia. Tutkimuspohjainen tieto siitä, mitkä keinot tehoavat terveyserojen kaventamisessa, puuttuu suurelta osin.

Terveyserot, eriarvoisuus ja epäoikeudenmukaisuus

Terveyserot ymmärretään joskus kuvailevina termeinä ottamatta kantaa siihen, ovatko erot epäoikeudenmukaisia. Terveyserot, terveyden eriarvoisuus ja erojen kaventaminen ovat kuitenkin myös eettisesti ja poliittisesti latautuneita kysymyksiä, joihin paneudutaan kirjan loppupuolella. Monen tutkijan ja terveyspolitiikon intuitiivisen vakauksen mukaan terveyserot ovat pääosin epäreiluja ja sellaisina epäoikeudenmukaisia. Brittiläisen tutkijan Margaret Whiteheadin (1991) mukaan terveyseroja voidaan pitää epäoikeudenmukaisina silloin, kun ne eivät ole väistämättömiä vaan vältettävissä olevia.

Viime kädessä kysymys terveyserojen epäoikeudenmukaisuudesta ei ole vain tieteellinen vaan myös normatiivinen kysymys, jonka taustalla vaikuttaa joukko toisistaan poikkeavia teorioita ja näkemyksiä oikeudenmukaisuudesta. Mackenbachin analysoimien teorioiden mukaan on perusteltua pitää epäoikeudenmukaisina elinolojen epätasaisesta jakautumisesta johtuvia terveyseroja, ainakin osin epäoikeudenmukaisina epäterveellisen käyttäytymisen tuottamia eroja, samoin kuin valikoitumista sosioekonomisiin ryhmiin terveyden tilan perusteella. Sen sijaan henkilökohtaisista, kuten synnynnäisistä ominaisuuksista johtuvat terveyserot eivät välttämättä ole epäoikeudenmukaisia.

Täyttä yksimielisyyttä siitä, milloin terveyserot ovat epäoikeudenmukaisia ei voitane saavuttaa, mutta terveyserojen kaventamiselle on myös muita perusteita. Tällaisia ovat tarve välttää huono-osaisuuden kasautumista alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin, solidaarisuus huono-osaisia kohtaan sekä terveyseroista aiheutuvat suuret taloudelliset kustannukset. Tähän voidaan lisätä, että absoluuttisten terveyserojen kaventaminen huono-osaisia tukemalla parantaa koko väestön terveyden tasoa ja tuottaa suuria kansanterveysetuja.

Terveyserot hyvinvointivaltioissa

Jo kirjansa alussa Mackenbach nostaa esiin paradoksin – ja pettymyksen – liittyen hyvinvointivaltioihin. Miksi vauraimmissa ja tasa-arvoisuutta korostavissa pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa terveyserot ovat yhtä suuret tai suuremmat kuin muissa Euroopan maissa ja miksi hyvinvointivaltiot eivät ole onnistuneet kaventamaan terveyseroja? Hän sanoo kirjoittaneensa kirjansa näiden kysymysten ympärille ja käy niistä keskustelua ja asettaa ne laajempaan yhteyteen.

Ensiksikin yhteiskunnat ovat liian eriarvoisia ja terveyden eriarvoisuus liian suurta. Michael Marmotin johtama Maailman terveysjärjestön Commission on Social Determinants of Health (WHO 2008) nosti esiin maiden sisällä ja maiden välillä vallitsevat suuret terveyserot. Nämä muodostavat globaalin ongelman, johon komission mukaan voidaan vaikuttaa puuttamalla vallan, rahan ja muiden resurssien epätasaiseen jakautumiseen. Toiseksi terveyserot koskevat myös Euroopan vauraita yhteiskuntia. Terveyserojen säilyminen kehittyneimmissäkin hyvinvointivaltiossa osoittaa, että pelkkä hyvinvointipolitiikka sinänsä ei riitä kaventamaan terveyseroja, vaikka niin usein ajatellaan. Hyvinvointivaltioissa terveyseroja ylläpitävät edelleen monien resurssien ja terveyden määrittäjien, kuten työ- ja elinolojen, käyttäytymistekijöiden sekä terveyspalvelujen epätasainen jakautuminen. Terveyserojen säilyminen puoltaa hyvinvointivaltion rakenteiden vahvistamista, ja ilman kehittyneitä hyvinvointivaltioita terveyserot olisivat todennäköisesti vielä suuremmat. Kolmanneksi terveyserojen kaventaminen on osoittautunut luultua paljon vaikeammaksi tehtäväksi. Parhaimmillaankin toimenpiteet olleet alimitoitettuja eikä käytettyjen keinojen tehokkuudesta ole ollut tutkittua tietoa. Terveyserojen radikaali ja nopea kaventaminen ei kuitenkaan ole realistista. Keskipitkällä aikavälillä kaventaminen onnistunee var-

mimmin puuttamalla työ- ja muiden aineellisten olosuhteiden sekä tupakoinnin, alkoholinkäytön ja muiden terveyttä vaarantavien käyttäytymismuotojen sosioekonomisiin eroihin. Neljänneksi terveyserojen kaventamisen tavoitteenasetteluun on paneuduttava aikaisempaa vakavammin ja realistisemmin. Väestön terveyden kohentuessa absoluuttisten terveyserojen kaventamiselle on paljon enemmän tilaa kuin suhteellisten erojen kaventamiselle. Terveys- ja hyvinvointipolitiikan kannalta absoluuttisten erojen kaventamista on perusteltua pitää ensisijaisena.

Loppuarvio

Mackenbachin kirja on painava ja monitahoinen analyysi terveyseroista. Se sisältää tiiviisti esitetynä 30 vuoden eurooppalaisen tutkimusyhteistyön tärkeimmät tulokset: terveyserojen säilymisen ja niiden muutokset, tietojen kertymisen ja suurimmat aukot. Paitsi tutkimusyhteenvedo, kirja on vaikuttava ja harkittu käsitteellis-teoreettinen, eettis-filosofinen, metodologis-teoreettinen sekä terveys- ja hyvinvointipoliittinen puheenvuoro yhdestä aikamme suurimmasta kansanterveyshaasteesta.

Ne, jotka eivät ole alan asiantuntijoita, kirja haastaa tutustumaan terveyseroihin. Ne, jotka ovat alan tuntijoita, kirja haastaa pohtimaan luutuneita näkemyksiä. Päätöksentekijät ja kaikki lukijat kirja haastaa pohtimaan terveyseroja ja niiden kaventamista yhteiskunnallisena, moraalipoliittisena, kansanterveydellisenä ja taloudellisenä kysymyksenä. Rajoituksena voi pitää kirjan nojautumista pääosin yhteen, tosin pitkäaikaiseen ja laajaan yhteistyöhön perustuvaan hankekokonaisuuteen. Suuriin ansioihin kuuluvat empiiriselle tutkijalle poikkeuksellisen laaja ja monipuolinen lukeneisuus sekä aihepiirin monitie- teinen käsittely.

KIRJALLISUUS

- Bouchard, Louise & Albertini, Marcelo & Batista, Ricardo & de Montigny, Joanne (2015) Research on health inequalities: A bibliometric analysis (1966–2014). *Soc Sci Med* 141, 100–108.
- Erikson, Robert & Torssander, Jenny (2009) Clerics die, doctors survive: a note on death risks among highly educated professionals. *Scand J Public Health* 37, 227–231.
- Hu, Yannan & van Lenthe, Frank & Judge, Ken & Lahelma, Eero & Costa, Giuseppe & de Gelder, Rianne & Mackenbach, Johan (2016) Did the English strategy reduce inequalities in health? A difference-in-difference analysis comparing England with three other European countries. *BMC Public Health* 16, 865.
- Kadushin, Charles (1964) Social class and the experience of ill health. *Sociol Inquiry* 34, 67–80.
- Mackenbach, Johan & Kunst, Anton & Cavelaars, Adrienne & Groenhouf, Feikje & Geurts, Jose, and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 349, 1655–1659.
- Mackenbach, Johan (2019) Health inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, Michael (2015) *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury Publishing.
- STM (1986) *Terveyttä kaikille vuoteen 2000*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008) *Kansallinen terveysrojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16. Helsinki.
- Townsend, Peter & Davidson, Nick (1982) *Inequalities in health: The Black Report*. London: Penguin.
- Valkonen, Tapani & Notkola, Veijo (1977) Influence of socioeconomic and other factors on the geographical variation of mortality in Finland, Sweden and Norway. *Publications of the Department of Sociology* 105. Helsinki: University of Helsinki.
- Whitehead, Margaret (1991) The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int* 6, 217–228.
- WHO (2008) *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation*. Geneva: World Health Organisation.
- Östergren, Olof & Martikainen, Pekka & Tarkiainen, Lasse & Elstad, Jon Ivar & Brønnum-Hansen, Henrik (2019) Contribution of smoking and alcohol consumption to income differences in life expectancy: evidence using Danish, Finnish, Norwegian and Swedish register data. *J Epidemiol Community Health* 73, 334–339.