

Sosiaaliluokkien välisten terveyserojen selittäminen ja niiden vähentämisen haaste.

Esimerkkinä työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen

Ossi Rahkonen: VTT, dosentti, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

Mikko Laaksonen: FT, dosentti, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

Tea Lallukka: FT, dosentti, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

Eero Lahelma: VTT, professori, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

ossi.rahkonen@helsinki.fi, mikko.t.laaksonen@helsinki.fi, tea.lallukka@helsinki.fi,

eero.lahelma@helsinki.fi

Janus vol. 19 (4) 2011, 358–368

Janus

Tiivistelmä

Suomen terveystieteitä ohjannut yhtäältä terveyden tasotavoite ja toisaalta sen jakamatavoite, pyrkimys sosiaaliluokkien terveyserojen kaventamiseen. Tästä huolimatta terveyserot eivät ole kaventuneet ja ovat edelleen suuret. Artikkelissa tarkastellaan terveyserojen syitä ja selitysmalleja. Keskeisimmät selitysmallit ovat: 1) terveydentilaan perustuva valikoituminen, 2) aineelliset olosuhteet, 3) kulttuuri ja elintavat, 4) psykososiaaliset tekijät ja 5) elämäntapa. Empiirisenä esimerkkinä tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroja ja pohditaan niiden syitä. Erot osoittautuivat selviksi. Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaerojen keskeisinä syinä ovat työn fyysinen rasittavuus ja vähäinen työn hallinta. Lopuksi tarkastellaan, miten sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja tulisi kaventaa.

Väestön hyvinvointia arvioitaessa terveyden taso ja sen jakautuminen ovat keskeisiä mittareita. Erik Allardtin (1999) mukaan terveys on perustava voimavara, joka vaikuttaa muihin hyvinvoinnin osatekijöihin, kuten esimerkiksi koulutukseen, tuloihin ja työllisyyteen. Huono terveys voi esimerkiksi haitata riittävän tulotason saavuttamista, työllistymistä ja viedä ennenaikaiselle eläkkeelle.

Suomen terveystieteitä ohjannut yhtäältä terveyden tasotavoite ja toisaalta sen jakamatavoite (STM 1986; 2001). Tällä tarkoitetaan sitä, että samalla kun tavoitteena on saavuttaa yhä parempi väestön terveyden taso, rinnakkaisena pyrkimyksenä on kaventaa väestöryhmien, erityisesti sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja. Suomessa ja kaikissa muissa maissa, joista tutkimustietoa on saatavilla, terveyden sosiaaliluokkaerot ovat johdonmukaisia: mitä matalampi sosiaaliluokka – mitattiinpa sitä koulutuksella, ammatilla tai

tuloilla – sitä huonompi on terveys (Palosuo ym. 2007; Mackenbach ym. 2008). Pohjoismaiset hyvinvointivaltiot ovat pitkään tähänneet tasa-arvoiseen yhteiskuntaan ja hyvinvointierojen kaventamiseen. Siksi voisi olettaa, että Suomessa terveys- ja muut hyvinvointierot olisivat pienemmät kuin esimerkiksi Etelä- ja Keski-Euroopassa. Kansainväliset vertailut ovat kuitenkin osoittaneet, että sosiaaliluokkien väliset suhteelliset terveyserot ovat Suomessa keskitasoiset tai sitä suuremmat muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna (Mackenbach ym. 2008). Yhteiskuntapolitiikan tavoitteena on terveyserojen kaventamisen lisäksi ollut työurien pidentämisen tavoite. Tähän tavoitteeseen pyritään muun muassa ehkäisemällä työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista.

Artikkelissa tutkimme, mitä terveyserot ovat, mistä ne johtuvat ja miten niitä voi kaventaa. Esimerkkinä käytämme aiempia tarkasteluja työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaali-

luokkaeroista ja pohdimme, mistä erot johtuvat ja miten niitä tulisi kaventaa.

Se, onko sosiaaliluokkien välillä terveyseroja vai ei, ei juuri aiheuta vastaväitteitä. Erimielisyyttä on sen sijaan siitä, mistä erot aiheutuvat eli mitkä tekijät niitä selittävät ja minkälaisiin tekijöihin vaikuttamalla eroja voidaan kaventaa. Jotta eroja kaventavat toimenpiteet kohdistuvat oikein, on tiedettävä, mitkä tekijät terveyserojen syntymistä ja säilymistä selittävät. Terveyserojen selityksille on kehitelty kansainvälisessä tutkimuksessa monia teoreettisia malleja, joita tarkastelemme seuraavassa.

Terveyserojen selityksiä

Kaikkein jyrkimmät näkemykset sosiaaliluokkien terveyseroista kiistävät niiden olemassaolon kokonaan. Elintason nousun on esitetty vähentävän köyhyyttä ja ylipäänsä poistavan elinolojen sosiaaliluokkaerot. Yhdysvaltalainen sosiologi Charles Kadushin (1966) esitti 1960-luvulla, että sosiaaliluokkien väliset terveyserot ovat länsimaissa häviämässä, elleivät ole jo kokonaan poistuneetkin. Tuoreempi luokkaerojen häviämistä painottava tulkinta on lähtöisin postmodernia koskevasta keskustelusta, jossa on korostettu "luokan kuolemaa" ja esitetty, että sosiaaliluokat ihmisiä jakavina ja luokittelevina tekijöinä ovat menettäneet merkityksensä. Ulrich Beckin (2002) mukaan luokka on elävä kuollut – zombi-käsite – joka on elossa, vaikka sen sisältö on kuihtunut. Sosiaaliluokan tilalle olisivat tulleet uudet sosiaaliset jaot, jotka liittyvät esimerkiksi kulutustottumuksiin ja identiteettiin, ja jotka olisivat luokkaa tärkeämpiä pyrittäessä ymmärtämään hyvinvointieroja, kuten esimerkiksi terveyseroja.

Kadushinin ja Beckin tulkinnat eivät ole saaneet empiiristä tukea sen enempää Suomea, muuta Eurooppaa kuin Pohjois-Amerikkaa tarkastelevista terveystutkimuksista. Tutkimukset ovat 1970-luvulta lähtien (Purola & Kalimo 1970;

Townsend & Davidson 1982; Palosuo ym. 2007; Laaksonen & Silventoinen 2011) osoittaneet, että sosiaaliluokan mukaiset terveyserot ovat selvät ja pysyvät. Hyvin harvassa ovat ne tutkijat, jotka katsovat sosiaaliluokkien ja terveyserojen poistuneen. Sosiaaliluokat eivät ole yhteiskunnasta poistuneet, eikä niiden merkitys terveyden ja muun hyvinvoinnin jakautumisessa ole murentunut. Kadushinin ja Beckin rinnalla on ollut runsaasti vakavampia yrityksiä selittää sitä, millaisten prosessien kautta terveyden ja muun hyvinvoinnin sosiaaliluokkaerot syntyvät ja miksi ne ovat sitkeitä kehittyneissäkin hyvinvointivaltioissa.

Terveyserotutkimuksen ensimmäinen aalto oli 1800- ja 1900-luvun vaihteessa, tutkimuksen viimeisin aalto käynnistyi 1970- ja 1980-luvun vaihteessa (ks. esim. Karisto ym. 1990). Merkittävässä asemassa tutkimuksen viritäjänä oli Britannian Labour-hallituksen vuonna 1977 asettama työryhmä, jonka tehtävänä oli selvittää, miksi kansallinen terveyspalvelujärjestelmä (*National Health Service*, NHS) ei kyennyt poistamaan sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja. Kun työryhmän raportti vuonna 1980 valmistui, hallitus Britanniassa oli ehtinyt vaihtua. Hyvinvointierojen kaventaminen ei ollut Margaret Thatcherin johtaman uuden konservatiivihallituksen tavoitteena, ja ryhmän raportti sai viileän vastaanoton. Uusi hallitus hidasti raportin julkaisemista, monisti lopulta raporttia vain reilut pari sataa kappaletta ja halusi unohtaa niidenkin olemassaolon. Hallituksen toive raportin unohtamisesta ei toteutunut, sillä ryhmässä ollut sosiaalipolitiikan professori Peter Townsend ja toimittaja Nick Davidson laativat raportista kirjan nimeltä *Inequalities in Health. The Black Report* (Townsend & Davidson 1982; ks. myös Rahkonen & Lahelma 2011). Se on nykyisin maailman myydyin ja luetuin sosiaalilääketieteellinen kirja.

The Black Reportissa – kirja on tullut tunnetuksi työryhmän puheenjohtaja Sir Douglas Blackin mukaan – esitettiin terveyserojen syi-

den ja selitysten teoreettinen kehikko, jota on myöhemmin kehitelty edelleen (Macintyre 1997; Bamba 2011). Terveyserojen syille on viisi kilpailevaa selitysmallia: 1) terveydentilaan perustuva valikoituminen, 2) materialistinen tai aineellisiin olosuhteisiin perustuva selitys, 3) kulttuuriin, käyttäytymiseen ja elintapoihin perustuva selitys, 4) psykososiaalinen selitys ja 5) elämänkaariselitys.

Kuudinkin malli on ollut. Kuudennen tulkinnan mukaan terveyserot ovat keinotekoisia, ja ne palautuvat puutteellisiin tutkimusasetelmiin ja virheellisiin mittauksiin. Nykyään vallitsee laaja yksimielisyys siitä, että terveyserot ovat todellisia eivätkä aiheudu keinotekoisesti aineistojen puutteista tai mittausongelmista.

Terveydentilaan perustuvassa valikoitumisessa on kyse vastakkaisesta syy-yhteydestä eli siitä, että sosiaaliluokka ei vaikuta terveyteen, vaan terveys vaikuttaa siihen, mihin sosiaaliluokkaan henkilö päätyy. Hyvän terveyden omaavat kokevat todennäköisemmin sosiaalisen nousun, kun taas huonon terveyden omaavat ovat vaarassa vajota alempaan luokkaan. Sosiaalista liikkuvuutta tapahtuu myös sukupolvien välillä, kun esimerkiksi nuorena terveysongelmia kohdannut putoaa koulutusuralta ja päätyy alempaan sosiaaliluokkaan kuin vanhempansa. Lisäksi vammaisia, vajaakuntoisia ja pitkäaikaissairaita syrjitään työmarkkinoilla sekä työnhakijoina että työntekijöinä.

Päinvastoin kuin terveyteen perustuvassa valikoitumisessa, muissa selitysmalleissa sosiaaliluokan ja terveyden yhteyden katsotaan syntyvän siten, että sosiaaliluokka vaikuttaa terveyteen. Sosiaaliluokka ei sinänsä vaaranna terveyttä, mutta elin- ja työolot ja niiden epätasainen jakautuminen luokan mukaan luetaan terveyserojen syihin. Materialistisen selityksen mukaan aineelliset vaikutukset toteutuvat sellaisten yhteiskunnan keskeisten rakenteellisten omi-

naisuuksien kuin luokka-aseman ja tuloerojen kautta (Laaksonen 2011).

Kulttuuriin ja elintapoihin liittyvän selityksen mukaan arvot ja asenteet sekä elintavat ovat mekanismeja, joiden kautta sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja tuotetaan. Elintavoista esimerkiksi tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, liikkumattomuus ja epäterveelliset ravintotottumukset ovat yleisempiä alemmissä kuin ylemmissä sosiaaliluokissa (Palosuo ym. 2007). Tämän selitysmallin mukaan alempien sosiaaliluokkien elintavat ovat ylempiä luokkia epäterveellisempiä ja tuottavat osaltaan sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja.

Materialistinen selitysmalli sekä kulttuuriin ja elintapoihin perustuva selitysmalli esitettiin jo Black Reportissa. Myöhempiin selitysmalleihin kuuluvat psykososiaaliset selitykset. Näillä tarkoitetaan muun muassa psykososiaalista työn kuormitusta ja sosiaalista tukea. Mallin mukaan alhaisessa sosiaaliluokassa olevat saavat vähemmän sosiaalista tukea ja heillä on vähemmän vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä. Tämän mallin mukaan kuormittavat psykososiaaliset tekijät tuottavat huonoa terveyttä ja sitä kautta terveyseroja (Wilkinson & Pickett 2011).

Yksittäisen kaiken kattavan selitysmallin, "suuren kertomuksen", etsimisestä on osin luovuttu ja ymmärretty, että terveyserojen syntyyn vaikuttavat monet tekijät ja eri selityksiä on pyritty yhdistämään (Macintyre 1997). Yhtenä esimerkkinä eri selitysmallien yhdistämisestä on elämänkaarinäkökulma, jossa korostetaan lapsuuden elinolojen vaikutusta aikuisuuden terveyteen. Näkökulma korostaa, että lapsuuden elinolot eivät välttämättä vaikuta suoraan aikuisuuden terveyteen, vaan vaikutus välittyy erilaisten polkujen kautta. Tällaisia terveyteen vaikuttavia polkuja ovat esimerkiksi koulutus, työllistyminen ja muut aikuisuuden olosuhteet. Elämänkaarinäkökulman mukaan olennaista on myös elämänkaaren eri vaiheissa ilmenevien

altistusten kasautuminen, jotka ovat terveyserojen syinä (Kestilä & Rahkonen 2011).

Ymmärryksemme terveyserojen syistä on tarkentunut vilkkaan tutkimuksen myötä. Eri selitystyyppien ja syytekijäryhmien, kuten aineellisten, psykososiaalisten ja elintapatekijöiden suhteellista merkitystä on myös empiirisesti testattu (Laaksonen ym. 2005). Tiivistäen voitodeta, että valikoitumisen ja psykososiaalisten tekijöiden merkitys sosiaaliluokkien välisten terveyserojen syntymisessä on havaittu vähäiseksi. Sen sijaan keskeisiä syytekijöitä ovat yhteiskunnan rakenteellinen ja kulttuurinen eriarvoisuus, joiden tuloksena on elinolojen ja elintapojen epätasainen jakautuminen. Elämänkaaren aikana monet aineellisiin elinoloihin ja elintapoihin vaikuttavat tekijät tuottavat sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja.

Eri tekijöiden suhteellinen paino terveyserojen muodostumisessa vaihtelee eri aikoina ja eri väestöryhmissä. Terveyserojen syyt ja niiden suuruus vaihtelevat myös ikäryhmittäin. Pienillä lapsilla erot ovat suuret, nuoruudessa selvästi kapeammat, mutta ikääntymisen myötä ne jälleen kasvavat (West 1998; Kestilä & Rahkonen 2011). Terveyserojen syihin ja suuruuteen vaikuttaa myös se, mitä terveyden osa-aluetta kulloinkin tutkimme.

Seuraavaksi tarkastelemme sosiaaliluokkaeroja käyttäen esimerkkinä yhtä keskeistä sosiaali-, työ- ja terveystalitiikkaa yhdistävää indikaattoria eli työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista ja pohdimme sitä, mistä sosiaaliluokkaerot työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisessa johtuvat. Väestön hyvä työkyky on keskeinen terveys- ja sosiaalipoliittinen tavoite. Hyvä työkyky tukee töissä jaksamista ja hyvinvointia.

Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaerot

Työkyvyille on useita erilaisia määritelmiä (Ilmarinen ym. 2006), mutta keskeistä työkyvyn kannalta on terveyden ja työolojen vuorovaikutus. Toisin sanoen työkyky muodostuu terveyden ja työolojen funktiona. Kovin raskaissa tehtävissä ei jaksata työskennellä, vaikka terveys vielä olisi kohdallaan, mutta keuhnomallakin terveydellä voi selviytyä fyysisesti ja psyykkisesti kevyistä töistä.

Pitkäaikainen työkyvyttömyys eli käytännössä työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen on yksi terveyttä ja toimintakykyä kuvaava osoitin. Yli 20 000 suomalaista joutuu vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle. Tällä hetkellä seitsemän prosenttia kaikista työkäisistä on työkyvyttömyyseläkkeellä. Prosenttiluku voi vaikuttaa pieneltä, mutta se tarkoittaa yli 250 000 työkäistä, joiden terveys on heikentynyt siinä määrin, etteivät he jaksata toimia nykyisessä työssään. Yksittäisille työntekijöille työkyvyttömyyseläke merkitsee työn rasitusten helpottumista, mutta samalla se voi merkitä syrjäytymistä, sosiaalisten suhteiden vähenemistä ja tulotason merkittävää laskua (Pensola ym. 2010). Työpaikoille ja yhteiskunnalle työkyvyttömyyseläke merkitsee työvoiman menetystä ja suuria kustannuksia.

Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syyt vaihtelevat, mutta kaksi keskeistä sairausryhmää kattaa noin kaksi kolmasosaa eläkkeistä. Noin joka kolmannella työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syynä on tuki- ja liikuntaelinten sairaus, joka kolmannella jokin mielenterveyden häiriö ja joka kolmannella jokin muu sairaus (Pensola ym. 2010). Työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen vaihtelee myös sosiaaliluokan mukaan: mitä alempi luokka-asema, sitä todennäköisemmin joutuu eläkkeelle. Tiina Pensolan ym. (2010, 31) tutkimuksessa tarkasteltiin asiantuntija-ammattien ja työntekijäammattien työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista vuodesta 1997 vuoteen 2006. Tässä luokittelussa asiantuntija-ammattitjeja ovat

johtajat, erityisasiantuntijat ja asiantuntijat, muut ovat työntekijäammattajeja. Sekä miehillä että naisilla sosiaaliluokan mukaiset erot työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa ovat selvät, miehillä ne ovat suuremmat kuin naisilla. Työntekijäammateista jouduttiin asiantuntija-ammattajeja todennäköisemmin työkyvyttömyyseläkkeelle. Kaikissa ryhmissä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on 2000-luvulla vähentynyt, mutta ryhmien väliset erot ovat pysyneet ennallaan (ks. myös Leinonen ym. 2011b).

Pensola ym. (2010) tarkastelivat työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista tarkemmin myös eri ammattajeista. Sekä naisilla että miehillä maa- ja vesirakennusalan avustavat työntekijät sekä puutarhatyöntekijät ja lomittajat joutuivat työkyvyttömyyseläkkeelle muissa ammattajeissa työskenteleviä todennäköisemmin. Lisäksi miesten keskuudessa myös rakennusviimeistely- ja aputyöntekijät ja naisilla siivoojat sekä sairaala- ja keittiöapulaiset joutuivat muita yleisemmin työkyvyttömyyseläkkeelle. Nämä ammatit kuuluvat ruumiillisesti raskaisiin ammattajeihin. Pienin työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riski sekä miehillä että naisilla oli yliopisto-opettajilla ja tutkijoilla.

Myös työkyvyttömyyseläkkeen syyt vaihtelivat sosiaaliluokan mukaan. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksissa työntekijä- ja asiantuntija-ammattajien erot olivat suuret: näitä eläkkeitä oli työntekijöillä kolme kertaa enemmän kuin asiantuntijoilla. Mielenterveyden häiriöihin perustuvissa eläkkeissä sosiaaliluokan mukaiset erot olivat pienemmät kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksissa ja iän mukaan ne olivat epäjohdonmukaiset. Mielenterveyden häiriöihin perustuvalla työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riski oli alle 58-vuotiailla työntekijäammattajeissa suurempi kuin asiantuntija-ammattajeissa. Tätä vanhemmilla mielenterveyden häiriöihin perustuvalla työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riski oli sen sijaan suurempi asiantuntija-ammattajeissa. (Pensola ym. 2010.)

Mistä työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaerot johtuvat?

Koska työkyvyttömyys on terveyden ja työolojen funktio, on luontevaa ajatella, että työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiseen vaikuttavista tekijöistä keskeisimmät ovat terveys ja työolot. Työntekijän terveyden on vastattava työn vaatimuksia ja toisinpäin. Ruumiillisesti raskaat työt, työhön liittyvien vaikutusmahdollisuuksien puute (Lahelma ym. 2011) ja työn psykososiaaliset rasitustekijät (Laine ym. 2010) lisäävät todennäköisyyttä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle.

Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu yhdistämällä Terveys 2000 -aineiston tietoja Eläketurvakeskuksen rekisteritietoihin (Polvinen 2009). Terveysteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät, kuten pitkäaikaisairastavuus, mielenterveys ja huono fyysinen kunto sekä työuupumus selittivät eläkkeelle joutumista, vaikka henkilön koulutus oli otettu huomioon. Matala koulutus lisäsi työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riskiä vain niillä, joilla oli jokin pitkäaikainen sairaus. Sitä vastoin heillä, joilla ei ollut pitkäaikaisairautta, ei ollut koulutuksen mukaisia eroja työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisessa (Polvinen 2009, 22).

Taina Leinonen työryhmineen (2011a) tarkasteli työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroja 8–10 vuoden seurannassa Helsingin kaupungin 40–60-vuotiaiden työntekijöiden keskuudessa (taulukko 1). Sosiaaliluokkia oli neljä: ylemmät toimihenkilöt (esimerkiksi lääkärit ja opettajat), keskitoimihenkilöt (sairaanhoitajat ja työnjohtajat), alemmat toimihenkilöt (toimistohenkilöstö ja hoitopulaiset) ja työntekijät (Lahelma ym. 2004). Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaerot olivat selvät. Työkyvyttömyyseläkkeelle joutui työntekijäasemassa olevista joka viides, alemmista toimihenkilöistä useampi kuin joka kymmenes, keskitoimihenkilöistä hieman harvempi kuin joka kymmenes ja ylemmistä toimihenkilöistä

joka kahdeskymmenes noin kymmenen vuoden seurannan aikana. Yhteys oli hyvin samanlainen naisilla ja miehillä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi eläkkeelle joutuneilla sosiaaliluokkaerot olivat suuret. Sitä vastoin mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeelle joutumisessa ei sosiaaliluokkaeroja juuri ollut. Erojen puuttuminen palautunee siihen, että mielenterveys on somaattista terveyttä tasaisemmin jakautunut sosiaaliluokan mukaan, tosin vakavissa mielenterveyden häiriöissä erot ovat samansuuntaiset kuin somaattisessa terveydessä.

Mistä todetut luokkaerot erot aiheutuvat? Terveydentilaan perustuva valikoituminen voi selittää osan eroista. Lapsuudessa vakavasti sairas-

tuneet ovat voineet jäädä tai joutua alempaan sosiaaliluokkaan ja jo ennen työikää ilmaantuneen sairauden pahenemisen vuoksi joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle ennen vanhuuseläkettä. Terveyteen perustuvan valikoitumisen selitysosuus luokkaeroista tuskin on kovin merkittävä, sillä hyvin huonon terveyden omaavat ovat hyvinkin joutuneet eläkkeelle jo ennen 40 ikävuotta, jolloin Leinosen ym. (2011a) tutkimuksen seuranta alkoi.

Helsingin kaupungin työntekijöitä tarkastelevassa kahdeksan vuoden seurantatutkimuksessa keskeisimmät työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiseen vaikuttavat työolot olivat työn fyysinen kuormittavuus ja vähäinen työn hallinta

Taulukko 1. Tutkimusaineiston ja myönnetyn työkyvyttömyyseläkkeen jakautuminen sosiaaliluokan mukaan (N ja %) – Helsingin kaupungin terveystutkimus (Lähde: Leinonen ym. 2011a, 467).

	Myönnetty työkyvyttömyyseläke							
	N		Kaikki syyt		Tuki- ja liikuntaelinsairaudet		Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Naiset								
Ylempi toimihenkilö	1462	29	68	5	13	1	29	2
Keskitoimihenkilö	986	19	84	9	31	3	27	3
Alempi toimihenkilö	2105	41	245	12	113	5	62	3
Työntekijä	561	11	115	21	74	13	10	2
Kaikki	5114	100	512	10	232	5	128	3
Miehet								
Ylempi toimihenkilö	625	45	30	5	3	0.5	10	2
Keskitoimihenkilö	281	20	23	8	7	3	8	3
Alempi toimihenkilö	132	9	18	14	6	5	9	7
Työntekijä	364	26	47	13	22	6	12	3
Kaikki	1402	100	118	8	38	3	39	3

(Lahelma ym. 2011). Yhteys säilyi, vaikka muut psykososiaaliset työolot ja sosiaaliluokka otettiin tarkastelussa huomioon. Nämä samat työoloja kuvaavat tekijät, erityisen voimakkaasti työn fyysinen raskaus, mutta myös työn hallinta selittivät kaikista syistä ja tuki- ja liikuntaelinsyistä työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroja (Leinonen ym. 2011a).

Epäterveelliset elintavat vaikuttavat terveyteen ja siten oletettavasti myös työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiseen. Tupakoinnin, runsaan alkoholin käytön, liikkumattomuuden, lihavuuden (Harkonmäki ym. 2008) ja uniongelmien (Lalukka ym. 2011) onkin havaittu lisäävän työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen todennäköisyyttä. Elintavat kokonaisuudessaan kuitenkin selittivät vain pienen osan työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroista (Leinonen ym. 2011a). Lihavuus ja tupakointi vaikuttivat jonkin verran kaikista syistä ja tuki- ja liikuntaelinsyistä johtuvan työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroihin. Sen sijaan alkoholin käyttö ja liikkumattomuus eivät eroihin vaikuttaneet. Vaikka elintavat vaikuttavatkin sekä työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiseen että terveyserojen syntyyn, niin ne eivät näyttäisi merkittävästi selittävän työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroja. Päinvastoin kuin työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisessa, kuolleisuudessa elintapojen merkitys tulee selvästi esiin: alkoholin käyttö, tupakointi, epäterveelliset ruokatottumukset ja liikkumattomuus selittävät merkittävän osan sosiaaliluokkien välisistä kuolleisuuseroista (Valkonen ym. 2007, Laaksonen ym. 2008).

Leinosen ym. (2011a) tutkimuksessa ei otettu huomioon työntekijöiden koko elämänskaarta. Jo lapsuuden elinolojen on havaittu olevan yhteydessä myöhempään työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiseen (Harkonmäki ym. 2007). Artikkelimme osoittaa, että terveyserojen selitysmalleista työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista selittää parhaiten aineellisia, materiaalisia

työ- ja muita elinoloja korostava tulkinta. Ruumiillisesti raskaiden työolojen ja elinolojen sekä epäterveellisten elintapojen pitkäaikainen kasaantumisen vahingoittaa terveyttä ja luo pohjaa työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaeroille, kuten myös muille terveyseroille.

Miten terveyden sosiaaliluokkaeroja kavennetaan?

Tutkimustietoa terveyseroista, niiden pysyvyydestä ja kielteisistä muutoksista on nykyään runsaasti. Vaikka väestön terveydentila on keskimäärin kohentunut, kohentuminen ei ole kohdannut kaikkia sosiaaliluokkia tasa-arvoisesti. Tämä on väestön terveyden edistämisen suurimpia haasteita. Terveyserojen kaventaminen ei ole myöskään vain Suomessa toteutettava tehtävä. Maailman terveysjärjestön WHO:n työryhmä, *Commission on Social Determinants of Health* (WHO 2008) laajensi terveyden sosiaaliluokkaerojen syiden tarkastelun maailmanlaajuisesti, maiden väliseksi ja maiden sisäiseksi kysymykseksi

WHO:n työryhmä painotti elämänskaartitulkin-taan tukeutuen, että terveyserot saavat alkunsa siellä, missä ihmiset syntyvät, kasvavat, työskentelevät ja ikääntyvät. Erojen kaventaminen edellyttää puuttumista rahan, vallan ja muiden resurssien epätasaiseen jakautumiseen globaalilla, kansallisella ja paikallisella tasolla. Nämä rakennetekijät luovat kaikkialla tärkeimmän kasvu-alustan terveyserojen syntymiselle ja säilymiselle (WHO 2008). WHO:n komissio kiteytti, että keho politiikka ja talous muodostavat "myrkyllisen yhdistelmän", jonka tuloksena maailman väestön valtaosa ei pääse nauttimaan mahdollisimman hyvästä terveydestä. Tämä sama tulkinta pitää paikkansa sekä maailmanlaajuisesti että yksittäisten maiden sisällä. Paremman terveyden ja pienempien terveyserojen esteet eivät ole biologisia vaan sosiaalisia ja taloudellisia.

Terveyserojen ja muiden hyvinvointierojen kaventamistavoite on läpäissyt ministeriöiden ohjelmat. Vaikka sosiaaliluokkien terveyserojen kaventaminen on ollut esillä Suomen terveyspolitiikassa jo kauan, niin konkreettista erojen kaventamiseen tähtäävää toimintaohjelmaa sai odottaa pitkään. Matti Vanhasen toisen hallituksen aikana keväällä 2008 ilmestyi *Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma vuosille 2008–2011* (STM 2008). Tämä hallituksen terveyspoliittinen ohjelma on merkittävä siksi, että se on ensimmäinen terveyserojen kaventamiseen tähtäävä ohjelma Suomessa. Lisäksi on sinänsä kiinnostavaa, että terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen kannalta radikaalin ohjelman julkisti hallitus, johon perinteisesti hyvinvointivaltiota ja tasa-arvoa puolustaneet vasemmistopuolueet eivät kuuluneet. Silloisen hallituksen ja ministerien toimien ohella ohjelman juuret ovat kauempana ja ohjelmassa näkyy sosiaali- ja terveysministeriön kansanterveydellisesti suuntautuneiden virkamiesten ja laajan asiantuntijajoukon kynän jälki.

Ohjelmassa korostetaan, että terveyseroja kavennettaessa "on puututtava terveyserojen taustalla vaikuttaviin sosiaalisiin syytekijöihin ja prosesseihin" (STM 2008, 17). Tämä tarkoittaa sitä, että erot kytkeytyvät yhteiskunnan rakenteeseen, kuten koulutukseen, työmarkkinoihin ja tulonjakoon. Ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen yleisluonteiset päälinjat ovat seuraavat: Ensinnäkin vaikutetaan yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen, toiseksi tuetaan terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä ja kolmanneksi parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä (STM 2008). Ohjelman yleislinja on osuva ja tärkeä. Käytännön toimenpiteet eivät kuitenkaan ole toteutuneet eivätkä terveyserot ole kaventu-

Terveyserojen kaventamishojelman jälki näkyy hyvinvointieroiksi laajentuneena Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa kesältä 2011. Ohjelmassa todetaan, että "hallitus kaventaa tulo-, hyvinvointi- ja terveyseroja" (Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 2011, 7). Hallituksen toimenpide-ehdotukset ovat "terveys kaikissa politiikoissa" -tyyppiä (Leppo 2010), jolloin terveyseroihin vaikuttavat pääasiassa muut politiikan alueet kuin terveyspolitiikka sinänsä.

Talouspolitiikka on perinteisesti tukenut sellaista terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa, joka suoraan edistää talouskasvua. Kansanterveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen kannalta yksi epäonnistuneimmista poliittisista ratkaisuista oli kesän 2003 päätös alentaa alkoholin hintaa rajulla veronalennuksella. Valtiovarainministeriö pyrki tuolloin alentamaan myös tupakan hintaa, mutta tämän sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehet kansanterveysväen tuella saivat torjutuksi. Alkoholin hinnanalennus lisäsi alkoholikuolleisuutta juuri sen verran kuin tutkijat olivat ennalta arvioineetkin. Hinnanalennus kasvatti myös terveyseroja, sillä alkoholikuolleisuus lisääntyi vuoden 2003 jälkeen enemmän alemmissä kuin ylemmissä sosiaaliluokissa (Herttua ym. 2008). Kimmo Leppo (2010, 41) onkin todennut, että "pahin jarrumies terveys-tavoitteisen vero- ja hintapolitiikan tiellä on ollut valtiovarainministeriön vero-osasto".

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella voidaan päätellä, että vuoden 2012 budjetissa luvutut alkoholi- ja tupakkaveron korotukset tulevat vähentämään alkoholin ja tupakan kulutusta, alkoholi- ja tupakkasairastavuutta ja todennäköisesti kaventamaan terveyseroja. Veronkorotusten taustalla lienevät terveyssyitä enemmän valtion talouden kohentamiseen liittyvät tavoitteet, mutta tällöin talous- ja kansanterveystva-voitteet yhdistyvät. Jos kansanterveyssyyt korostuisivat, niin alkoholimainonnan kieltäminen ei olisi hallituksessa niin kiperä kysymys kuin se on ollut. Myönteisenä piirteenä on, että halli-

tusohjelmassa luvataan panostaa sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyyn, mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja parantaa toimeentuloturva. Mutta vastuuta jätetään kansalaisillekin, joita "kannustetaan vastuulliseen terveyskäyttäytymiseen" (Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 2011, 56).

Vaikka väestön terveydentila on koko ajan parantunut, ovat sosiaaliluokkien väliset terveyserot Suomessa suuret ja pysyvät. Jos muutosta on ollut, niin pikemminkin erot ovat kasvaneet kuin kaventuneet (Palosuo ym. 2007). Alempien sosiaaliluokkien terveys on parantunut ylempien luokkien terveyttä hitaammin. Olemme edellä keskittyneet pääasiassa työssäoleviin, jotka ovat terveyden suhteen erityisasemassa. Työttömien ja erityisesti pitkäaikaistyöttömien joukkoon kasautuu muun hyvinvointivajeen lisäksi myös huonoa terveyttä (Martikainen & Mäki 2011). Jos vuoden 2011 hallitusohjelma toteutuu, astutaan pitkä askel kohti terveyden ja muun hyvinvoinnin tasa-arvoa. Mihin suuntaan terveys- ja hyvinvointipoliittinen heiluri lähiaikoina liikahtaa, on silti epävarmaa, sillä kotimaisen ja kansanvälisen taantuman uhan alla ohjelmat saatetaan jättää kuolleiksi kirjaimiksi. Omatkin toimenpidesuunnitelmat torjutaan, kuten myös WHO:n työryhmän (2008) ehdotus, jossa terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi puututtaisiin rahan, vallan ja muiden resurssien epätasaiseen jakautumiseen.

Kirjallisuus

- Allardt, Erik (1999) Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36, 203–212.
- Bambra, Clare (2011) Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 740–745.
- Beck, Ulrich (2002) *Zombie Categories: Interview* with Ulrich Beck. Teoksessa Ulrich Beck & Elisabeth Beck-Gernsheim: *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: Sage, 202–213.
- Harkonmäki, Karoliina & Korkeila, Katariina & Vahtera, Jussi & Kivimäki, Mika & Suominen, Sakari & Sillanmäki, Lauri & Koskenvuo, Markku (2007) Childhood adversities as a predictor of disability retirement. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61, 479–484.
- Harkonmäki, Karoliina & Koskenvuo, Markku & Forma, Pauli (2008) *Tahdon asia? Näkökulmia työssä jatkamiseen ja terveyteen*. Helsinki: Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 3.
- Herttua, Kimmo & Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka (2008) Changes in alcohol-related mortality in Finland 1987–2003. *American Journal of Epidemiology* 168, 1110–1119.
- Ilmarinen, Juhani & Gould, Raija & Järvisalo, Aila & Järvisalo, Jorma (2006) *Työkyvyn moninaisuus*. Teoksessa Raija Gould, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet*. Helsinki: Eläketurvakeskus, 11–34.
- Kadushin, Charles (1966) Social class and the experience of ill health. Teoksessa R. Bendix & S. M. Lipset (toim.) *Class, Status, and Power: Social Stratification in Comparative Perspective*, Second Edition, New York: The Free Press, 406–412.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (1990) 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskenttä - sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27, 206–220.
- Kestilä, Laura & Rahkonen, Ossi (2011) Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa Mikko Laaksonen & Karri Silventoinen (toim.) *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Helsinki: Gaudeamus, 226–243.
- Laaksonen, Mikko (2011) Aineelliset ja taloudelliset tekijät. Teoksessa Mikko Laaksonen & Karri Silventoinen (toim.) *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Helsinki: Gaudeamus, 177–194.
- Laaksonen, Mikko & Roos, Eva & Rahkonen, Ossi & Martikainen, Pekka & Lahelma, Eero (2005) Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 163–169.

- Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) (2011) *Sosiaaliepideologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Laaksonen, Mikko & Talala, Kirsi & Martelin, Tuija & Rahkonen, Ossi & Roos, Eva & Helakorpi, Satu & Laatikainen, Tiina & Prättälä, Ritva (2008). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all cause mortality – a follow-up of 60.000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health* 18, 38–43.
- Lahelma, Eero & Laaksonen, Mikko & Lallukka, Tea & Martikainen, Pekka & Pietiläinen, Olli & Saastamoinen, Peppiina & Gould, Raija & Rahkonen, Ossi (2011) Working conditions and risk of disability retirement: A register linkage study. Tarjottu julkaistavaksi.
- Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Rahkonen, Ossi & Roos, Eva & Saastamoinen Peppiina (2004). Työntekijöiden terveydentilan vaihtelu ammattiaseman mukaan: Helsinki Health Studyn tuloksia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 41, 95–107.
- Laine, Sari & Gimeno, David & Virtanen, Marianna & Oksanen, Tuula & Vahtera, Jussi & Elovainio, Marko & Koskinen, Aki & Pentti, Jaana & Kivimäki, Miika (2010) Job strain as a predictor of disability pension: the Finnish Public Sector Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52(7): 733–739.
- Lallukka, Tea & Haaramo, Peija & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2011) Sleep problems and disability retirement: a register-based follow-up study. *American Journal of Epidemiology* 173 (8), 871–881.
- Leinonen, Taina & Pietiläinen, Olli & Laaksonen, Mikko & Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka (2011a) Occupational social class and disability retirement among municipal employees – the contribution of health behaviors and working conditions. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 37, 464–472.
- Leinonen, Taina & Sirmiö, Outi & Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka (2011b) Eriarvoisesti työkyvyttömyyseläkkeelle? Teoksessa Petteri Pietikäinen (toim.) *Työstä, joutsta ja jaksu. Työn ja hyvinvoinnin tulevaisuus*. Helsinki: Gaudeamus, 30–44.
- Leppo, Kimmo (2010) Rakenteellisesta terveyspolitiikasta HiAP:iin – mikä muuttui Suomessa 1970–2010? Teoksessa Timo Ståhl & Arja Rimpele (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 35–44.
- Macintyre, Sally (1997) The Black Report and Beyond: What are the Issues? *Social Science and Medicine* 44, 723–745.
- Mackenbach, Johan & Stirbu, Irina & Roskam, Albert-Jan & Schaap, Maartje & Menvielle, Gwenn & Leinsalu, Mall & Kunst, Anton (2008) Socio-economic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358, 2468–2481.
- Martikainen, Pekka & Mäki, Netta (2011) Työtömyys. Teoksessa Mikko Laaksonen & Karri Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideologia*. Helsinki: Gaudeamus, 90–105.
- Neuvottelutulos hallitusohjelmasta (2011)[online] <URL: <http://www.valtionneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/hallitusneuvottelut-2011/neuvottelutulos/fi.pdf>>. Luettu 10.10.2011.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23.
- Pensola, Tiina & Gould, Raija & Polvinen, Anu (2010) *Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16.
- Polvinen, Anu (2009) Koulutuksen, terveyden ja työn vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Helsinki: Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 4.
- Purola, Tapani & Kalimo, Esko (1970) Sairastavuuden ammattialoittainen vaihtelu työvoima- ja eläkepoliittisena ongelmana. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:14*, Helsinki.
- Rahkonen Ossi & Lahelma, Eero (2011). *Terveyden eriarvoisuus – Peter Townsendin tulkinta sosioekonomista terveyseroista*. Teoksessa Juhu

- Saari & Sakari Taipale (toim.) Hyvinvointivaltion modernit klassikot. Helsinki: Diak (ilmestyy)
- STM (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Helsinki.
- STM (2001) Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 4.
- STM (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 16.
- Townsend, Peter & Davidson, Nick (toim.) (1982) Inequalities in Health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin Books.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilka & Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007). Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuja Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 23, 44–64.
- West, Patrick (1998) Terveydentilan eriarvoisuus ja elämäntapaohjelma. Teoksessa Ossi Rahkonen & Eero Lahelma (toim.) Elämäntapa ja terveys. Helsinki: Gaudeamus, 23–47.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2011) Tasa-arvo ja hyvinvointi. Miksi tasa-arvo on hyväksi kaikille? Helsinki: HS kirjat.
- WHO (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.