

1

SOSIAALINEN RAKENNE JA TERVEYS

Eero Lahelma & Ossi Rahkonen

Terveydentilan sosiaaliluokkaerot ovat yksi terveystieteiden vahvoista tutkimusalueista. Sosiaaliluokka tai yhteiskuntaluokka, usein vain luokka, on yleisen sosiologian peruskäsite, ja yhteiskunnan rakennetta kuvataan sekä kahdella vastakkaisella että usealla hierarkkisesti kerrostuneella sosiaaliluokalla. Ylemmissä luokissa aineelliset ja henkiset voimavarat ovat paremmat kuin alemmissä. Terveystieteellinen tutkimus osoittaa, että myös terveys jakautuu epätasaisesti ja sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja todetaan sekä Suomessa että muissa maissa. Terveyserot on yleistetty säännönmukaisuudeksi: mitä alempi sosiaaliluokka, sitä heikompi terveys. Tutkimukset ovat tuottaneet tietoa terveyserojen syistä ja muutoksista. Sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja on pyritty kaventamaan hyvinvointi- ja terveystieteiden keinoin, mutta toistaiseksi tässä ei ole onnistuttu. Sosiaaliluokkien väliset terveyserot ovat jatkuva haaste sekä tutkimukselle että eriarvoisuuden vähentämiselle ja väestön terveyden edistämiseksi.

Terveystieteiden lähtökohtana on ajatus siitä, että ihmisten terveyttä, sairautta ja elinaikaa määrittävät sosiaaliset olot eivätkä vain biologia ja psykologia. Huonon terveyden kasvualustana ovat

puutteelliset elinolot, jyrkät sosiaaliset jaot ja väestöryhmien välinen eriarvoisuus. Terveys sosiologiassa tutkimuksessa selvitetään, miten yksilöiden ja ryhmien kiinnittyminen yhteiskunnan rakenteeseen, sosiaaliluokkiin ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön muovaa sairauksien syntymistä, kokemista, kulkua ja seurauksia (Blaxter 1997; Cockerham 2013).

SOSIAALINEN RAKENNE TERVEYSSOSIOLOGIASSA

Sosiologian peruskäsitteenä sosiaaliluokka kuvaa yhteiskunnan makrorakennetta ja sosiaalista ympäristöä laaja-alaisimmillaan (Allardt 1983). Sosiaaliluokan synonyymina käytetään nykyään usein sosioekonomista asemaa. Sosiaaliluokat muodostavat järjestyksen alimmasta ylimpään ja määrittävät monin tavoin yksilöiden ja ryhmien elämää. Luokkarakenteen perustan muodostavat henkiset ja aineelliset voimavarat, kuten valta, tieto, arvostus, raha ja muu omaisuus, jakautuvat yhteiskunnissa epätasaisesti siten, että ylemmissä luokissa voimavarat ovat paremmat kuin alemmissä. Vaikka yhteiskuntien luokkarakenteet ja luokka-aseman merkitys sekä kokeminen ovat muuttuneet, yksilöt ja ryhmät kiinnittyvät edelleen eri asemiin, sosiaaliluokkiin (Melin 2012).

Kuten muutkin voimavarat, myös terveys jakautuu yhteiskunnassa epätasaisesti, sillä alemmissä sosiaaliluokissa sairastavuus on yleisempää ja elinaika lyhempi kuin ylemmissä luokissa. Brittiläinen sosiaaliepideemiologi Sir Michael Marmot (2004, 23) on kiteyttänyt luokkarakenteen ja terveyden välisen säännönmukaisuuden seuraavasti: ”Yleisesti ottaen mitä alhaisempi on sosiaalinen asema, sitä suurempi on sydänsairauden, aivohalvauksen, keuhkosairauksien, ruoansulatuselinten sairauksien, munuaissairauksien, HI-virukseen liittyvien sairauksien, tuberkuloosin, itsemurhan, onnettomuuksien ja muiden ’väkivaltaisten’ kuolemien riski.” Tämä säännönmukaisuus – mitä alempi luokka, sitä heikompi terveys – kuvaa sosioekonomisia terveyseroja tai lyhyesti vain terveyseroja.

Väestön terveys ja sosioekonomiset terveyserot ovat paitsi teollinen myös eettinen ja poliittinen kysymys. Akateemikko Erik Allardt (1999, 210) on todennut:

Yhteiskunnassamme kansanterveyden vaatimukset joutuvat usein kilpailemaan taloudellisten ja poliittisten tavoitteiden kanssa. Monet taloudellisesti kannattavat ja poliittisesti suosittu projektit saattavat olla terveydellisesti ongelmallisia.

Siinä määrin kuin terveyserot ovat syntyneet poliittisten päätösten, sosiaalisten olojen ja ihmisten toiminnan tuloksena, niitä voidaan pitää ehkäistävissä olevina ja siten myös epäoikeudenmukaisina. Terveyserot ovat osa yhteiskunnassa vallitsevaa eriarvoisuutta, johon voidaan ja johon tulee puuttua poliittisin toimin.

Yhteiskunnan luokkarakenteen kuvausta täydentävät sosiodemografiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, asumismuoto ja perhetilanne, etninen tausta sekä asuinalue, jotka myös kuuluvat terveys-sosiologian peruskäsitteisiin ja määrittävät terveyttä ja sairautta. Terveyserojen tarkastelussa on tarpeen huomioida etenkin sukupuoli ja ikä, sillä niiden yhdysvaikutukset sosiaaliluokan kanssa tarkentavat sosiaalisen rakenteen ja terveyden välistä yhteyttä ja osoittavat sosiaaliluokan selitysvoimaa (Cockerham 2013). Sosiaaliluokkien rakenteellista tarkastelua täydentävät edelleen luokkakuulttuurit, samastuminen luokkaan ja luokka-aseman kokeminen (Erola 2012; Melin 2012; Maunu ym. 2016).

GLOBAALIT TERVEYSEROT

Sosiaalisen rakenteen ja terveyden ongelma on maailmanlaajuinen. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän (Commission on Social Determinants of Health) raportissa kartoitettiin globaaleja terveyseroja. Rikkaiden ja köyhien maiden väliset terveyserot olivat erittäin suuret, ja myös maiden sisäiset terveyserot sekä rikkaissa että köyhissä maissa olivat suuret (WHO 2008). Asiantuntijaryhmän mukaan terveyseroille ei ole biologisesti välttämättömiä syitä, vaan erot syntyvät eriarvoisuuden, sosiaaliluokan ja muiden

sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta. Näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa poliittisin toimin parantamalla arkielämän elinoloja sekä puuttamalla vallan, rahan ja muiden voimavarojen epätasaiseen jakautumiseen maiden välillä ja sisällä.

Maiden välisiä terveysteroja kuvaa odotettavissa oleva elinikä eli elinajanodote. Vuonna 2013 naisten elinajanodote oli Japanissa 87 ja Suomessa 84 vuotta mutta lyhimmillään vain 50 vuotta Saharan eteläpuolisissa köyhissä maissa, kuten Sierra Leonessa tai Lesothossa. Naisten elinajanodote on lähes poikkeuksetta pidempi kuin miesten. Suomessa miesten elinajanodote vuonna 2015 oli 5,6 vuotta naisten elinajanodotetta lyhempi eli 78,5 vuotta (WHO 2016a).

Maan vaurauden ja elinajanodotteen välillä vallitsee voimakas, joskaan ei suoraviivainen yhteys, sillä rikkaimpien maiden etumatka keskivarakkaisiin maihin on pienempi kuin keskivarakkaiden maiden etumatka köyhimpiin maihin. Viime vuosikymmeninä elinajanodote on konvergoitunut eli lähentynyt toisiaan eri maissa ja köyhemmät maat ovat saavuttaneet rikkaampia maita. Silti toisen maailmansodan jälkeinen aika todistaa myös katastrofeista, sodista, poliittisista oloista, taloudellisista romahduksista ja epidemioista, joiden tuloksena elinajanodotteen pidentyminen on pysähtynyt ja kääntynyt laskuun esimerkiksi Kiinassa ja eräissä eteläisen Afrikan maissa (Deaton 2013). Suomalaisille läheisin esimerkki on venäläisten miesten elinajanodotteen lyhentyminen 65 vuodesta 58 vuoteen Neuvostoliiton romahduksen jälkeisinä vuosina 1991–1994 (Leon ym. 1997).

SOSIOLOGINEN LUOKKA-ANALYYSI JA TERVEYSSOSIOLOGIA

Yleisen sosiologian perinteessä yhteiskuntaluokka on tärkeä teoreettinen peruskäsite. Sosiologisessa luokka-analyysissä on tutkittu luokkarakennetta ja sen muutoksia sekä kehitetty luokituksia, mutta luokkarakenteen hyvinvointiseuraukset ovat olleet toissijaisia eikä terveydellä ole ollut analyysissä mainittavaa osaa.

Sosiologisten luokkateorioiden ja luokkatutkimuksen perustan ovat luoneet saksalaiset yhteiskunta-analyytikot, Karl Marx

(1818–1883) ja Max Weber (1864–1920). Summaamme seuraavassa näiden sosiologian klassikoiden luokka-analyysin pääpiirteitä tarkastelumme taustaksi tietoisena siitä, että tiivistämisen vaarana on liiallinen yksinkertaistaminen.

Marxilaisessa luokka-analyysissa tuotantovälineiden omistussuhteet ja taloudellinen eriarvoisuus synnyttävät kapitalistiseen yhteiskuntaan kaksi vastakkaista, antagonistista luokkaa, tuotantovälineet omistavan yläluokan eli porvariston ja vailla omaisuutta olevan ja työvoimaansa myyvän työväenluokan eli proletariaatin. Marxilla yksilöiden ja ryhmien jakautuminen kahteen pääluokkaan perustuu nimenomaan tuotantovälineiden omistussuhteisiin. Lisäksi luokkien sisällä esiintyy toissijaisia jakoja ja luokkien väliin sijoittuu keskiluokkia, kuten sivistyneistö ja asiantuntijat, mutta näiden asema marxilaisessa analyysissa on jäsentymätön. Tuotantovälineet omistava luokka pyrkii saavuttamaan työväenluokan työvoiman käytöstä mahdollisimman suuren hyödyn eli riistämään työväestöltä sen tuottaman lisäarvon. Marxin analyysissa riisto tarkoittaa tämän taloudellisen hyödyn anastamista työntekijöiltä mutta ei niinkään työ- ja muiden elinolojen kurjistamista. (Lynch & Kaplan 2000; Melin 2012; Cockerham 2013.)

Weberiläisessä luokka-analyysissa luokat ja luokkaerot eivät perustu vain tuotantovälineiden omistussuhteisiin, vaan luokkajakoon vaikuttavat myös mahdollisuudet kulutukseen tavaramarkkinoilla sekä toiminta ammatissa ja työmarkkinoilla, jotka yhtä lailla vaikuttavat yksilöiden ja ryhmien asemaan luokkarakenteessa. Marxin kahdesta vastakkaisesta pääluokasta poiketen Weberin luokkarakenne muodostaa järjestysasteikon ylimmästä alimpaan luokkaan: omistava porvaristo, ei-omistava sivistyneistö, pikkuporvaristo ja työväestö. Asema luokkarakenteessa määrittää ihmisten elämänmahdollisuuksia, joilla tarkoitetaan aineellisia (esim. tulot) ja ei-aineellisia (esim. koulutus) voimavaroja. Ylimässä luokassa nämä voimavarat ovat parhaat ja alemmissa luokissa asteittain huonommat. Taloudellisten ja muiden voimavarojensa avulla ylempiin luokkiin kuuluvilla on parhaat mahdollisuudet turvata hyvinvointinsa yhteiskunnassa. Weberin analyysissa luokka määrittää paitsi elämänmahdollisuuksia ja voimavaroja myös

yksilöiden ja ryhmien elämäntyyliä, joka sekkin vaihtelee luokkaseman mukaan. (Lynch & Kaplan 2000; Melin 2012; Cockerham 2013.)

Marxin ja Weberin luokka-analyysiin ei terveys sisällynyt. Sen sijaan Marxin työtoveri Friedrich Engels (1820–1895) kuvasi huonoja työ- ja muita elinoloja sekä huonoa terveyttä Englannin työväenluokan keskuudessa 1800-luvulla (Engels 1845/2015). Marxilainen analyysi työväenluokkaan kohdistuvasta riistosta ja työväenluokan huono-osaisuudesta on vaikuttanut myöhempään tutkimukseen, jossa selvitetään luokkarakennetta, työ- ja muita elinoloja sekä näiden yhteyksiä terveyteen. Nykyään luokkarakenne ja terveys on tärkeä terveys sosiologian tutkimusalue, jolla suomalaisten tutkijoiden panos on suuri (Bouchard ym. 2015).

Weberin analyysi luokkarakenteen, elämänmahdollisuuksien ja elämäntyylin välisistä yhteyksistä on taas edistänyt terveyteen liittyvien elintapojen ja niiden luokkaerojen tarkastelua. Tätä kautta on opittu ymmärtämään yksilöiden ja ryhmien toiminnan, käyttäytymisen ja elämäntyylin tuloksena syntyviä terveysriskejä. Elämänmahdollisuuksien ja elämäntyylin tarkastelu osoittaa myös, etteivät ihmisten elintavat ja terveyskäyttäytyminen perustu puhtaasti vapaisiin eli voluntaristisiin valintoihin. Elintavat ja käyttäytyminen ovat myös sosiaalisesti määräytyneitä ja sosiaaliluokan mukaan kerrostuneita, ja epäterveellisimmillään ne ovat tyyppillisesti alimmissa luokissa (Macintyre 1997; Palosuo ym. 2007). Weberin elämänmahdollisuuksien ja elämäntyylin perustalta on luokka-analyysia myös laajennettu sosiaalisesta rakenteesta luokkakulttuureihin ja kulttuuripääomaan, jotka määrittävät terveyskäyttäytymistä ja tätä kautta terveyserojen syntymistä. (Abel & Frolich 2012; Melin 2012, Cockerham 2013, Mäki-Opas ym. 2015, Maunu ym. 2016.)

Marxin ja Weberin luokka-analyysin perinteillä on molemmilla ollut kauaskantoisia tieteellisiä ja poliittisia seurauksia sille, miten yhteiskunnan rakenne, eriarvoisuus ja voimavarojen epätasainen jakautuminen ymmärretään tutkimuksessa, yhteiskunnallisessa käytännössä ja politiikassa. Marxilaisessa perinteessä huomiota ovat saaneet ennen muuta omistussuhteet ja valta sekä aineelliset olot ja palkkatyön tekemisen ehdot, jolloin keskeinen luokkajako

on ollut henkistä työtä tekevien toimihenkilöiden ja ruumiillista työtä tekevien työntekijöiden välillä. Weberiläisessä perinteessä taas huomiota ovat saaneet yksilöiden ja ryhmien elämänmahdollisuudet, voimavarat ja elämäntyyli sekä näiden kerrostuneisuus hierarkkisten sosiaaliluokkien välillä.

Jo terveystieteologiaa edeltäneessä sosiaalilääketieteessä 1800-luvulla yhteiskunnan sosiaalisen rakenteen ja terveyden väliset yhteydet olivat tutkimuksen kohteena (Karisto ym. 1992). Samaan aikaan kehkeytyneen sosiologisen luokka-analyysin vaikutus terveystieteologiaan on kuitenkin paljon myöhempää perua (Elstad 2000; Lynch & Kaplan 2000; Aittomäki 2008; Abel & Frolich 2012; Cockerham 2013). Sosiologisessa ja terveystieteologisessa tutkimuksessa marxilainen ja weberiläinen luokka-analyysi ovat vaikuttaneet toisiinsa sekä tietoisesti että ei-tietoisesti. Teoreettisen ja empiirisen luokka-analyysin vuorovaikutus on kuitenkin ollut melko vähäistä. Sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksessa käytetyt luokkaryhmittelyt ovat tyypillisesti eri perinteiden yhdistelmiä eli hybridejä. Ne sisältävät useita luokkia, jotka muodostavat järjestyksen ylemmistä alempiin luokkiin ammatin, koulutuksen, taloudellisen aseman ja muiden resurssien perusteella (Lynch & Kaplan 2000; Melin 2012).

TERVEYSEROJEN TUTKIMUSTAVAT

Tunnetun brittiläisen köyhyystutkijan Peter Townsandin (1928–2009) johtaman työryhmän 1970-luvun lopulla laatima raportti, *Black Report*, käynnisti sosioekonomisten terveyserojen tutkimusaallon, joka jatkuu edelleen (Townsand & Davidson 1982; Macintyre 1997; Rahkonen & Lahelma 2013; Bouchard ym. 2015). Työryhmän tehtävänä oli selvittää, miksi Ison-Britannian kansallinen terveyspalvelujärjestelmä ei ollut kyennyt poistamaan terveyseroja. Osoittautui, että terveyserot olivat suuret ja osin suurentuneet. Raportin vaikutuksesta tutkimusmenetelmät kehittyivät ja tutkimuskysymykset tarkentuivat. Tutkimuksen tehtäväksi tuli paitsi terveyserojen kuvaaminen myös erojen syiden kartoitus. Vastaavia raportteja on sittemmin laadittu monessa maassa, ja myös

Suomessa terveyserojen muutoksia on seurattu tutkimuksin (Palosuo ym. 2007; Lahelma ym., ilmestyy 2017; Tarkiainen ym. 2017).

Terveyserojen tutkimuksessa voidaan erottaa kolme erilaista tutkimuslinjaa. Ensiksikin, terveyserojen vallitsevaksi tutkimustavaksi vakiintui *Black Reportin* jälkeen sosiaaliluokan yhteys terveydentilaan, kuten koettuun terveyteen, fyysiseen ja psyykkiseen sairastavuuteen, kansantauteihin ja kuolleisuuteen. Luokkaryhmittelyt ovat yleensä noudattaneet weberiläisen mallin mukaista kerrostumarakennetta, joskin vaikutteita on omaksuttu myös marxilaisesta luokka-analyysistä (Lynch & Kaplan 2000; Melin 2012). Ammattiasemaan ja koulutukseen perustuvia luokituksia on kehitetty, jotta terveyseroja tutkimusten, maiden ja ajankohtien välillä voitaisiin verrata toisiinsa. Usein terveyseroja tarkastellaan miehillä ja naisilla erikseen, ja myös ikä ja perhetilanne huomioidaan.

Toiseksi, sosiaalista rakennetta on tarkasteltu kahtiajakona huono-osaisiin ja hyväosaisiin. Huono-osaisiin ryhmiin kuuluvat köyhät, syrjäytyneet ja (pitkäaikais)työttömät, joiden keskuudessa puutteelliset elinolot luovat kasvualustan sairauksien synnylle (Allardt 1999; Mannila 2002; Martikainen & Mäki 2011; Saari 2012). On myös arveltu, että valtaväestön terveys yhdenmukaistuu vauraissa maissa ja sairaudet kasautuvat enenevästi huono-osaisiin ryhmiin (Najman 1993), joskin myös keskiluokkien ja ylimpien luokkien välillä todetaan suuria terveyseroja. Huono-osaisten ryhmien terveyden tarkastelu täydentää hierarkkisesti järjestyneiden luokkien välisten terveyserojen kerrostumista koko väestössä.

Kolmanneksi, on tutkittu tulonjaon eriarvoisuutta yhteiskunnassa ja tämän vaikutuksia erityisesti terveydentilan tasoon mutta myös terveyseroihin (Wilkinson & Pickett 2011). Kohteena eivät siis ole olleet tuloryhmien väliset terveyserot sinänsä vaan yhteiskunnassa vallitsevien tuloerojen suuruus ja tämän taloudellisen eriarvoisuuden kokeminen ja suhteellinen kurjistuminen, mistä aiheutuu ylimääräistä psykologista stressiä sitä enemmän, mitä suurempi tulonjaon eriarvoisuus on. On oletettu, että terveys on erityisen huono ja terveyserot suuret niissä yhteiskunnissa, joissa

myös tuloerot ovat suuret. Tutkimustapa ei tuota tietoja terveyseroista sosiaaliluokkien välillä, vaan tuloerojen yhteys terveyteen on epäsuora ja välittyy yksilöihin yhteisötason stressimekanismin kautta. Tutkimusnäyttö on ristiriitainen, eikä tuloerojen suuruus yhteiskunnassa määritä johdonmukaisesti terveydentilan tasoa tai terveyserojen suuruutta (Coburn 2015).

Kolmesta tutkimustavasta ensimmäinen huomioi hierarkkisen sosiaalisen kerrostumarakenteen ylimmästä alimpaan luokkaan ja mahdollistaa terveyserojen tarkastelun läpi koko sosiaalisen rakenteen. Pitäydymme tässä terveyserojen tutkimuksen valtavirrassa.

SOSIAALILUOKAN OSOITTIMET JA TERVEYS

Sosiaaliluokka on laaja yläkäsite, jota ei voida tutkimuksissa mitata suoraan, vaan se on operationalisoitava eli on käytettävä soveltuvia mitattavia luokan osoittimia. Tärkeimmät osoittimet ovat koulutus, ammattiasema ja tulot (Lynch & Kaplan 2000; Galobardes ym. 2006; Lahelma 2010).

Koulutus

Sosiaaliluokan osoittimena koulutus ilmentää ei-aineellisia voimavaroja, kuten tietoja, taitoja, asenteita ja arvoja. Se määrittää osaltaan elämäntyyliä ja on lähimpänä weberiläistä kerrostumarakennetta. Koulutusta mitataan korkeimman suoritettun tutkinnon tai suoritettujen koulutusvuosien avulla. Koulutuksen etuna on, että se muodostaa järjestysasteikon ylemmästä alempaan. Koulutus voidaan myös määrittää kullekin yksilölle, sekä naiselle että miehelle, riippumatta siitä, osallistuuko hän ansiotyöhön vai ei. Koulutus-taso saavutetaan useimmiten varhaiseen aikuisuuteen mennessä, eikä se muutu suuresti tämän jälkeen. Koulutuksen rajoituksena on koulutusrakenteiden suuri murros ajassa: nuoremmassa ikäluokissa koulutustaso on vanhempia huomattavasti korkeampi ja pelkän peruskoulun käyneiden osuus on nykyään verrattain pieni. Koulutus voi muovata terveyttä eri mekanismein, mutta tärkeä reitti kulkee elämäntyylin ja terveyskäyttäytymisen kautta. Koulutus

tuottaa henkisiä ja aineellisia voimavaroja, jotka tukevat terveyttä edistävää elämäntyyliä ja käyttäytymistä.

Ammattiasema

Ansiotyöhön ja ammattiin perustuvaa ammattiasemaa pidetään usein luokkateorioissa perustavana sosiaalisen rakenteen ulottuvuutena (Erola 2012). Ammattiasema selvemmin kuin muut sosiaaliluokan osoittimet kiinnittää yksilöt ja ryhmät yhteiskunnan keskeisiin, palkkatyön kautta määrittäviin rakenteisiin. Ammattiasema ilmentää työoloja sekä sijoittumista työorganisaatioon, ja se liittyy läheisemmin marxilaisen luokka-analyysin perinteeseen kuin koulutus. Koulutuksen tapaan myös ammattirakenteet muuttuvat ajassa, mikä vaikeuttaa terveyserojen muutosten tarkastelua. Tilastokeskuksen (1989) sosioekonominen luokitus erottaa toisistaan ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt, maatalousyrittäjät ja muut yrittäjät sekä työntekijät. Vaikka luokitus on pääpiirteittäin järjestysasteikollinen, ei yrittäjiä kyetä sijoittamaan hierarkiaan ilman lisätietoja. Ammattiasemien tuottamat voimavarat ja työtehtäviin liittyvät olot sekä altistukset ovat tärkeitä terveyttä määrittäviä tekijöitä.

Tulot

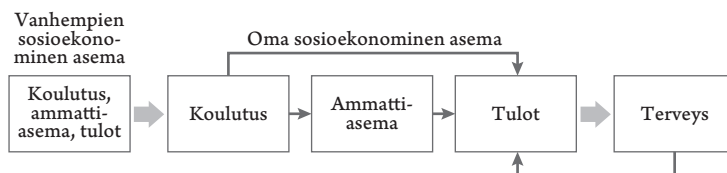
Sosiaaliluokan osoittimista tulot ilmentävät weberiläisen mallin mukaisia aineellisia voimavaroja enemmän kuin ammatti ja koulutus. Usein käytetty tulomitta on kotitalouden käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohti, verot vähennettynä ja tulonsiirrot lisättyinä. Tuloryhmitykset ovat selvimmän järjestysasteikollisia, ja luokittelut perustuvat sekä absoluuttisiin rahamääriin että suhteellisiin tuloihin, esimerkiksi tuloviidenneksiin. Luotettavien tulotietojen kerääminen on kuitenkin vaikeaa, ellei käytettävissä ole verottajan rekisteritietoja, mikä Suomessa on mahdollista. Tulojen yhteys terveyteen toteutuu ennen muuta aineellisten voimavarojen, kulutuksen ja elinolojen kautta.

Sosiaaliluokan osoittimien keskinäiset yhteydet

Oman koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen lisäksi sosiaaliluokkaa määrittävät myös asuminen ja varallisuus sekä puolison ja vanhempien sosiaalinen asema. Koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen määräytyminen noudattaa aikajärjestystä (ks. kuvio 1). Nämä kolme osoitinta muodostavat sosiaaliluokan ytimen ja liittyvät läheisesti toisiinsa. Samalla kullakin osoittimella on oma pätevyysalueensa, jota muut eivät kokonaan kata. Sosiaaliluokan eri osoittimia ei tämän vuoksi voida täysin korvata toisillaan, eikä yhtä muita parempaa osoitinta ole. Terveyserojen tutkimuksessa tyydytään usein vain yhteen osoittimeen, mutta tutkimusasetelma voidaan rakentaa myös kattamaan samanaikaisesti useita osoittimia, jolloin analyysissä voidaan huomioida sosiaaliluokan osoittimien keskinäiset yhteydet, aikajärjestys ja suhteellinen voima (Lahelma 2010).

Vanhempien asema vaikuttaa oman, aikuisuudessa kiteytyvän sosiaaliluokan taustalla. Oma koulutus hankitaan yleensä nuoruudessa, ja se ohjaa aikuisuuden työtehtäviin, ammattiin ja ammattiasemaan. Yhdessä koulutuksen kanssa ammatti ja työtehtävät määrittävät tulotasoa. Eri mekanismien kautta sosiaaliluokan osoittimet, niihin liittyvät olot, voimavarat ja altistukset ovat yhteydessä terveyteen.

Terveyserojen analyysissä tarkastelun suunta on useimmiten sosiaaliluokasta terveyteen, jolloin alhaisen luokka-aseman oletetaan eri mekanismein tuottavan huonoa terveyttä. Kuvioon 1 on



KUVIO 1. Sosioekonomisen aseman eri osoittimien keskinäiset yhteydet. Lähde: Lahelma 2010.

merkitty myös vastakkainen vaikutussuunta eli terveyteen perustuva valikoituminen sosiaaliluokkiin. Valikoitumista tapahtuu muun muassa työmarkkinoilla huonon terveyden vaikuttaessa tuloihin ja ammattiasemaan sekä estässä työskentelyn. Suurin osa terveyseroista syntyy kuitenkin sosiaaliluokan ja siihen liittyvien tekijöiden seurauksena, jolloin puhutaan syy-yhteydestä eli kausaatiosta (Elstad 2000; Warren 2009; Bambra 2011a). Sosiaaliluokan osoittimet kuten koulutus, ammattiasema ja tulot vaikuttavat toisiinsa, mutta ne eivät ole terveyserojen suoranaisia syitä, vaan erot syntyvät sosioekonomisen aseman ja terveyden yhteyttä välittävien moninaisten mekanismien tuloksena (Lynch & Kaplan 2000).

TERVEYSEROJEN SYYT

Black Report (Townsend & Davidson 1982) jakoi terveyserojen selitysmallit neljään tyyppiin. Ensiksikin, artefaktaselityksen mukaan terveyserot muodostuvat terveyden ja sosiaaliluokan puutteellisen mittaamisen vuoksi. Toinen selitysmalli edustaa vastakkaista syy-yhteyttä: sen mukaan terveyserot muodostuvat sosiaaliluokkiin valikoitumisen tuloksena. Epäsuorassa eli sosiaalisessa valikoitumisessa jokin sosiaalinen tekijä, kuten vanhempien asema, voi vaikuttaa sekä yksilön terveyteen että hänen omaan hankittuun asemaansa. Valikoituminen on osatekijänä terveyserojen muodostumisessa myös silloin, kun terveys, vammaisuus tai etniseen ryhmään kuuluminen aiheuttaa syrjintää työmarkkinoilla ja johtaa huonoihin tuloihin, alhaiseen ammattiasemaan tai työmarkkinoiden ulkopuolelle. Kolmas selitysmalli edustaa syy- eli kausaalisyhteyttä, jossa sosiaaliluokan mukaan jakautuneet lapsuuden ja aikuisuuden aineelliset elinolot vaikuttavat terveyteen ja tuottavat terveyseroja (Macintyre 1997; Warren 2009; Rahkonen & Lahelma 2013). Neljäs selitysmalli on kausaalisyhteys, jossa elinolojen sijaan syytekijöinä tarkastellaan elintapoja ja terveyskäyttämistä. Näihin kuuluvat tupakointi, alkoholinkäyttö, ruokatavat, fyysinen aktiivisuus ja uni sekä lihavuus, jotka ovat kansantautien riskitekijöitä ja joiden epätasainen jakautuminen luokan mukaan tuottaa terveyseroja. Jo lapsuuden taloudelliset ja sosiaaliset elin-

olot jakautuvat epätasaisesti, ja tällä voi olla pitkäkestoisia seurauksia terveyseroille joko suoraan tai aikuisuuden olojen kautta.

Terveyspalvelut ovat myös potentiaalinen terveyserojen lähde. Sekä kansalaiset että lääketieteen ja terveydenhuollon toimijat arvelevat usein, että huono terveys ja terveyserot syntyvät nimenomaan terveyspalvelujen puutteen tai niiden eriarvoisen toiminnan takia. Terveys sosiologinen tutkimus kuitenkin vahvistaa, etteivät terveyserot johdu ensisijaisesti terveyspalveluista, vaan niiden vaikutus on yleensä vähäinen. Terveydenhuollon vaikutuksia ei kuitenkaan vielä tunneta riittävästi, ja terveydenhuollolla saattaa tulevaisuudessa olla yhä suurempi vaikutus myös terveyseroihin (Mackenbach 2012). *Black Reportin* selitysmallien kehikko on edistänyt suuresti terveyserojen syiden tutkimusta. Kehikkoa on täydennetty makrotason kontekstuaalisilla tekijöillä, joihin kuuluvat hyvinvointivaltio (Dahl ym. 2006), poliittinen järjestelmä (Mackenbach & McKee 2013), taloussuhdanteet ja lama (Bambra 2011a). Yhteiskunnan makrorakenteet toimivat terveyserojen laajalaisimpana kasvualustana.

Terveyserojen tärkeimmiksi yksilötason syytekijöiksi ovat osoittautuneet huonot lapsuuden ja ennen muuta aikuisuuden aineelliset elin- ja työolot sekä epäterveelliset elintavat ja terveyskäyttäytyminen. Näihin verrattuna psykososiaalisten tekijöiden ja työolojen sekä stressin vaikutukset terveyseroihin ovat pienet ja epä johdonmukaiset. Samoin valikoitumisen vaikutus on tutkimusten perusteella verrattain pieni (Warren 2009; Bambra 2011a). Ajoittain on asetettu vastakkain eri syytekijöitä ja kysytty, johtuvatko terveyserot yhteiskunnan makrorakenteesta vai yksilötekijöistä, lapsuuden vai aikuisuuden oloista, terveyskäyttäytymisestä vai elinoloista, aineellisista vai psykososiaalisista tekijöistä, syy yhteydestä vai valikoitumisesta. Tällaiset vastakkainasettelut eivät kuitenkaan vastaa terveyserojen luonnetta, sillä terveyseroille on tyypillistä monietiologisuus eli se, että erot johtuvat useista syytekijöistä, jotka muodostavat monimutkaisia vaikutusreittejä. Monisyisyyden huomioiminen on edellytyksenä terveyserojen syntyprosessien syvälliselle ymmärtämiselle. Syytekijöiden moninaisuudesta – yhteiskunnan rakennetekijät, taloudelliset, aineelliset,

kulttuuriset, käyttäytymiseen liittyvät sekä psykologiset ja biologiset tekijät – seuraa myös, että terveyserot eivät ole terveys sosiologian yksityisaluetta. Tutkimusalue on monitieteinen, ja terveyserot kuuluvat yhtä lailla naapuritieteiden kuten yhteiskuntapolitiikan, sosiaaliepideemiologian, terveyspsykologian ja terveystaloustieteen tutkimustehtäviin.

TERVEYSEROT JA NIIDEN MUUTOKSET

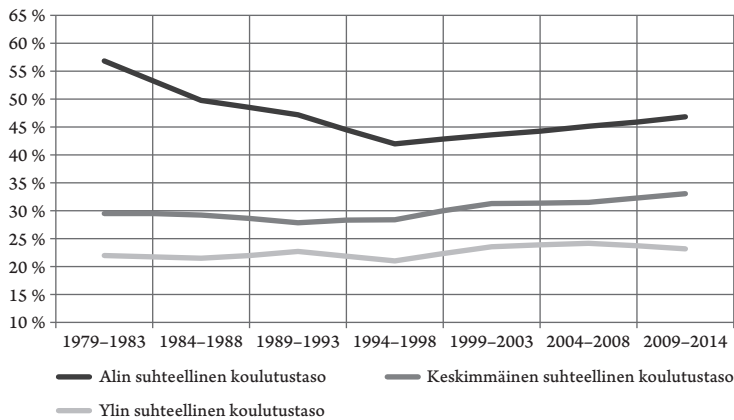
Sosiaaliluokkien välisten terveyserojen kansainvälinen tutkimus antaa nykyisellään kattavan kuvan etenkin Euroopan maista. Terveys on johdonmukaisesti huonompi alemmassa asemassa riippumatta käytetystä sosioekonomisen aseman osoittimesta. Erojen suuruus kuitenkin vaihtelee eri osoittimien mukaan. Terveyseroja todetaan terveydentilan eri osa-alueilla, kuten koetussa terveydessä, toimintakyvyssä, oireissa ja kivussa, pitkäaikaissairastavuudessa ja eri taudeissa sekä kokonaiskuolleisuudessa ja eri kuolinsyissä. Poikkeuksen muodostavat eräät naisten syövät, jotka ovat yleisempiä ylemmissä luokissa, sekä lievemmät mielenterveysongelmat, joissa luokkaerot ovat pienet ja epäjohdonmukaiset.

Terveyserojen tarkastelussa erotetaan toisistaan suhteelliset ja absoluuttiset erot. Suhteellisissa eroissa verrataan esimerkiksi työntekijöiden ja toimihenkilöiden sairastavuutta riippumatta sairastavuuden absoluuttisesta tasosta. Työntekijöiden riski sairastua voi olla esimerkiksi kaksinkertainen verrattuna toimihenkilöihin. Suhteellisten erojen avulla kuvataan terveyserojen esiintymistä ja suuruutta, ja ne soveltuvat terveyserojen syiden tarkasteluun. Absoluuttisissa eroissa taas tarkastellaan sairaiden lukumäärää työntekijöiden ja toimihenkilöiden keskuudessa. Absoluuttiset erot ilmaisevat paitsi terveyserojen olemassaoloa myös sairaiden lukumäärää eri luokissa ja siten painoarvoa koko tarkasteltavassa väestössä. Tieto absoluuttisista terveyseroista on erityisen tärkeää yhteiskunta- ja terveystaloudelle, kun tavoitteena on kaventaa suuria terveyseroja torjumalla sairauksia ja ennenaikaisia kuolemia siellä, missä niitä esiintyy lukumääräisesti eniten eli alemmissa sosiaaliluokissa.

Terveyserot Suomessa

Koettu terveys, ihmisten itsensä raportoima yleinen terveydentila, on terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa yleisesti käytetty mittari. Koettua terveyttä voidaan mitata kysely- ja haastattelututkimuksissa luotettavasti, ja se ennustaa terveystalvelujen käyttöä, kroonisia tauteja ja kuolleisuutta (Heistaro ym. 2001; Hu ym. 2016a).

Kuviossa 2 esitetään keskitasoisien tai huonomman koetun terveyden ilmoittaneiden prosenttiosuus eli esiintyvyys naisilla kolmessa koulutusryhmässä 36 vuoden aikana, vuosina 1979–2014 (Lahelma ym., ilmestyy 2017). Muutokset ajassa raportoidaan viiden vuoden liukuvien keskiarvojen avulla. Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot olivat naisilla selvät. Koko jakson ajan terveys oli huonoin alimmassa ja paras ylimmässä koulutusryhmässä keskimmäisen koulutusryhmän sijoituksessa kahden muun väliin. Vuosituhannen vaihdetta kohti terveyserot kaventuivat jonkin verran mutta ovat tämän jälkeen säilyneet tai aavistuksen kasvaneet vuoteen 2014 mennessä. Miehillä terveyserot ja niiden kehitys



KUVIO 2. Keskitasoinen tai huonompi koettu terveys 25–64-vuotiailla naisilla suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1979–2014. Ikävakioidut prevalenssit (%), 5 vuoden liukuvat keskiarvot. Lähde: Lahelma ym. 2017.

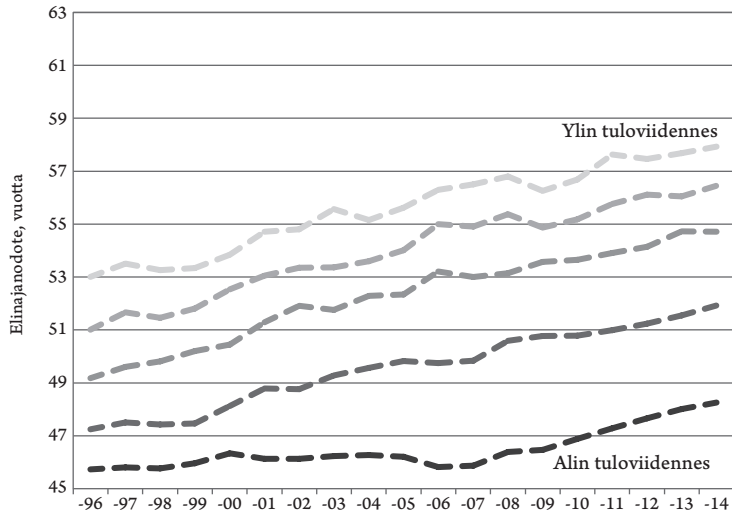
olivat hyvin samansuuntaiset kuin naisilla, mutta erot kaventuivat jakson alkupuolella lievemmin. Koetun terveyden absoluuttiset koulutusryhmittäiset erot ovat säilyneet johdonmukaisina ja suurina koko pitkän jakson ajan.

Terveyseroja todetaan myös toimintakyvyssä ja pitkäaikais-sairastavuudessa sekä monissa kansantaudeissa, kuten sydän- ja verisuonitaudeissa, diabeteksessa sekä tuki- ja liikuntaelinvaivoissa (Koskinen ym. 2007; Martelin ym. 2007; Martelin ym. 2012). Myös pitkäaikais-sairastavuuden koulutusryhmittäiset erot ovat säilyneet 2000-luvulla suurina ja johdonmukaisia sekä miehillä että naisilla.

Tutkimuksissa todetut terveyserojen tärkeimmät yksilötason syyt ovat fyysiset työolot ja työn kontrolli sekä terveyskäyttäytyminen kuten tupakointi ja alkoholinkäyttö sekä lihavuus (Laaksonen ym. 2010; Kaikkonen ym. 2015).

Kuviossa 3 tarkastellaan kuolleisuuden perusteella 25-vuotiaiden miesten elinajanodotteen tuloryhmittäisiä eroja vuosina 1996–2014 (Tarkiainen ym. 2017). Jako tuloviidenneksiin on suhteellinen, mutta elinajanodotteen erot ilmaistaan absoluuttisina vuosina. Tuloviidennesten väliset erot elinajanodotteessa olivat selvät jaksolla 1996–1999, jolloin alimman ja ylimmän tuloviidenneksen elinajanodotteen erotus oli 7,5 vuotta. Ero kasvoi erittäin suureksi ja oli 10,3 vuotta jaksolla 2006–2009. Ero säilyi suurena ja oli 9,9 vuotta jaksolla 2011–2014. Väestön elinajanodote on kasvanut jatkuvasti, ja tutkittuna ajanjaksona kasvu oli suurinta neljässä ylimmässä tuloryhmässä. Sen sijaan alimmassa tuloviidenneksessä kasvu pysähtyi 2000-luvun alussa mutta jatkui jälleen vuodesta 2008 eteenpäin. Tällaista elinajanodotteen kasvun pysähtymistä ei ole havaittu Suomessa aikaisemmin eikä muissa tuloryhmissä. Myös naisilla elinajanodotteen tuloryhmittäiset erot kasvoivat vastaavina jaksoina 3,7 vuodesta 5,5 vuoteen, ja viimeisenä jaksolla 2011–2014 ero oli 4,9 vuotta.

Elinajanodotteen erojen taustalla vaikuttavista kuolinsyistä tärkeimmät ovat sydän- ja verisuonitaudit, alkoholiin liittyvät sairaudet sekä erityisesti miehillä tapaturmat. Tuloryhmittäisten erojen kasvua ja tasaantumista ovat säädelleet alkoholiin liittyvät kuolin-



KUVIO 3. Elinajanodotteen erot tuloviidenneksen mukaan 25-vuotiailla miehillä vuosina 1996–2014. Lähde: Tarkiainen ym. 2017.

syyt. Elintapojen vaikutukset ovat suuret, ja elinajanodotteen tulo-ryhmittäisistä eroista merkittävä osa selittyy alkoholinkäyttöön ja tupakointiin liittyvillä kuolinsyillä (Martikainen ym. 2014).

Terveyserot muissa maissa

Terveyseroja ja niiden muutoksia on kartoitettu useita Euroopan maita kattavissa tutkimuksissa. Vertailututkimukset ovat tärkeitä, sillä terveyserojen suuruuden vaihtelu kertoo, missä maassa potentiaali – ja tarve – kaventaa eroja on erityisen suuri.

Koetun terveyden koulutusryhmittäisiä eroja todettiin kaikissa tutkituissa 17:ssä Euroopan maassa vuosina 1990–2010 (Hu ym. 2016a). Absoluuttiset erot olivat miehillä suurimmillaan Skotlannissa, Itävallassa, Portugalissa ja Puolassa. Suomessa erot olivat keskitasoiset. Naisilla vastaavat erot olivat keskimäärin hieman

suuremmat kuin miehillä. Suurimmillaan naisten erot olivat Itä-Euroopan maissa ja Portugalissa. Suomalaisilla naisilla absoluuttiset erot olivat pienet.

Koetun terveyden suhteelliset erot koulutuksen mukaan olivat miehillä suurimmillaan Sveitsissä, Itävallassa ja Irlannissa, mutta Suomessa ne olivat verrattain pienet. Naisilla nämä erot olivat keskimäärin pienemmät kuin miehillä. Suurimmillaan erot olivat Irlannissa, Skotlannissa, Tanskassa ja Itävallassa. Suomalaisilla naisilla erot olivat kaikkein pienimmät.

Koetun terveyden absoluuttiset erot koulutuksen mukaan säilyivät ennallaan kahdenkymmenen vuoden tarkastelujaksona 17 Euroopan maan yhdistetyssä aineistossa, mutta suhteelliset erot kuitenkin kasvoivat sekä miehillä että naisilla. Suomessa erot säilyivät ennallaan sekä miehillä että naisilla. Yhdessäkään maassa erot eivät ole kaventuneet. Euroopan maiden välisessä vertailussa koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen suuruus ei vaihdellut johdonmukaisesti alueen, maassa vallitsevan poliittisen suuntauksen tai vaurauden mukaan.

Ennenaikaisen kuolleisuuden absoluuttisia ja suhteellisia koulutusryhmittäisiä eroja todettiin myös 13:ssa Euroopan maassa 1990-luvun lopulta 2000-luvun alkupuolelle (Mackenbach ym. 2015). Erojen vaihtelu oli suurta, ja esimerkiksi Unkarissa ja Virossa kuolleisuus ylemmässä koulutusryhmässä oli samantasoinen kuin pelkän peruskoulutuksen saaneilla useassa Länsi-Euroopan maassa. Absoluuttiset ja suhteelliset kuolleisuuserot olivat miehillä ja naisilla samansuuntaiset, mutta naisilla kuolleisuuden taso oli alhaisempi. Toisin kuin koetussa terveydessä, kuolleisuudessa koulutusryhmittäiset erot olivat Itä-Euroopan maissa selvästi suuremmat kuin Länsi-Euroopassa. Myös Suomessa ja muissa Pohjoismaissa suhteelliset erot olivat melko suuret. Pienimmillään erot olivat Välimeren maissa.

Ennenaikaisen kuolleisuuden suhteelliset erot koulutuksen mukaan joko kasvoivat tai säilyivät ennallaan 1990-luvun lopulta 2000-luvun alkupuolelle Euroopan maissa. Myöskään kuolleisuuserot eivät kaventuneet missään maassa. Useassa maassa maksakirroosista ja tapaturmista sekä naisilla lisäksi keuhkosityövästä

johtuvat koulutusryhmittäiset kuolleisuuserot ovat kasvaneet, kun taas sydän- ja verisuonitaudeista johtuvat kuolleisuuserot ovat kaventuneet.

LOPUKSI: TERVEYSEROT JA POLITIIKKA

Sosiaaliluokkien väliset terveyserot ovat osoittautuneet paljon arveltua pysyvämmiksi sekä Suomessa että muissa maissa. Terveyserot asettavat haasteen paitsi tieteelliselle tutkimukselle myös tasa-arvoon tähtäävälle yhteiskunta- ja terveyspolitiikalle. Terveyserot ja niiden kaventaminen olivat kohteena Maailman terveysjärjestön maailmanlaajuisessa ohjelmassa (WHO 2008) sekä vastaavassa eurooppalaisessa ohjelmassa, joissa korostettiin yhteiskuntarakenteen ja sosiaalisen ympäristön vaikutuksia terveyseroihin. Useassa maassa on laadittu kansallisia ohjelmia terveyserojen kaventamiseksi (Mackenbach ym. 2013; Hu ym. 2016b).

Tärkeimpiä keinoja kaventaa terveyseroja on puuttuminen rakenteellisiin ongelmiin, kuten köyhyyteen, työ- ja muihin elinoloihin, koulutukseen, työllisyyteen, asumiseen ja terveyspalveluihin sekä epäterveellisiin elintapoihin (Warren 2009; Bamba 2011a; Kaikkonen ym. 2015). Keinot perustuvat pääosin tutkimuksissa todettuihin terveyserojen syytekijöihin, ja niiden kohteena ovat yhteiskunnan makrorakenne, instituutiot sekä ryhmät ja yksilöt. Eri tason toimenpiteet eivät kuitenkaan ole toisistaan riippumattomia. Esimerkiksi epäterveellisiä elintapoja kuten tupakointia ei voida palauttaa vain yksilön valintoihin ja käyttäytymiseen, sillä tupakointi on myös sosiaalisesti määräytynyttä ja keskittyy yhä enemmän alimpiin sosiaaliluokkiin (Macintyre 1997).

Suomessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteisiin kuului ”eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pientyminen viidenneksellä” (STM 2001, 18). Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma vuosille 2008–2011 (STM 2008) tähtäsi erityisesti terveyserojen torjumiseen. Myös Alankomaissa ja Ruotsissa on laadittu ohjelmia ja pyritty erojen kaventamiseen (Mackenbach ym. 2013; Hu ym. 2016b). Kaikkein päättäväisimm

on terveyseroihin puuttunut Ison-Britannian labour-hallitus 1990-luvulta vuoteen 2010 saakka. Hyvistä ohjelmista huolimatta terveyserojen kaventaminen ei ole onnistunut edes Isossa-Britanniassa, jossa hallitus myös toteutti uudistuksia huono-osaisten aseman parantamiseksi ja terveellisten elintapojen edistämiseksi (Hu ym. 2016b).

Epäonnistuminen terveyserojen ja niiden kasvun torjumisessa ei ole vain Suomen tai Ison-Britannian ongelma, vaan se koskee ylipäänsä Euroopan maita. Pohjoisissa hyvinvointivaltioissa kuten Suomessa pienituloisuutta esiintyy vähemmän kuin muissa maissa, lapsikuolleisuus on erittäin alhainen ja elinajanodote on koko väestössä verrattain pitkä. Absoluuttiset ja suhteelliset terveyserot eivät kuitenkaan ole pienemmät kuin muissa Euroopan maissa, vaan ne ovat säilyneet ennallaan tai kasvaneet.

Osittainen vastaus siihen, miksi näin on, voi löytyä tasa-arvoon tähtäävän politiikan sisällöstä ja toteuttamisesta. Verrattaessa terveyspolitiikan saavutuksia 43:ssa Euroopan maassa Pohjoismaat nousivat kärkeen. Suomen sijoitus oli erittäin hyvä lähes kaikilla terveyspolitiikan osa-alueilla, mutta Länsi-Euroopan mittakaavassa suuret terveyserot muodostivat poikkeuksen (Mackenbach & McKee 2013; Mackenbach 2013). Terveyserojen kaventamisen on arveltu epäonnistuneen siksi, että toteutetut toimenpiteet eivät ole olleet tehokkaita eivätkä poliittiset toimijat ole olleet valmiita riittävän radikaaleihin uudistuksiin, kuten tulonjaon tasaamiseen (Mackenbach 2012; Hu ym. 2016b).

Terveyserojen tutkimus on viidenkymmenen vuoden aikana lisääntynyt jyrkästi (Bouchard ym. 2015). Vaikka tietämys on karttunut, terveyserojen syntyprosessien, syiden ja seurausten ymmärtäminen on osoittautunut paljon luultua vaikeammaksi. Terveyserojen kaventaminen on osoittautunut, jos mahdollista, vielä vaikeammaksi.

Sosioekonomiset terveyserot muodostavat merkittävän tasa-arvovajeen ja epäoikeudenmukaisuuden lähteen nyky-yhteiskunnissa. Suurina säilyneet terveyserot ovat pettymys ja paradoksi etenkin hyvinvointivaltioissa ja niiden pyrkimyksissä edistää väestön terveyden tasa-arvoista kehitystä (Dahl ym. 2006; Mackenbach

2012). Sosiaalisesti terveyserot syventävät luokkajakoa ja heikentävät alempien luokkien asemaa. Taloudellisesti terveyserot aiheuttavat kustannuksia tuottavuuden menetyksen, sosiaaliturvan ja terveyspalvelujen lisääntyneen käytön vuoksi. Lopulta terveyserot aiheuttavat suuria menetyksiä koko väestön terveydelle.