

Terveyden tasa-arvo kansakuntien menestyksen mittariksi

Elinajan odotteen erot koko maailman mittakaavassa ovat valtavat. Japanilaiset ja ruotsalaiset voivat odottaa elävänsä yli 80 vuotta, intialaiset 63 vuotta, mutta usean Afrikan maan asukkaat vähemmän kuin 50 vuotta. Esimerkiksi Lesothossa syntyneen tytön odotettavissa oleva elinikä (37.1 vuotta) on 44.6 vuotta lyhempi kuin suomalaisen tytön. Ruotsissa raskaana olevista naisista kuolee yksi 17400:sta, Afganistanissa yksi kahdeksasta. Suomalaisten miesten keskimääräinen elinikä taas on 16 vuotta pitempi kuin venäläisten miesten, vaikka Neuvostoliitossa ja Suomessa elinikä oli 1960-luvulla yhtä pitkä. Jopa Helsingin metropolialueella miesten elinajanodotteen ero vauraimman ja köyhimmän alueen välillä on 13 vuotta (Valkonen ja Kauppinen 2001).

Maiden välisistä ja maiden sisäisistä terveyseroista raportoi elokuussa 2008 Maailman terveysjärjestön, WHO:n vuonna 2005 asettama komissio, WHO Commission on Social Determinants of Health (WHO 2008). Komission puheenjohtajana toimi brittiläinen epidemiologi Sir Michael Marmot Lontoon yliopistosta. Komission jäseninä olivat muun muassa Chilen entinen presidentti Ricardo Lagos Escobar, Nobel-palkittu taloustieteilijä Amartya Sen ja ruotsalainen terveys sosiologi Denny Vågerö. Komissio avaa ensimmäistä kertaa globaalien näkökulmien terveyseroihin ja ennen muuta erojen kaventamiseen seuraavan sukupolven aikana (Marmot ym. 2008).

Komission päätehtävänä ei ollut erojen korjaaminen ja toteaminen, vaan tarkoituksena oli löytää keinoja, joilla eroja voidaan kaventaa ja poistaa seuraavien vuosikymmenten aikana. Komission taustaryhmät ovat koonneet laajoja tietopaketteja terveyserojen keskeisiltä osa-alueilta: lasten varhainen kehitys, globalisaation merkitys, terveydenhuoltojärjestelmät, kaupunkiympäristöt, työolot, naisten asema ja sukupuolten välinen tasa-arvo, syrjäytyminen, ongelmien mittaaminen ja tutkimukset. Kunkin osa-alueen raportit löytyvät komission kotisivuilta (http://www.who.int/social_determinants/en/).

Komission yhteydessä toimi myös pohjoismainen taustaryhmä (NEWS), joka selvitti poh-

joisen hyvinvointimallin ja kansanterveyden välisiä yhteyksiä (Lundberg ym. 2008). Terveyseroja todetaan edelleen Pohjoismaissa samoin kuin muissakin Länsi-Euroopan maissa (Mackenbach ym. 2008), mutta pohjoismaisella hyvinvointivaltiomallilla on kuitenkin ollut monia myönteisiä vaikutuksia kansanterveyteen. Lapsikuolleisuus on Pohjoismaissa maailman alhaisimmalla tasolla ja elinajanodote Islannissa, Norjassa ja Ruotsissa maailman kärkeä. NEWS-hankkeessa osoitettiin, että sosiaalipolitiikalla on merkitystä. Riittävän tasoiset perhepoliittiset tukimuodot selittävät osaltaan alhaista lapsikuolleisuutta ja hyvä peruseläkejärjestelmä taas tuottaa ikääntyneille lisää elinvuosia. Eri maiden kehitysmalleja ei voida suoraan siirtää toisiin maihin, mutta kokemuksista voidaan kuitenkin oppia, kun pyritään edistämään nykyisten kehitysmaiden terveyttä lähemmäksi rikkaita maita. On hyvä muistaa, että Pohjoismaat – Suomi erityisesti – olivat vielä sata vuotta sitten itse köyhiä maatalousmaita.

Komission mukaan keho yhteiskuntapolitiikka ja eriarvoistava talouspolitiikka muodostavat toksisen, myrkyllisen yhdistelmän, jonka tuloksena maailman väestön valtaosa ei pääse nauttimaan biologisesti mahdollisesta hyvästä terveydestä. Sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus tappaa jatkuvasti suuria ihmismääriä. Jotta terveyden eriarvoisuuden jatkuminen saataisiin käännettyksi, komissio esittää suosituksia, jotka kattavat kolme keskeistä toiminta-aluetta ja ulottuvat paikallistasolta kansalaisjärjestöihin, hallituksiin sekä maailmanlaajuisiin instituutioihin ja toimijoihin.

Ensiksikin elinolosuhteita tulee kohentaa elämänkaaren keskeisillä areenoilla eli siellä missä ihmiset syntyvät, kasvavat, työskentelevät ja ikääntyvät. Tarvitaan toimenpiteitä, joilla parannetaan naisten ja lasten asemaa, tyttöjen ja poikien koulutusta, luodaan terveelliset ja turvalliset työolosuhteet kaikille, järjestetään kunnollinen ja kattava sosiaaliturva sekä turvataan ikäihmisten elinolot.

Toiseksi on puututtava vallan, rahan ja muiden resurssien epätasaiseen jakautumiseen glo-

baalilla, kansallisella ja paikallisella tasolla, sillä nämä rakennetekijät muodostavat terveyserojen kasvualustan. Komissio korostaa naisten aseman parantamista ja sukupuolten tasa-arvoa kaiken eriarvoisuuden vähentämisessä. Tarvitaan myös poliittisesti ja taloudellisesti vahva, pätevä ja sitoutunut julkinen sektori, jotta eriarvoisuuteen kyetään puuttumaan.

Kolmanneksi tarvitaan lisää tietoa ja ymmärrystä maiden välisistä ja maiden sisäisistä terveyseroista, erojen sosiaalisista määrittäjistä sekä eroihin kohdistettavien toimenpiteiden vaikuttavuudesta.

Komissio esittää kullakin kolmella alueella yksityiskohtaisia suosituksia globaaleille, kansallisille ja paikallisille toimijoille. Suositukset ovat jo saaneet huomiota julkisuudessa ja tiedotusvälineissä. *Lancet*-lehti on seurannut komission työskentelyä alusta alkaen ja se julkaisi komission aihepiiristä teemakokonaisuuden marraskuussa 2008. Britannian terveysministeriö järjesti Lontoossa 6.–7. marraskuuta konferenssin, jossa käsiteltiin komission suosituksia ja niiden toteuttamista. Puhujana oli muiden muassa Britannian pääministeri Gordon Brown ja osallistujina suuri joukko asiantuntijoita, poliitikkoja ja järjestöjen edustajia eri puolilta maailmaa. Britannian hallitus on jo asettanut ryhmän, joka Marmotin johdolla laatii maakohtaisia toimenpide-ehdotuksia.

Komission raportti on suuren työn tuloksena saatu valmiiksi ja keskustelu sen tuloksista on käynnistynyt. Osa suosituksista on valitettavan yleisluonteisia, mikä kuvastanee komission heterogeenisuutta ja konsensushakuisuutta. Ei vain terveyden taso, vaan myös terveyden tasa-arvo tulisi sisällyttää osaksi kaikkien eri sektoreiden poliitikkoja. Verrattaessa kansakuntien menestystä toisiinsa tulisi mittareiksi omaksua myös terveyden taso ja tasa-arvoinen jakautuminen, ei vain kansantuote. Terveyden tasa-arvotavoite pakottaisi myös kiinnittämään huomiota hyvinvoinnin jakautumiseen monilla sellaisilla osa-alueilla, jotka yksinomaaisessa taloudellisessa tarkastelussa jäävät katveeseen.

Komission raportissa ja siitä käydyssä keskustelussa pohjoismainen hyvinvointimalli ja sen sisältämät universaalit sosiaalipoliittiset tukimuodot sekä palvelut ovat saaneet osakseen suurta arvostusta monissa maissa, joissa sovelletaan vain huono-osaisimpiin ryhmiin kohdistuvaa sosiaalipoliittikkaa ja tukimuotoja. Pohjoismaisesta hyvinvointimallista tinkiminen – siitä voidaan esit-

tää monia esimerkkejä Suomessakin – voi olla kohtalokasta, sillä paluu aikaisempaan saattaa olla ylitseppäsemätön tehtävä. Vaikka terveyseroja ei ole Suomessa eikä muissa Pohjoismaissa onnistuttu poistamaan, varmaa on, ettei hyvinvointimallin purkaminen auta edistämään väestön terveyttä eikä kaventamaan terveyseroja.

Raportti ja sen oheisryhmien työ muodostavat terveyseroista erittäin monipuolisen globaalin kokonaiskuvan ja tietopaketin. Alma Atan julistus perusterveydenhuollosta vuodelta 1978 käynnisti maailmanlaajuisen terveyspoliittisen ohjelmityön. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelma vuodelta 1981 laajensi perspektiiviä perusterveydenhuollosta terveyden tason parantamiseen ja terveyteen kaikkien oikeutena. WHO:n aikaisemmat ohjelmat ovat komission työn edeltäjiä ja muodostavat jatkumon.

On ratkaisevan tärkeää, miten hyvin maiden välisten ja sisäisten terveyserojen käsittely etenee maailmanmitassa sekä valtioiden, hallitusten, kansalaisjärjestöjen ja paikallisyhteisöjen toiminnassa. Tavoitteena on, että raporttia käsiteltäisiin seuraavassa WHO:n yleiskokouksessa ja että kokous päätyisi jäsenmaille annettaviin suosituksiin terveyden tasa-arvon edistämiseksi.

Entä mikä on komission raportin merkitys Suomessa? Samalla kun yleinen terveydentila on meillä kehittynyt myönteisesti, ovat sosioekonomiset terveyserot kuitenkin säilyneet suurina ja erityisesti kuolleisuuserot ovat viime vuosikymmeninä jopa kasvaneet (Valkonen ym. 2007). Tietoa sosioekonomisten ryhmien välisistä terveyseroista on jo käytettävissä runsaasti (Palosuo ym. 2007), ja kansanterveysohjelmissa sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen tarve on tiedostettu. Maaliskuussa 2008 sosiaali- ja terveysministeriö julkisti erillisen Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008–2011 (STM 2008). Tässä ohjelmassa – WHO:n komission tapaan – korostetaan yhteiskuntapoliittisia toimia köyhyyden, koulutuksen, työllisyyden ja asumisen parantamiseksi, terveellisiä elintapoja koko väestössä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Tietopohjasta ja hyvistä kansallisista ohjelmista huolimatta eivät poliitikot ja hallinnon edustajat meillä ole olleet vakavasti kiinnostuneita terveyseroista ja niiden merkityksestä yhteiskunnalliselle tasa-arvolle, hyvinvoinnille ja koko kansanterveydelle. Toistaiseksi saamme odottaa, että johtavat päättäjät puuttuvat näkyvästi ter-

veyseroihin ja pääministeri myös meillä, kuten Britanniassa, vaatii terveys- ja muiden hyvinvointierojen kaventamista ja nostamista poliittiseen keskiöön. Istuvan hallituksen tavoitteisiin kuuluu terveyserojen kaventaminen maassamme. Hallituksella onkin hyvät mahdollisuudet ryhtyä toimiin kuluvalle vaalikaudella eli aikana, jonka kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma kattaa. Konkreettiset toimet terveyserojen kaventamiseksi kuitenkin edelleen puuttuvat. Tuloerot sekä terveys- ja muut hyvinvointierot ovat viime aikoina pikemminkin kasvaneet kuin kaventuneet.

Suomi oli WHO:n mallimaana jo 1980-luvulla. Miksi emme tähtäisi terveyserojen kaventamisen mallimaaksi 2000-luvulla? Terveyden tasa-arvon edistämiseksi maiden välillä ja maiden sisällä tarvitaan nyt uusia aloitteita, toimenpiteitä ja toimivien ratkaisujen seurantaa. WHO:n komission raportti ja omat ohjelmamme ovat tässä erinomaisena tukena.

KIRJALLISUUS

Lancet 2008:372, No 9650, November 8–14.

Lundberg O, Åberg Yngwe M, Kölegård Stjärne M, Elstad JI, Ferrarini T, Kangas O, Norstöm T, Palme J, Fritzell J, for the NEWS Nordic Expert Group. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. Lancet 2008:372:1633–1640.

Mackenbach J, Stirbu I, Roskam A-J, Schaap M, Menielle G, Leinsalu M, Kunst, for The European Union Working Group on

Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. New Engl J Med 2008:58:2468–2481.

Marmot M, Friel S, Houweling T, Taylor S. Closing the gap in a generation: health inequity through action on the social determinants of health. Lancet 2008:372:1161–1669.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, Keskimäki M, Ostamo A, Martelin T, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007.

STM 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki 2008. <http://www.stm.fi>.

Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, Keskimäki M, Ostamo A, Martelin T, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007:44–64 <http://www.stm.fi> [luettu 19.11.2008].

Valkonen T, Kauppinen TM. Miesten kuolleisuuden alue-erot ja sosiaalinen integraatio pääkaupunkiseudulla. Kvartti 2001:1:7–21.

WHO. Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO 2008. http://www.who.int/social_determinants/en/ [luettu 19.11.2008].

EERO LAHELMA
OSSI RAHKONEN