

# Suomalainen paradoksi

J. P. ROOS

Miten selittää ihmisten terveystä? Tämä on aihe, josta on tavattomasti empiiristä materiaalia ja ainakin Suomessa ehkä parhaimmat ja pisimmälle historiaan ulottuvat aineistot. Silti tällä alalla on edelleen tavattomasti selittämätöntä tai jatkuvasti ilmenee uusia yllättäviä ongelmia.

*Terveyden eriarvoisuus Suomessa* -kirja käsittelee terveyden sosioekonomista selittämistä. Sen kirjoittajat ovat Helsingin yliopiston, Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin tutkijoita ja jokaisella artikkelilla on oma kirjoittajakuntansa (keskimäärin 5–7). Toimittajakin on, kuten yllä näkyy, tosi paljon. Teos on kuitenkin hyvin tasalaatuinen ja voisi kyllä oikeastaan olla suuren kirjoittajakunnan yhteinen suoritus, sillä useimmat kirjoittajat ovat olleet mukana kirjoittamassa monia tekstejä. Joka tapauksessa on niin, että kirjalle on kovin vaikea löytää arvostelijaa alalta, kun kaikki alan ihmiset ovat sekaantuneet siihen. Niinpä tällainen ulkopuolinen amatööri on joutunut hommiin!

On suomalainen paradoksi, että olemme yksi kaikkein tasa-arvoisimpia maita maailmassa. Tuloerot ovat pieniä ja köyhyys erittäin vähäistä, mutta terveyserot ovat valtavia ja ne ovat kasvussa. Väestön keskimääräinen koulutustaso on korkea, ja vasta aivan viime vuosina ovat tuloerot päässeet venähtämään yläpäästään todella suuriksi (tuloerot olivat Suomessa yhtä suuria 1960-luvulla kuin nykyään, mutta tuolloin ne johtuivat suu-

resta köyhien määrästä ja alhaisesta ruumiillisen työn palkkatasosta, siis selkeistä luokkaeroista). Nyt tuloerojen kasvu johtuu ylimpien tulojen räjähdysmäisestä kasvusta, siis melko pienen eliitin erottumisesta muista, huolimatta siitä, että alimmat tulot ovat nousseet selvästi. Kasvu johtuu myös tosi köyhien köyhtymisestä ja yksinäistalouksien määrän kasvusta. Kyse on siis hiukan erilaisesta luokkakonstellatiosta.

Terveyden selittämisessä on myös vahva aikaefekti. Lapsuudessa koettu köyhyys ja puute vaikuttavat ihmisen koko elämän aikana. 1960-luvun köyhyydellä on siis merkitystä nykyihmisten terveydentilalle. Omaksutut elämäntavat ovat myös yleensä hitaasti vaikuttavia. Lihavuus tai alkoholinkäyttö tai tupakointi tappaa vähitellen. Jopa äidin syntymäolosuhteet vaikuttavat lasten elinikään ja lisääntymispotentiaaliin Virpi Lummaan tutkimusten mukaan. Näin selitykset, joissa tarkastellaan pelkästään samanaikaisia muuttujia tai rinnakkaisia selitysvaihtoehtoja, eivät ole kovin hyviä eikä niistä voi paljoa päätellä.

Kuitenkin Suomessa sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat huomattavan suuria, joskin sukupuolierot ovat kuitenkin vähintään yhtä merkittäviä (jopa huonoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevat naiset elävät pitempään kuin parhaiten koulutetut miehet). Suomessa erot selittyvät lähinnä koulutuksesta ja ammattiase-

Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.)  
*Terveyden eriarvoisuus Suomessa*  
*Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*  
*Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*  
Helsinki 2007

masta (siis työn luonteesta), eivät niinkään tuloista (siis resursseista ostaa terveyspalveluita). Tällöin voidaan heti kysyä, onko olemassa muuttujia, jotka selittäisivät koulutusta ja ammatiasemaa. Tällaisia on kyllä olemassa, mutta ne ovat yhteiskuntatieteissä pelättyjä. On ilmeistä, että vaikkapa älykkyys selittää koulumenestystä pikemmin kuin päinvastoin, vaikka opettajat mielellään näin kuvittelevatkin. Toisin sanoen on täysin mahdollista, että älykkyys ja sen jakautuminen väestössä selittävät terveydentilaa: älykäs ihminen osaa arvioida paremmin toimintansa seurauksia, omaksua paremmin annettua tietoa, välttää välitöntä ja varsinkin pitemmän tähtäyksen riskikäyttäytymistä jne.

Tälle selitykselle on yksi ilmeinen vastaväite: miksi sitten naiset elävät miehiä pitempään, vaikka miesten ja naisten älykkydessä ei ole selviä eroja? Toi-

saalta naisten koulumenestys on selvästi parempi, joten koulutus selittää myös sukupuolten välisiä eroja mutta ei läheskään hävitä niitä. Sukupuoli on siis vahvempi riippumaton selittäjä. Feminististen naistutkijoiden pitäisi tutustua terveystutkimuksen aineistoihin, mutta tuskinpa he silloinkaan lopettaisivat puheita siitä, että sukupuoli on pelkkä sosiaalinen konstruktio! Kuitenkin: jos viiden vuoden eliniän ero voitaisiin konstruoida sosiaalisesti, niin me sosiologit olisimme taikureita ja meillä olisi jotain merkitystä yhteiskunnassa. Mutta kun tämä ei ole mahdollista, niin sellaiset sosiologit, jotka ilmeisten tosiasioiden vastaisesti ylläpitävät uskomusta, että sukupuolella kyse on vain kasvatuksen ja ajattelun vaikutuksesta ja että se on jotain puhtaasti sosiaalista, vain hävitävät loputkin sosiologian uskottavuudesta.

\* \* \*

Yksilöiden terveyserojen selittyminen lähtee teoreettisesti suurinpiirtein seuraavasta muuttujakokonaisuudesta:

– Onko ympäristö terveellinen vai ei? Tämä vaikuttaa kaikkiin tietyllä alueella asuviin, joten vain vertailu eri alueiden välillä kertoo eroista. Toisaalta alueiden erot eivät välttämättä selity alueista itsessään (köyhät sijoittuvat eri alueille kuin rikkaat, esimerkiksi).

– Yksilön perimällä on myös vaikutusta, mahdollisesti huomattavastikin. Terveudessa voisi siis olla jopa etnisiä ja ”rodullisia” eroja. Suomessa käyty keskustelu suomenruotsalaisen väestön paremmasta terveydestä on tästä esimerkki, vaikka eroa onkin selitetty sosiaalisilla, ei geenitekijöillä. Suomalaisilla on myös

joukko pienestä homogeenisestä väestöstä johtuvia tauteja, mutta näiden terveysvaikutukset ovat mitättömiä.

– Millainen on ollut sikiön ja lapsen kasvuympäristö: ravitsemus, muut riskitekijät, erityisesti alkoholi.

– Miten itse käyttäytyy: ottaako riskejä, elääkö terveellisesti? Tätä taas selittävät yksilön ominaisuudet: sukupuoli, älykyys, koulutuksella saadut tiedot terveyskäyttäytymisen vaikutuksista ja siitä tehdyt johtopäätökset.

– Millainen on yksilön työympäristö ja työura: raskas työ tappaa varmasti!

– Työttömyys, avioero, yksinäisyys jne. vaikuttavat suoraan ihmisen terveyteen paitsi, että riski joutua työttömäksi, erota yms. perustuu myös yksilöominaisuuksiin.

– Edellä todettiin, että sukupuolella on iso vaikutus. Tämä vaikutus perustuu siihen, että sukupuolilla on käyttäytymiseroja (mm. riskien otto, väkivaltainen käyttäytyminen, alkoholin kulutus, tupakointi jne.) ja geneettisiä kestävyyseroja (nainen on rakennettu kestävämmäksi, vrt. Lummaan isoäiti-hypoteesia koskeva keskustelu), mutta ei mihinkään ns. kulttuuriseen sukupuolieroon (ns. heteronormatiivisuus ei varmasti vaikuta!). Sen sijaan sukupuoli-erot voivat supistua, jos naiset esimerkiksi lisäävät alkoholin kulutustaan ja tupakointiaan tai ryhtyvät harjoittamaan miestapaista väkivaltaa juovuspäissään. Tämä on melko epätodennäköistä suuressa mitassa, mutta toki mahdollista. Ainakin vähiten koulutetut naiset ovat lisänneet selvästi tupakointiaan ja alkoholin käyttöään.

Tässä ne syyt suurin piirtein ovat.

Edellä esitetty perustuu osittain nyt arvioitavaan kirjaan, osittain sellaisiin näkemyksiin, joista kirjassa valitettavasti vaetaan. Kyse on siinä mielessä normaalisosiologisesta terveystutkimuksesta, että evoluutioteoreettisiin näkemyksiin ja esimerkiksi sukupuolierojen taustoihin ei juuri viitata. Annetaan vain tulosten puhua. Lukija saa itse tehdä johtopäätökset. Toisaalta kirjan artikkelit sulkevat pois joukon epätodennäköisiä, juuri konstruktionistisia selityksiä. Terveyserot eivät ole retoriikkaa eivätkä representaatiota, ne eivät johdu vain siitä, miten ongelmaa tarkastellaan, eikä niitä voida pyyhkiä pois jollain muulla kontekstilla tai perspektiivillä. Ihmetellä ehkä voi, että kun meillä Suomessa on todella paljon ja kansainvälisesti merkittävää geneettistä terveystutkimusta ja vaikkapa kaksostutkimusaineistoja, jotka ovat maailman mitassa poikkeuksellisia, niin näitä ei ole käytetty väestöllisessä terveystutkimuksessa lainkaan hyödyksi. Niitä voisi kuitenkin käyttää hyväksi ainakin joidenkin erojen selityksessä (tautien vaikutukset).

Mutta on aivan ilmeistä, että juuri väestö- ja terveystieteellisellä tutkimuksella olisi – seksi- ja lisääntymistutkimuksen ohella – eniten saatavaa evoluutioteoriasta. Sen avulla monet hypoteesit voisi asettaa ihan toisella tavalla ja malleja voisi paljon kehittää. Tämän toteutuminen on nähdäkseni vain ajan kysymys. Toinen asia on, että Tatu Vanhasen seuraajia tuskin terveystutkijoistakaan kovin pian löytyy – siis niitä, jotka uskaltaisivat puhua älykkyyseroista terveyserojen taustalla.

\* \* \*

Tästä peruspuutteesta huolimatta kirjan artikkeleissa analysoidaan mielenkiintoisella tavoilla esimerkiksi eriarvoisuuden muutoksia. Muutokset työntekijöiden itsemurha- ja väkivalta-alttiudessa, keuhkosyövissä ja lievien aivoverisuonten sairauksissa ovat vähentäneet kuolleisuuseroja 2000-luvulla (siis varsin lyhyellä ajanjaksolla), kun taas ylemmät toimihenkilöt ovat vetäneet lisää terveystilaa sydän-sairauksissa ja syövässä. Alkoholi on lisännyt kuolleisuusriskiä kaikille yhtä paljon. Naisilla tilanne on aika lailla toisenlainen: toimihenkilöt (siis koulutetut) ovat vain kasvattaneet eroa.

Ero on hurja koulutettujen naisten ja kouluttamattomien miesten välillä: 35-vuotiailla koulutetuilla naisilla on yli 50 vuotta elinikää jäljellä, kun perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä elinvuosia on jäljellä alle 40 (ja terveissä elinvuosissa on vielä isompi ero)! Sukupuoli ja luokka vastaavat tästä melko tasaveroisesti. Pelkästään ammatiaseman/koulutuksen ero sekä miehillä että naisilla on noin viisi vuotta.

Entä sitten koetut terveyserot? Miehet kokevat itsensä myös sairaammiksi kuin naiset, ja ero on kasvanut selvästi 80-luvulta 2000-luvulle (se on nykyään noin viisi prosenttiyksikköä). Merkillistä on se, että lammuvuosiina sekä miehet että naiset kokivat itsensä terveemmiksi ja naiset reagoivat lamaan vielä paljon voimakkaammin. Tekijät eivät yritä selittää tätä mitenkään, mikä on valitettavaa. Spekuloidahan aina voi, mutta kyllä tälle jotain taustatekijöitäkin pitäisi löytyä. Mikä laman aikana muuttui ja paransi ihmisten terveydentilaa? Olisiko niin, että vaikka mahdollisesti työttö-

miksi joutuneiden terveydentila huononi, niin töissä olevat kokivat terveytensä paremmaksi? Vastaus on ei, sillä tulokset osoittavat, että myös työttömät kokivat itsensä laman aikana terveemmiksi!

Joka tapauksessa koulutuksen merkitys myös koetussa terveydessä on erittäin iso: koulutettujen naisten ja kouluttamattomien miesten välinen ero on venähtänyt kaikkiaan seitsemästä yhteentoista prosenttiin (terveytensä melko huonoksi tai huonoksi kokevien osalta).

Toimintakyvyn ja terveiden elinvuosien osalta erot ovat myös häkellyttävän dramaattisia. Kaikkien toimintakyky on toki parantunut vuodesta 1980 vuoteen 2005, mutta alimmassa koulutusryhmässä kehitys näyttää kääntyneen huonommaksi 2000-luvulla ja hyvässä tai erittäin hyvässä terveydessä taas ero peruskoulutettujen ja korkea-asteen koulutettujen välillä on reilut 13 vuotta sekä miehillä että naisilla (kun kokonaiselinikäerot ovat vain 4–6 vuotta). Koulutus ”tuottaa” siis paitsi pitkää ikää myös niin ennen kaikkea terveitä elinvuosia. Lyhyesti sanottuna koulutus on merkittävä terveyden ja hyvinvointierojen lähde, paljon merkittävämpi kuin tulot (paitsi tulojakauman ääripäissä). Ja kun tiedämme, että kyse ei voi olla koulutuksesta sinänsä (sillä ei ole mitään suoraa terveysvaikutuksia), niin tarvitaan huomattavan monimutkaisia selitysmalleja, joista kirjassa käsitellään vain osaa.

Kirjassa tarkastellut selitykset liittyvät elintapoihin. Mukaan on otettu helposti mitattavat terveyteen vaikuttavat tekijät: tupakointi, alkoholi, ruokatottumukset ja liikunta. Kaikki nämä vaikuttavat samaan suun-

taan tietyn vivahtein. Koulutetut miehet ovat vähentäneet tupakointiaan, kun taas muut ovat jatkaneet polttamista. Naisilla taas kouluttamattomat ovat lisänneet tupakointiaan rajusti (alle 20 prosentista 30 prosenttiin), kun taas koulutetut naiset ovat pysyneet samalla alhaisella tasolla. Alkoholin suhteen tilanne on kiinnostavasti se, että koulutetut käyttävät useammin alkoholia ja ovat lisänneet kulutuskertojaan 1990-luvulla, mutta alimmassa koulutusryhmässä juodaan selvästi isompia määriä kerralla ja suurkuluttajia on suhteellisesti eniten.

Ruoan suhteen tilanne on taas se, että kaikki koulutusryhmät ovat ryhtyneet syömään terveellisemmin, mutta erot ovat pysyneet samoina. Parhaiten koulutetut erottuvat edelleen selvästi. On tosin tärkeää huomata, että kaikki ovat parantaneet laadullisesti syömistään. Lihavuuden osalta tilanne on se, että kaikki ovat lihonneet, paitsi korkeasti koulutetut naiset, jotka ovat lisänneet eroa muihin ryhmiin (kouluttamattomien miesten painoindeksi on vähän yli 27, kun koulutettujen naisten painoindeksi on vähän yli 25). Liikuntaa koskeva artikkeli on valitettavan epäinformatiivinen: tiedossa on, että liikunta on myös koulutuksellisesti differentioitunut ja että sillä on iso vaikutus erityisesti terveisiin elinvuosiin.

Terveyspalveluiden käytössä erot ovat tulojen mukaiset: ylin tuloviidennes käyttää eniten työterveyshuoltoa ja yksityistä sektoria, kun taas köyhimmät käyttävät terveyskeskuksia eniten. Sairaaloiden poliklinikoiden suhteen tilanne on aivan tasassa. Kaikki ovat lisänneet palveluiden kulutustaan. Ekonomistit kutsuvat tätä Wagner-efek-

tiksi, joka siis on jossain määrin todellinen. On mielenkiintoista, että esimerkiksi pallolaajennuksia tehdään kaikille sosiaaliryhmille suurin piirtein yhtä paljon (vähiten eniten koulutetuille), mutta kuolleisuus sen jälkeen on suurinta vähiten koulutetuilla. Eli ilman muuta kustannustehokkainta olisi jättää koulutamattomat ilman turhaa ja kallista pallolaajennusta...

\* \* \*

Voiko terveyseroja sitten supistaa? On ilmeistä, että pelkällä terveyspalveluiden tarjonnalla ei saada kovin paljoa aikaan. Sillä, että köyhimmat saisivat käyttä palveluita ja saisivat eniten ohjausta, voi olla merkitystä, mutta se voi myös tuottaa vastavaiikutuksen, jos pienituloisia suositettiin terveyskeskuksissa (nykyinen työterveysjärjestelmään on erittäin hienovarainen ja huomaamaton syrjintäjärjestelmä). Edellä mainittu pallolaajennusesimerkki osoittaa, että liian myöhään annetuista palveluista ei ole hyötyä. On selvää, että laadukkaat ennalta ehkäisevät palvelut ovat tärkeä terveyden voimavara.

Itse väittäisin, että keskeiset

politiikan mahdollisuudet löytyvät kuitenkin elämäntapatekijöiden piiristä. Puuttamalla lapsuuden oloihin voidaan eräitä terveyseroja kaventaa. Jos resurssit vaikuttavat terveyspalveluiden saatavuuteen, näiden erojen poistaminen voi vaikuttaa. Valistuksella voidaan vaikuttaa melko huomattavasti. Työoloja voidaan parantaa. Nuorten poikien riskikäyttäytymistä voidaan hillitä, eli miesten negatiivisia ominaisuuksia voidaan lieventää, mutta yleensä nämä vaikuttavat myös naisten elinikää lisäävästi (he ottavat valistuksesta suuremman hyödyn eivätkä joudu uhreiksi). Mutta: näitä eroja on erittäin vaikea muuttaa. Niissä on sama "Flynn-efekti" kuin älykkyysosamäärässä: keskimääräiset ominaisuudet paranevat, mutta erot pysyvät ennallaan tai kasvavat. Sukupuolten väliset erot ovat aivan oma kiinnostava kysymyksensä.

Mutta kaiken kaikkiaan: vaikutusmekanismit ovat hyvin monimutkaisia ja varmasti myös yllättäviä. Tarvittaisiin paljon sellaisia malleja, joissa mietitään kansalaisten oppimispotentiaalia ja kulttuuristen erojen vaikutusta, ja ennen kaikkea moni-

tieteistä tutkimusta, jossa kaikki mahdolliset tekijät otetaan samanaikaisesti mukaan. Jos vaikkapa äidin syntymäolosuhteilla on vaikutusta hänen lapsenlapsensa terveyteen, niin toimet on aloitettava ajoissa eikä vasta sitten, kun lapsenlapsi alkaa sairastella. On täysin selvää, että korkeakoulututkimintojen jakaminen kaikille ei tekisi kaikista terveitä. Aivan ilmeisesti ne mekanismit, jotka saavat ihmiset halumaan koulutusta ja kykeneviksi omaksumaan sitä, ovat samoja, jotka vaikuttavat myös heidän terveyteensä.

Mutta tästä huolimatta, *Terveyden eriarvoisuus Suomessa* on kirja, jonka toivoisi kuluvan jokaisen itseään kunnioittavan luokka- ja naistutkijan käsissä. En voi mitään sille, että mitä enemmän erilaista tutkimusta olen elämäni aikana lukenut ja tehnyt, niin kyllä se on niin, että väestö- ja terveystutkijat ovat niitä, joiden tutkimuksilla on jotain merkitystä. Kaikki tämä diskursiivinen sosiologia, jossa pohditaan, miten vaikkapa äidit keskustelevat raskaudesta tai miten ihmiset käsittelevät kansalaissodan kertomuksia, ei ihan kyllä yllä samalle tasolle.