

Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa

Artikkelissa analysoidaan erilaisten hyvinvointivaltioiden välisiä ja sisäisiä eroja koetussa terveydessä. Väestöryhmien välisiä eroja tarkastellaan sukupuolen, iän, koetun taloudellisen tilanteen ja subjektiivisen luokka-aseman mukaan. Tarkasteltavat hyvinvointivaltiot ovat Suomi, Ruotsi, Saksa, Sveitsi, Australia sekä Yhdysvallat. Aineistona käytetään vuosien 1995–1997 World Values Surveyä ja menetelminä sovelletaan ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysiä. Ikä, koettu taloudellinen tilanne ja subjektiivinen luokka-asema erottelevat koettua terveyttä kaikissa hyvinvointivaltioissa. Koetun terveyden erot ovat suurimmat Pohjoismaissa sekä Sveitsissä, kun taas pienimmät erot ovat Australiassa ja Yhdysvalloissa. Maiden väliset erot korostuvat etenkin ikäryhmien välisten terveyserojen tarkastelussa. Sukupuoli on yhteydessä koettuun terveyteen vain Ruotsissa.

JOHANNA KALLIO

JOHDANTO

Elintason nousun, taloudellisen kasvun sekä hyvinvointivaltion kehittymisen on arveltu kaventavan sosiaaliluokan mukaisia terveyseroja tai poistavan ne vähitellen kokonaan. Näin ei ole kuitenkaan käynyt, vaikka terveyserojen kaventaminen on ollut 1960-luvulta lähtien keskeinen suomalaisen terveystalouden tavoite (Keskimäki ym. 2002). Myös muissa kehittyneissä länsimaissa se on mielletty merkittäväksi yhteiskuntapoliittiseksi ja kansanterveydelliseksi haasteeksi. Koulutus ja ammattiasema erottelevat terveyttä kaikissa kehittyneissä hyvinvointivaltioissa, ja tutkimusten mukaan erot ovat säilyneet suurina tai jopa kasvaneet viime vuosien aikana (Rahkonen ja Lahelma 2002, Cavelaars ym. 1998a, Mackenbach ym. 1997). Suomessa kansanterveyden edistämisen tavoite näkyy esimerkiksi valtioneuvoston laajana periaatepäätöksenä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sen tavoitteena on vähentää terveydellistä eriarvoisuutta sekä parantaa heikoimmasa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia (STM 2001).

Terveyttä voidaan lähestyä niin positiivisesta kuin negatiivisesta näkökulmasta käsin. Terveyden negatiivinen määritelmä lähtee ajatuksesta,

että terveys on sairauden poissaoloa, kun taas positiiviseen määritelmään liitetään useat eri terveyden osa-alueet, kuten hyvä fyysinen kunto tai terveelliset elämäntavat (Manderbacka 1998). Etenkin lääketieteen piirissä terveyttä on pidetty sairauden vastakohtana, jolle tunnusomaista on kaikkien sairaudesta kertovien oireiden puuttuminen. Hyvinvointitutkimuksessa terveys liitetään puolestaan tarpeentyydytykseen tai toimintaresursseihin, jolloin terveys on jotakin muuta kuin vain sairauden poissaoloa (Karisto 1984).

Terveyttä voidaan pitää yhtenä merkittävänä hyvinvoinnin resurssina. Terveys on myös hyvinvoinnin osa-alueista ehkä perustavin, koska tietty hyvinvoinnin perustaso on paljolti juuri terveyden varassa (Doyal ja Gough 1991, Karisto 1984, Allardt 1976). Terveyden yleismaailmallista resurssiluonnetta tukee myös Ringenin (1995) areenateoria, jossa vain terveys on resurssista merkittävä ympäristöstä ja sen muutoksista huolimatta. Terveys on resurssi, joka lisää yksilön mahdollisuuksia, mutta hyvän elämän takeeksi se ei ole riittävä. Näin ollen terveys voidaan nähdä eräänlaisena hyvinvoinnin mahdollistajana ja perustavana osana sitä (Karisto 1984).

Koettu terveys kattaa monet terveyden osa-

alueet. Koetun terveyden asema yleisenä terveyttä mittaavana kysymyksenä vakiintui, kun mittarin yhteys kuolleisuuteen selvisi 1980-luvun alussa (Bailis ym. 2003, Manderbacka 1998, Idler ja Benyamini 1997). Vaikka koettu terveydentila on hyvin subjektiivinen indikaattori, sillä on selvät yhteydet moniin objektiivisiin terveysmittareihin. Kuolleisuuden lisäksi koetun terveydentilan on todettu olevan yhteydessä lääkärin lausuntoihin, lääkkeiden käytön sekä lääkärissä käyntien määrään, varhaiseen eläköitymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn (Benjamins ym. 2004, Månsson ym. 2002, Månsson ja Råstam 2001, Rosholm, Christensen 1997, Ferraro ym. 1997, Smith ym. 1994, Maddox ja Douglass 1973).

Terveyteen ja terveyseroihin vaikuttavista tekijöistä osa voidaan paikantaa yksilötasolle ja osa yhteiskunnallisten rakenteiden tasolle. Tällaisia makrotason tekijöitä ovat esimerkiksi valtion talouden kehittyneisyys, tuloerot, köyhyys ja sosiaalinen koheesio (Kennelly ym. 2003, Wilkinsson 1996). Koheesio vaikuttaa terveyteen ja terveyseroihin on kuitenkin monesti myös kiistetty (ks. esim. Lynch ym. 2000). Taloudellisen eriarvoisuuden lisäksi terveyteen ja terveyseroihin vaikuttavat yhteiskunnan toimenpiteet, terveys- ja muu yhteiskuntapolitiikka sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät (Keskimäki ym. 2002).

Tässä artikkelissa tarkastellaan koettua terveyttä ja terveydellistä tasa-arvoa kuudessa hyvinvointivaltiossa. Erityisesti analysoidaan hyvinvointivaltioiden välisiä ja niiden sisäisiä terveyseroja. Eroja tarkastellaan sukupuolen, iän, koetun taloudellisen tilanteen ja sosiaaliluokan mukaan. Sosiaaliluokalla tarkoitetaan tutkimuksessa vastaajan itsensä ilmoittamaa luokka-asmaa. Tutkimuksessa keskitytään kuuteen hyvinvointivaltioon Esping-Andersenin (1990) jaottelun mukaan.

Esping-Andersen erottaa liberaalit, korporatiiviset ja sosiaalidemokraattiset hyvinvointivaltiot. Nämä mallit poikkeavat toisistaan sen suhteen, miten vastuu hyvinvoinnista on jaettu valtion, markkinoiden sekä perheen kesken. Liberaalille mallille ominaista on tarveharkintaisuus, mistä johtuen julkinen sektori turvaa vain hyvinvoinnin vähimmäistason. Korporatiivisessa mallissa korostuu puolestaan perheen ja suvun vastuu hyvinvoinnista. Kyseiseen malliin liittyy sosiaalisten oikeuksien kytkeytyminen yhteiskunnalliseen luokkaan, asemaan ja statukseen. Sosiaalidemokraattiseen malliin kuuluu taas kattavat sosiaalietuudet sekä universaalit sosiaali- ja

terveyspalvelut (Esping-Andersen 1990). Eri malleja edustavat hyvinvointivaltiot poikkeavat toisistaan myös taloudellisen eriarvoisuuden ja köyhyysasteen mukaan. Taloudellinen eriarvoisuus on pienintä sosiaalidemokraattisissa hyvinvointivaltioissa, kun taas suurinta eriarvoisuus on liberaaleissa maissa (ks. Ritakallio 2002, Fritzell 2000).

Esping-Andersenin jaottelu on saanut osakseen runsaasti kritiikkiä (esim. Arts ja Gelissen 2002, Ferrera 1996, Mitchell 1991). Kritiikistä huolimatta hänen jaottelunsa sisältää eräänlaiset perusregiimit, joita on tarvittaessa täydennetty eri mallein (Abrahamson 1999).

AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Useiden tutkimusten mukaan naisten koettu terveys on heikompi kuin miesten. Naiset myös ilmoittavat sairastavansa niin psyykkisiä kuin fyysisiä sairauksia miehiä useammin (Lahelma ym. 1999, Rahkonen ym. 1995, Haavio-Mannila 1986, Verbrugge 1985). Sukupuolen ja terveyden välinen yhteys ei ole kuitenkaan näin yksiselitteinen. Naisten ja miesten välisten terveyserojen suunta ja suuruus vaihtelee käytetyn mittarin mukaan. Naisten terveydentila on monilla mittareilla mitattuna heikompi kuin miesten, mutta miesten keskimääräinen elinikä on lyhyempi kuin naisten (Lahelma ym. 2003). Suomessa sekä muissa Pohjoismaissa sukupuolen merkitys terveydessä korostuu siten, että miesten luokka-aseman mukaiset terveyserot ovat suuremmat kuin naisten (Silventoinen ja Lahelma 2002, Lahelma ym. 1997, 1994).

Monissa tutkimuksissa terveyden on todettu heikkenevän iän myötä (European Commission 2003, Heistaro ym. 1996, Karisto 1984). Ikääntymisen lisäksi terveyteen liittyy sukupolvivaikutus. Esimerkiksi Suomessa elintaso lähti nousuun vasta 1950-luvulla, mistä johtuen osa vanhusten huonosta terveydestä voi olla seurausta lapsuuden ajan huonoista elinolosuhteista (Silventoinen ja Lahelma 2002). Iän merkitystä terveyteen puoltaa taas se, että huonojen ja riskejä sisältävien elintapojen vaikutukset terveyteen kumuloiduvat ihmisen ikääntyessä.

Myös henkilön taloudellisen tilanteen eli tulojen ja varallisuuden on todettu olevan yhteydessä terveyteen. Suuret tulot ovat aikaisempien tutkimusten mukaan yhteydessä hyvään terveydentilaan, kun taas pienet tulot sekä köyhyys merkitsevät usein heikkoa terveyttä (Torsheim ym. 2004, Franks ym. 2003, Ecob ja Smith 1999).

Myös tuloihin liittyvän työmarkkina-aseman vaikutus terveyteen on tutkimusten mukaan selkeä. Työttömien terveyden on todettu olevan heikompi kuin työssäkäyvien ja etenkin pitkäaikaistyöttömien terveys on tutkimusten mukaan huonompi kuin työssäkäyvien (Lahelma ym. 2002, Lindholm 2001, Rasinkangas 1998, Lahelma ym. 1997).

Sosiaaliluokan yhteys terveyteen on tutkimusten mukaan selkeä. Sosiaaliluokkaa kuvaavat koulutus ja ammattiasema ovat yhteydessä terveydentilaan. Korkeasti koulutettujen terveys on parempi kuin matalasti koulutettujen tai ilman koulutusta olevien niin miesten kuin naisten keskuudessa (Franks ym. 2003, Power ym. 1998, Lahelma ym. 1994). Terveyserot ammatin mukaan ovat selvät. Ylempien toimihenkilöiden terveys on paras, kun taas työntekijöiden ja maanviljelijöiden terveydentila on tutkimusten mukaan huonoin (ks. esim. Rahkonen, Lahelma 2002, Cavelaars ym. 1998a, Arber ja Lahelma 1993).

TERVEYS ERI MAISSA

Koulutuksen ja ammattiaseman mukaiset terveyserot ovat osoittautuneet hyvin stabiileiksi monissa Euroopan maissa, vaikka niiden tasoittaminen on ollut pitkään terveyspolitiikan tavoite. Joissain maissa, kuten Välimeren valtioissa, erot ovat jopa kasvaneet viime vuosien aikana. Koulutuksen ja ammattiaseman mukaiset terveyserot löytyvät kaikista niistä maista, joissa näitä eroja on tutkittu. Vaikka sosiaalisen aseman mukaisia terveyseroja onkin kaikkialla, niin erojen suuruuden on todettu vaihtelevan maittain (Kunst ym. 2004, Knesebeck ym. 2003, Cavelaars ym. 1998b, Mackenbach ym. 1997).

Länsi-Euroopan valtioita vertailevien tutkimusten mukaan huonoin koettu terveys paikantuu Saksaan, kun taas paras kansalaisten terveys sijoittuu Sveitsiin. Myös suomalaisten terveys on tutkimusten mukaan heikompi kuin Länsi-Euroopan keskitaso (Kunst ym. 2004, Cavelaars ym. 1998a, 1998b). Tarkasteltaessa vain Pohjoismaita erottuu Suomi muista pohjoismaisista hyvinvointivaltioista, vaikka erot ovat näiden maiden välillä yleisesti ottaen pienet. Suomalaisten terveys on suhteellisesti muiden pohjoismaalaisten terveyttä heikompi. Myös koulutuksen ja ammattiaseman mukaiset terveyserot ovat Suomessa suuremmat kuin muissa Pohjoismaissa niin miesten kuin naisten keskuudessa. Lisäksi Suomessa sairastavuus on sidoksissa selkeämmin ikään kuin muissa Pohjoismaissa. Terveyserojen suhteen Suo-

mi on kuitenkin lähentymässä selvästi muita Pohjoismaita, koska suomalaisten muita heikompa terveyttä ja suurempia terveyseroja voidaan selittää sukupolvivaikutuksella (Lahelma ym. 2002, Silventoinen ja Lahelma 2002, Lahelma ym. 1994, Rahkonen ym. 1993).

Vaikka saksalaisten koetun terveydentilan on todettu olevan Länsi-Euroopan heikoin, Saksaan eivät paikannu Euroopan suurimmat terveyserot. Suhteellisesti pienimmät sosiaalisen aseman mukaiset terveyserot paikantuvat Sveitsiin, Saksaan sekä Espanjaan, kun taas suhteellisesti suurimmat erot ovat Pohjoismaissa (Cavelaars ym. 1998b). Vaikka Pohjoismaiden sosiaalisen rakenteen mukaiset terveyserot sijoittuvat eurooppalaisessa vertailussa lähelle keskitasoa, ovat terveyserot nimenomaan koulutuksen suhteen Euroopan keskitasoa suuremmat (Lahelma ym. 2002). Lisäksi sosiaalisen aseman mukaisen kuolleisuus- ja sairastavuuserojen on väitetty olevan Pohjoismaissa suuremmat kuin Länsi-Euroopan keskitason (Machenbach ym. 1997).

Monet kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat yhteydessä väestön terveydentilaan ja odotettuun elinikään, jolloin paras väestön terveys ja alhaisin kuolleisuusaste on tasaisen tulonjaon maissa. Kuolleisuuden ja tuloerojen yhteyttä on selitetty esimerkiksi sosiaalisella koheesiolla, mutta sen vaikutus on myös monissa tutkimuksissa kiistetty (Lynch ym. 2000, Kennedy ym. 1998, Kawachi ym. 1997, Kaplan ym. 1996, Wilkinson 1996). Yksilötasolla taas köyhyys tai matala yhteiskunnallinen asema yhdistetään useissa tutkimuksissa heikkoon terveydentilaan. Tästä näkökulmasta käsin tieto pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden suurista terveyseroista ja suomalaisten heikosta terveydentilasta kuulostaa ristiriitaiselta.

TUTKIMUSASETELMA

Artikkelissa tarkastellaan koettua terveyttä ja terveydellistä tasa-arvoa kuudessa hyvinvointivaltiossa. Artikkelissa tutkitaan maiden välisiä ja niiden sisäisiä koetun terveyden eroja. Erityisesti keskitytään terveydelliseen tasa-arvoon sukupuolen, iän, koetun taloudellisen tilanteen ja subjektiivisen luokka-aseman mukaan. Tutkimuskysymyksiä ovat: Miten erilaiset hyvinvointivaltiot poikkeavat toisistaan kansalaisten koetun terveyden suhteen? Kuinka tasa-arvoisia valitut maat ovat koetun terveyden suhteen? Yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta keskeistä on myös se, miten

erilaiset hyvinvointivaltiot ovat selvinneet terveyserojen tasoittamisessa eri yhteiskuntaryhmien välillä ja miten erilaiset tavat järjestää sosiaalipoliittikka ja terveydenhuolto vaikuttavat näihin eroihin.

Maat tutkimukseen on valittu siten, että ne edustavat mahdollisimman hyvin erilaisia hyvinvointivaltiomalleja (ks. Esping-Andersen 1990). Näin ollen maat poikkeavat toisistaan myös taloudellisen eriarvoisuuden ja köyhyysasteen mukaan (Ritakallio 2002, Fritzell 2000). Kansalaisten väliset tuloerot ja köyhyys ovat taas yhteydessä väestön yleiseen terveydentilaan ja odotettuun elinikään (Wilkinson 1996). Lisäksi maat poikkeavat toisistaan terveydenhuoltojärjestelmien suhteen, vaikka eri terveydenhuoltojärjestelmät eivät aina noudatakaan hyvinvointivaltiomallien mukaista jakoa. Tästä johtuen maat eroavat toisistaan sen mukaan, kuinka suuri vastuu terveydenhuollosta on jätetty yksityisille toimijoille tai, kuinka suuri osa väestöstä kuuluu terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen piiriin (Kohl ja Wendt 2004, Docteur ja Oxley 2003, Aynian ym. 2000).

Ruotsi ja Suomi edustavat tässä tutkimuksessa sosiaalidemokraattista hyvinvointivaltiomallia. Maiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat palveluperusteisia ja verovaroin rahoitettuja. Liberaalia mallia tutkimuksessa edustavat Yhdysvallat sekä Australia. Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu vapaaehtoiseen ja yksityisiin sairausvakuutusmaksuihin, kun taas Australian järjestelmä muistuttaa Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmiä. Lopuksi mukaan on otettu kaksi keskieuropalaista eli korporatiivista hyvinvointivaltiota, jotka ovat Saksa ja Sveitsi. Kyseisten valtioiden terveydenhuoltojärjestelmät perustuvat pakollisiin sairausvakuutusmaksuihin.

Saksa käsittää tässä artikkelissa vain läntisen osan maasta, koska 90-luvun puolivälissä itäinen ja läntinen Saksa poikkesivat huomattavasti toisistaan niin taloudellisesti kuin sosiaalisestikin, mistä syystä vain toisen osan sisällyttäminen tutkimukseen on perusteltua.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona käytetään vuosien 1995–1997 World Values Surveyä, joka on saatavissa Yhteiskuntatieteellisessä tietoaarkistossa (www.fsd.uta.fi). Vuosien 1995–1997 kyselyyn osallistui yli 50 valtiota. Aineiston perusjoukkona ovat näissä kohdemaissa asuvat 18 vuotta täyttäneet ja sitä van-

hemmat henkilöt. Kyselyaineisto on poikkileikkausaineisto, jossa otantamenetelmänä on sovellettu kiintiönäytettä. Keruumenetelmänä on käytetty käyntikyselyä ja keruuvälineenä strukturoitua kyselylomaketta (ks. Inglehart 2000). Vastausprosentteja ei ole saatavilla maittain, koska otantamenetelmänä on sovellettu kiintiönäytettä.

Artikkelin analyysit kohdistuvat kuuteen hyvinvointivaltioon. Näin ollen aineiston koko on 7815 vastaajaa. Maakohtaiset vastaajamäärät ovat: Suomi 987, Ruotsi 1009, Saksa 1017, Sveitsi 1212, Australia 2048 sekä Yhdysvallat 1542. Vastaajista 3828 eli 49 prosenttia on miehiä ja naisia vastaavasti 3987 eli 51 prosenttia. Maittain vastaajat jakautuvat sukupuolen ja iän mukaan melko tasaisesti (ks. liite 1). Ainoastaan Saksassa naiset ovat hieman yliedustettuja eli heitä on 55 prosenttia vastanneista. On kuitenkin huomattava, että korkeasti koulutetut ovat aineistossa hieman yliedustettuina. Tosin tämä on ongelmana lähinnä köyhien kehitysmaiden kohdalla (ks. lisää Inglehart 2000). Tässä artikkelissa pitäydytään kuitenkin kuuteen rikkaaseen länsimaiseen hyvinvointivaltioon.

Aineisto ei ole aivan tuore, mutta tutkimustehtävästä johtuen siitä ei aiheudu ongelmia. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella eri valtioiden terveyseroja, eikä niinkään tuottaa uusinta kuvaa koetusta terveydestä näissä maissa. Lisäksi aikaisempien tutkimusten mukaan terveyserot ovat hyvin stabiileja (Kunst ym. 2004, Lahelma ym. 2002, Rahkonen ja Lahelma 2002, Heistaro ym. 1996), jolloin muutaman vuoden takaista aineistoa voidaan edelleen käyttää varsin hyvin. Etuna on kuitenkin se, että WVS on vertaileva kansainvälinen tutkimusprojekti, jonka aineisto on kerätty likimain samalla tavalla eri alueilla. Monissa aikaisemmissa vertailututkimuksissa on käytetty eri maissa kerättyjä kansallisia aineistoja, jotka voivat poiketa esimerkiksi aineiston keruutavan tai lomakkeiden suhteen huomattavastikin toisistaan.

Taustamuuttujiksi on valittu ikä, sukupuoli, subjektiivinen luokka-asema sekä koettu taloudellinen tilanne. Sosiaaliluokkaa mitataan tutkimuksessa siis vastaajan itsensä ilmoittamalla luokka-asemalla. Kyseisten tekijöiden valinta on perusteltua, koska niiden yhteydet koettuun terveyteen, pitkäaikaissairastavuuteen sekä kuolleisuuteen on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa (Franks ym. 2003, Singh-Manoux ym. 2003, Rahkonen ja Lahelma 2002, Silventoinen ja La-

helma 2002, Lahelma ym. 1999, Heistaro ym. 1996). Lisäksi kyseiset muuttajat ovat yleisiä stratifikaatiomuuttujia, joiden merkitystä eriarvoisuuden suhteen on tutkittu paljon. Selitettävänä muuttujana käytetään koettua terveyttä.

Subjektiiivisen luokka-aseman käyttö terveys-tutkimuksessa on uutta. Aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä sosiaaliluokkaa kuvaavia mittareita ovat olleet yleensä koulutus ja ammattiasema. Subjektiiiviseen mittariin päädyttiin aineiston puutteiden takia. Vertailukelpoista tietoa koulutuksesta tai ammatista ei ollut saatavissa.

Sosiaaliluokan on todettu olevan keskeinen stratifikaation väylä, joka tuottaa pääpiirteissään samat tulokset riippumatta siitä, oliko mittari siten subjektiiivinen vai objektiivinen (ks. Ossowski 1963). Subjektiiivisen luokka-aseman on todettu olevan yhteydessä moniin terveystutkimuksiin, kuten koettuun terveyteen ja sairastavuuteen. Subjektiiivista luokka-asemaa selittivät puolestaan parhaiten ammattiasema, tyytyväisyys omaan elintasoon, kotitalouden tulot, tunne taloudellisesta turvallisuudesta sekä koulutus (Singh-Manoux ym. 2003). Myös monien muiden tutkimusten mukaan subjektiiiviseen luokka-asemaan vaikuttavat useat tekijät – ei vain henkilön suhde työmarkkinoihin (ks. lisää Plutzer ja Zipp 2001, Davis ja Robinson 1998). Opiskelijoiden, kotiäitien ja eläkeläisten kohdalla koettu luokka-asema määrittäyty osittain epäsuorasti esimerkiksi vanhempien, puolison tai aikaisemman ammattiaseman mukaan (Wright 1989). Tiivistetysti subjektiiivinen luokka-asema mittaa siis kokonaisvaltaisemmin henkilön sosiokulttuurista tilannetta kuin perinteiset luokka-asemaa kuvaavat indikaattorit.

Koettua terveyttä tiedusteltiin seuraavalla kysymyksellä: *Millainen on tämänhetkinen terveydellinen tilanteenne?* Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat: ”Erittäin hyvä”, ”melko hyvä”, ”kohtalainen”, ”melko huono” sekä ”erittäin huono”. Kyseinen muuttaja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi siten, että ”erittäin hyvä” ja ”melko hyvä” -vaihtoehdot muodostavat luokan *hyvä terveys*. *Huono terveys* -luokan muodostavat taas vastausvaihtoehdot ”kohtalainen”, ”melko huono” sekä ”erittäin huono” (ks. myös Lahelma ym. 2002, 1997). Vaihtoehto ”kohtalainen” koodattiin huono terveys -luokkaan siitä syystä, että muuten huono terveys -luokka olisi ollut liian pieni ja analyysien suorittaminen ei olisi näin ollen onnistunut.

Selittävistä muuttujista ikä luokiteltiin kuusi-

luokkaiseksi, jolloin ensimmäisen luokan muodostavat alle 25-vuotiaat ja viimeisen 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Koettua taloudellista tilannetta tiedusteltiin kysymyksellä: *Kuinka tyytyväinen olette kotitaloutenne taloudelliseen tilaan?* Vastausvaihtoehtona oli 1–10 asteikko, jossa 1 tarkoitti täysin tyytymätöntä ja 10 täysin tyytyväistä. Muuttuja luokiteltiin uudelleen seuraavasti: ”erittäin tyytymättömät” (1, 2), ”tyytymättömät” (3, 4), ”neutraalit” (5, 6), ”tyytyväiset” (7, 8) ja ”erittäin tyytyväiset” (9, 10). Subjektiiivista luokka-asemaa kysyttiin taas seuraavasti: *Mihin yhteiskuntaluokkaan katsotte lähinnä kuuluvanne?* Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat: 1. yläluokkaan, 2. ylempään keskiluokkaan, 3. alemman keskiluokkaan, 4. ylempään työväenluokkaan ja 5. alemmaan työväenluokkaan. Muuttuja luokiteltiin uudelleen seuraavasti: ”yläluokka ja ylempi keskiluokka” (1, 2), ”alempi keskiluokka” (3) ja ”työväenluokka” (4, 5). Taustamuuttajat luokiteltiin karkeammiksi mittareiksi, jotta jokaiseen luokkaan saatiin tarpeeksi tapauksia tilastollista analyysiä varten.

Menetelminä käytetään ristiintaulukointia sekä logistista regressioanalyysiä. Ristiintaulukointia ja suoria jakaumia käytetään empiirisen osion alussa yleiskuvan saamiseksi eri valtioiden väestön terveydentilasta. Logistista regressioanalyysiä käytetään puolestaan terveyden eriarvoisuuden tarkasteluun taustamuuttujien mukaan maittain, kun on tarpeen vakioida eri tekijöitä. Osuussuhteet lasketaan huonoksi koetulle terveydelle. Vertailuryhmän arvo on yksi. Jos riskikerroin on yli yksi (1.00), kyseisen ryhmän terveys on huonompi kuin vertailuryhmän. Jos riskikerroin on taas alle yksi, kyseisen ryhmän terveys on parempi kuin vertailuluokan.

TULOKSET

Taulukossa 1 esitetään huonoksi terveytensä kokevien prosentuaalinen määrä iän, sukupuolen, koetun taloudellisen tilanteen ja subjektiiivisen luokka-aseman mukaan maittain. Tutkimukseen valituista maista eniten huonoksi terveytensä kokevia on Saksassa ja toiseksi eniten heitä on Suomessa. Saksassa terveytensä heikoksi kokevia on vajaat 40 prosenttia vastanneista, kun taas Suomessa heitä on noin 28 prosenttia. Kaikkein vähiten terveytensä huonoksi kokevia on Sveitsissä eli noin 17 prosenttia vastanneista. Loput kolme hyvinvointivaltiota sijoittuvat hyvin lähelle toisiaan terveytensä huonoksi ilmoittaneiden osuudessa.

Taulukko 1.

Huonoksi terveytensä kokevien määrä iän, sukupuolen, koetun taloudellisen tilanteen ja subjektiivisen luokka-aseman mukaan maittain (%), p-arvot suluisissa.

| | Suomi | Ruotsi | Saksa | Sveitsi | Australia | Yhdysvallat |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Kaikki | 28 % (0.000) | 23 % (0.000) | 39 % (0.000) | 17 % (0.000) | 21 % (0.000) | 22 % (0.000) |
| Ikä | | | | | | |
| alle 25-vuotiaat | 9 % (0.000) | 10 % (0.000) | 27 % (0.000) | 5 % (0.000) | 20 % (0.000) | 15 % (0.000) |
| 25–34-vuotiaat | 8 % | 12 % | 31 % | 8 % | 13 % | 9 % |
| 35–44-vuotiaat | 25 % | 18 % | 27 % | 13 % | 14 % | 18 % |
| 45–54-vuotiaat | 36 % | 20 % | 46 % | 17 % | 18 % | 21 % |
| 55–64-vuotiaat | 47 % | 45 % | 66 % | 25 % | 29 % | 27 % |
| 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat | 65 % | 44 % | 62 % | 38 % | 37 % | 37 % |
| Sukupuoli | | | | | | |
| naiset | 28 % (0.922) | 27 % (0.005) | 38 % (0.228) | 18 % (0.497) | 20 % (0.321) | 23 % (0.722) |
| miehet | 28 % | 19 % | 41 % | 16 % | 22 % | 22 % |
| Koettu taloudellinen tilanne | | | | | | |
| erittäin tyytyväinen | 34 % (0.074) | 19 % (0.000) | 34 % (0.000) | 13 % (0.000) | 21 % (0.000) | 19 % (0.003) |
| tyytyväinen | 25 % | 17 % | 32 % | 13 % | 13 % | 18 % |
| neutraali | 31 % | 26 % | 47 % | 18 % | 24 % | 25 % |
| tyytymätön | 25 % | 30 % | 51 % | 30 % | 29 % | 28 % |
| erittäin tyytymätön | 38 % | 37 % | 52 % | 48 % | 35 % | 31 % |
| Subjektiivinen luokka-asema | | | | | | |
| yläluokka ja ylempi keskiluokka | 13 % (0.000) | 15 % (0.000) | 34 % (0.000) | 11 % (0.000) | 14 % (0.000) | 15 % (0.000) |
| alempi keskiluokka | 29 % | 20 % | 40 % | 18 % | 20 % | 23 % |
| työväenluokka | 33 % | 32 % | 52 % | 28 % | 26 % | 27 % |

Taulukosta 1 käy ilmi, että koettuun terveyteen on yhteydessä vastaajien ikä, koska koettu terveys heikkenee iän myötä kaikissa kuudessa hyvinvointivaltiossa. Ero koetussa terveydessä eri ikäryhmien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä kaikissa kuudessa maassa. Suomessa ikäryhmien väliset erot ovat kuitenkin kaikkein selkeimmät. Suomessa ja Saksassa, missä väestön koettu terveys on huonoin, on myös selvästi huonoin vanhusten koettu terveys.

Sukupuolen yhteys koettuun terveyteen vaihtelee maittain. Mukana olevista maista ainoastaan Ruotsissa miesten ja naisten välinen koetun terveyden ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.005$). Ruotsissa naisista noin 27 prosenttia koki terveytensä huonoksi, kun taas miehistä terveytensä huonoksi ilmoitti noin 20 prosenttia vastanneista. Myös tyytyväisyys omaan taloudelliseen tilanteeseen on yhteydessä koettuun terveydentilaan. Ainoastaan Suomessa tyytyväisyys omaan taloudelliseen tilanteeseen ei ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveydentilaan. Muissa valtioissa huono koettu taloudellinen tilanne merkitsee muita ryhmiä useammin myös huonoa koettua terveyttä.

Subjektiivinen luokka-asema on yhteydessä koettuun terveydentilaan jokaisessa valitussa hy-

vinvointivaltiossa. Kaikissa maissa korkea yhteiskunnallinen asema merkitsee muita ryhmiä useammin hyvää koettua terveyttä, kun taas alemmissa sosiaalisissa asemassa olevien koettu terveys on kaikissa maissa muita ryhmiä huonompi. Suomi poikkeaa muista hyvinvointivaltioista siinä, että ylimmissä yhteiskunnallisissa asemassa olevien koettu terveys on selvästi parempi kuin kahden muun ryhmän.

Seuraavaksi tarkastellaan logistisella regressioanalyysillä koetun terveyden eroja valittujen taustamuuttujien mukaan maittain, jolloin valtioiden sisäisten ja välisten erojen arviointi on mahdollista. Lisäksi logistisella regressioanalyysillä saadaan selville eri tekijöiden vaikutus terveyteen, kun muut mallissa mukana olevat tekijät on vakioitu. Vertailuryhmäksi on malleihin valittu ristiintaulukoinnin perusteella ne muuttujien luokat, joissa koettu terveys on paras suurimmassa osassa valtioista, kuten ikäryhmistä nuorimassa. Vertailuryhmän arvo on puolestaan kaikissa tapauksissa yksi.

Taulukon 2 mukaan ikäryhmien väliset koetun terveyden erot löytyvät kaikista tutkimukseen valituista hyvinvointivaltioista. Australiassa sekä Yhdysvalloissa ikäryhmien väliset koetun terveyden erot ovat pienimmät. Suurimmat ikäryhmien

Taulukko 2.

Iän, sukupuolen, koetun taloudellisen tilanteen ja subjektiivisen luokka-aseman yhteydet koettuun terveyteen maittain (monimuuttujamalli). Logistinen regressioanalyysi (LRA), odds ratiot, p-arvot suluisa. Käytetyt taustamuuttujat vakioitu. Osuussuhteet annettu huonoksi koetulle terveydelle.

| | Suomi | Ruotsi | Saksa | Sveitsi | Australia | Yhdysvallat |
|-------------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| Ikä | | | | | | |
| alle 25-vuotiaat | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 25–34-vuotiaat | 0.76 (0.492) | 1.06 (0.882) | 1.19 (0.522) | 1.66 (0.343) | 0.59 (0.020) | 0.49 (0.038) |
| 35–44-vuotiaat | 3.08 (0.001) | 1.87 (0.088) | 1.00 (0.989) | 3.24 (0.020) | 0.61 (0.028) | 1.27 (0.424) |
| 45–54-vuotiaat | 5.79 (0.000) | 2.58 (0.009) | 2.83 (0.000) | 4.66 (0.002) | 0.90 (0.649) | 1.58 (0.143) |
| 55–64-vuotiaat | 10.07 (0.000) | 11.25 (0.000) | 5.69 (0.000) | 8.95 (0.000) | 1.81 (0.009) | 2.31 (0.008) |
| 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat | 19.44 (0.000) | 10.05 (0.000) | 6.07 (0.000) | 17.77 (0.000) | 2.68 (0.000) | 4.13 (0.000) |
| Sukupuoli | | | | | | |
| naiset | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| miehet | 1.10 (0.581) | 0.53 (0.001) | 1.17 (0.303) | 0.98 (0.907) | 1.15 (0.258) | 0.96 (0.783) |
| Koettu taloudellinen tilanne | | | | | | |
| erittäin tyytyväinen | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| tyytyväinen | 1.14 (0.601) | 1.34 (0.322) | 1.38 (0.141) | 1.12 (0.605) | 0.82 (0.291) | 1.24 (0.267) |
| neutraali | 1.67 (0.079) | 2.54 (0.002) | 2.37 (0.000) | 1.59 (0.075) | 1.62 (0.008) | 1.71 (0.009) |
| tyytymätön | 1.91 (0.056) | 4.15 (0.000) | 3.91 (0.000) | 3.20 (0.000) | 2.63 (0.000) | 2.26 (0.001) |
| erittäin tyytymätön | 2.72 (0.017) | 6.37 (0.000) | 3.71 (0.000) | 7.54 (0.000) | 3.03 (0.000) | 2.32 (0.002) |
| Subjektiivinen luokka-asema | | | | | | |
| yläluokka ja ylempi keskiluokka | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| alempi keskiluokka | 2.72 (0.000) | 1.10 (0.709) | 1.17 (0.339) | 1.54 (0.042) | 1.31 (0.117) | 1.65 (0.006) |
| työväenluokka | 2.99 (0.000) | 1.75 (0.021) | 1.35 (0.152) | 2.16 (0.001) | 1.58 (0.005) | 2.07 (0.000) |
| R² (Nagelkerke) | 0.29 | 0.24 | 0.18 | 0.22 | 0.13 | 0.14 |
| n | 870 | 864 | 915 | 1133 | 1874 | 1450 |

väliset terveyserot ovat tulosten mukaan Suomessa, Ruotsissa sekä Sveitsissä. Suomessa ikäryhmien väliset terveyserot ovat suurimmat ja suomalaisilla yli 65-vuotiailla on kaikista suurin riski kokea terveytensä heikoksi. Saksa sijoittuu ikäryhmien välisten terveyserojen kansainvälisessä vertailussa puoliväliin ennen Yhdysvaltoja ja Australiaa.

Suurimmassa osassa hyvinvointivaltioista miesten ja naisten koettu terveys ei eroa toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Ainoastaan Ruotsissa naisten ja miesten välinen koetun terveyden ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.001$). Sukupuolen merkitys koettuun terveyteen jää siis vähäiseksi niin ennen vakiointia kuin vakioinnin jälkeenkkin.

Koetun taloudellisen tilanteen mukaiset koetun terveyden erot löytyvät kaikista kuudesta hyvinvointivaltiosta. Kaikissa maissa pienin riski kokea terveytensä huonoksi on niiden henkilöiden joukossa, jotka ovat tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa. Taloudellisen tilanteen mukaiset koetun terveyden erot ovat pienimmät Yhdysvalloissa, Australiassa sekä Suomessa. Suurimmat kyseiset erot ovat puolestaan Ruotsissa ja

Sveitsissä. Saksa sijoittui taas näiden kahden ääripään väliin.

Myös subjektiivisen luokka-aseman mukaiset koetun terveyden erot on havaittavissa lähes kaikissa hyvinvointivaltioissa. Ainoastaan Saksassa subjektiivisen luokka-aseman mukaiset koetun terveyden erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä. On huomattava kuitenkin se, että vaikka Saksassa ei ole suhteellisia eroja niin absoluuttiset luokkaerot ovat selvät (ks. taulukko 1). Koetun terveyden erot subjektiivisen luokka-aseman mukaan ovat suurimmat Suomessa, Sveitsissä sekä Yhdysvalloissa. Suurimmat erot ovat Suomessa, jossa alempi keskiluokka ja työväenluokka molemmat poikkeavat ylemmistä sosiaaliluokista tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Ruotsissa ja Australiassa sosiaalisen aseman mukaiset erot ovat taas edellä mainittuja kolmea maata pienemmät. Kyseisissä maissa ainoastaan työväenluokkaan kuuluvat eroavat ylimmissä asemassa olevista tilastollisesti merkitsevästi.

POHDINTA

Kaikista tutkimukseen valituista maista löytyi iän, koetun taloudellisen tilanteen ja subjektiiv-

sen luokka-aseman mukaiset koetun terveyden erot. Aikaisempien tutkimuksien mukaan tulos ei ole yllättävä (Knesebeck ym. 2003, Mackenbach ym. 1997, Heistaro ym. 1996, Lahelma ja Arber 1994, Karisto 1984). Maat poikkesivat toisistaan kuitenkin siinä, kuinka selvät tai suuret nämä erot olivat. Tulosten mukaan koetun terveyden erot olivat suurimmat Pohjoismaissa sekä Sveitsissä, kun taas pienimmät erot olivat Australiassa ja Yhdysvalloissa. Etenkin ikäryhmien väliset koetun terveyden erot olivat Pohjoismaissa ja Sveitsissä selvästi suuremmat kuin muualla. Tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan Pohjoismaiden terveyserot ovat Länsi-Euroopan keskitasoa suuremmat (Lahelma ym. 2002, Cavelaars ym. 1998b, Machenbach ym. 1997). Mielenkiintoista on, että Sveitsissä, jossa oli yleisellä tasolla paras kansalaisten terveys, oli kuitenkin suuret koetun terveyden erot niin iän, koetun taloudellisen tilanteen kuin subjektiivisen luokka-aseman mukaan. Tulos on myös ristiriidassa aikaisempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan Sveitsiin paikantuu eurooppalaisittain pienet terveyserot (Cavelaars ym. 1998b). Saksan koetun terveyden erot olivat puolestaan mukana olleiden hyvinvointivaltioiden keskitasoa.

Sukupuolen merkitys koettuun terveydentilaan jäi hyvin vähäiseksi, mikä on ristiriidassa aikaisempien tutkimusten kanssa. Näiden mukaan naisten terveys on monilla terveysindikaattoreilla mitattuna miehiä heikompi, vaikka miesten odotettu elinikä on useissa maissa lyhyempi kuin naisten (Franks ym. 2003, Rahkonen ym. 1995, Haavio-Mannila 1986). Tosin käsillä olevan tutkimuksen suuntaisia tuloksia on raportoitu aikaisemmin nimenomaan koetun terveyden osalta (Lahelma ym. 1999).

Tulokset antavat kuvan siitä, että terveyseroihin vaikuttavat selvästi myös muut kuin talous-, terveydenhuolto- ja sosiaalipoliittiset järjestelyt, koska maiden väliset koetun terveyden erot eivät näytä liittyvän terveydenhuollon kattavuuteen eivätkä hyvinvointivaltion laajuuteen. Suurimmat koetun terveyden erot paikantuivat pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin, joiden terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut ovat universaaleja (ks. myös Knesebeck ym. 2003, Cavelaars ym. 1998b, Lahelma ja Arber 1994, Arber ja Lahelma 1993). Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden paradoksisiksi on muodostunut se, että näissä maissa on onnistuttu vähentämään tehokkaasti tuloeroja ja poistamaan köyhyyttä (Kuivalainen 2004, Rita-

kallio 2002, Fritzell 2000, Haataja 1998), mutta terveyserojen tasoittamisessa ei ole onnistuttu samalla tavoin (Keskimäki ym. 2002, Mackenbach ym. 1997, Lahelma ja Arber 1994). Näin ollen hyvinvointivaltioiden välisten terveyserojen taustalla vaikuttavat muut tekijät kuin valtion taloudellinen tasa-arvoisuus tai köyhyysaste (vrt. Kennedy ym. 1998, Kawachi ym. 1997, Wilkinson 1996).

Tutkimuksen tulokset eivät tue ajatusta, jonka mukaan terveyserot olisivat pienimmät niissä maissa, joissa yhteiskunta- ja terveyspolitiikka on luonteeltaan universaaleinta, kuten sosiaalidemokraattisista hyvinvointivaltioista Suomessa ja Ruotsissa. Suomen epätasa-arvoinen tilanne johtuu kuitenkin ylimpään luokkaan kuuluvien hyvästä terveydentilasta, eikä niinkään alimpaan luokkaan kuuluvien huonosta tilanteesta. Esimerkiksi saksalaisten yläluokan terveys on yhtä huono kuin suomalaisen työväenluokan. Tulosten mukaan voi olla niin, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion palvelujärjestelmä hyödyttää suhteellisesti eniten ylintä sosiaaliluokkaa, koska heidän koettu terveytensä on selvästi keskitasoa parempi. Sen sijaan alimman luokan tilanne ei keskiarvoon verrattuna ole kovin huono. Tämä pätee myös tarkasteltaessa Ruotsia ja voisi selittää sen suhteellisen huonon sijoittumisen Cavelaarsin ym. (1998a, 1998b) tutkimuksissa. Terveyspoliittisesti on kuitenkin parempi, että mahdollinen epätasa-arvo syntyy siitä, että ylimmän luokan terveys on todella hyvä ja alimman luokan kohtalainen kuin siitä, että ylimmän luokan terveys on verraten hyvä, mutta alimman luokan todella huono.

Tulosten tulokinnassa on otettava huomioon myös historiallinen aspekti, koska väestön terveydentilaan ei vaikuta vain tämänhetkinen yhteiskunnallinen tilanne, vaan myös pitkän aikavälin taloudellinen ja yhteiskuntapoliittinen kehitys. Tutkimuksen tulosten mukaan ikäryhmien väliset koetun terveyden erot olivat suurimmat Suomessa, jossa etenkin vanhimpien ikäryhmien koettu terveys oli hyvin huono. Suomessa taloudellinen kasvu maailmansotien jälkeen alkoi selvästi myöhemmin kuin muissa Euroopan valtioissa. Myös hyvinvointivaltio ja terveydenhuoltojärjestelmä kehittyivät myöhemmin kuin muualla Euroopassa (Anttonen ja Sipilä 2000). Tästä on seurannut, että Suomen vanhimmat ikäryhmät ovat eläneet lapsuutensa tai nuoruutensa hyvinkin puutteellisissa ja köyhissä olosuhteissa, mikä on jättänyt jäljet heidän terveydentilaansa.

län mukaiset koetun terveyden erot olivat tulosten mukaan hyvin suuret monissa artikkelissa mukana olleissa hyvinvointivaltioissa. Etenkin Pohjoismaiden ja Sveitsin vanhimman ikäryhmän riskisuhde eli todennäköisyys kokea terveytensä huonoksi oli erittäin suuri. On kuitenkin huomioitava, että aineisto edustaa kaikkia yli 18-vuotiaita valittujen maiden kansalaisia, mistä johtuu, että mukana on hyvinkin iäkkäitä vastaajia. Käsillä olevan työn tutkimustehtävänä oli kuitenkin tarkastella eri hyvinvointivaltioiden kansalaisten koettua terveyttä koko ihmisen elämänkaarella täysi-ikäisyydestä vanhuuteen asti.

Maiden välinen järjestys näyttää olevan hyvin herkkä sen suhteen, mitä terveystutkimuksissa sovelletaan. Tästä syystä myös aikaisemmat tutkimukset maiden välisistä terveyseroista ovat osittain keskenään ristiriitaisia. Monien tutkimusten mukaan, joissa terveystutkimus on käytetty odotettua elinikää tai ennenaikaista kuolleisuusastetta, hyvä väestön terveys sijoittui valtioihin, joissa tuloerot olivat pienet ja köyhyys vähäistä (Kennedy ym. 1998, Kawachi ym. 1997, Wilkinson 1996). Toisaalta taas suomalaisten ja ruotsalaisten koettu terveys ei tulosten mukaan ollut parempi kuin yhdysvaltalaisien tai australialaisten. Vertailevat tutkimukset koulutuksen ja ammatin mukaisista kuolleisuus ja sairastavuuseroista tukevat taas käsillä olevan tutkimuksen tuloksia. Tutkimusten mukaan nämä kuolleisuus- ja sairastavuuserot olivat Pohjoismaissa suuremmat kuin Länsi-Euroopan keskitaso (Cavelaars ym. 1998a, Machenbach ym. 1997). Näin ollen koettu terveys näyttää yksilötasolla toimivan samalla tavoin kuin objektiivisista terveystutkimuksista esimerkiksi kuolleisuus ja sairastavuus. Makrotasolla taas koettu terveys ei ole samassa linjassa sitä objektiivisempien mittareiden kanssa.

Saatujen tulosten kannalta valtioiden jakaminen hyvinvointivaltiomalleihin joutuu kriittiseen valokeilaan ainakin sen suhteen, mitä kansalaisten terveyteen tulee. Maiden väliset koetun terveyden erot eivät noudata Esping-Andersenin (1990) regiimijakoa, vaikka monet muut hyvinvoinnin osa-alueet tätä jakoa noudattavatkin (Ritakallio 2002, Fritzell 2000). Korporatiivista mallia edustavat Saksa ja Sveitsi poikkeavatkin kansalaisten koetun terveyden osalta hyvin paljon toisistaan.

Tutkimuksen tulokset poikkesivat siitä, mihin yleensä vertailevassa sosiaalipolitiikan tutkimuksessa on totuttu. Pohjoismaat eivät olleet tällä kertaa valtioita, joissa hyvinvointi jakautuu kaikkein tasaisimmin. Erityisen ongelmalliseksi tilanteen tekee se, että sosiaalisen rakenteen mukaisten terveyserojen voidaan ajatella kuvaavan perustavaa yhteiskunnallista eriarvoisuutta, koska terveys on hyvinvoinnin osatekijöistä ehkä tärkein ja toimii koko hyvinvoinnin mahdollistajana (Doyal ja Gough 1991, Karisto 1984, Allardt 1976). Näin ollen terveyden taso ja sen jakautuminen väestön keskuudessa ovat keskeisiä osoittimia, kun arvioidaan väestön hyvinvointia ja hyvinvointivaltion tuloksellisuutta (Lundberg ja Lahelma 2001). Tutkimukset Pohjoismaiden pienistä tuloeroista ja alhaisesta köyhyysasteesta antavatkin liioitellun positiivisen kuvan pohjoismaalaisten hyvinvoinnista ja sen jakautumisesta. Terveydellisillä mittareilla tulos on päinvastainen, jolloin on hyvin harhaanjohtavaa taloudellisen hyvinvoinnin perusteella tehdä päätelmiä koko hyvinvoinnista.

Kiitokset

Kiitän anonymiejä referoita sekä (ma) professori Pauli Formaa hyvistä kommentteista

In this study, I examined self-perceived health and health differences in six welfare states. The aim of the study was to analyse self-perceived health differences between countries and within countries. Self-perceived health was analysed by age, gender, subjective class identification and perceived economic situation. Examined welfare states were Finland, Sweden, Germany, Switzerland, United States and Australia. These countries represent different welfare state regimes. Analysed data were World Value Survey, 1995–1997. The data were analysed using logistic regression and crosstabulation. Inequalities in self-perceived

health were found in all countries. Within each country, the age, perceived economic situation and subjective class identification divided the population's self-perceived health. The importance of gender in self-perceived health was found to be minor. The size of inequalities in health was found to vary between countries. There was a tendency for inequalities to be relatively large in Finland, Sweden and Switzerland compared to the United States and Australia. The results did not support the idea that inequalities in self-perceived health would be smaller in countries whose social and health-care policies are universal.

KIRJALLISUUS

- Abrahamson P. The Welfare Modelling Business. *Social Policy & Administration* 1999;33: 394–415.
- Allardt E. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Wsoy, Juva 1976.
- Anttonen A, Sipilä J. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Tampere 2000.
- Ayanian J, Weissman J, Schneider E, Ginsburg J, Zaslavsky A. Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. *JAMA* 2000;284:2061–2069.
- Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993;37:1055–1068.
- Arts W, Gelissen J. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *J of European Social Policy* 2002;12:137–158.
- Bailis D, Segall A, Chipperfield J. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med* 2003;56:203–217.
- Benjamins M, Hummer R, Eberstein I, Nam C. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med* 2004;59:1297–1306.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts J, Helmert U, Lundberg O, Mielck A, Matheson J, Mizrahi AR, Mizrahi A, Rasmussen N, Spuhler T, Mackenbach JP. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme. *International J Epidemiology* 1998;27:222–230.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts J, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi AR, Mizrahi A, Rasmussen N, Redigior E, Spuhler T, Machenbach JP. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:219–227.
- Davis N, Robinson R. Do Wives Matter? Class Identities of Wives and Husbands in the United States, 1974–1994. *Social Forces* 1998;76:1063–1086.
- Docteur E, Oxley H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. *OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA* 2003:9.
- Doyal L, Gough I. *A Theory of Human Need*. MacMillan Education, London 1991.
- Ecob R, Smith, G. Income and health: what is the nature of the relationship? *Soc Sci Med* 1999;48:693–705.
- Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge 1990.
- European Commission. *The Social Situation in the European Union*. Eurostat, Brussel 2003.
- Ferraro K, Farmer M, Wybraniec J. Health Trajectories: Long-Term Dynamics Among Black and White Adults. *J Health Soc Behav* 1997;38:38–54.
- Ferrera M. The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *J of European Social Policy* 1996;6:17–37.
- Franks P, Gold M, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003;56:2505–2514.
- Fritzell J. Still Different? Income Distribution in the Nordic Countries in a European Comparison. *Luxembourg Income Study, Working Paper No. 238*. 2000.
- Haataja A. Tasaetu, tarveharinta vai ansioperiaate? Sosiaalipolitiikkamallit, mikrosimulaatiot ja työttömien taloudellinen asema. *Turun yliopiston julkaisuja sarja C* osa 141. Turku 1998.
- Haavio-Mannila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986;22:141–149.
- Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Trends in Self-Rated Health in Finland 1972–1992. *Prev Med* 1996;25:625–632.

- Idler E, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–37.
- Inglehart R. World Values Surveys and European Values Surveys, 1981–1984, 1990–1993, and 1995–1997. Inter-university Consortium for Political and Social Research. Michigan 2000.
- Kaplan G, Pamuk E, Lynch J, Cohen R, Balfour J. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312:999–1003.
- Karisto A. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja m:46, Helsinki 1984.
- Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *Am J of Public Health* 1997;87:1491–1498.
- Kennedy P, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Smith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917–921.
- Kennelly B, O’Shea E, Garvey E. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Soc Sci Med* 2003;56:2367–2377.
- 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. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Jyväskylä 2002.
- Knesebeck O, Lüschen G, Cockerham W, Siegrist J. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2003;57:1643–1652.
- Kohl J, Wendt C. Regulation, Financing and Service Provision in OECD Health Care Systems. Paper prepared for the Annual Conference of Research Committee 19 of the International Sociological Association ”Welfare state restructuring: processes and social outcomes” Paris, 2–4 September 2004.
- Kuivalainen S. A Comparative Study on Last Resort Social Assistance Schemes in Six European Countries. Stakes, Research Report 146, Helsinki 2004.
- Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra J, Geurts J, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger W, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International J Epidemiology* 2004;1093:1–11.
- Lahelma E, Manderbacka K, Rahkonen O, Karisto A. Comparisons of inequalities in health: Evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. *Soc Sci Med* 1994;38:517–524.
- Lahelma E, Rahkonen O, Huuhka M. Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986–1994. *Soc Sci Med* 1997;44:789–799.
- Lahelma E, Arber S. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *European J Public Health* 1994;4:213–226.
- Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Soc Sci and Med* 1999;48:7–19.
- Lahelma E, Kivelä K, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, Elstad J, Lissau I, Lundberg O, Rahkonen O, Rasmussen N, Yngwe M. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Soc Sci Med* 2002;55:609–625.
- Lahelma E, Manderbacka K, Martikainen P, Rahkonen O. Miesten ja naisten väliset sairastavuus- ja kuolleisuuserot. Teoksessa Luoto R, Viisainen K, Kulmala I, toim. Sukupuoli ja terveys. Vastapaino, Tampere 2003.
- Lindholm H. Suomalaisten hyvinvoinnin muutokset 1995–2000. Kansaneläkelaitoksen sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 63, Helsinki 2001.
- Lundberg O, Lahelma E. Nordic health inequalities in the European context. Teoksessa Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J, Uusitalo H. toim. Nordic Welfare States in the European Context. Routledge, London 2001.
- Lynch J, Smith G, Kaplan G, House J. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000;320:1200–1204.
- Mackenbach JP, Kunst A, Cavelaars A, Groenhouf F, Geurts J and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health: Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *The Lancet* 1997;349:1655–1659.
- Maddox G, Douglass E. Self-Assessment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects. *J Health Soc Behav* 1973;14:87–93.
- Manderbacka K. Questions on Survey Questions on Health. Swedish Institute for Social Research, Stockholm 1998.
- Mitchell D. Income Transfers in Ten Welfare States. Avebury, Aldershot 1991.
- Månsson N-L, Råstam L. Self-rated health as a predictor of disability pension and death – A prospective study of middle-aged men. *Scand J Public Health* 2001;29:151–158.
- Månsson N-L, Merlo J, Österbergen P-O. Is there an interaction between self-rated health and medication with analgesics and hypnotics in the prediction of disability pension? *Scand J Public Health* 2002;30:267–273.
- Ossowski S. Class Structure In the Social Consciousness. Routledge & Gegan Paul, London 1963.
- Plutzer E, Zipp J. Class, Gender, and the Family Unit: A Dynamic Model of Stratification and Class Politics. *Social Science Research* 2001;30:426–448.
- Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *The Lancet* 1998;351:1009–1014.
- Rahkonen O, Lahelma E, Karisto A, Manderbacka K. Persisting Health Inequalities: Social Class Differentials in Illness in the Scandinavian Countries. *J Public Health Policy* 1993;14:66–81.

- Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: A comparison of young men and women in Britain and Finland. *Soc Sci Med* 1995;41:163–171.
- Rahkonen O, Lahelma E. Sosiaalinen rakenne ja väestön terveys. Teoksessa Piirainen T, Saari J, toim. Yhteiskunnalliset jaot, 1990-luvun perintö? Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 58, Helsinki 2002.
- Rasinkangas J. Hyvinvointi ja työmarkkina-asema. Kansaneläkelaitoksen sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 33, Helsinki 1998.
- Ringen S. Well-being, Measurement, and Preferences. *Acta Sociologica* 1995;38:3–15.
- Ritakallio V-M. Trends of Poverty and Income Inequality in Cross-national Comparison. *European J Soc Security* 2002;4:151–177.
- Rosholm J-U, Christensen K. Relationship between drug use and self-reported health in elderly Danes. *Eur J of Clin Pharmacol* 1997;53:179–183.
- Silventoinen K, Lahelma E. Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1986 and 1994. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:253–258.
- Singh-Manoux A, Adler N, Marmot M. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;56:1321–1333.
- Smith A, Shelley J, Dennerstein L. Self-Rated Health: Biological Continuum or Social Discontinuity? *Soc Sci Med* 1994;39:77–83.
- Sosiaali- ja terveysministeriö Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki 2001.
- Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004;59:1–12.
- Verbrugge L. Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *J Health and Soc Behav* 1985;26:156–182.
- Wilkinson R. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Routledge, London 1996.
- World values surveys and European values surveys, 1995–1997 [Elektroninen aineisto]. By Ronald Inglehart [et al.]. ICPSR version. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research [tuottaja], 2000. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research; Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakajat], Tampere 2000.
- Wright E. "Women in the Class Structure". *Politics & Society* 1989;17:35–66.

JOHANNA KALLIO
VTM
Turun yliopisto