

# Sosioekonomiset terveyserot ja terveyspolitiikka Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa

HANNELE PALOSUO – MARITA SIHTO – SEPPO KOSKINEN – EERO LAHELMA – RITVA PRÄTTÄLÄ  
– ILMO KESKIMÄKI – KRISTIINA MANDERBACKA

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan säännönmukaisia kuolleisuuden, sairastavuuden, sairauksien riskitekijöiden ja toimintakyvyn eroja, joita ilmenee ammatti-, koulutus- ja tuloryhmien ja näiden pohjalta muodostettujen sosiaaliluokkien tai sosioekonomisten ryhmien välillä. Yksilön sosioekonominen tai sosiaalinen asema on eräänlainen kiteytymä tai solmukohta, joka ilmentää yhteiskunnan keskeisten rakennetekijöiden vaikutuksia yksilön taloudellisiin, sosiaalisiin ja henkisiin (koulutuksellisiin ja sivistyksellisiin) resursseihin. Sosiaalinen asema myös käsitteellisesti paikantaa sen solmukohdan, joka välittää kulttuurin ja muun ympäristön muovaamien käyttäytymismallien kautta terveydentilaan olennaisesti vaikuttavien prosessien ketjun (ks. esim. Graham 2004). Kun puhutaan terveyden eriarvoisuudesta, otetaan myös kantaa yhteiskuntaeettisiin ja poliittisiin arvoihin: sosiaalisista syistä johtuvat terveyserot eivät ole väistämättömiä, eikä niitä siksi voida pitää oikeudenmukaisina (ks. esim. Koskinen & Teperi 1999; Blaxter 2004).

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on osoittautunut vaikeaksi terveyspolitiikan haasteeksi kaikkialla. Tähän on monia syitä. Keskeisenä ongelmana on hahmottaa ne eritasoiset ja toisiinsa kytkeytyvät tekijät, joihin terveyspolitiikan ja muiden yhteiskuntapolitiikan toimien avulla tulisi vaikuttaa, jotta väestöryhmien välisen terveyserojen kasvu voitaisiin pysäyttää ja saada erot kaventumaan. Tätäkin vaikeampaa tuntuu olevan löytää sekä tehokkaita että poliittisesti mahdollisia keinoja, joilla epäsuotuisaan kehitykseen voidaan vaikuttaa. Kansainvälisen yhteistyön

ja kokemusten jakamisen tarve on tullut ilmeiseksi (esim. Manderbacka & al. 2000; Mackenbach & Bakker 2003; Whitehead 1998). Tässä kirjoituksessa kuvataan, miten Ruotsin, Englannin ja Hollannin terveyspolitiikassa on otettu huomioon sosioekonomisten terveyserojen kaventamistarve parin viime vuosikymmenen aikana, ja pohditaan Suomen tilannetta näiden kokemusten valossa. Kirjoitukseen on saatu aineistoa näiden maiden terveyspolitiikkaa selvittäneestä hankkeesta ja siitä tehdystä raportista (Palosuo & al. 2004).

## Vertailumaat ja aineistot

Tarkastelun kohteeksi valittiin maita, jotka ovat sosioekonomiselta kehitystasoltaan ja rakenteeltaan lähellä Suomea (ks. tarkemmin Palosuo & al. 2004, 29–32). Kaikissa tarkasteltavissa maissa on myös pitkään tutkittu terveyseroja. Suomi ja Ruotsi luetaan kuuluviksi pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin, joista on hyvinvointivertailuissa puhuttu myös ”sosiaalidemokraattisen regiimin” maina (ks. Arts & Gelissen 2001; Kautto & al. 1999; Kosonen 2003). Hollanti on kansainvälisissä vertailuissa usein luokiteltu lähemmäksi pohjoismaista mallia kuin muita eurooppalaisia hyvinvointimalleja (Arts & Gelissen 2001). ”Liberaalia regiimiä” edustavaa Englantia on myös pidetty sekamuotona eli ”hybridinä” liberaalien maiden joukossa, jossa puhdasta mallia edustavat USA ja Kanada (Arts & Gelissen 2001). Tunnusomaisena pohjoismaiselle hyvinvointivaltiol-

le voidaan pitää universalistisen solidaarisuuden ja tasa-arvon painottamista sekä julkisen vallan vastuuta sosiaalisen hyvinvoinnin tuottamisessa (Arts & Gelissen 2001). Tasa-arvo on tässä katsannossa politiikan ”lopputulos” tai seuraus (*equality of outcome*). Esimerkiksi Suomen perustuslaki tähdentää julkisen vallan vastuuta terveydestä ja myös valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta viittaa perustuslain veloitteisiin (STM 2001, 8–9). Liberaalin hyvinvointivaltion tunnuspiirteinä on pikemminkin tasa-arvoisten mahdollisuuksien painottaminen. Yksilöiden ajatellaan olevan vastuussa omasta hyvinvoinnistaan ja ansioiden ja ponnistelujen mukaiset palkinnot saavutetaan markkinoilla. Valtiovalta on verrattain pidättyväinen tulonsiirroissa ja kohdistaa ne lähinnä selvästi köyhille (Arts & Gelissen 2001).

Katsauksen aineistona käytetään pääosin 1990-luvun loppupuolella ja 2000-luvulla julkaistuja kansallisia ja alueellisia terveyspolitiikan asiakirjoja, tutkimuskirjallisuutta ja interventioraportteja. Hankkeessa kerättiin lisäksi aineistoa puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilta noin viikon kestävien haastattelumatkojen aikana vuonna 2003. Haastateltavina oli yhteensä 40 asiantuntijaa, jotka olivat maittensa johtavia terveyserojen tutkijoita ja terveyspoliittisten ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa keskeisiä henkilöitä (ks. Palosuo & al. 2004).

Hankkeessa haluttiin selvittää, löytyisikö näistä maista terveyserojen kaventamiseen liittyviä toimintatapoja ja kokemuksia, joista voisi olla hyötyä Suomen terveyspolitiikan kehittämisessä. Tässä kirjoituksessa kuvaillaan maiden terveyseroja koskevien terveyspolitiikan muotoilujen pääpiirteitä, politiikan suunnittelussa tarvittavaa terveyseroja koskevaa tietopohjaa sekä käytännön toimintatapoja, joita kaikkia on laajemmin esitelty hankkeen raportissa (Palosuo & al. 2004). Lisäksi pohditaan terveyserojen kaventamiseen liittyviä yleisiä vaikeuksia.

## **Menettikö Suomi terveyspolitiikan pioneeriasemansa?**

Suomen kansallinen Terveys 2015 -ohjelma edellyttää terveyden edistämistoimien suuntaamista siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmasa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat (STM 2001). Asia

ei ole yhteiskunnallisessa keskustelussa aivan uusi, sillä Suomessa on yli 150-vuotinen perinne, jossa on eri tavoin ja vaihtelevassa määrin kiinnitetty huomiota väestöryhmien välisiin terveyseroihin. Toisen maailmasodan jälkeen väestöryhmien väliset terveyserot ja eriarvoisuus terveyspalvelujen saannissa tulivat terveyspolitiikan kohteeksi silloisen kansainvälisesti vähäisen keskustelun näkökulmasta arvioiden varsin varhain eli 1960- ja 1970-luvulla (Karisto & al. 1990). Terveys- ja huoltojärjestelmää kehitettiinkin tuolloin Suomessa alueellisesti ja sosiaalisesti tasa-arvoisemmaksi ja alueelliset terveyserot vähenivät (Keskimäki & al. 2002a).

Suomi myös laati Maailman terveysjärjestön (WHO) valitsemana terveydenhuollon kehittämisen pioneerimaana 1980-luvun alkupuoliskolla ensimmäisten maiden joukossa kansallisen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman (STM 1986). Keskeisenä tavoitteena oli paitisi nostaa kansanterveyden tasoa (ns. tasotavoite) myös muuttaa terveyden jakaumaa väestössä tasaisemmaksi (ns. jakautumataavoite) kohentamalla erityisesti huonoimmassa asemassa olevien väestöryhmien terveyttä. Terveyserojen kaventamista tähdennettiin vieläkin painokkaammin Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman uudistuksessa yhteistyöohjelmassa (STM 1993).

Ohjelmallisista pyrkimyksistä huolimatta sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa kasvaneet. Esimerkiksi 35-vuotiaan ylempiin toimihenkilöihin kuuluvan miehen elinajanodote on nykyään kuusi vuotta pitempi kuin vastaavanikäisen työntekijäammattissa toimivan miehen; naisilla vastaava ero on runsaat kolme vuotta (Valkonen & al. 2003). Molemmilla sukupuolilla sosiaaliryhmien välinen ero on kasvanut parin viime vuosikymmenen aikana sekä suhteellisesti että absoluuttisesti. Kuolleisuudessa on selviä sosiaaliryhmittäisiä eroja muissakin maissa ja ne ovat säilyneet ennallaan tai kasvaneet. Suomessa nämä erot ovat kuitenkin monia muita Länsi-Euroopan maita jyrkemmät (esim. Mackenbach & al. 2003). Suomalaisten sairastavuudessa, toimintakyvyssä ja monissa kansanterveydellisesti merkittävien tautien riskitekijöissä on myös selvää sosioekonomisen aseman mukaista vaihtelua (esim. Martelin & al. 2002; Martelin & al. 2005a & b; Rahkonen & al. 2004; Prättälä & al. 2006). Sairastavuuden sosioekonomiset erot ovat Suomessa keskitasoiset muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna ja nämä erot ovat säilyneet suurin piirtein

ennallaan (Kunst & al. 2005). Myös terveystalvulujen käyttö vaihtelee Suomessa huomattavasti sosioekonomisen aseman mukaan. Esimerkiksi OECD-maiden vertailussa Suomi sijoittuu suhteellisesti kaikkein eriarvoisimpien maiden joukkoon Portugalin ja Yhdysvaltojen ohella, kun tarkastellaan eri tuloluokissa olevien hoidontarpeeseen suhteutettua lääkäripalvelujen käyttöä (Häkkinen 2003). Erikoissairaanhoidossa on myös epäsuhtaa muun muassa sepelvaltimotaudin kirurgisessa hoidossa, akuutin infarktтын hoidossa ja kaihi-leikkauksissa siten, että alemmat sosiaaliryh-mät saavat tarpeeseen nähden vähemmän hoitoa (Keskimäki & al. 2002b; Salomaa & al. 2001; Teperi 2004).

Suomesta ei ole enää voitu puhua terveydenhuollon ”mallimaana” (joksi WHO:n *pioneer country*, edelläkävijä, ehkä hieman virheellisesti Suomessa tulkittiin), vaikka suomalaisten terveydentilan myönteistä yleiskehitystä ja sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden nopeaa alenemista arvostetaankin kansainvälisissä yhteyksissä. Sosioekonomisista terveyseroista on tutkimustietoa Suomessa jo pitkältä ajalta, mutta tämä tieto ei ole johtanut siihen, että aihepiiriä kohtaan olisi syntynyt laajempaa poliittista mielenkiintoa ja että eroihin olisi kyetty vaikuttamaan. Hyvät-kään ohjelmat eivät itsestään johda terveyserojen kaventumiseen. Toimiin ryhtyminen edellyttää, että ilmiö myös mielletään sosiaalisesti ongelmaksi, johon politiikan keinoin voidaan vaikuttaa. Samanaikaisesti tarvittaisiin sekä poliittista tahtoa ja valmiutta voimavarojen käyttämiseen että toteuttamiskelpoisia keinoja, jotta asioihin tartut-taisiin (ks. myös Exworthy & al. 2003). Viime vuosina erityisesti Ruotsissa ja Englannissa ja ai-kaisemmin myös Hollannissa terveyserot ovat olleet paljon suuremmassa määrin tällainen poliittinen ja sosiaalinen ongelma, joka herättää mielenkiintoa ja johon on yritetty hakea ratkaisuja. Suomessa terveyserojen kaventaminen on tällä hetkellä mainittu Vanhasen hallituksen ohjelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2003, 15).

## Kansanterveysohjelmat

Ruotsin, Englannin, Hollannin ja Suomen terveyspoliittisena tavoitteena on kohottaa väestön terveyden tasoa, mutta myös vaikuttaa terveyden jakaumaan väestössä siten, että väestöryh-mien väliset terveyserot supistuvat. Kaikkien nel-

jän maan kansallisissa ohjelmissa tai niiden perustelu- ja valmisteluasiakirjoissa, Suomi mukaan lukien, terveyden ja terveyserojen tausta ja syyt ymmärretään periaatteessa varsin laajasti.

Ruotsin nykyistä kansanterveysohjelmaa valmisteltiin huolellisesti. Ohjelman perustana on laajapohjaisen kansanterveyskomitean kolmivuotinen työ perinpohjaisine selvityksineen, taustaraportteineen, mielipiteitä selvittävine debattisarjoi-neen sekä osa- ja loppumietintöineen (SOU 2000:91). Kansanterveysohjelma hyväksyttiin valtiopäivillä huhtikuussa 2003 (Regeringens proposition 2002/03:35). Kansanterveysasioiden painoarvoa lisäsi se, että vähän aikaisemmin Ruotsiin nimitettiin ensimmäistä kertaa kansanterveysministeri.

Ruotsin asiakirjoissa terveystalvitiikka ymmärretään hyvin sosiaalisesti ja terveystalvitiikka onkin selvästi haluttu kytkeä osaksi terveystalvivoitteista yhteiskuntapolitiikkaa. Kansanterveysohjelman toteuttaminen on hahmoteltu kaikkien keskeisten politiikan alueitten kautta lähtien demokratiasta, kansalaisten yhteiskunnallisesta osallistumisesta, ihmisarvosta ja sukupuolten tasa-arvosta päätyen terveellisten ruokatottumuksien edistämiseen ja jopa peliriippuvuuden haittojen vähentämiseen. Pyrkimyksenä on ennen muuta vaikuttaa terveyserojen syihin ja niiden kasvualustaan.

Hollantia voidaan pitää terveyserojen kaventamiseen tähtäävän terveystalvitiikan suunnittelun kärkimaana 1990-luvulla, kun muissa maissa ei vielä ollut erityisen aktiivisesti tartuttu asiaan. Terveyserojen kaventamiskeinoja ryhdyttiin etsimään poikkeuksellisen systemaattisesti kahteen terveysministeriön rahoittamaan tutkimusohjelmaan tukeutuen. Tavoitteena oli rakentaa tutkimusnäyttöön perustuvaa politiikkaa. Tutkimuskomiteoissa on ollut mukana tutkijoita, hallinnon edustajia ja poliitikkoja ja pyrkimyksenä on ollut saavuttaa kaikkien tahojen hyväksymä konsensus (ks. esim. Mackenbach 1994; Mackenbach & Stronks 2004; Palosuo & al. 2004; Whitehead 1998). Ensimmäisessä viisivuotisessa tutkimusohjelmassa vuosina 1989–1993 selvitettiin, mitä terveyseroista tiedetään. Toisessa kuusi vuotta kestäneessä ohjelmassa (1995–2001) etsittiin terveyserojen kaventamismenetelmiä järjestelmällisesti politiikan eri vaikutuskohtiin kohdennetuilla interventioilla. Suppeahkoja interventioita tehtiin 12 ja ne kaikki arvioitiin. Interventio-ohjelmaa johtanut komitea laati loppumietinnössään

vuonna 2001 suositukset terveyserojen kaventamistavoitteista ja -toimista.

Hollannin tutkimusohjelmakomitean mukaan terveyserojen kaventaminen ei ole ensisijaisesti terveydenhuollon asia (Programme Committee SEGV II, 2001), mutta sen suosituksissa korostettiin silti terveydenhuollon toimintamahdollisuuksia: sekä ehkäisevässä että hoitavassa terveydenhuollossa voidaan tehdä paljon terveyserojen kaventamiseksi vaikuttamalla terveyskäyttäytymiseen ja takaamalla tasa-arvoinen hoitoon pääsy. Ohjelmakomitea tähdensi terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisinä muina toimijoina tulopoliitikasta vastaavia tahoja, työmarkkinoita ja työoloista vastaavaa politiikkaa, suurkaupunkipoliitiikkaa, asumispolitiikkaa ja aluesuunnittelua. Terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeimpiä terveyskäyttäytymisen ongelmia ovat Hollannin suosituksissa tupakointi, vähäinen liikunta, ylipaino sekä vähäinen vihannesten ja hedelmien syöminen. Spesifisistä determinanteista erityisen tärkeiksi nostettiin työolot. Olennaisina terveyserojen vähentämisen keinoina pidettiin myös huonon terveyden sosioekonomisten seurauksien lieventämistä siten, että sosiaaliturva säilytetään ja kroonisesti sairaita tai vajaakuntoisia työllistetään. Tutkimusohjelmakomitean yksityiskohtaisista suosituksista ei ole kuitenkaan toistaiseksi seurannut terveyseroihin painottuneita terveyspolitiikan uudelleenmuotoiluja.

Kaikkein aktiivisinta sekä politiikan kehittämisen että toimiin ryhtyminen on ollut Englannissa, jossa terveyserot on nähty kansanterveysongelmaksi jo 1840-luvulta lähtien, jolloin eri väestöryhmien kuolleisuuslaskelmia alettiin tehdä (ks. esim. Blaxter 2004). Tosin terveyserojen kaventamispyrkimyksiin on suhtauduttu aktiivisen kielteisestikin erityisesti 1980-luvulla, jolloin ns. Black Report oli osoittanut terveyserojen voimistuneen Isossa-Britanniassa (Black & al. 1980/1982). Viimeksi terveyspolitiikan kehittäminen on ollut voimakasta erityisesti ns. uuden Labourin aikana vuodesta 1997 lähtien, joskin terveyspolitiikan muutosta alettiin hahmottaa jo 1990-luvun puolivälissä (Whitehead 1998). Uusi Labour-hallitus nimitti vuonna 1997 Englantiin ensimmäistä kertaa kansanterveysministerin ja tilasi kansanterveysohjelman muotoilun tueksi tunnetuilta tutkijoilta perusteellisen terveyden eriarvoisuutta koskevan selvityksen, ns. Achesonin raportin (Acheson 1998). Vuonna 1999 hyväksytyn kansanterveysohjelman yhteyteen teh-

tiin samalla terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma, jota seurasi vuonna 2003 jo uusi kolmi-vuotinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (kaikki asiakirjat ja raportit ovat saatavilla Department of Healthin verkkosivuilta: [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)). Uusin hallituksen kansanterveysohjelma (Choosing Health) on marraskuulta 2004.

Ruotsin tapaan myös Englannissa terveyspolitiikka on sosiaalipolitiikkapainotteista. Terveyserojen vähentäminen on alun pitäen kytketty osaksi köyhyyden ja syrjäytymisen vastaista politiikkaa. Huomiota on kiinnitetty terveyden yleisiin yhteiskunnallisiin edellytyksiin, kuten lähiympäristöön, työllisyyteen, asumiseen ja koulutukseen. Terveyseroja ei ole jätetty pelkästään terveyssektorin asiaksi, vaan koko valtiovalta on pyritty kytkemään yhteistoimintaan (*joint-up government*). Valtiovarainministeriö on ollut aktiivinen uudessa terveyspolitiikassa: se on koonnutt ministeriöitä yhteiseen projektiin korjaamaan pienten lasten varhaislapsuuden elinoloja epäedullisessa asemassa olevilla alueilla (Sure Start -projekti; ks. esim. Tunstill & al. 2002), tehnyt poikkihallinnollisen katsauksen terveyserojen kaventamiseen (Cross-Cutting Review, 2002) ja tilannut jo kaksi Englannin terveyserotilannetta kuvaavaa raporttia (Wanless 2002 & 2004). Poliittikan kehittäminen ja täsmäntäminen on jo lähes kymmenen vuoden ajan ollut jatkuva prosessi, jossa suuntaa on tarkistettu ja kehittämistyötä viety eteenpäin. Koko hallitus on myös osallistunut politiikan arviointiin.

Suomen Terveys 2015 -kansanterveysohjelma poikkeaa silmiinpistävästi erityisesti Ruotsin ja Englannin perusteellisista kansanterveysohjelmista, joihin on liittynyt lukuisia ohjelmien perustelu- ja liitännäisjulkaisuja sekä muita terveyspolitiikan dokumentteja, jotka koskevat eri hallinnonaloja ja tasoja (ks. esim. Palosuo & al. 2004). Suomen 30-sivuinen ohjelmavihkonen sisältää tiiviin ja niukan suositusluonteisen tavoitekehikon. Ohjelma valmisteltiin tehokkaasti virkamies- ja asiantuntijatyönä. Ohjelmaa ei käsitelty eduskunnassa, jossa ei muutenkaan ole juuri keskusteltu kansanterveydestä.

## Tavoitteet ja indikaattorit terveyspolitiikan välineinä

Kansanterveysohjelmissa on viime vuosina enenevästi ilmaistu määrällisiä tavoitteita, jotka kos-

kevat myös terveyserojen kaventamista. Englannissa tavoitteena on ruumiillista työtä tekevien ja koko väestön välisen imeväiskuolleisuuden eron vähentäminen 10 prosentilla vuoteen 2010 mennessä. Toisena tavoitteena on suurimman kuolleisuuden alueilla asuvan väestön viidenneksen ja koko väestön elinajanodotteen eron kaventaminen 10 prosentilla. Hollannin tutkimusohjelmakomitean (poliittista vahvistusta vaille olevassa) ehdotuksessa tavoitteena on terveyserojen kaventaminen 25 prosentilla vuoteen 2020 mennessä 26 suositusalueella. Ruotsissa määrätavoitteita ei ole ilmaistu kansanterveysohjelmassa, mutta indikaattorien yhteydessä on esitetty tupakoinnin vähentämisen määrällisiä tavoitteita. Suomessa tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien kuolleisuuserojen kaventaminen viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä.

Kansanterveyden seurannassa on käytetty jo pitkään kuolleisuuslukuja ja muita sairastavuuteen ja terveyteen liittyviä tunnuslukuja, mutta terveyserojen kaventamistavoitteen seuranta edellyttää väestöryhmittäisiä tietoja (Koskinen 2004). Kaikissa tarkasteltavissa maissa on kehitetty terveyspolitiikan seurantaindikaattoreita.

Ruotsissa terveyserojen indikaattorijärjestelmän kehittämiseen on käytetty paljon voimavaroja. Kansanterveysohjelman 11 tavoitealueelle on kullekin määritelty 2–4 pääindikaattoria, joita on yhteensä 38. Nämä koskevat yhtäältä terveyden määrittäjiä, joista yleisimpiä ovat yhteiskunnallisen osallistumisen osoittimet (kuten vaaleihin osallistuminen) ja tasa-arvon rakennetekijät (kuten tasa-arvoinen tulonjako). Toisaalta niissä on myös erityisiä determinantteja (esimerkiksi meluhaittojen kokeminen, liikunnan harrastaminen) ja terveyden lopputuloksia (esimerkiksi itse arvioitu terveys). Indikaattoreista on saatavilla kuntakohtaista tietoa Ruotsin Kansanterveyslaitoksen verkkosivuilta ([www.fhi.se](http://www.fhi.se)).

Englannissa on kaksi edellä mainittua päätavoitetta (vuodelta 1999) ja kansallisia indikaattoreita on 12 sisältöalueella (vuodelta 2003). Ne koskevat yleisiä syytekijöitä (lapsikäyhyys, koulutus, kodittomuus, asumistaso), terveysvaaroja (tieliikenneonnettomuudet, teiniraskaudet), terveyskäyttäytymistä (vihannesten ja hedelmien syöminen, tupakointi, fyysinen aktiivisuus) ja terveydenhuollon saatavuutta sekä kuolleisuutta.

Hollannin tutkimusohjelmakomitean ehdotukset terveyserojen kaventamisen tavoitteiksi on ilmaistu täsmällisten määrällisten indikaattorien

avulla. Ne kohdistuvat neljälle pääalueelle, joihin terveyserojen kaventamiseen tähtäävän politiikan pitäisi komitean mielestä puuttua: 1) eriarvoisuuden syytekijöihin, 2) terveysongelmien kielteisten seurausten vähentämiseen, 3) sosioekonomisen aseman aiheuttamien kielteisten terveysvaikutusten vähentämiseen ja 4) positiiviseen diskriminaatioon terveydenhuollon saatavuudessa (eli heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien erityistukeen).

Suomen kansanterveysohjelman kahdeksalle päätavoitealueelle kohdistuvat indikaattorit (yhteensä noin 40 indikaattoria) ovat paljolti lopputulosindikaattoreita ja painottuvat terveysongelmiin ja muutamaiin vaaratekijöihin (ks. Koskinen 2004).

Määrällisten tavoitteiden ja indikaattorien ohjaavuudesta ja käyttökelpoisuudesta terveyspolitiikan suuntaamisessa ja toimeenpanossa on käyty kriittistä keskustelua sekä Suomessa että muualla (Leppo 1995; Marinker 2002; Sihto 2004). Eryteisesti terveyden lopputulostavoitteita on arvosteltu vähämerkityksellisiksi terveyserojen kaventamisessa, kun tiedetään, että monet syytekijät ovat sosiaalisia ja yhteiskunnallisia (Whitehead & al. 1998). Myös liian monia täsmällisiä tavoitteita ja kriteereiksi valittuja yksityiskohtaisia indikaattoreita tärkeämpänä on pidetty sitä, että toiminta suunnataan järkevästi sisällöllisesti tärkeille alueille ja että myös toimitaan huonojen olosuhteiden korjaamiseksi (ks. myös Palosuo & al. 2004, 104).

## Tietopohjan rakentaminen

Ruotsissa on vahvistettu terveyseroja koskevan tutkimuksen instituutiopohjaa perustamalla erillinen tutkimusyksikkö Centre for Health Equity Studies (CHESS) (ks. Krantz & Lundberg 2003). CHESS ja siihen liittyvä tutkijaverkosto tuottavat perustutkimusta mm. hyvinvointivaltiota, tulojen vaikutuksista terveyseroihin ja työelämän vaikutuksista terveyteen. Ruotsin Kansanterveyslaitos taas kokoaa tietoperustaa kansanterveysohjelman ohjaamisen ja seuraamisen tueksi (mm. indikaattoripankki). Keskeisenä terveyspolitiikan toteutumisen seurantavälineenä on neljän vuoden välein ilmestyväksi kaavailtu kansanterveyspolitiikan raportti. Ensimmäinen laaja selvitys ilmestyi syksyllä 2005 (Folkhälsopolitisk rapport 2005).

Englannissa terveyserojen akateemisen tutkimuksen perinne on pitkä ja yliopistoissa tehdään runsaasti alan tutkimusta. Vuonna 2000 perustettiin uuden terveystieteen tietotarpeita palvelemaan National Health Servicen (NHS) erityisvirasto Health Development Agency, jonka tehtäviin kuuluvat erityisesti hyvien käytäntöjen (*what works*) tiedonkeruu sekä arviointi, ohjaus ja neuvonta. Tämä virasto on jatkanut vuodesta 2005 lähtien toimintaansa uudessa yhdistetyssä kliinisen tutkimuksen ja kansanterveystutkimuksen arviointilaitoksessa (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE). Vuonna 2000 perustettiin myös yhdeksän alueellista ns. Public Health Observatoryja palvelemaan kunkin Englannin hallintoalueen (Region) kansanterveydelisiä tiedontarpeita.

Myös Hollannissa on korkeatasoista akateemista terveyserojen tutkimusta. Terveystieteen edistämisen ja sairauksien ehkäisyn instituutin (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, NIGZ) terveyseroja koskevassa tutkimuksessa painopiste on paikallistason ja kuntien toiminnassa. NIGZ:n päähanke on vuonna 2001 aloitettu SLAG-projekti, jonka tutkimukset kohdistuvat vähäosaisiin väestöryhmiin ja sosioekonomisiin terveyseroihin. NIGZ:n yhteyteen on perustettu terveyseroihin keskittynyt *clearing-house* eli tieto- ja tiedotuskeskus. Tiedollista ja aineellista tukea kunnille terveystieteen toteuttamisessa on taattu kansallisella sopimuksella (National Contract for Public Health Care).

Suomessa on poikkeuksellisen monipuoliset seuranta- ja tiedotustiedostot ja kansainvälisesti tunnettua tutkimusta terveyseroista (esim. Manderbacka & al. 2000). Tutkimus on kuitenkin ollut projektilähtöistä ja yksittäisten tutkijoiden ja tutkijaryhmien mielenkiinnon varassa. Suomessa terveyserojen kaventaminen on keskeinen terveystieteen tavoite ja tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi myös järjestelmällistä tutkimusta ja tutkimusresurssien turvaamista.

### **Miten terveyseroihin kohdistuvaa politiikkaa on toteutettu?**

Englannissa Labour-hallitus on yrittänyt puuttua terveyserojen rakenteellisiin syihin laajojen aluepohjaisten köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisten interventioiden avulla. Tunnetuimpia suuria alueellisia hankkeita ovat seitsenvuotinen Health Ac-

tion Zones (esim. Benzeval 2003), lähiyhteisöjen elvytysohjelmat (10-vuotinen New Deal for Communities -ohjelma; esim. NRU 2002) ja köyhien alueiden syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemiseen keskittyvä ns. Sure Start -ohjelma (alun perin viisivuotinen ohjelma; esim. Tunstall & al. 2002). Näistä interventioista on toivottu saatavan kokemusta ja malleja käytettäväksi myös muilla alueilla. Arviointiin on osoitettu tutkimusvaroja ja hankkeiden toteuttamista on arvioitu jo ennen niiden päättymistä. Interventiot ovat olleet monialaisia ja monitoimijaisia. Näiden hankkeiden tuloksia terveyseroissa ilmenevinä muutoksina ei ollut saatavilla selvitystä tehdesämme.

Britannian kansallinen terveyspalvelujärjestelmä National Health Service on valjastettu johtamaan paikallistason terveystieteen toteuttamista. Terveystieteen sektorilla on siten vetovastuu terveyserojen kaventamisessa. Samanaikaisesti perusterveydenhuoltojärjestelmää ollaan uudistamassa (10-vuotinen NHS:n modernisointiohjelma). Englannissa korostetaan kumppanuusrakenteita ja yhteistoimintaa kaikilla hallinnon tasoilla ja paikallistason yhteistoiminnassa kumppanuusrakenteet ovat olleet edellytyksenä kehittämishankkeiden rahoitukselle.

Terveystieteen ratkaisujen kehittämismallina Hollannin 12 intervention tutkimusohjelma poikkeaa selvästi Englannin laaja-alaisen, mutta sisällöltään kirjaviiden interventioiden suosimisesta. Hollannin interventioilla pyrittiin suhteellisen lyhyessä ajassa selvittämään mahdollisimman selkeästi tietyjen rajattujen toimien vaikuttavuutta. Vaikuttamisalueet kohdennettiin systemaattisesti ja harkitusti neljälle alueelle: eriarvoisuuden syytekijöihin, terveysongelmien kielteisten seurausten vähentämiseen, sosioekonomisen aseman aiheuttamien kielteisten terveysvaikutusten vähentämiseen sekä terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen. Interventiot olivat myös rahoituksen suhteellisen niukkuuden vuoksi varsin kapea-alaisia, mikä hollantilaisten omissa arvioissa todetaan ilmeisenä puutteena (Mackenbach & Stronks 2004). Kaikissa interventioissa noudatettiin arviointimenettelyä. Yksittäisissä interventioissa saavutettiin myönteisiä tuloksia. Esimerkiksi tupakoinnin aloittamista onnistuttiin ehkäisemään yleisessä alemman asteen koulussa ja ammattikoulussa. Interventioilla osoitettiin mm., että työympäristöön vaikuttamalla (vähentämällä fyysistä kuormitusta, mukauttamalla työtapoja

ja ottamalla käyttöön työkoneita fyysisesti rasittavissa töissä) voidaan kaventaa sosioekonomisia terveyseroja ja että yhteistyö voi olla tuloksellista huono-osaisten terveyttä vaarantavien prosessien katkaisemisessa (terveydenhoitajien työtä kehittämällä ja hoitoverkostoja luomalla). Tutkimusohjelma on virittänyt jatkoprojektin (SLAG), joka toimii kuntatasolla.

Ruotsissa ei ole toteutettu monia erityisesti terveyseroihin kohdistuvia interventioita. Merkittävimpiä on 10-vuotinen sydän- ja verisuonitautien ehkäisyohjelma, ns. Norsjö-projekti, jonka mallina on ollut Suomen Pohjois-Karjala-projekti. Täsmällisten interventioiden vähäisyys voi osaltaan liittyä ruotsalaiseen universalismia korostavaan linjaan: hyvinvointipolitiikkaa ei hoideta yksittäisillä interventioilla.

Ruotsissa on sen sijaan panostettu kansallisella tasolla voimakkaasti kansanterveysohjelman ja indikaattorijärjestelmän kehittelyyn. Ruotsin Kansanterveyslaitos organisoitiin vuonna 2001 uudelleen terveyserojen kaventamista korostavan terveyspolitiikan ohjaajaksi ja koordinoijaksi, jonka tehtävänä on myös seurata tavoitteiden toteutumista. Kansanterveysohjelman hallinnollinen vastuu ja toteutus hajautettiin koko yhteiskuntaan politiikan eri alueille.

Ruotsissa kehitettiin 1990-luvulla terveyserojen kaventamiseen liittyviä menetelmiä alue- ja paikallistasolla jo ennen uuden kansanterveysohjelman suunnittelua. Sen muotoina ovat olleet muun muassa paikalliset hyvinvointitaseet ja terveysvaikutusten arviointimenetelmät.

## **Oppia muiden maiden toimintatavoista?**

Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat myös Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa Suomen tapaan varsin pysyviä, mutta suhteelliset terveyserot ovat lisäksi pyrkineet kasvamaan useissa maissa (esim. Lahelma & al. 2002; Mackenbach & al. 2003; Kunst & al. 2005). Terveyspoliittiset ohjelmat ja julkilausumat eivät näytä missään maassa johtavan muutoksiin väestön terveyden jakoumassa, eivätkä vauraidenkaan maiden sosiaaliturvajärjestelmät ole riittäneet vähentämään terveyseroja sen enempää pohjoismaisissa universalismia korostavissa sosiaalipoliittisissa järjestelyissä kuin tätä liberaalimmissa järjestelyissäkään. Siksi terveyserojen kaventamiseen on haluttu kiinnittää erityistä huomiota muun muassa WHO:n

terveyspoliittisissa kannanotoissa. Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa on suunnattu huomattavia voimavaroja terveyserojen kaventamiseen tähtäviin toimintojen kehittämiseen ja kokeiluihin.

Englannin ja Ruotsin paikallistason toiminnan ja hankkeiden arvioinneista (ks. Palosuo & al. 2004) käy ilmi, että terveyserojen käsitteistöön ja ilmiön luonteen selvittämiseen on jouduttu käyttämään paljon aikaa, kun käytännön terveyspolitiikan toimia on suunniteltu. Yhteistoiminta eri politiikan lohkojen välillä on välttämätöntä, mutta myös yhteistoimintasuhteiden kehittämiseen on huomattu tarvittavan aikaa. Ruotsissa ja Englannissa tähdenetään myös kansalaisten kuulemista ja osallistumista toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen asiantuntijavaltaisen ylhäältä alas suuntautuvan toimintatavan sijasta.

## **Miksi sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on vaikeaa?**

Terveyspolitiikan keskeinen yleistavoite eli terveyden tasotavoite, väestön terveydentason kohentaminen, on periaatteessa helppo ymmärtää ja hyväksyä. Jakaumatavoite eli väestöryhmien välisten erojen vähentäminen on huomattavasti hankalampi kääntää toimintapolitiikan kielelle, erityisesti sosioekonomisten terveyserojen osalta. Periaatteessa koko sosiaalipolitiikkaa on luonnehdittu tasojen ja erojen politiikkana eli hyvinvoinnin tasojen turvaamisena ja väestöryhmien hyvinvointierojen sääntelynä (Simpura 2003, 123). Miksi terveyserojen kaventaminen on erityisen vaikeaa ja mihin tulisi suunnata huomio, kun tavoitteena on ryhmien välisten terveyserojen kaventaminen?

Terveyserojen nostamista poliittisia päätöksiä ja toimintaa edellyttäväksi sosiaaliseksi ja vaikkapa kunnallispoliittiseksi ongelmaksi vaikeuttanee se, että väestöryhmien välisiä terveyseroja ei voida varsinaisesti suoraan havainnoida, vaan terveyserot tulkitaan erilaisista väestötason terveyttä koskevista tilasto- ja tutkimustiedoista. Toiminnan tarvetta argumentoidaan tutkimustuloksien, jotka perustuvat monimutkaisiin laskelmiin ja jotka osoittavat toiminnan kohteeksi abstraktion: ryhmien välisten suhteiden (terveyserojen suuruuden) muuttamisen. Itse terveyskin on väestöilmionä abstraktio ja sinänsä moniaineksinen tulkintoja sisältävä käsite (ks. esim. Blaxter 2004). Niinpä terveyseroista puhuminen on moniselit-

teisempää kuin vaikkapa tuloeroista puhuminen. Terveyserojen kaventamistavoitteissa on usein jätetty täsmentämättä, tavoitellaanko absoluuttisten erojen vai suhteellisten erojen vähenemistä.

Jos erojen syytekijöitä tarkastellaan, asiaa ei välttämättä ole vaikea ymmärtää. Kun esimerkiksi Suomessa eniten koulutusta saaneeseen kolmannekseen kuuluvista miehistä 18 prosenttia tupakoi päivittäin, mutta vähiten koulutettuun kolmannekseen kuuluvista 39 prosenttia, tai vastaavasti ylempistä toimihenkilömiehistä 15 prosenttia tupakoi, mutta työntekijämiehistä 35 prosenttia (Helakorpi & al. 2005, 12, 74), on luultavasti helppo uskoa, että tuo reilusti kaksi kertaa yleisempi tupakointi lisää huomattavasti vähemmän koulutusta saaneiden, yleensä työntekijämiesten sairastuvuutta. Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta olisi tässä tapauksessa kyettävä kehittämään keinoja, joiden avulla etenkin työntekijämiehet luopuisivat tupakoinnista ja työntekijäammateihin suuntautuvat nuoret eivät aloitaisi tupakointia lainkaan. Erityistoimien kohdistaminen johonkin tiettyyn sosioekonomiseen ryhmään ja valikoivan toimintapolitiikan eettinen perustelu eivät ole itsestään selviä universalismia korostavassa toimintakulttuurissa. Keinoja tulisi etsiä monipuolisesti ja eri tasoilta. Ei riitä, että harjoitetaan terveysvalistusta ja yksilöllistä ohjausta. Esimerkiksi yleiset, universalistiset kaikkiin kohdistuvat tupakointikiellot julkisissa tiloissa ja työpaikoilla voivat osaltaan tukea tupakoinnin vähenemistä etenkin työntekijäammateissa.

Väestöryhmien välisten terveyserojen huomiointi ei ole myöskään itsestään selvää vaikkapa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa (esim. Muntaner 1999). Esimerkiksi lääkäreiden eettisiin arvoihin kuuluu huolehtia kaikkien terveydestä, eikä potilaita tai asiakkaita saisi valita heidän sosiaalisen asemansa perusteella. Edellä jo todettiin tutkimusten osoittavan, että kaikki eivät kuitenkaan ole yhdenvertaisia, vaan terveydenhuollossa tapahtuu eri syistä valikointia, joka suosii paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia (Keskimäki & al. 2002b; Häkkinen 2003; Teperi 2004). Tästä ilmiöstä terveydenhuollon ammateissa toimivien pitäisi olla nykyistä paremmin tietoisia.

Tutkimukset ovat lisäksi osoittaneet, että tavallisten ihmisten käsitykset terveyserojen syistä vaihtelevat heidän oman sosiaalisen asemansa mukaan. Huonossa sosiaalisessa asemassa olevat eivät välttämättä pidä huonoja olosuhteita tai

työoloja heikon terveyden syytekijöinä. He ottavat pikemminkin synn omille niskoilleen ja haluvat pitää ihmisiä itseään vastuullisina subjekteina. Kaikki sosiaaliryhmät hyväksyvät terveyskäyttäytymisen ja oman vastuun merkityksen terveyden syytekijöinä, mutta paremmassa sosiaalisessa asemassa olevat ovat olleet lisäksi valmiimpia näkemään erilaisten ympäristötekijöiden vaikutuksen terveyteen, kuten M. Blaxter (1997) on todennut. Hän toteaa myös, että rakenteellisten tekijöiden vaikutuksesta kertovat eriarvoisuustilastot eivät helposti puhuttele yksilöä, eikä niitä koeta henkilökohtaisesti merkityksellisinä. Samantapaisia tuloksia saatiin Skotlannissa vuonna 1997 tehdyssä tutkimuksessa, jossa 25-, 45- ja 65-vuotiailta tiedusteltiin, ketkä heidän mielestään todennäköisimmin sairastuvat syöpään, sydänsairauteen tai mielen sairauteen, joutuvat onnettomuuteen, ovat hyväkuntoisimpia ja elävät pisimpään, rikkaat, köyhät vai molemmat ryhmät yhtä lailla (Macintyre & al. 2005). Yleisin vastaus sairastumis- ja onnettomuusvaaraan oli, että vaara on yhtä suuri, mutta rikkaiden arveltiin elävän pitempään ja olevan hyväkuntoisempia. Kuitenkin alempien sosiaaliluokkien vastaajat uskoivat harvemmin köyhien suurempaan sairastumisen todennäköisyyteen kuin ylempien sosiaaliluokkien vastaajat. Tällaiset terveyseroja koskevaan tietoisuuteen liittyvät seikat todennäköisesti osaltaan haittaavat terveyserojen nousemista sosiaaliseksi ja poliittista toimintaa virittäväksi ongelmaksi. Tietoisuuden lisäksi tarvitaan myös muuten poliittisesti suotuisaa tilannetta, kuten artikkelin alussa todettiin. Hollannin esimerkki osoittaa, että hyväkin valmistelutyö saattaa juuttua paikoilleen muiden poliittisten ongelmien noustessa politiikan keskeisiksi asioiksi.

Terveyserot eivät siis helposti avaudu suoraan toiminnan kohteiksi. Toimintaa tulisi kohdistaa sellaisiin tekijöihin, jotka aiheuttavat terveyseroja. Laaja-alaisiin determinanteihin kohdistuva toiminta on esimerkiksi Ruotsin terveyspolitiikan johtoaajatus.

## Miten Suomessa edetään?

Sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen pysyvyys tai kasvaminen ja terveydenhuollon käytäntöjen eriarvoisuus antavat aihetta pohtia Suomessa harjoitetun terveyspolitiikan ja yleisemminkin yhteiskuntapolitiikan onnistuneisuutta



sekä hakea aktiivisemmin menetelmiä, joilla nykyinen terveyspolitiikan tavoitteille vastakkainen kehitys saataisiin katkaistuksi (ks. myös Sihto & al. 2002; Sihto 2003).

Samalla kun elintaso on noussut, väestön elin-aika pidentynyt ja yleinen terveydentila kohentunut, on Suomessa ja muualla kehityskulkuja, jotka voivat voimistaa terveyden polarisoitumista. Tuloerojen kasvu, lapsiköyhyyden lisääntyminen, pitkäaikaistyöttömyys, työelämän nopeat muutokset ja lisääntyvän maahanmuuttajaväestön ongelmat uhkaavat ylläpitää tai kasvattaa terveyseroja. Esimerkiksi alkoholipolitiikan äkillinen liberalisointi vuonna 2004, mikä näkyi alkoholi-juomien hintojen laskuna ja saatavuuden lisääntymisenä, on jo aiheuttanut niitä välittömiä terveysseuraamuksia (esimerkiksi ylimääräisiä kuolemia; ks. Kuolemansyyt 2004), jotka oli Suomessa jo etukäteen arvioitu poikkeuksellisen huolellisesti (Österberg & al. 1998). Tiedetään myös, että alkoholiperäiset sairaudet ovat merkittävä sosioekonomisten terveyserojen syy (Mäkelä 1999). Sosiaalipolitiikan ja terveyspolitiikan mahdollisuuksia korjata tämäläisten toimien ja kehityslinjien seurauksia on 1990-luvun laman jälkeisessä Suomessa heikennetty muun muassa sosiaaliturvan tasoa madaltamalla (Julkunen 2001). Heikennykset ovat kohdistuneet niihin, jotka jo muutenkin olivat heikossa asemassa, kuten mielenterveyspotilaisiin, päihdeongelmaisiiin, vanhuksiin ja lapsiperheisiin (Julkunen 2001; Jäntti & al. 2000; Sihto & al. 2002; Kautto & al. 1999; Heikkilä & Kautto 2002). Universalismista on paikoin luovuttu tarveharkintaisten tukien hyväksi. Keskustelua on käyty taloudellisen rationalismin voimistumisesta ja tunkeutumisesta sosiaalisten ja poliittisten asioiden hallintaan (Julkunen 2001). Erik Allardt (1999) on arvellut kansanterveyden olevan kansalaisten preferensseissä tärkeimpiin kuuluvia asioita, mutta siitä huolimatta käytännön yhteiskuntapolitiikassa on tähdenntetty yksipuolisesti taloudellisia arvoja ja päämääriä.

Kansaneläkelaitoksen, Helsingin yliopiston, Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen tutkijat ovat jo yli 30 vuotta sitten käynnistäneet sosioekonomisten terveyserojen tutkimustoiminnan, kartoittaneet kirjallisuutta ja järjestäneet seminaareja sekä muita tapahtumia (esim. Karisto & al. 1990; Forssas & al. 1999; Manderbacka & al. 2000; Kangas & al. 2002; Palosuo & al. 2004).

Sosiaali- ja terveysministeriö on nyttemmin

vastuuttanut Kansanterveyslaitoksen ryhtymään toimiin terveyserojen kaventamiseksi. Kartoitus-työtä on tehnyt Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston tutkijaryhmä, johon myös Työterveyslaitos on tullut mukaan. Ryhmän käynnistämä terveyserojen kaventamishanke (ns. TEROKA-hanke) pyrkii vahvistamaan terveyseroja koskevaa tieto- ja tutkimuspohjaa Suomessa ([www.ktl.fi/teroka](http://www.ktl.fi/teroka)) ja on muun muassa kokoomassa ajankohtaista raporttia terveyserojen kehityksestä Suomessa. Avauksia on myös tehty käytännön toimintamuotojen löytämiseksi, kehittämiseksi ja edistämiseksi yhteistyössä kuntatoimijoiden (erityisesti Terve Kunta -verkoston), järjestöjen, ohjelmien, hankkeiden ja muiden terveyden edistäjätahojen kanssa. Hanke on saanut periaatteellista tukea johtoryhmältä, jossa on sosiaali- ja terveysministeriön, valtion sektoritutkimuslaitosten (Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen), Suomen Kuntaliiton ja Terveyden edistämisen keskuksen johtajistoa. Vaatimattomasti resursoitu määräaikainen hanke ei tietenkään pysty ratkaisemaan kansanterveyden suuria perusongelmia eikä toteuttamaan kansanterveysohjelman toista suurta päätavoitetta, ja siksi on viritetty keskustelu erillisen kansallisen terveyseroihin pureutuvan toimintasuunnitelman laatimisesta; siinä paneuduttaisiin toiminnan tasoihin ja sisältöihin perusteellisesti.

Sosioekonomisissa terveyseroissa on kyse suurten väestöryhmien erilaisista pitkäaikaisista, usein lapsuudesta alkaen vaikuttavista kasautuvista altistuksista, kuormitustekijöistä ja sairastavuudesta. Jos eriarvoistaviin tekijöihin voidaan vaikuttaa ja niiden kautta vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja, myös koko kansanterveys kohenee kenties enemmän kuin millään muulla yksittäisellä toimella. Tämä kuitenkin edellyttää sitä, että kaikessa väestön terveyden edistämiseen tähtäävässä toiminnassa kiinnitetään huomiota sellaisten toimintamallien kehittämiseen, jotka tuottavat erityisen hyviä tuloksia niissä ryhmissä, joissa terveysriskit ovat suurimmat ja joiden terveys on erityisen huono. Terveyden sosiaalista määräytymistä osoittaa kiistatta se, että useimmat terveysindikaattorit ja merkittävät terveyden riskitekijät jakautuvat epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan. Tätä vaihtelua ei ehkä koskaan voida kokonaan poistaa, mutta sen vähentäminen on mahdollista ja joka tapauksessa terveyspolitiikan keskeinen tavoite. Lisäksi terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttää järjestelmäl-

listä tutkimus- ja seurantatietoa terveyseroista, niiden syistä ja kehityksestä sekä myös terveyserojen kaventamiseen tähtävien ja muiden interventioiden sekä politiikkojen etenemisestä ja vaikutuksista. Suomen vuoden 2006 EU-puheenjohtajakauden erityisenä terveyspoliittisena teemanä on ”Terveys kaikissa politiikoissa” (Health in All Policies, HIAP), johon terveyserojen kaventaminen luontevasti istuu ja josta voidaan ha-

## TIIVISTELMÄ

*Hannele Palosuo & Marita Sihto & Seppo Koskinen & Eero Lahelma & Ritva Prättälä & Ilmo Keskimäki & Kristiina Manderbacka: Sosioekonomiset terveyserot ja terveyspolitiikka Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa*

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on osoittautunut vaikeaksi terveyspolitiikan haasteeksi, johon muun muassa WHO:n terveyspoliittisissa ohjelmissa on kiinnitetty pitkään huomiota. Suomessa sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat erityisen suuret, ja ne ovat kasvaneet parin viime vuosikymmenen aikana. Myös sairastavuus- ja terveyskäyttäytymiserot ovat huomattavia. Suomessa on hyvät tutkimustiedot terveyseroista, mutta terveyspolitiikan käytännön toimien kehittäminen on ollut vähäistä verrattuna erityisesti viime vuosien Ruotsin ja Englannin terveyspolitiikkaan ja aiemmin myös Hollannin aktiivisuuteen. Kirjoituksessa esitellään näiden maiden terveyspolitiikan muotoiluja, terveyseroja koskevaa tietopohjaa ja terveyspoliittisia toimia sekä pohditaan sosioekonomisten terveyserojen erityisiä ongelmia ja Suomen kehitysnäkymiä.

Kaikkiaan näissä maissa, Suomi mukaan lukien, terveyspolitiikan tavoitteena on väestön terveystason parantamisen lisäksi väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Ruotsissa on käytetty paljon voimavaroja vuonna 2003 hyväksytyyn kansanterveysohjelman muotoiluun ja terveysindikaattorien kehittämiseen. Kansanterveysohjelman painopiste on terveyden ja terveyserojen syytekijöissä ja terveyserojen kaventamisen nähdään koskevan käytännössä kaikkia politiikan alueita.

Hollannin erityispiirre on, että siellä politiikkaa kehitettiin kahden tutkimusohjelman avulla yhteistyössä

keuautta innoitusta terveyserojen kaventamistoimille. Myös Maailman terveysjärjestön (WHO) asettama, professori Sir Michael Marmotin johtama komissio (The Commission on the Social Determinants of Health; ks. Marmot 2005) selvittää sekä maiden välillä että niiden sisällä ilmenevää terveyden eriarvoisuutta ja pyrkii virittämään yhteiskunnallista keskustelua terveyseroista sekä tarvittavasta poliittisesta toiminnasta.

tutkijoiden, poliitikkojen ja hallinnon edustajien kanssa. Ensimmäisessä, 5-vuotisessa ohjelmassa selvitettiin, mitä sosioekonomisista terveyseroista tiedetään. Toisessa, 6-vuotisessa hankkeessa toteutettiin eri politiikan vaikutusalueisiin systemaattisesti kohdentaen 12 interventiota, joilla haettiin toimivia terveyserojen kavnuskeinoja.

Englannissa terveyserojen kaventamispolitiikassa on tehty eniten sekä tietoperustan että toiminnan kehittämiseksi erityisesti vuodesta 1997 alkaen. Vuoden 1999 kansanterveysohjelmaan liitettiin myös erillinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma, jota vuonna 2003 seurasi uusi muokattu ohjelma. Kansanterveysohjelma on myös uusittu (2004). Eri aloilla ja hallinnon tasoilla on aktiivisesti kehitetty politiikan muotoja ja terveyseroista on käyty terveyspoliittista keskustelua. Terveyserojen kaventaminen on liitetty osaksi köyhyyden ja syrjäytymisen vastaista toimintaa. Käytännön toimintatapoja on kokeiltu laajoissa yhteisö-interventioissa, jotka ovat kohdistuneet keskimääräistä heikommille alueille (esimerkiksi Health Action Zones, Sure Start, New Deal for Communities).

Terveyserojen nousemiselle poliittisen toiminnan kohteeksi on monia esteitä. Terveyden jakaumatavoitteen kääntäminen toimintapolitiikan kielelle on vaikeaa. Terveyserojen kaventamistoimien hahmotus edellyttää ymmärrystä erojen luonteesta ja niiden monopolivisista syytekijöistä. Terveyspoliittisiin toimiin ryhdyttäessä olisi eduksi, että tiedettäisiin, mitä keinoja olisi hyödyllistä käyttää. Pohjoismainen yhteiskuntapolitiikan universalismin periaate voi terveyspolitiikassa osaltaan vaikeuttaa toimien kehittämistä huono-osaisia ryhmiä suosivaksi, mikä joissakin tapauksissa olisi tarpeen.

## KIRJALLISUUS

- ACHESON, D.: Independent Inquiry into Inequalities in Health. Chaired by Sir Donald Acheson. London: The Stationery Office, 1998
- ALLARDT, E.: Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36 (1999): 3, 203–212
- ARTS, W. & GELISSEN, J.: Welfare States, Solidarity and

- Justice Principles: Does the Type Really Matter? *Acta Sociologica* 44 (2001): 4, 283–299
- BENZEVAL, M.: The Final Report of the Tackling Inequalities in Health module: National Evaluation of Health Action Zones. A report to the Department of Health. Department of Geography, Queen Mary University of London, 2003. <http://www.geog.qmul.ac.uk/health>
- BLACK, D. & MORRIS, J. N. & SMITH, C. & TOWNSEND,

- P.: *The Black Report. Inequalities in Health*. Edited by Townsend, P. & Davidson, N. Middlesex: Penguin Books, (1980) 1982
- BLAXTER, M.: *Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities*. *Social Science & Medicine* 44 (1997), 747–756
- BLAXTER, M.: *Health*. Bodmin, Cornwall: Polity Press, MPG Books, 2004
- CHOOSING HEALTH. *Making healthy choices easier*. HM Government, Department of Health, 2004
- EXWORTHY, M. & BLANE, D. & MARMOT, M.: *Tackling Health Inequalities in the United Kingdom: The Progress and Pitfalls of Policy*. *Health Services Research* 38 (2003): 6, 1905–1921
- FOLKHÄLSOPOLITISK RAPPORT 2005:37. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut, 2005
- FORSSAS, E. & KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & MANDERBACKA, K. & PRÄTTÄLÄ, R. & SIHTO, M. & VALKONEN, T.: *Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen – bibliografia suomalaisista tutkimuksista*. Aiheita 40/1999. Helsinki: Stakes, 1999
- GRAHAM, H.: *Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings*. *The Milbank Quarterly* 82 (2004), 101–124
- HEIKKILÄ, M. & KAUTTO, M.: *Suomalaisten hyvinvointi vuosituhannen alussa*. S. 428–434. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Helsinki: Stakes, 2002
- HELAKORPI, S. & PATJA, K. & PRÄTTÄLÄ, R. & UUTELA, A.: *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005*. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2005
- HÄKINEN, U.: *Lääkärisikäynnit jakautuneet Suomessa eriarvoisesti*. *CHESS Online* 2003:3. [www.stakes.fi/chess](http://www.stakes.fi/chess)
- JULKUNEN, R.: *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino, 2001
- JÄNTTI, M. & MARTIKAINEN, P. & VALKONEN, T.: *When the Welfare State Works: Unemployment and Mortality in Finland*. P. 351–369. In: Cornia, G. A. & Panicià, R. (eds): *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Great Britain: Oxford University Press, 2000
- KANGAS, I. & KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & MANDERBACKA, K. & LAHELMA, E. & PRÄTTÄLÄ, R. & SIHTO, M.: *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita, 2002
- KARISTO, A. & LAHELMA, E. & RAHKONEN, O.: *'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan*. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27 (1990): 3, 206–220
- KAUTTO, M. & HEIKKILÄ, M. & HVINDEN, S. & MARKLUND, S. & PLOUG, N.: *Introduction. The Nordic welfare states in the 1990s*. P. 1–18. In: Kautto, M. & Heikkilä, M. & Hvinden, B. & Marklund, S. & Ploug, N. (eds): *Nordic Social Policy. Changing Welfare States*. London and New York: Routledge, 1999
- KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & SIHTO, M. & KANGAS, I. & MANDERBACKA, K.: *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen*. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Helsinki: Stakes, 2002. 2002a
- KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & TEPERI, J.: *Terveysspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja*. S. 281–299. Teoksessa: Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Manderbacka, K. & Lahelma, E. & Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.): *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita, 2002. 2002b
- KOSKINEN, S.: *Terveysindikaattorit*. *Hyvinvointikatsaus* 2004: 1, 34–42
- KOSKINEN, S. & TEPERI, J.: *Voidaanko terveyseroja kaventaa?* S. 13–23. Teoksessa: Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.): *Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen*. Raportteja 243. Helsinki: Stakes, 1999
- KOSONEN, P.: *Pohjoismaisten hyvinvointimallien murrokset 1990-luvulla*. S. 43–67. Teoksessa: Ritakallio, M. (toim.): *Riskit, instituutiot ja tuotokset*. Juhlakirja Olli Kankaan täyttässä 50 vuotta. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimus nro 59. TCWR tutkimuksia nro 1. Painosalama Oy, 2003
- KRANTZ, G. & LUNDBERG, O.: *Health Equity Studies – en introduktion*. *Socialmedicinsk tidskrift* 1/2003
- KUNST, A. & BOS, V. & LAHELMA, E. & BARTLEY, M. & CARDANO, M. & DALSTRA, J. & GEURTS, J. & HELMERT, U. & LENNARTSSON, C. & LISSAU, I. & LUNDBERG, O. & MIELCK, A. & RAMM, J. & REGIDOR, E. & STRONEGGER, W. & MACKENBACH, J.: *Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in 10 European countries*. *International Journal of Epidemiology* 34 (2005): 2, 295–305
- KUOLEMANSYYT 2004. SVT; *Terveys* 2005:1. Helsinki: Tilastokeskus, 2005
- LAHELMA, E. & KIVELÄ, K. & ROOS, E. & TUOMINEN, T. & DAHL, E. & DIDERICHSEN, F. & ELSTAD, J. I. & LISSAU, I. & LUNDBERG, O. & RAHKONEN, O. & RASMUSSEN, N. K. & ÅBERG, YNGWE M.: *Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states*. *Social Science & Medicine* 55 (2002), 609–625
- LEPPO, K.: *Health for all policy in a pilot country: the case of Finland*. In: Harrington, P. & Ritsatakis, A. (eds): *European health policy conference: opportunities for the future, vol III*. Copenhagen: WHO, 1995
- MACINTYRE, S. & MCKAY, L. & ELLAWAY, A.: *Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health*. *Social Science & Medicine* 60 (2005), 313–317
- MACKENBACH, J. P.: *Socioeconomic inequalities in health in The Netherlands: impact of a five year research programme*. *British Medical Journal* 309 (1994): 6967, 1487–1491
- MACKENBACH, J. P. & BAKKER, M. J.: *For the European Network on Interventions and Policies to Redu-*

- ce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 362 (2003), 1409–1414
- MACKENBACH, J. & BOS, V. & ANDERSEN, O. & CARDANO, M. & COSTA, G. & HARDING, S. & REID, A. & HEMSTRÖM, Ö. & VALKONEN, T. & KUNST, A.: Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 32 (2003), 830–837
- MACKENBACH, J. P. & STRONKS, K.: The development of a strategy for tackling inequalities in health in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 3 (2004) 11. <http://www.equityhealthj.com/content/3/1/11>
- MANDERBACKA, K. & FORSSAS, E. & KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & PRÄTTÄLÄ, R. & SIHTO, M.: Sosioekonomisten terveyserojen supistaminen – suomalaisen tutkimuksen painopistealueet 1970–1998. *Aiheita* 9/2000. Helsinki: Stakes, 2000
- MARINKER, M. (ed.): Health targets in Europe. Policy progress and promises. London: BMJ Books, 2002
- MARMOT, M.: Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 365 (2005), 1099–1104
- MARTELIN, T. & KOSKINEN, S. & AROMAA, A.: Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. S. 93–102. Teoksessa: Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: KTL, 2002
- MARTELIN, T. & KOSKINEN, S. & KESTILÄ, L. & AROMAA, A.: Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. S. 134–148. Teoksessa: Koskinen, S. & Kestilä, L. & Martelin, T. & Aromaa, A. (toim.): Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki: KTL, 2005a
- MARTELIN, T. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E.: Terveyserot. S. 266–276. Teoksessa: Aromaa, A. & Huttunen, J. & Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.): Suomalaisen terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2005b
- MUNTANER, C.: Teaching social inequalities in health: barriers and opportunities. *Scandinavian Journal of Public Health* 27 (1999), 161–165
- MÄKELÄ, P.: Alkoholiiin liittyvät kuolemat. Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. Tutkimuksia 105. Helsinki: Stakes, 1999
- PALOSUO, H. & SIHTO, M. & KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & MANDERBACKA, K. & PRÄTTÄLÄ, R.: Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. *Julkaisuja* 2004:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004
- PROGRAMME COMMITTEE SEGV II. Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health – Second Phase. Reducing Socio-Economic Inequalities in Health. (SEGV-II) Final Report and Policy Recommendations from the Dutch Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health – Second Phase. Health Research and Development Council of the Netherlands, 2001
- PRÄTTÄLÄ, R. & AL.: Terveyskäyttäytymisen muutokset. Käsikirjoitus 2006. Ilmestyy teoksessa: Palosuo, H. & al. (toim.): Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarja
- RAHKONEN, O. & TALALA, K. & LAAKSONEN, M. & LAHELMA, E. & PRÄTTÄLÄ, R. & UUTELA, A.: Suomalaisen koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979–2002. *Suomen Lääkäreilehti* 59 (2004): 20, 2159–2163
- REDUCING HEALTH INEQUALITIES: An Action Report. Our Healthier Nation. London: Department of Health, 1999
- REGERINGENS PROPOSITION 2002/03:35. Mål för folkhälsan. [www.social.regeringen.se/sb/d/108/a/1259](http://www.social.regeringen.se/sb/d/108/a/1259)
- SALOMAA, V. & NIEMELÄ, M. & MIETTINEN, H. & KETTONEN, M. & IMMONEN-RÄIHÄ, P. & KOSKINEN, S. & AL.: Sepelvaltimotautikuoletisuuden, kohtausten ilmaantuvuuden ja kohtaustappavuuden yhteys sosioekonomiseen asemaan Suomessa vuosina 1983–1992. *Suomen Lääkäreilehti* 55 (2001): 38, 3811–3817
- SAVING LIVES: Our Healthier Nation. Department of Health. London: HMSO, 1999
- SIHTO, M.: Poliitiikan tekemistä vaivaa analyysihalvaus. *Hyvinvointikatsaus* 2004: 1, 32–33
- SIHTO, M.: Onko terveyserojen kaventaminen mahdollista? *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (2003): 5, 538–546
- SIHTO, M. & KANGAS, I. & KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & MANDERBACKA, K. & PRÄTTÄLÄ, R.: Terveyserojen kaventamiskeinot käyttöön. S. 325–330. Teoksessa: Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Manderbacka, K. & Lahelma, E. & Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 2002
- SIMPURA, J.: Hyvinvoinnin tasojen ja erojen politiikat. S. 123–160. Teoksessa: Helne, T. & Julkunen, R. & Kajanoja, J. & Laitinen-Kuikka, S. & Silvasti, T. & Simpura, J.: Sosiaalinen politiikka. Helsinki: WSOY, 2003
- SOU 2000:91. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Englanniksi: Health on equal terms – national goals for public health. Final Report by the Swedish National Committee for Public Health. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement* 57, 2001
- STM 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1986
- STM 1993. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. *Julkaisuja* 1993:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1993
- STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys

- 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- TACKLING HEALTH INEQUALITIES. Cross-Cutting Review. London: HM Treasury and Department of Health, 2002. [www.dh.gov.uk/healthinequalities/ccssummaryreport.htm](http://www.dh.gov.uk/healthinequalities/ccssummaryreport.htm).
- TACKLING HEALTH INEQUALITIES. A Programme for Action. London: Department of Health, 2003. [www.dh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction](http://www.dh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction)
- TEPERI, J.: Kuka saa terveyspalveluja? Teoksessa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2004
- TUNSTILL, J. & ALLNOCK, D. & MEADOWS, P. & MCLEOD, A.: Early Experience of Implementing Sure Start. Sure Start National Evaluation. NESS/FR/01, 2002. [www.surestart.go.uk](http://www.surestart.go.uk)
- VALKONEN, T. & AHONEN, H. & MARTIKAINEN, P.: Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2003: 2, 12–18
- VALTIONEUVOSTON KANSLIA. Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma 24.6.2003. [www.vnk.fi/julkaisut](http://www.vnk.fi/julkaisut)
- WANLESS, D.: Securing Our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report. HM Treasury, April 2002. <http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless>
- WANLESS, D.: Securing Good Health for the Whole Population. Population Health Trends. London: HM Treasury, HMSO, 2004
- WHITEHEAD, M.: Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. The Milbank Quarterly 76 (1998): 3, 469–492
- WHITEHEAD, M. & SCOTT-SAMUEL, A. & DAHLGREN, G.: Setting targets to address inequalities in health. The Lancet 351 (1998), 1279–1282
- ÖSTERBERG, E. & KAJALO, S. & LEPPÄNEN, K. & NIILOLA, K. & RAUHANEN, T. & SALOMAA, J. & VOIPPIO, I. B.: Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholilolista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamisvaihtoehdon mukaan. Julkaisuja 1998:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1998.