

mien historiasta ja 20 viime vuoden muutoksista. Luvut 4–8 käsittelevät tämän kontrollijärjestelmän kannalta tärkeitä osa-alueita ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1980 eteenpäin. Yksityiskohtaisia tietoja löytyy juomien verotuksesta ja hinnoista, alkoholin kulutuksesta ja juomatavoista, alkoholin kulutukseen liittyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä seurauksista, alkoholielinkeinossa työskentelevistä taloudellisista toimijoista sekä yleisön alkoholin kontrolliin liittyvien asenteiden muutoksista. Luvussa 9 seuraa yhteenveto ja tulevaisuuden näkymiä. Temaattisen kattavuuden lisäksi kaikki vaikuttaa erinomaisen huolellisesti tehdyiltä.

Ehkä olisi pärjätty vähemmälläkin? Nyt kirja pursuaa tietoja, jotka ovat hyödyllisiä lähinnä alalla työskenteleville; siis niille, joita kiinnostaa lukea enemmän siitä, miten kou-

riintuntuvasti Norjan, Ruotsin ja Suomen alkoholijärjestelmät muuttuivat muutamassa vuodessa. Ehkä tutkijat itsekin ovat olleet sen verran ymmällään koko EU/ETA-ruljanssin jälkeen – miten kaikki oikein tapahtui? – että perinpohjainen alkoholipolitiikan selostus tuntui tuiki tarpeelliselta pian muutosten jälkeen.

Kirjan musta-harmaa-valkoinen ulkoasu on kuin hautakirjoitus. "Täällä lepää pohjoismainen alkoholipolitiikka"? Tämä on tuskin ollut kirjoittajien tarkoitus, vaikka kuoleman teemat kyllä kummittelevat kirjan sivuilla: "the two remaining major pillars of the national alcohol control policies, higher prices and restricted physical availability of alcohol, may be weakened or even totally lost".

On totta, että nimenomaan kansallinen järjestelmä oli valinkauhassa EU/ETA-neuvot-

teluissa. Aiheellisesti voi kuitenkin kysyä, eikö jo tässä vaiheessa olisi ollut syytä hahmottaa alkoholipolitiikka muustakin kuin kansallisesta näkökulmasta.

CHRISTOFFER TIGERSTEDT

HAROLD D. HOLDER &
ECKART KÜHLHORN &
STURLA NORDLUND &
ESA ÖSTERBERG &
ANDERS ROMELSJÖ &
TRYGVE UGLAND
EUROPEAN
INTEGRATION AND
NORDIC ALCOHOL
POLICIES.
CHANGES IN ALCOHOL
CONTROLS AND
CONSEQUENCES IN
FINLAND, NORWAY AND
SWEDEN, 1980-1997.
ASHGATE, ALDERSHOT
1998
254 s.

TONY BLAIRIN HALLITUKSEN UUDET RESEPTIT TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEEN

Brittiläinen terveyden tasa-arvon tutkimus on viime vuosikymmenien ajan ollut kansainvälisesti tutkimusperinteen esikuva. Alan perusteoksena voidaan pitää legendaarisen maineen Margaret Thatcherin ensimmäisen hallituksen vastentahtoisella myötävaikutuksella saanutta Black Reportia (Townsend ja Davidson 1982).

Konservatiivien vuoden 1979 vaaleissa saamaa voittoa edeltänyt labour-hallitus oli pyytänyt Sir Douglas Blackin johtamaa asiantuntijaryhmää laatimaan selvityksen sosiaaliryhmien välisistä terveyseroista Iso-Britanniassa. Hallitusvalta vaihtui ennen selvityksen valmistumista, eikä konservatiivista hallitusta enää kiinnosta-

nut selvityksen tulokset. Yritys haudata selvitys julkaisemalla siitä loma-aikana vain 260 kappaleen painos herätti julkisen mielenkiinnon ja myöhempi taskukirjapainos teki Black Reportista ehkä laajalevikkisimmän kansanterveysalan julkaisun.

Tapahtuma kuvaa varsin hyvin kansanterveyskysymysten

politisoitumista Iso-Britanniassa. Brittiläiset tutkijat ovat ottaneet paljon kärjekkäämin kantaa terveystalouteen kuin esimerkiksi suomalaiset kollegansa. Konservatiivien parikymmentä vuotta jatkunut valtakausi kärjisti tilannetta. Terveystaloudesta pyrittiin järjestelmällisesti karsimaan väestöryhmien eriarvoisuuteen viittaavat näkökohdat. Virallisissa yhteyksissä ei mm. ollut soveliaa käyttää WHO:n hyväksymiä termejä 'equity/equality in health'. Niiden sijasta puhuttiin terveydentilan vaihtelusta, 'health variations'. Konservatiivien terveystaloudesta ohitti rakenteellisten ja materiaaalisten tekijöiden merkityksen ja painotti yksilön vastuuta korostaen terveyskäyttäytymistä väestön terveyden muovaajana.

Konservatiivien vaalitappion näyttävässä ilmeisellä odottivat brittiläiset kansanterveystieteilijät suurta käännettä. Tony Blairin hallituksen valtaannousun jälkeen odotukset näyttivät toteutuneenkin. Hallitukseen nimitettiin kansanterveysministeri, hallituksen terveystaloudesta strategiasa "Our Healthier Nation" (Secretary of State for Health 1998) tavoitteeksi asetettiin "parantaa heikoimmassa asemassa olevien terveyttä ja kaventaa terveyseroja" ja sosiaalista syrjäytymistä torjumaan hallitus perusti uuden yksikön, jonka keskeisenä tehtävänä on köyhyyden ehkäisy (Social Exclusion Unit 1997).

Ikään kuin muistona Black Reportin konservatiivihallitukselta saamastaan kohtelusta työväenpuolue lupasi jo ennen vaaleja uuden selvityksen terveyden eriarvoisuudesta. Vaalien jälkeen selvitys tilat-

tiin joukolta asiantuntijoita. Ryhmän vetäjäksi pyydettiin Sir Donald Acheson, joka on aiemmin toiminut terveysministeriön johdossa, ja ryhmään kuului kansainvälisestäkin tunnustettuja alan tutkijoita, kuten Michael Marmot, Hilary Graham ja Margaret Whitehead. Lisäksi työhön osallistui kommentoiden tai pyydettyjä, eri osakysymyksiä koskevia selvityksiä laatien suuri osa Iso-Britannian keskeisiä terveyserojen tutkijoita. Selvityksen tavoitteeksi asetettiin kuvata terveyden ja elinajan odotteen sosiaaliryhmäeroja sekä niiden kehitystä Englannissa sekä ehdottaa näyttöön ja asiantuntijarvioon perustuvia keinoja, joiden perusteella hallitus voisi käynnistää toteuttavissa olevia ja kustannusvaikuttavia toimia terveyserojen kaventamiseksi. Selvitykselle asetettiin reunaehdoksi hallituksen yleisten talousstrategian huomioiminen, mutta toisaalta hallitus lupasi ottaa huomioon selvityksen johtopäätökset kehittäessään terveysstrategiaa.

Achesonin työryhmän raportti jakautuu kahteen osaan. Lyhyessä, ensimmäisessä osassa kuvataan selvityksen peruslähtökohtia ja viimeaikaisia tutkimustuloksia väestöryhmien välisistä terveyseroista Iso-Britanniassa. Toisessa laajemmassa osassa käydään läpi laajasti terveyserojen kaventamiseen liittyvää tutkimuskirjallisuutta ja esitetään kirjallisuuden perusteella suosituksia eroja vähentävistä toimenpiteistä. Selvitys perustuu laajaan kirjallisuuteen. Raportissa viitataan yli viiteen sataan julkaisuun.

Terveyseroihin vaikuttavien tekijöiden tarkastelussa raportin tekijöillä on ollut apuna

systemimalli, joka yhdistää perinteiset patofysiologiset ja käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät työhön, sosiaaliseen ympäristöön ja viime kädessä yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin. Mallin perusteella terveydellisen eriarvoisuuden vähentäminen edellyttää terveyteen vaikuttavien tekijöiden laaja ymmärtämistä sekä monitasoista vaikuttamista sosiaalisesti kytkeytyneisiin huonon terveyden taustatekijöihin. Kapea näkemys heijastuisi myös käytettävissä olevien keinojen valintaan. Merkittäviä tuloksia ei voida saavuttaa, mikäli keskitytään vain terveyspesifisiin toimiin, kuten tupakkavieroitusohjelmien saatavuuden parantamiseen. Terveyserojen taustalla oleviin syihin voidaan vaikuttaa vain rakenteellisen tason toimenpiteillä, kuten parantamalla koulutusta tai vähentämällä köyhyyttä.

Systemiajattelun sovelluksena raportissa tarkastellaan terveyden eriarvoisuuden rakentumista elämäntapaajattelun kautta. Elämäntapaajattelulla on katsottu voitavan paremmin tunnistaa biologisesti ja sosiaalisesti kriittisiä elämänvaiheita, joissa sosiaalipoliittiset toimet voivat toimia puskureina riskejä vastaan (Bartley ym. 1997). Siksi raportti tarkastelee kohderyminä erityisesti äitejä ja lapsia sekä ylipäätään perheiden hyvinvointia. Strategisesti tärkeitä kohtia on myös muissa väestöryhmissä, joten kohderyminä määrittyvät myös nuoret, työikäiset aikuiset ja ikääntyneet. Lisäksi eriarvoisuutta tarkastellaan raportissa sukupuolen ja etnisten ryhmien mukaan.

Raportissa ehdotettujen, tut-

kimusnäyttöön perustuvien toimenpiteiden kirjo on laaja ja lähestymistapa monisektoriaalinen. Raportin 39 toimenpidesuosituksista koskettavat köyhyyttä, tulonjakoa, verotusta ja erilaisia sosiaalietuuksia, opetus- ja työhallintoa, rakentamista ja ympäristöä, liikennettä ja liikkumista, ravintoa ja maatalouspolitiikkaa sekä terveyspalvelujärjestelmää. Suositukset käsittelevät sekä yksilöihin kohdistuvia toimia että esim. asuinalueen parantamista. Toimenpiteiden laajuus osoittaa jo sinänsä, että toimenpidevalikoima koskettaa isoa osaa yhteiskuntapolitiikkaa. Kansallista terveyspalvelujärjestelmää (NHS) käsitellään lisäksi omana kokonaisuutenaan.

Raportti asettaa yksiselitteisesti lähtökohdaksi eriarvoisuuden vähentämisen parantamalla huono-osaisten väestöryhmien terveyttä. Käytännössä tämä usein merkitsee sitä, että huonossa sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin on tarpeen kohdentaa erityistoimenpiteitä. Lähestymistapaa raportissa perustellaan sillä, että yleisesti väestön terveyttä edistäviillä toimintapolitiikoilla voi olla erilaisia seuraamuksia eri väestöryhmissä. Toimintavaihtoehdot voivat sekä lisätä terveyttä väestössä että vähentää terveyseroja. Esimerkiksi Iso-Britannian kansallisen terveyspalvelujärjestelmän (NHS) perustamisella vaikutettiin raportin mukaan edullisesti kaikkien väestöryhmien terveyteen. Toimintalinjauksilla voidaan kuitenkin myös lisätä terveyseroja, mikäli niiden vaikutukset ovat suosituksien nimenomaan hyvässä sosiaalisessa asemassa olevilla. Esimerkkeinä mainitaan

kohdunkaulaseulonnat ja rokotukset, joiden kattavuus Iso-Britanniassa vaihtelee asuinalueen sosioekonomisen ja etnisen koostumuksen mukaan, sekä monet tupakoinnin vähentämiseen tähtäävät ohjelmat. Raportin tekijöiden mukaan myös universaalien, koko väestölle samanlaisina suunnattujen palveluiden osalta on tarpeen kiinnittää huomiota sosiaalisia terveyseroja tuottaviin vaikutuksiin. Terveyspolitiikan toimintavaihtoehdot tulisi aina arvioida vaikuttavuuden lisäksi myös sen suhteen, millaisia vaikutuksia niillä on terveydelliseen eriarvoisuuteen.

Achesonin johtaman työryhmän selvitys on herättänyt paljon keskustelua ja Iso-Britanniassa monet tutkijat ovat kommentoineet sitä (esim. Davey Smith ym. 1998, Black ym. 1999). Valtaosaltaan myönteisen vastaanoton ohella raporttia on myös kritisoitu. Raportti ei muodosta yhtenäistä ohjelmaa terveydellisen eriarvoisuuden poistamiseksi, vaan luettelee joukon keskenään priorisoimattomia toimenpidesuosituksia. Ehdotukset ovat laaja-alaisia mutta myös hajanaisia. Eräät kommentaattorit ovat myös kaivanneet tietoa niiden toteuttamisen kustannuksista. Toimenpidesuosituksien kannalta keskeinen kysymys onkin: miten ne voidaan toteuttaa brittiläisessä yhteiskunnassa? Voisiko ehdotettu suuri panostus huono-osaisten hyväksi saada laajan yhteiskunnallisen hyväksymisen? Onko mahdollista, että päättäjät voisivat sitoutua raportissa ehdotettuihin laajoihin toimenpiteisiin, mikä merkitsi suurta taloudellista panostusta ja tulonsiirtoja? Onko toimenpiteitä mahdollis-

ta käytännössä toteuttaa: onko olemassa koko väestön tasolla toimivia keinoja vaikuttaa kohdennetusti heikossa sosiaalisessa asemassa olevien väestöryhmien terveyteen?

Eräs raportin ongelma on, että toimenpiteitä tarkastellaan liikaa terveyserojen kannalta. Suuri osa toimenpiteistä on kuitenkin sosiaalipoliittisia toimia, joilla vähennetään syrjäytymistä yleensä. Vaikka kaikki terveyserot eivät johdu sosiaalisesta huono-osaisuudesta, sosiaalinen huono-osaisuus on kuitenkin tärkeä yhteinen nimittäjä terveyserojen taustalla ja tässä tilanteessa olisi ollut tarkoituksenmukaista problematisoida sosiaalisen syrjäytymisen ja terveydellisen eriarvoisuuden yhteyttä.

Valittu perhe-, nais- ja lapsikeskeisyys merkitsee sitä, että miesten terveys jää vähälle huomiolle riippumatta miesten ylikuolleisuudesta naisiin verrattuna. Perheen merkityksen korostamisessa isän osuus kuitistuu kovin pieneksi. Miehiä ainakin potentiaalisesti diskriminoiva linjaus korostuu myös siinä, että todella huonommassa asemassa oleviin miesten aseman parantamiseen ei kohdisteta toimenpidesuosituksia.

Puutteista huolimatta raportti on vaikuttava saavutus osana Britannian hallituksen terveyspoliittista strategiaa. Selvityksellä on merkitystä Britannian terveyspolitiikan ohella myös kansainvälisessä terveyseroja ja erityisesti niiden kaventamista koskevassa keskustelussa. Se siirtää painopistettä pois terveyserojen kuvaamisesta ja syiden selittämisestä niiden kaventamiseen tähtäviin toimenpide-ehdotuksiin. Se on myös kansainvälisesti varsin kattava esitys ter-

veyserojen kaventamisen mahdollisuuksista. Raportti todentaa, ettei ole enää tarpeen keskustella siitä, onko sosiaaliryhmien välillä terveyseroja, vaan siitä, mitä erojen kaventamiseksi tulisi tehdä (Whitehead and Dahlgren 1991).

Entä mitä suomalainen terveyspolitiikka voisi oppia Achesonin raportista? Perinteisesti Suomessa on korostettu terveyden ja terveyspalvelujen oikeudenmukaisuustavoitteita. Näyttää siltä, että tämän vuosikymmenen alun taloudellisen laman aikana on luisuttu hyväksymään aiempaa helpommin sosiaali- ja terveyspolitiikassa sosiaalista eriarvoisuutta. Tuloerot ovat kääntyneet kasvuun ja aiemmin painotetusta palveluiden tasa-arvoisen käytön sijasta on mm. hallitusohjelmissa siirrytty puhumaan peruspalvelujen tasa-arvon turvaamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998).

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaa korvaavaa terveyspoliittista strategiaa laativa sosiaali- ja terveysministeriön kansanterveyden neuvottelukunta on edelleen pitänyt sosiaaliryhmien välisiä terveys-

eroja terveyspoliittisesti tärkeänä kysymyksenä ja mm. järjestänyt aiheesta laajan asiantuntijakokouksen. Nähtäväksi jää, miten vuoden mittaan valmistuvassa ohjelmassa terveyden eriarvoisuus otetaan huomioon. Suomen ohjelman valmistelun tärkeä pohdintatehtävä sisältyy Achesonin raportin kantaan, etteivät universalistiset toimenpiteet enää nykyisessä tilanteessa riitä, vaan mikäli terveyseroja halutaan vä-

hentää, tarvitaan myös kohdennettuja toimia.

MARITA SIHTO
ILMO KESKIMÄKI

INDEPENDENT INQUIRY
INTO INEQUALITIES IN
HEALTH.
REPORT
THE STATIONARY OFFICE
LONTOO 1998
164 s.

KIRJALLISUUS

Bartley M, Blane S, Montgomery S. Health and the life course: why safety nets matter. *British Medical Journal* 1997;314:1194.

Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Better benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report. *British Medical Journal* 1999;318:724-727.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity and health. Institute for Future Studies, Tukholma 1991.

Davey Smith G, Morris JN, Shaw M. The independent inquiry into inequalities in health. Is welcome, but its recommendations are too cautious and vague. *British Medical Journal* 1998;317: 1465-1466.

Secretary of State for Health. Our healthier nation: A contract for health. The Stationary Office, Lontoo 1998.

Social Exclusion Unit. Briefing: Terms and conditions of the Social Exclusion Unit. Cabinet Office, Lontoo 1997.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyskertomus 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 1998:3. Helsinki 1998.

Townsend P, Davidson N, toim. *Inequalities in health*. The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth 1982.

ÄLYMYSTÖN ROOLI, SIVISTYNEISTÖN TEHTÄVÄ

Älymyöstä, Intelligentijasta, on puhuttu vuosisata. Käsite ilmestyi ranskalaislehtiin vuonna 1898, kun Emile Zola otti kantaa maata kuohuttaneeseen Dreyfus-skandaaliin, yksilön

ja totuuden puolesta valtaa ja valhetta vastaan. Skandaalista tuli yksinkertaisesti *l'affair*, ja Zolan julistus *j'accuse* jäi symbolisesti latautuneena käsitteenä elämään. Aikalaistodel-

lisuudessa älykkömanifestin lataus liittyi sen esiinnostamaan ristiriitaan: kunnia ja velvollisuus sitoivat isänmaahan ja tasavaltaan, mutta sitoutuminen yleisen tahdon (la vo-