

Hyvinvointivaltio, eriarvoisuus ja terveys

EERO LAHELMA

Elinolot suomalaisessa hyvinvointivaltiossa ovat monin tavoin kohentuneet ja osoittautuneet melko vakaisiksi. Eriarvoisuus ei kuitenkaan ole poistunut, vaan koskee myös väestön terveydentilaa. Sosiaalisen eriarvoisuuden tärkeitä ilmenemisalueita ovat luokkien tai kerrostumien erot, miesten ja naisten erot sekä huono-osaisten asema. Terveysteen liittyvän eriarvoisuuden kohteita ovat terveyspalvelujen kysyntä ja tarjonta, terveysinstituutioiden toiminta ja väestön toteutunut terveydentila. Toteutuneen terveydentilan eriarvoisuus Suomessa ilmenee miehillä ja naisilla eri tavoin ja koskee erityisesti eräitä haavoittuvia ryhmiä. Sosiaalisen eriarvoisuuden tarkastelua voidaan syventää ottamalla huomioon hyvinvointivaltion rakenteellinen eriarvoisuus ja sen ilmeneminen terveysinstituutioiden toiminnassa.

Allardtin (1983, 247) mukaan hyvinvointivaltio on laaja institutionaalinen järjestelmä, jossa valtio on ottanut vastuun kohtuullisen elintason ja sosiaaliturvan ylläpitämisestä. Hyvinvointivaltiossa pyritään välttämään kenenkään joutumista suoraan köyhyyteen ja tulonsiirtojen avulla pyritään sosiaaliseen tasaukseen. Hyvinvointivaltiokehityksen tärkeimmät tunnusmerkit ovat yhtäältä valtion taloudellisten ja sosiaalipoliittisten tehtävien kasvu, toisaalta yhteiskunnan kiinteyden ylläpitäminen (Kosonen 1986a, 42). Valtion sosiaalista roolia korostettaessa puhutaan myös sosiaalivaltiosta.

Toisen maailmansodan jälkeen monia Länsi-Euroopan maita, muun muassa Pohjoismaita on alettu kutsua hyvinvointivaltioiksi. Pohjoismaiset hyvinvointivaltiot muodostavat oman, suhteellisen selvän yhteiskuntatyyppinsä, jossa toimintojen yhteiskunnallinen organisoituminen ja

institutionalisoituminen ovat pitkälle vietyjä, ja jotka ovat olleet poliittisesti ja sosiaalisesti vakaita viime vuosikymmeninä (ks. Raunio 1985, 59—60).

Hyvinvoinnin tasaisuutta tai sen puutetta, eriarvoisuutta kuvataan eri osatekijöiden, kuten tulojen, koulutuksen tai terveydentilan avulla. Terveystilaa käytetään yläkäsitteenä, joka sisältää kuolleisuuden, sairaudet ja oireet. Terveystila on monin tavoin yhteydessä sosiaaliseen asemaan. Terveysongelmien taustalla voivat olla muut hyvinvoinnin puutteet. Yksilön terveydentila vaikuttaa myös hänen työ- ja toimintakykyensä ja voi tätä kautta muuttaa hänen sosiaalista asemaansa (ks. Karisto 1984, 18—21).

Terveystilaan liittyvän sosiaalisen eriarvoisuuden problematiikka Suomessa on tämän kirjoituksen kohteena. Väestön terveydentilaa käsitellään hyvinvointivaltion ja siinä omaksutun tasa-arvotavoitteen näkö-

kulmasta. Lähtökohta rajaa tarkastelun viime vuosikymmeniin. Monessa suhteessa Suomi voi toimia esimerkkinä muille maille ja se onkin nimetty WHO:n mallimaaksi Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmassa. Myös malli voi sisältää piirteitä, joita muiden ei kannata toistaa. Suomessakin on tarpeen kiinnittää huomiota terveyteen liittyvän tasa-arvokehityksen kriittisiin kohtiin (ks. WHO 1986, 5—6).

HYVINVOINTIVALTION KEHITYS

Hyvinvointivaltiota tarkastellaan usein kuin se olisi ihmiskunnan luonnollinen ja itsestään selvä päämäärä. Ilmauksena hyvinvointivaltio on eufemismi. Termi on omaksuttu länsimaiden suotuisan yhteiskuntakehityksen aikana ja sillä on myös ideologinen käyttöönä, silloin kun korostetaan kansalaisten parasta ja tasa-arvoa itseisarvoisina tavoitteina. Maailmansotien jälkeisessä Suomessa poliittinen vakaus, yhteiskuntaryhmien ja luokkien sosiaalinen integraatio on edennyt käsi kädessä elintason nousun ja sosiaalisen eriarvoisuuden vähenemisen kanssa.

Hyvinvointivaltion kehitys ei kuitenkaan ole ollut suoraviivaista vaan viime vuosina on puhuttu hyvinvointivaltion sisäisistä ristiriidoista ja ongelmista ”kriisinä”, kehityksenä, joka ei voi jatkua ennallaan vaan johtaa kuolemaan tai parantumiseen (Kosonen 1986a). Tosin kaikkia nyky-yhteiskunnan käsiteltäväksi tulevia ongelmia ei voida liittää hyvinvointivaltioon vaan ne ovat varhaisempaa perua. Karisto ja Takala (1985, 12) ovat kiteyttäneet hyvinvointivaltion tai sosiaalivaltion kriisin kolmeen kysymykseen: Onko sosiaalivaltion ylläpitämiseen enää varaa? Onko siihen ylipäänsä tarvetta? Onko siihen enää haluja? Ongelma voidaan muotoilla myös näin: Onko hyvinvointivaltio toteutunut puutteellisesti vai onko kysymys liiankin tehokkaasta toteutumisesta? (Kosonen 1986a, ks. myös Sipilä 1985, Eräsaari 1984, 13—18).

Hyvinvointivaltiokehityksen puutteita Suomessa voidaan helposti osoittaa viittaamalla hyvinvoinnin osatekijöiden epätasaiseen jakautumiseen. Kriisiajattelun sovelta-

minen terveyteen ja terveydenhuoltoon osoittaa ensiksikin, ettei ole helppoa löytää perusteluita palvelujen purkamiselle tai vähentämiselle viittaamalla väestön tarpeisiin. Palvelujen rakenteesta ja sisällöstä voidaan kyllä keskustella. Toiseksi palvelujen arvostelu Suomessa ei ole paljoa koskenut palvelujen haittavaikutuksia tai iatrogenisuutta vaan lähinnä on kiinnitetty huomiota palveluiden puutteeseen. Kolmanneksi ainakin nykytasaisen terveydenhuollon rahoitus lie-nee mahdollista myös tulevaisuudessa.

Tasa-arvo hyvinvointivaltion päämääränä on eräissä suhteissa edennyt, vaikkei kehitystä voidakaan tulkita yksiselitteisesti. Alueellinen eriarvoisuus ja maaseudun ja kaupunkien vastakohtaisuus on menettänyt merkitystään (Valkonen 1985). 1960-luvun lopulta 1970-luvulle reaalityypit nousivat Suomessa ja tuloerot kaventuivat, mutta tämä kehitys on sittemmin pysähtynyt (Uusitalo 1982). Kulttuurierot eivät Suomessa ole koskaan olleet samanlaiset kuin aristokraattisen tai feodaalisen taustan omaavissa yhteiskunnissa ja vaikuttaa siltä, että elämäntapojen ja -tyylien erot ovat suuressa osassa väestöä entisestään kaventuneet (ks. Mäkelä 1985, Allardt 1985, 72).

Hyvinvointivaltio on kypsytynyt Suomessa vasta 1970-luvulla ja on ollut suhdanteiden muuttuessa melko vakaa. Toistaiseksi ei voida puhua vahvassa mielessä hyvinvointivaltion kriisistä, mutta joukkotyöttömyys ja hyvinvointivaltiokehityksen pysähtyneisyys ovat tuottaneet uutta eriarvoisuutta ja uudentyyppistä jakautumista suomalaisenkin yhteiskuntaan (Kosonen 1986b, 1986c, Hirsch 1986).

SOSIAALINEN ERIARVOISUUS

Yhteiskunnan rakenteeseen sisältyvää sosiaalista eriarvoisuutta ilmentävät ennen muuta luokat, kuten työväestö ja porvaristo tai kerrostumat, kuten työntekijät ja toimihenkilöt jne. Nämä jaot perustuvat vallan, sosiaalisen arvonannon, rikkauten ja köy-

hyiden epätasaiseen jakautumiseen yhteiskunnassa. Sosiaalinen eriarvoisuus vaihtelee eri yhteisöissä, ja samassa yhteisössä eri aikoina, mutta kuuluu kaikkien sosiaalisten järjestelmien perusominaisuuksiin (Illsley 1986, Allardt 1983, 105—147).

Jyrkän luokkajaon Suomessa luokkavastakohtaisuudet ja kerrostumien väliset erot ovat lieventyneet. Silti nämä erot ovat edelleen selvemmät kuin muissa Pohjoismaissa. Myös suomalaisten elintaso on alhaisempi kuin muissa Pohjoismaissa lähes joka suhteessa (Allardt 1976). Suomen luokkarakenteen nopea muutos toisen maailmansodan jälkeen on ollut olennainen osa hyvinvointivaltiokehitystä. Tärkeimmät muutokset ovat olleet keskiluokan kasvu ja työväestön naisvaltaistuminen (Alestalo 1985, 185, Luokkaprojekti 1984, 75).

Tavallisesti sosiaalista eriarvoisuutta on kuvattu empiirisissä tutkimuksissa ammatin, ammattiaseman ja ammatin arvostuksen, tulojen, koulutuksen, kulutustason ja elämäntyylin avulla. Hyvinvointivaltion yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden valossa lähestymistapa ei kuitenkaan ole täysin kuvaileva ja neutraali, vaan kysymys havaittujen erojen oikeudenmukaisuudesta ja niiden poistamisesta yhteiskunnassa nousee esille (Illsley 1986, vrt. Allardt 1983, 105).

Luokkien ja kerrostumien lisäksi eriarvoisuuden tärkeitä ilmenemisalueita ovat sukupuolten väliset suhteet sekä huono-osaisten asema. Viimeksi mainitut alueet sisältävät omia kysymyksenasettelujaan ja jäsenyvät osittain perinteisten luokka- ja kerrostumajakojen sisään. Sukupuolten välisten erojen ja huono-osaisten aseman merkitys hyvinvointivaltion viimeaikaisessa kehityksessä on korostunut ja näitä alueita on perusteltu tarkastella omina painopisteinä.

Miesten ja naisten asema on ainoita tasa-arvon alueita, joilla Suomen tilanne on muita Pohjoismaita parempi sikäli että naiset ovat osallistuneet tasa-arvoisemmin palkkatyöhön ja koulutukseen (Anttalainen 1980, 1985, Kosonen 1981, 208—212). Suomessa naisten elintaso on silti muissa suhteissa miehiä huonompi ja asenneilmasto naisten aseman parantamiselle kielteisempi kuin muissa Pohjoismaissa. Merkittävän poikkeuksen muodostaa kuitenkin naisten miehiä

pitempi odotettavissa oleva elinikä Suomessa (Allardt 1976, 1985, 63—64, Valkonen 1985). Sukupuolten väliset erot eivät ole kehittyneet yksiselitteisesti tasa-arvoisemmiksi. Naiset osallistuvat Suomessa palkkatyöhön suuremmassa määrin kuin missään muussa (läntisessä) hyvinvointivaltiossa, mutta työmarkkinoiden jakautuminen miesten ja naisten aloihin, ammatteihin ja työtehtäviin on säilynyt pääpiirtein ennallaan 1950-luvun alusta saakka (Anttalainen 1985, Nummenmaa ja Vanhalakka—Ruoho 1985, 6—8).

1970-luvun puolivälin jälkeen suuri joukko hyvinvointivaltion kansalaisista on joutunut olemaan työttömänä. Tämä on monin tavoin ongelmallista ”työyhteiskunnalle”, palkkatyöhön perustuvalle hyvinvointivaltiolle. Palkkatyön ehtyminen vaikeuttaa hyvinvointivaltion rahoitusperustaa, voi muuttaa vakiintunutta yhteiskuntamoraalia sekä haitata sosiaalista ja poliittista kiinteyttä. Palkkatyön pitkäaikaisesta puutteesta johtuvat sekä muut niin sanotut uudet sosiaaliset ongelmat, kuten yksinäisyys, päihteet, psykiset ongelmat tai sivilisaatiosairaudet asetavat haasteita hyvinvointivaltiolle (Kosonen 1986a, 44). Työttömien ja muiden huono-osaisten keskuudessa ilmenevien ongelmien kasautumista on kutsuttu syrjäytymisprosesseiksi, joutumiseksi ”yhteiskunnan ulkopuolelle”. Sipilän (1985, 73) mukaan syrjäytymisen areenoita ovat ennen muuta palkkatyö ja perhe. Karisto (1985, 122—126) korostaa köyhyyden, pitkäaikaissairauksien ja yksinäisyyden merkitystä syrjäytymisprosessina (ks. myös Hirsch 1983, 48—49, Lehtonen ym. 1986).

SOSIAALINEN ERIARVOISUUS JA TERVEYTEEN LIITTYVÄ ERIARVOISUUS

Sosiaalisen eriarvoisuuden ja terveyteen liittyvän eriarvoisuuden suhteen tarkastelu voi kohdistua terveyspalvelujen tarjontaan ja kysyntään, terveyspalvelujen toimintaan tai väestön toteutuneeseen terveydentilaan. Terveyspalvelujen tarjonta ja kysyntä ovat olleet eniten esillä hyvinvointivaltion terveystiikassa. Tavoitteena on ollut palvelujen tarjonnan eriarvoisuuden vähentäminen ja poistaminen. Suomessa tämä on tapahtunut

varsinkin sairausvakuutuksen ja kansanterveyslain toimenpitein. Terveyspalvelujen toiminnan tarkastelu sosiaalisina instituutioina on jäänyt vähiin. Sosiaalisen eriarvoisuuden kannalta voidaan viimekätisenä kriteerinä kuitenkin pitää väestön toteutunutta terveydentilaa, kuolleisuutta, sairauksia ja koettua terveydentilaa.

Esimerkkitutkimuksissa jäljempänä käsitellään vain toteutunutta terveydentilaa. Tarkastelu koskee mainittuja eriarvoisuuden keskeisiä alueita: ensiksikin yhteiskuntaluokkien tai kerrostuminen välisiä eroja, joita tutkimuksissa on käsitelty tavallisesti niin sanottuina sosio-ekonomisina eroina; toiseksi miesten ja naisten aseman välisiä eroja, joiden yhteiskunnallisia kytkentöjä nykyään usein korostetaan ("sosiaalinen sukupuoli"); kolmanneksi palkkatyöstä ja "yhteiskunnasta" syrjäytymistä, joka viittaa huonoosaisten ryhmien aseman kärjistymiseen.

Terveydentilan ja eriarvoisuuden vaikutusyhteys on periaatteessa kahdensuuntainen: yhtäältä alhaisen sosiaalisen aseman puutteet voivat altistaa terveydentilan häiriöille tai olla häiriöiden syynä, toisaalta jotkut terveydentilan häiriöt voivat ajan mittaan heikentää sosiaalista asemaa. Kun kysymys on pitemmästä aikavälistä, terveydentila ja sosiaalinen asema voivat olla myös vuorovaikutuksessa keskenään (ks. Townsend ja Davidson 1982, 112—134, Illsley 1986).

SOSIAALISEN ASEMAN VAIKUTUS TERVEYDENTILAAN

Perinteisen sosiaalilääketieteen näkökulman mukaan väestön terveydentilan puutteet johdetaan huonoista elinoloista ja köyhyydestä (ks. esim. Karisto 1981, Rauhala 1981, Riska ja Lahelma 1984). Huono-osaisten oloja kohentamalla voidaan parantaa väestön terveydentilaa ja ehkäistä sairauksia. Tämä on ollut menestyksellinen yhteiskuntapoliittinen toimintalinja, ja sanotaan että elintason nousu on kohentanut väestön terveyttä enemmän kuin terveydenhuollon toimet sinänsä (esim. Vuori 1979, 233). Sairauksien sosiaalisten syiden tarkastelu toimii parhaiten ryhmätasolla; yksilön määrättyä sairaut-

ta ei useinkaan voida yksioikoisesti palauttaa sosiaalisen aseman puutteisiin.

Sosiaalisen aseman vaikutus kuolleisuuteen ja sairastavuuteen on ollut tärkein terveyteen liittyvän sosiaalisen eriarvoisuuden tutkimusalueista, ja myös Suomessa tästä on eniten tutkimustuloksia (esim. Karisto, Notkola ja Valkonen 1978, Sauli 1979, Jacobsen 1983, Valkonen 1983, 1985, Haavio-Mannila 1986, Lahelma 1986a).

Kuolleisuus on ylempien toimihenkilöiden keskuudessa selvästi alhaisin ja suurimmillaan ammattitaidottomien työntekijöiden keskuudessa. Maanviljelijöiden sijoittaminen samaan hierarkiaan muiden ryhmien kanssa tuottaa hankaluuksia; muuten sosiaaliryhmien väliset erot ovat johdonmukaiset ja miesten keskuudessa erot ovat huomattavasti jyrkemmät kuin naisten keskuudessa. Kuolleisuuden sosiaaliryhmittäiset erot toistuvat miehillä kaikissa suurissa kuolinsyyryhmissä, mutta naisilla kuva on vivahteikkaampi (Valkonen 1983, 93). Kuolleisuudella ei ole suoranaista yksilötason seuraamuksia, ja tässä mielessä sosiaaliryhmään kuulumista voidaan pitää kuolleisuuden syytekijänä. Tosin on otettava huomioon sairauksien perusteella mahdollisesti tapahtuva valikoituminen huonoon sosiaaliseen asemaan.

Kansaneläkelaitoksen tutkimukset kuvaavat pitkäaikaissairastavuuden muutoksia suhteellisten tulojen mukaan. Vuosina 1964—1976 sairaiden osuus kasvoi hieman sekä alimmassa että ylimmässä tuloviidenneksessä, mutta näiden ryhmien erotus säilyi suurin piirtein ennallaan (Klaukka 1982, 66). Tulokset viittaavat siihen, ettei sairastavuus eri tuloryhmissä ole tarkastelun aikana muuttunut. Tutkimusten perusteella ei voida suoraan päätellä syytä ja seuraamusta. Tavanomainen käsitys puhuu sen puolesta, että köyhyys ja huono-osaisuus lisäävät sairastavuutta, ja kun kysymys on koko väestöä edustavasta tutkimuksesta, on tällainen tulkinta luonteva.

Pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen mukaan sairastavuus kaikissa ammattiryhmissä oli Suomessa suurinta. Eniten sairauksia ilmoittivat maataloudessa työskentelevät ja työntekijäasemassa olevat naiset. Ammattiryhmittäiset, tulojen ja koulutuksen mukaiset terveydentilan erot olivat Suomessa

johdonmukaiset: mitä korkeampi asema, sitä alhaisempi sairastavuus. Muissa Pohjoismaissa terveydentilan erot sosiaalisen aseman eri indikaattorien mukaan eivät olleet yhtä jyrkät ja johdonmukaiset kuin Suomessa (Karisto 1984b, 152—158). Näitäkin terveydentilan eroja voidaan pitää ensisijaisesti sosiaalisten aseman seuraamuksena, mutta pitkäaikaissairaiden sosiaalinen vajoaminen on myös mahdollista.

Metalliteollisuuden työntekijöiden terveydentilaa tutkittaessa todettiin, että krooninen sairastavuus ja stressin oireet olivat kääntäen verrannolliset asemaan tuotannossa: alhaisimmassa asemassa, vähäisen ammattitaidon omaavien työntekijöiden keskuudessa sairaudet ja oireet olivat yleisimpiä. Miesten ja naisten erot olivat tässäkin tapauksessa selvät ja huonoin terveydentila oli alhaisessa tuotantoasemassa työskentelevillä naisilla (Aro 1981, Aro ym. 1982). Työhön liittyvä rasitus selitti todettuja terveydentilan eroja, mikä tukee tulkintaa tuotantoasemasta erojen syynä. On tietenkin mahdollista, että alempiin asemiin ovat joutuneet terveydentilaltaan rajoittuneet, mutta kokonaisuuden kannalta tällainen tulkinta ei tässäkään tapauksessa ole yhtä todennäköinen.

Tutkittaessa teollisuudesta työttömäksi jääneiden ja uudelleen työllistyneiden terveydentilaa todettiin, että työttömänä olleilla esiintyi psyykkisiä oireita selvästi enemmän kuin uudelleen työllistyneillä. Vastaavia sairauksien tai fyysisen toimintakyvyn eroja ei havaittu. Psyykkiset oireet riippuvat myös sukupuolesta: työttömillä miehillä oireita oli enemmän kuin naisilla. Työllistyneiden miesten ja naisten erot olivat vähäiset. Pitkäaikaissairaudet voivat olla työttömyyden syynä, mutta on ilmeistä, että psyykkiset oireet ovat nimenomaan palkkatyön menettämisen ja siihen liittyvien epäsuotuisien olosuhteiden ja muutosten seuraamusta (Lahelma 1986b).

TERVEYDENTILAN SOSIAALISET SEURAAMUKSET

Pitkäaikainen terveydentilan heikkeneminen, siitä aiheutuva vammaisuus tai vajaakuntoisuus rajoittaa yksilön toimintakykyä, hei-

kentää hänen taloudellista asemaansa ja voi leimata häntä kielteisellä tavalla. Tällaisten mekanismien kautta vakava ja pitkäaikainen terveydentilan rajoite voi heikentää sosiaalista asemaa tai ylläpitää huono-osaisuutta.

Työttömyyden ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyminen yhdessä voi johtaa työkyvyttömyyteen ja työvoiman ulkopuolelle joutumiseen. Joukkotyöttömyyden vallitessa sairaudet ja muut toimintakyvyn rajoitukset tulkitaan herkemmin työkyvyttömyydeksi kuin työmarkkinatilanteen ollessa parempi. Juridinen työkyvyttömäksi määrittely ja eläkkeelle siirtyminen turvaa toimeentulon, mutta merkitsee palkkatyöhön perustuvan sosiaalisen aseman, arvostuksen, sosiaalisten suhteiden menetystä (ks. Gould 1985, 1986). Terveydentilan ja toimintakyvyn rajoitukset aiheuttavat myös väliinputoamisilmiöitä: työhön ei pääse eikä eläkettä saa (ks. Työvoimaministeriö 1982).

On todettu, että sairaudet ja niiden kielteinen kokeminen vähentävät esimerkiksi sosiaalista osallistumista, poliittista aktiivisuutta ja vapaa-ajan toimintoja. Pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen mukaan sairaut paljon useammin kuin terveet pitivät elämänsä onnettomana. Kielteisiä kokemuksia esiintyi eniten työntekijöillä ja maanviljelijöillä. Suomessa sairauksien kielteinen kokeminen oli selvästi yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa (Karisto 1984, 178—209).

TERVEYDENTILAN JA SOSIAALISEN ASEMAN VUOROVAIKUTUS

Terveydentilan ja sosiaalisen aseman vaikutussuhteen suunnan toteaminen, milloin kysymys on sosiaalisesta asemasta, milloin terveydentilasta syytekijänä, on poikkileikkaustutkimuksissa vaikeaa. Kuten edeltä ilmenee, syyn ja vaikutuksen toteamisessa usein kysymys on tutkimustulosten tulkinnasta ja teoreettisten näkemysten pohjalla tehdyistä johtopäätöksistä. Pitkällä aikavälillä terveydentilan sosiaalisia syitä ja seuraamuksia ei aina voida erottaa toisistaan. Väestötason tarkastelu osoittaa, että alhaisessa asemassa olevien terveydentila on huonompi kuin hyvässä sosiaalisessa ase-

massa olevien. Yksilötasolla todettava sairauksien kroonistuminen ja tämän taloudelliset, sosiaaliset ja psykologiset seuraamukset ylläpitävät huonoa asemaa tai heikentävät sitä entisestään. Pitkään jatkuvassa prosessissa sosiaalisen aseman ja terveydentilan syyt ja vaikutukset voivat kietoutua yhteen ja ketjuuntua. Pitkäaikaissairastavuus ja huono sosiaalinen asema ovat osatekijöitä eriarvoisuutta ilmentävissä syrjäytymisprosesseissa, joissa yksilö putoaa yhteiskunnallisten instituutioiden ulkopuolelle, menettää toimeentulonsa ja sosiaaliset siteensä (Karisto 1985, 124—127, Vuori 1986, 229—230).

Syrjäytyminen on yleistys ja väljä tulkintamalli, jolle ei hevin ole tarjolla vahvaa empiiristä näyttöä. Huono-osaisuuden ja siihen liittyvien terveysongelmien tarkastelussa käytetään hyväksi tietoja yhteiskunnallisista prosesseista, konkreettisia yksilötietoja ja ryhmätason todennäköisyyksiä tai riskejä. Terveysongelmat voivat liittyä esimerkiksi työttömyyden pitkittymiseen, mikä lisää vaaraa syrjäytyä pysyvästi palkkatyöstä. Kysymys ei ole vain yksilön ominaisuuksista vaan niiden vuorovaikutuksesta työmarkkinoiden rakenteen, toimintatavan, arvojen ja normien kanssa. Pitkä työttömyys heikentää taloudellista asemaa, leimaa yksilöä ympäristön, viranomaisten ja työnantajien silmissä, katkoó sosiaalisia siteitä, voi edistää terveydentilan häiriöitä, ja kärjistää joka tapauksessa olemassaolevien terveysongelmien merkitystä (Lahelma ja Mannila 1984, Sinfield 1981).

Miesten ja naisten eroista ei tässä suhteessa ole paljoa tietoja käytettävissä, mutta on viitteitä siitä että (yksinäiset) miehet kärsivät sairauksista, palkkatyön ja sosiaalisten suhteiden menetyksestä naisia enemmän ja ovat useammin vaarassa joutua yhteiskunnalliseen marginaaliasemaan (Karisto 1984, Lahelma 1986b, Mannila 1986, Taipale 1982, Sipilä 1985, 74).

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Väestön terveydentila hyvinvointivaltioissa on ylipäänsä parantunut, elinikä pidentynyt ja terveyspalvelujen tarjonta lisääntynyt. Toteutuneen terveydentilan sosiaalinen eri-

arvoisuus on kuitenkin säilynyt tavalla, joka ei ole vastannut optimistisia odotuksia. Dramaattinen osoitus tästä oli brittiläinen komiteanmietintö terveyteen liittyvästä eriarvoisuudesta, ns. Black Report (Townsend ja Davidson 1982). Raportista kävi ilmi, että sosiaalinen eriarvoisuus läpäisi terveydentilan eri ulottuvuudet ja terveyspalvelujen toiminnan. Black Reportin johdosta käyty keskustelu on osaltaan elvyttänyt mielenkiintoa terveydentilan sosiaalisten erojen tutkimiseen. Esimerkiksi WHO:n Euroopan aluetoimiston käynnistämän selvityksen mukaan vastaavia eroja esiintyy kaikissa Euroopan maissa, joista tietoja on käytettävissä (Illsley and Svensson 1986).

Toisaalta hyvinvointivaltioita rakennettaessa on harjoitettu aktiivista yhteiskunta- ja terveyspolitiikkaa ja luotu kattavia sosiaali- ja terveyspalveluinstituutioita sosiaalisen tasauksen toteuttamiseksi. Terveyspalvelujen tarjonta Suomessa onkin parantunut ja kattaa alueittaisen ja sosiaaliryhmittäisen kysynnän aikaisempaa paremmin. Suomalainen hyvinvointivaltio on osoittautunut melko vakaaksi; väestön terveydentila on kehittynyt monessa suhteessa suotuisasti. Väestön kuolleisuus on jatkuvasti alentunut ja lapsikuolleisuus on maailman alhaisinta tasoa. Mutta sosiaaliset erot väestöryhmien kesken eivät ole poistuneet Suomessakaan, eikä terveydentila muodosta poikkeusta.

Miesten kuolleisuuden suuret sosiaaliryhmittäiset erot, näiden erojen sekä sairauksia ja oireita koskevien erojen johdonmukaisuus, erojen toistuminen eri sairausryhmissä ja eri väestöryhmissä sekä erojen kehitys — sikäli kuin niistä on tietoja — ovat kuitenkin niin silmiinpistäviä, että hyvinvointivaltion yhteiskunta- ja terveyspolitiikan punninta tasa-arvotavoitteen kannalta on tarpeen.

Terveyspolitiikan rajoittumista palvelujen kysyntään ja tarjontaan, mahdollisuuksien tasa-arvon luomiseen voidaan arvostella, koska sosiaalista eriarvoisuutta ei voida käsitellä terveysinstituutioiden oman toiminnan ominaisuutena eikä terveydenhuoltojärjestelmää ”pienoisyhteiskuntana” tavoiteta. Varsin vähän tietoja on käytettävissä siitä, onko sosiaalinen eriarvoisuus jotenkin rakentunut terveysinstituutioiden sisään, uusiaanko terveyspalvelujärjestelmä yh-

teiskunnassa laajemmin esiintyvää eriarvoisuutta, tuoko se siihen joitakin uusia piirteitä, ja lopulta millaisia yhteyksiä tällä on toteutuneeseen terveydentilaan (vrt. Hexel ja Wintersberger 1986).

Terveysinstituutioiden sisäinen tarkastelu toisi myös lisävalaisua sukupuolten välisiin terveydentilan eroihin. Miesten ja naisten väliset erot liittyvät sosiaaliryhmittäisiin eroihin ja ilmenevät terveydentilan eri ulottuvuuksilla eri tavoin. Miesten kuolleisuus on naisia korkeampi ja riippuu selvemmin alhaisesta sosiaalisesta asemasta, mutta naiset käyttävät miehiä enemmän terveyspalveluja ja ilmoittavat miehiä enemmän sairauksia ja oireita. Terveyteen liittyvän sosiaalisen eriarvoisuuden kannalta erityisen haavoittuvia ryhmiä on sekä naisten että miesten keskuudessa. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan tällaisia ryhmiä näyttäisi olevan muun muassa vähäisen ammattitaidon omaavien naistyöntekijöiden ja työttömäksi jääneiden miesten keskuudessa. Sukupuolten välisten erojen selityksiä voidaan etsiä miesten ja naisten elämäntavan eroista, erilaisesta kiinnittymisestä arkielämään ja sitä sääteleviin tärkeisiin yhteiskunnan instituutioihin kuten palkkatyöhön ja perheeseen (ks. Strandell 1984, Ylöstalo 1986, Lahelma 1986b).

Black Reportin (Townsend ja Davidson 1982) keskeisen johtopäätöksen mukaan terveydentilaan liittyvien sosiaalisten erojen vähentäminen on laaja kysymys, jossa perinteisellä elinoloja kohentavalla ja tasa-arvoon

tähtäävällä yhteiskuntapolitiikalla on edelleen paljon tehtävää (ks. myös WHO 1986, Vuori 1986). Palveluiden tarjontaan ja kysyntään keskittynyt terveystaloudellinen kaipaava yhteisyyttä laajempaan yhteiskuntapolitiikkaan, jossa kiinnitetään huomiota yhteiskunnan rakenteeseen ja instituutioiden toimintaan (ks. Blume 1982, Townsend 1983, 31). Kysymys ei ole vain terveystalouden tehostamisesta vaan harjoittamisen tavasta. Mikäli halutaan puuttua terveyteen liittyvään sosiaaliseen eriarvoisuuteen, on myös palvelujärjestelmän toiminnassa ja kehittämisessä otettava huomioon yhteiskunnan luokka- ja kerrostumajako, miesten ja naisten väliset sosiaaliset erot sekä huono-osaisien vähemmistöjen muodostuminen ja asema.

Terveydentilaan liittyvien sosiaalisten erojen vähentäminen edellyttää perinteisen yhteiskuntapolitiikan rinnalla uudenlaista terveystaloudellisuuden ja niiden seuraamusten, eriarvoisuuden ja terveyden selitysmallien, yhteiskunta- ja terveystaloudellisuuden sisällön, harjoittamisen tavan, rakenteellisten, kulttuuristen, ideologisten ja poliittisten prosessien pohdintaa (Blume 1982, Townsend 1983, Kosonen 1986b). Käytettävissä olevat tiedot näistä prosesseista sekä väestön terveydentilasta Suomessa ja muissa vastaavissa hyvinvointivaltioissa osoittavat, että terveydentilaan liittyvä sosiaalinen eriarvoisuus on edelleen tai ehkä osittain uudelleen tärkeä kysymys, josta puuttuu tietoja ja tuoreita näkökulmia.

KIRJALLISUUS

- Alestalo M.* Yhteiskuntaluokat ja sosiaaliset kerrostumat toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa: T Valkonen ym. Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. WSOY, Juva 1985, 101—200.
- Allardt E.* Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo 1976.
- Allardt E.* Sosiologia I. WSOY, Juva 1983.
- Allardt E.* Samhället Finland. Omvandlingar och traditioner. Holger Schildts förlag, Hangö 1985.

- Anttalainen M-L.* Naisten työt — miesten työt. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 1980:1, Helsinki 1980.
- Anttalainen M-L.* Naiset, miehet ja työ. Teoksessa: M-L Anttalainen ym. Sukupuolten tasa-arvo koulutuksessa ja työelämässä. Ammattikasvatushallitus ja Valtion painatuskeskus, Helsinki 1985.
- Aro S.* Stress, Morbidity and Health-related Behaviour. Scandinavian Journal of Social Medicine Suppl. 25, 1981.

- Aro S, Jylhä M, Hasan J.* Psykosomaattiset oireet ja koettu terveys — sosiaalilääketieteellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1982; 19:240—251.
- Blume S.* Explanation and social policy: 'The' problem of social inequities in health. *Journal of Social Policy* 11, 1982, 7—31.
- Eräsaari R.* Sosiaalivaltio ja sosiaalipolitiikan itsemymmärrys. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 43, Helsinki 1984.
- Gould R.* Työkyvyttömyys — erivapaus työstä tai työttömyydestä. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1985:1, Helsinki 1985.
- Gould R.* Työkyvyttömyyden yhteiskunnalliset ulottuvuudet. Kuntoutus, erikoinen Työkyvyttömyys — työttömyys — syrjäytyminen, 1986, 13—20.
- Haavio-Mannila E.* Inequalities in health and gender. *Social Science and Medicine* 22, 1986, 141—149.
- Hexel PC, Wintersberger H.* Inequalities in health: strategies. *Social Science and Medicine* 22, 1986, 151—160.
- Hirsch J.* Turvavaltio. "Saksan malli", sen kriisi ja uudet yhteiskunnalliset liikkeet. Vastapaino, Jyväskylä 1983.
- Illsley R.* Conclusions. Teoksessa: R Illsley, P-G Svensson, toim. *The Health Burden of Social Inequities*. WHO/Euro, Copenhagen 1986.
- Illsley R, Svensson P-G,* toim. *The Health Burden of Social Inequities*. WHO/Euro, Copenhagen 1986.
- Jacobsson G.* En sammanfattning av några av de centrala resultaten. Teoksessa: Hälsa för alla i Norden år 2000. The Nordic School of Public Health, Rapport NHV 1983:1, Stockholm 1983, 139—156.
- Karisto A.* Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia, Helsinki 1981.
- Karisto A.* Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46, Helsinki 1984.
- Karisto A.* Elinolojen muutossuunnat Suomessa. Selvitys sosiaalihuollon suunnittelun taustaksi. Sosiaalihalitus, Helsinki 1985.
- Karisto A, Takala P.* Sosiaalivaltion kriisi. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, Helsinki 1985.
- Karisto A, Notkola V, Valkonen T.* Socioeconomic status and health in Finland. *Social Science and Medicine* 12C, 1978, 83—88.
- Klaukka T.* Aikuisten terveydentila ja hoidon tarve. Teoksessa: E Kalimo ym. *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964—1976*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18, Helsinki 1982, 59—101.
- Kosonen P.* Yhteiskunnallisen työnjaon muutos ja pääoman uusintaminen. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia No. 219, Helsinki 1981.
- Kosonen P.* Hyvinvointivaltion kriisi — syyt ja seuraukset sekoittuvat? *Sosiologia* 23, 1986a, 41—55.
- Kosonen P.* Hyvinvointivaltion pahoinvointi. *Tiede & edistys* 11, 1986b, 161—165.
- Kosonen P.* Yksityisen ja julkisen rajanveto hyvinvointivaltiossa. *Politiikka* 1/1986c, 31—39.
- Lahelma E.* The health burden of social inequities, country profile from Finland. Teoksessa: R Illsley, P-G Svensson, toim. *The Health Burden of Social Inequities*. WHO/Euro, Copenhagen 1986(a), 61—74.
- Lahelma E.* Deprived of work, deprived in work? Health of women and men with and without paid work. Paper presented at the First European Congress on Medical Sociology, June 2—4, 1986, Groningen, The Netherlands (1986b).
- Lahelma E, Mannila S.* Pitkäaikaistyöttömien elämäntilanteen eriytyminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1984:21:285—292.
- Lahelma E, Mannila S.* Työttömien työkyky ja työmarkkina-aseman muutos. Kuntoutus, erikoinen numero Työkyvyttömyys — työttömyys — syrjäytyminen, 1986, 3—6.
- Lehtonen H, Heinonen J, Rissanen P.* Syrjäytymiskäsitteen käytön ongelmia. *Sosiaalihalituksen julkaisu* 12/1986.
- Luokkaprojekti.* Suomalaiset luokkakuva. Vastapaino, Jyväskylä 1984.
- Mannila S.* Elämää työn ja terveyden marginaalissa. Mitä on olla sairaana ja työttömänä? *Esitelmä Sosiologipäivillä Tampereella* 7.—8.3.1986.
- Mäkelä K.* Kulttuurisen muuntelun yhteisöllinen rakenne Suomessa. *Sosiologia* 22, 1985, 247—260.
- Nunnenmaa A, Vanhalakka-Ruoho M.* Toisen sukupuolen ammattiin suuntautuminen. Työvoimapolitiittisia tutkimuksia Nro 55, Työvoimaministeriö, Helsinki 1985.
- Rauhala P-L.* Suomalaisen sosiaalilääketieteen eräitä juuria. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 17, 1980, 156—166.
- Raunio K.* Onko hyvinvointivaltio sosiaalivaltio? *Sosiaalipolitiikka* 10, 1985, 55—65.
- Riska E, Lahelma E.* Terveyden sosiologian kehitys ja asema Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1984:21:197—205.
- Sauli H.* Ammatti ja kuolleisuus. Tilastokeskus, tutkimuksia N:o 54, Helsinki 1979.
- Sinfield A.* What Unemployment Means. Martin Robertson, Oxford 1981.
- Sipilä J.* Sosiaalipolitiikan tulevaisuus. Tammi, Helsinki 1985.
- Strandell H.* Kolmen naissukupolven kokemuksia työstä ja perheestä. Teoksessa: E Haavio-Mannila, R Jallinoja ja H Strandell. *Perhe, työ ja tunteet*. Ristiriitoja ja ratkaisuja. WSOY, Juva 1984:203—299.
- Taipale I.* Asunnottomuus ja alkoholi. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja n:o 32, Jyväskylä 1982.
- Townsend P.* Trends in inequalities and health: the need to develop a theory. Teoksessa: Hälsa för alla i Norden år 2000. The Nordic School of Public Health, Rapport NHV 1983:1, Stockholm 1983, 27—39.
- Townsend P, Davidson N,* toim. *Inequalities in Health*. The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth 1982.
- Työvoimaministeriö (TVM).* Työkyvyttömiä kartoitusryhmän mietintö. Helsinki 1982.
- Uusitalo H.* Tulopolitiikka ja tulonjako. *Sosiaalipolitiikka* 7, 1982, 51—102.
- Valkonen T.* Socioeconomic mortality differentials in Finland. Teoksessa: Hälsa för alla i Norden år 2000.

The Nordic School of Public Health, Rapport NHV 1983:1, Stockholm 1983, 81—95.

Valkonen T. Alueelliset erot. Teoksessa: T Valkonen ym. Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. WSOY, Juva 1985, 205—247.

Valkonen T. The mystery of the premature mortality of Finnish men. Teoksessa: R Alapuro ym., toim. Small States in Comparative Perspective. Norwegian University Press 1985, 228—241.

WHO/Euro. Targets for Health for All. Targets in

Support of the European Regional Strategy for Health for All. Copenhagen 1986.

Vuori H. Lääketieteen historia. Gummerus, Jyväskylä 1979.

Vuori H. Väestön terveystaso yhteiskuntapolitiikan tuloksellisuuden mittarina ja terveydellisten tarpeiden osoittajana. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1986:23:220—232.

Ylöstalo P. Työn arvostuksen muuttuminen ja palkkatyöhön sitoutuminen. Sosiologia 23, 1986, 99—105.

SUMMARY

Lahelma E. Welfare state, inequalities and health. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* • *Journal of Social Medicine* 1987:24:143—151.

Finland is surveyed as one the Nordic welfare states. During the last decades these countries have been socially and politically relatively stable. In Finland, health institutions have been developed to respond regionally and socio-economically the health needs of various sections of the population. In the article, socio-economic health differences concern social classes or strata, gender and marginal groups. Social position is examined as the cause of illhealth or vice versa, and the two can also interact. The development of health among the Finnish population in terms of health outcome has been positive: life expectancy has increased

and as a whole chronic illness has decreased or remained at the same level. However, socioeconomic health differentials concern the various dimensions of health and available information points that the gap has not been diminishing. Mortality shows substantial differences between women and men. The level among men is much higher and the socio-economic mortality gradient is steeper. Vulnerable groups have been found both among women and men. Marginalization processes concern the unemployed, chronically ill and poor who are outside important social institutions. It is proposed that health and social policy should pay attention, in addition to supply and demand of health services, also to structural inequality in the society and health care as a social institution.

Kuntoutussäätiö
Pakarituvantie 4
00410 Helsinki