

Tutkimustiedosta ja terveystalitiikasta

Säätytalolla SLY:n 40-vuotisjuhlassa 1.12.2008 pidetyn esitelmän mukaan

TERVEYSTALITIIKAN LUONTEESTA

Periaatteessa terveystalitiikka ei ratkaisevasti poikkea muista julkisen vallan toimintapolitiikan (policy) aloista sen enempää tutkimuksellisesti kuin toiminnallisestikaan (Wilensky ym. 1987, Leppo 1997). Kyse on tavoitteista ja keinoista, politiikkaympäristöistä ja -instrumenteista, sekä päätöksenteon, toimeenpanon ja arvioinnin prosesseista ja tyyleistä. Kyse on instituutioista, poliittisesta vallasta ja vaikutusvallasta, ihmisistä, ammatillisista ja eturyhmistä eri tasoilla, paikalliselta maailmanlaajuiseen.

Kaikki toimintapolitiikka perustuu eriasteisesti ja eri tavoin kahteen peruselementtiin: arvoihin ja tietoperustaan. Arvot ilmaisevat mikä on suotavaa tai hyväksyttävää niille, joilla on valta päättää politiikan sisällöstä. Tietoperusta tai sen puute heijastaa sitä tosiasiaa, että on aina olemassa jonkinlainen teoria tai ymmärrys – vaikka kuinka alkeellinen taikka virheellinen – siitä, millaiset tekijät vaikuttavat terveystalitiikoihin tai niiden seuraamuksiin, sekä siitä, miten näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa.

Politiikan perustana olevat arvot voivat olla eksplisiittisiä, selkeästi julkilausuttuja, tai ne voivat olla implisiittisiä, julkilausumattomia, jolloin niistä voidaan tehdä päätelmiä vain noudatetun politiikan sisältöä erittelemällä. Arvot voivat olla aidosti tarkoitettuja ohjaamaan ja muokkaamaan politiikkavalintojen sisältöä reaali maailmassa, tai ne voivat olla esillä vain retoriikassa. Politiikka-analyysin tärkeä tehtävä on eritellä millaisista arvoista on kyse ja missä määrin. Poikkeuksetta kuitenkin arvot ovat olennaisena osana kaikkea politiikkaa. Ei ole politiikkaa ilman arvoja, vaikka se usein esitetään neutraalina tai arvovapaana.

Arvot ovat argumentoitavissa, mutta eivät verifioitavissa. ”Arvokeskustelu”, jonka tarpeesta paljon puhutaan, mutta jota ani harvoin kuulee, koskee erilaisten hyvien (ja pahojen) absoluuttisia tai suhteellisia painoja, esitettyjen tai koettujen arvojen koherenssia, tai niiden yleistä hyväksyt-

tävyyttä ja muita tämäntyyppisiä asioita. Parhaimmillaan ne voivat olla hyvinkin systemaattisesti perusteltuja ja laajalti hyväksytyjä käsityksiä tai ajatuskehikkoja, kuten vaikka Rawlsin oikeudenmukaisuusteoria (Rawls 1971). Mutta arvot eivät ole samalla tavoin todennettavissa kuin tieteelliset tosiasiat. Se ei tee niitä vähemmän merkityksellisiksi.

Arvojen keskeisyys ei ole vain siinä, että ne ohjaavat yhteiskunnallisen toiminnan suuntaviivoja – sitä mitä tavoitteita ja kenen etuja ajetaan ja mitä tai keitä on tarkoitus hyödyttää – vaan myös siinä miten hahmotetaan vallitseva lähtötilanne ja mistä suunnasta politiikan tavoitteita ja vaihtoehtoja etsitään. Politiikkavalintoja ja niiden prioriteetteja ohjaa ymmärrys esillä olevien terveystalitioiden avaintekijöistä ja niiden suhteista. Tämä ymmärrys perustuu – jälleen – eksplisiittisesti tai implisiittisesti teoreettiseen, empiriseen tai eksperientiaaliseen (kokemukselliseen) tietoon, joka on jäsenetty nojautuen joihinkin perustuvanlaatuisiin olettamuksiin siitä, miten maailma toimii ja miten inhimillinen toiminta voi muuttaa asioita ajassa ja paikassa. Ja tässäkin arvot ovat kuvassa mukana: niistä riippuu suurelta osin se, mitkä asiat nostetaan esiin, mitä tuodaan keskiöön, mikä painoarvo asioille annetaan, ja mitä toimia pidetään mahdollisina tai hyväksyttävänä niihin vaikuttamiseksi.

Lyhyesti: terveystalitiittiset agendat, niin kuin muutkin poliittiset agendat, perustuvat yhtäältä visioihin ja arvoihin ja toisaalta ymmärrykseen syy-vaikutussuhteista ja niihin vaikuttamisen mahdollisuuksista.

Sen perusteella, mitä edellä on sanottu toimintapolitiikan arvoriippuvuudesta, voi pohtia onko viime vuosina paljon huomiota saanut vaatimus siitä, että politiikan pitäisi olla ”evidence-based”, ylipäätään järkevä. ”Evidence-based medicine” tai ”evidence-based clinical practice” on tervetullut ajattelutapa vaatiessaan kliinisten käytäntöjen perustumista tutkittuun tietoon. Usein on vain niin, että hoitokäytännöissään ajattelu

kapeutuu mekaaniseksi ja kapeaksi, hyväksyen vain RCT-metodein ja yhteen tautiin tai tilaan perustuvan ”näytön”, kun elävässä elämässä tilanteet ovat mutkikkaampia. Paljon suuremmassa määrin näin on toimintapolitiikkoja valittaessa. Verraten yksinkertaisissakin politiikkapäätöksissä (vaikkapa rokotus- tai seulptaohjelmat) on väistämättä mukana arvopremissejä, monesti hyvin vaikeitakin. Vielä vaikeampaa on silloin, kun politiikan muotoilu liikkuu ”systeemitasolla” (jolloin kyse on Poliitikasta isolla P:llä). Beveridgen NHS-innovaatio tai Bismarckin sosiaalivakuutusmalli olisi jäänyt toteutumatta, jos olisi vaadittu ”riittävä näyttö” ennen niiden käyttöönottoa.

Terveyspolitiikka perustuu ani harvoin ajatusmalliin, joka olisi puhtaasti ”evidence-based”, eikä sellaista pitäisi vaatia. Olisi perustellumpaa nöyrästi todeta, että ”policies are driven by values and power, hopefully informed by evidence” (Leppo 2008a).

PERUSTAVANLAATUISISTA EROISTA ARVOSUUNTAUTUMISESSA

Eräs perustavanlaatuinen näkemys, joka samalla valaisee kysymystä politiikan arvosidonnaisuudesta, on se, nähdäänkö terveys tavoiteltavana arvona ja hyvänä sinänsä (intrinsic) vaiko välineellisenä, instrumentaalisenä arvona muihin päämääriin, esimerkiksi taloudelliseen kasvuun pyrittäessä. Kyse on tällöin terveyden suhteellisen asemasta arvojen hierarkiassa.

Ne, jotka painottavat terveyttä tärkeänä yhteiskunnallisena ja inhimillisenä arvona sinänsä, ovat taipuvaisia ajattelemaan terveyttä suhteessa ihmis- ja perusoikeuksiin sekä oikeudenmukaisuuden periaatteisiin. Ne, jotka painottavat terveyden välinearvoisuutta, näkevät yleensä sen (kuten koulutuksenkin) tuotannollisena voimana, parhaimmillaan osana inhimillistä pääomaa.

Ensimmäinen näkökulma on osa sitä arvope- rustaa, mille YK-järjestelmä ja siihen liittyvät instituutiot nojaavat. On mielenkiintoista panna merkille parikin tuoretta esimerkkiä sekä tämän arvoperustan elinvoimasta että toisaalta sen tietynasteisesta rapautumisesta YK-arvomaailmasakin. YK:n vuosituhatjulistus (Millennium Declaration) on varmaan viimeksi kuluneen vuosikymmenen tärkeimpiä valtionpäämiestasolla hyväksytyjä poliittisia asiakirjoja. Se on kristallinkirkas YK-arvojen uudelleenvahvistus nykykielelle. Ani harva on sitä lukenut. Vielä harvempi siihen viittaa. Kaikki viittaukset ovat YK:n vuosituhatavoitteisiin (Millennium Development Goals,

MDG), joka hallitsee suurelta osin kehityskeskustelua. MDG on jokseenkin teknokraattinen tavoiteluettelma ilman vaikuttamisen keinoja.

Toinen näkökulma on yleensä hallitseva talouspoliittisessa ja kansainvälisten rahoituslaitosten käymässä keskustelussa. Se on sinänsä ymmärrettävää, koska niiden politiikkatavoite on taloudellinen kasvu, parhaimmillaan myös sen tasaisempi jakautuma. Mutta on mielenkiintoista, että viime aikoina myös eräät Maailman terveysjärjestön (WHO) yleensä solidit YK-arvoperustaiseen ajatteluun nojaavat asiakirjat ovat saaneet toisenlaisia sävyjä. Ensimmäinen esimerkki oli Jeffrey Sachs johdolla toiminut WHO:n ”Commission on Macroeconomics and Health” (2001). Sen pääteesi oli, että panostamalla terveydenhuoltoon, nimenomaan tiettyihin kapeasti määriteltyihin tehokkaisiin interventioihin (varsinkin lääkkeellisiin), väestön koheneva terveydentila voisi lisätä taloudellista kasvua köyhissä maissa. Arvoperusta on siis vaihtunut instrumentaaliseksi. Sen sijaan, että tutkittaisiin millainen talouspolitiikka parhaiten voisi lisätä kansanterveyttä, tutkitaan sitä, miten (hyvin kapeasti nähdyt) terveysinterventiot voisivat edistää talouskasvua.

Uusin merkittävä terveyspoliittinen WHO-asiakirja, Sir Michael Marmotin johdolla valmisteltu ”WHO Global Commission on Social Determinants of Health” (2008) noudattaa jälleen puhdaslinjaista YK-arvomaailmaa ja ajattelutapaa.

ARVOT, TIETOPERUSTA JA TIEDON OPPORTUNISMI

Yhteiskuntatieteiden klassikoita on askarruttanut kysymys tutkimusalueen arvokysymyksistä. Max Weber (1957) on näistä hyvä esimerkki pohtiesaan taloudellisen ja sosiaalisen toiminnan tutkimuksen arvosidonnaisuutta. Karl Mannheim (1929) oli eräs tiedon sosiologian uraaurtaja, joka tähdensi sitä, miten tutkimusagendat eivät muotoudu vain tieteen itsensä sisältä, vaan ovat ikään kuin vuoropuhelussa kulloisenkin yhteiskunnallisen tilanteen ja siinä vallitsevien virtausten kanssa. Mannheim meni niin pitkälle, että sanoi kaikessa muussa kuin puhtaan luonnontieteellisessä tutkimuksessa olevan aina läsnä ideologisia aineksia.

Kansantaloustieteilijä Gunnar Myrdal on ehkä perusteellisemmin kuin kukaan muu pohtinut ja kirjoittanut vuosikymmenten ajan yhteiskuntatutkimuksen arvosidonnaisuudesta. Hänen varhaisteoksensa ”*Vetenskap och politik i nationalekonomin*” (1930) on edelleen lähes 80 vuotta

myöhemmin hyvä johdatus aihepiiriin. Yhdessä pääteoksistaan ”Asian Drama” (1968) hän kirjoitti johdantoluvun lähes kokonaan siitä, miten toimintapoliittisesti relevantin tutkimustyön tekeminen on mahdotonta ilman selkeitä arvopremissejä. Arvot eivät tietenkään ole todennettavissa sillä tavoin kuin faktat, mutta ne ovat joka tapauksessa ohjaamassa tutkimuksen kaikkia vaiheita. Ne on joko salakuljetettu näennäisen arvovapaan teorian muodossa, tai ne on eksplikoitu, mitä Myrdal pitää parempana. Tuossa johdantoluvussaan hän puhuu myös ”tiedon opportunistista”, siitä, miten valikoivasti yhteiskuntatutkimuksen lähestymistavat, teorit, ja tulokset suodattuvat niiden yleisen tai poliittisen hyväksyttävyyden mukaan.

KAUSAALIKIELI JA VAIKUTTAMISEN KIELI

Edelleen Myrdalia mukaillen otan esiin hänen tärkeän teesinsä siitä, että tavanomaisen tieteellisen ajattelutavan ja politiikkarelevantin ajattelutavan välillä on syvälinen ero. Tieteellinen ajattelu perustuu ilmiöiden syy – vaikutus-suhteiden erittelyyn, kausaalikieleen. Poliitiikan ajatusmaailma on tavoite – keino-kieltä, ilmiöihin vaikuttamisen mahdollisuuksien erittelyä.

Ajatelkaamme terveyspolitiikasta klassista esimerkkiä: tupakkapolitiikkaa. Kaikki se, mitä keuhkosityövän ja monien muiden tautien syy-yhteydestä tupakkaan tarvitsi tietää toimenpiteisiin ryhtymiseksi, oli tiedossa 1950-luvulla tai viimeistään 1960-luvun alkupuolella. Kausaalikielellä sanottuna ilmiö oli selvitetty.

Toimenpiteet eli politiikka alkoi ottaa tulta vasta 15 vuoden viiveellä kahdesta syystä. Ensimmäkin, ilmiöön liittyi suuria taloudellisia eturistiriitoja (arvokonflikteja). Toiseksi, kausaalikieli ei auttanut lainkaan toimenpiteiden valintaan. Tarvittiin vaikuttamismahdollisuuksia koskeva tavoite-keinovalikoiman erittely. Kun biolääketiede ja epidemiologia riittivät kausaalisuhteen osoittamiseen, vaativat politiikkatoimet taloustieteen ymmärrystä hinta- ja tulojoustoista, veropolitiikan periaatteista, elinkeinotoiminnan rajoittamisen juridiikasta, sosiologian ja muiden tieteiden tuottamaa ymmärrystä nautintoaineiden kulttuurihistoriasta ja joukkokäyttäytymisestä sekä erilaisten toimien hyväksyttävyydestä. Toisin sanoen politiikkarelevantti tietoperusta eli vaikuttamiskeinojen analyysi oli aivan toisenlainen kuin ilmiön kausaalinen selittäminen.

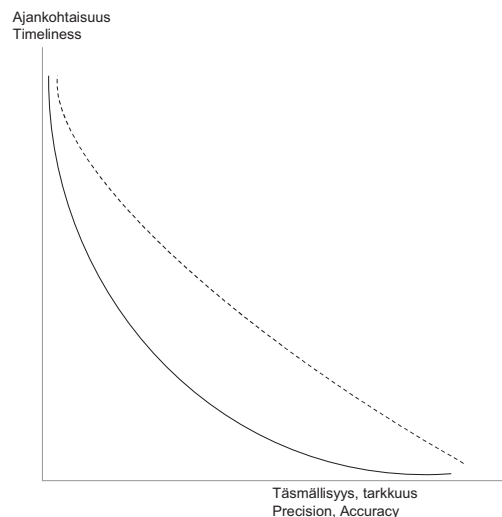
EPÄVARMUUDESTA JA SEN VÄHENTÄMISESTÄ PÄÄTÖKSENTEOSSA

Kaikessa poliittisessa päätöksenteossa on tyypillistä se, että joudutaan päättämään toimenpiteistä puutteellisella tietoperustalla, joskus hyvinkin epävarmoissa oloissa. Päättäjillä ei yleensä ole varaa siihen ylellisyyteen, että vaaditaan lisää tutkimusta ennen kuin päätöksentekoon ollaan valmiita. Otetaan vaikka kaksi eri alojen päiväkohtaista esimerkkiä: finanssi- ja talouskriisi ja lintutai sikainfluenssa. Päätöksiä on tehtävä hyvinkin suuren tiedollisen epävarmuuden vallitessa. Mikä neuvoksi?

Ensinnä muutama sana ongelman luonteesta. Sitä voi kuvata eräänlaisena ajankohtaisuusvaatimuksen ja täsmätietovaatimuksen trade-off-tilanteena kuvion 1 tapaan. On ainakin kolme keinoa yrittää löytää ratkaisua. Niille yhteinen piirre on yritys loiventaa trade-off-käyrää ja siirtää sitä oikealle, toisin sanoen saada parempaa ajantasaista tietoa ja sen osuvuutta kuin nollavaihtoehto olisi (ei tehdä mitään, koska ei ole varmaa tietoa, ”in case of doubt, do nothing”).

Kuvio 1.

Päätöksenteon ajankohtaisuusvaatimuksen ja täsmätietovaatimuksen ”trade-off-tilanne”



Ensimmäinen, ja yleensä nopein ja käyttökelpoisin ratkaisu on käyttää kaikkea olemassa olevaa teoreettista ja empiiristä tietoa, jota vuosikymmenten tai -satojen saatossa on kertynyt. Talouslamassa hylätään äkkiä vuosikymmenet maailmaa hallinneet uusliberaalit talousopit ja kaivetaan kauan aliarvostetun Keynesin teorit ja

politiikkasuositukset koipussista ja analysoidaan aiempien lamojen historialliset opetukset. Influenssaasteessa arvokkainta on teoreettinen virologia ja vuosikymmenten kokemus, varsinkin espanjantaudin opetukset, sekä koko kausi-influenssa-rokottamisen historia.

Toinen, edelliseen läheisesti liittyvä ratkaisu, on kapasiteetin rakentaminen edeltä käsin sillä tavoin, että on mahdollisuus reagoida tarvittaessa nopeasti, jo olemassa olevan tiedon varassa. Esimerkiksi käy useita vuosikymmeniä vaatinut sosiaali- ja terveysalan suomalainen toimintapolitiikka sektoritutkimuslaitosten vahvistamiseksi politiikkarelevantin tutkimus- ja kehittämistyön tueksi. Se on valtava ja kansainvälisesti verraten harvinainen voimavara, joka venyy tarpeen mukaan tukemaan melkein mitä tahansa päätöksentekoongelmaa, jos niin halutaan.

Kolmas, varsin yleisesti käytökelpoinen ja kuitenkin liian vähän käytetty keino tiedollisen epävarmuuden hallinnassa on rakentaa päätöksenteon osaksi sellainen kertyvä tutkimus- ja seurantatiedon järjestelmä, jonka avulla voidaan tulevaisuudessa tietää paremmin ja tarkemmin. Näin tehtiin esimerkiksi suomalaista tupakkalainsäädäntöä laadittaessa, mammografia-seulonnoista päätettäessä ja MPR-rokotusten käyttöönoton yhteydessä, vain muutamia esimerkkejä mainitakseni.

Kaikki edellä kuvatut lähestymistavat ovat käytännössä koeteltuja ja yleensä toimivia. Esimerkkejä miettiessäni olen ajatellut, onko viimeisten 35 vuoden aikana tullut eteen tilanteita, jossa olisi joutunut tiedollisen epävarmuuden johdosta – vaikka tilanne on pikemmin sääntö kuin poikkeus – ehdottamaan, että on odotettava uusia tutkimustuloksia ennen kuin voi toimia järkevästi. Niitä on harvoja. Tyypillisiä esimerkkejä ovat aivan uudet, ennalta tuntemattomat terveysongelmat tyyppiä BSE tai SARS alkuvaiheessaan. Toinen on täysin uudet lääkemolekyylit, joista ei voi olla ensi vaiheessa riittävästi tietoa esimerkiksi niiden korvattavuuden arvioimiseksi. Vaikka ”quick and dirty look” riittäisi klinisen käytön suositeltavuuteen, se ei riitä isoja taloudellisia intressejä sisältävän päätöksenteon pohjaksi.

Yleensä kuitenkin uuden tutkimustiedon hankkiminen on liian hidas instrumentti päivänpolitiikan tarpeisiin. Sillä karkeustasolla, millä päätöksenteko ja sen seuraamukset liikkuvat, ovat kuvatut keinot jo olemassa olevan tai kertyvän käyttämiseksi toimivampia. Eri asia sitten on, ovatko päättäjät halukkaita toimimaan parhaan

mahdollisen tietopohjan, olevan tai edes tulevan, perusteella. Tästä enemmän jäljempänä.

AIKAHORISONTIT JA POLITIIKAN TYYLISUUNNAT

Politiikan ja hallinnon tutkimuksessa on ainakin terveyspolitiikassa, varsinkin järjestelmien tutkimuksessa, kaksi vahvaa ja keskenään jännitteistä traditiota (ks. esim. Walt 1994, Leppo 2001). Yhtä voi kutsua rationaaliseksi tai konventionaaliseksi koulukunnaksi. Sen perusolettamus on, että parempi tieto – mittaaminen, indikaattorit, epidemiologiset ja taloudelliset lähestymistavat ja tutkimusmenetelmät – ovat avain järjestelmien parempaan hallintaan ja muutoksen johtamiseen. Toinen koulukunta, joka nojaa varsinkin valtioppiini, sosiologiaan, politiikka-analyysiin ja hallintotutkimukseen, painottaa poliittisten prosessien ja institutionaalisen kontekstin merkityksen ymmärtämistä päätöksenteossa. Tämä institutionaalinen tai inkrementalistinen näkökulma on sangen tärkeä siitä yksinkertaisesta syystä, että se näyttää parhaiten kuvaavan sitä miten päätöksentekijät todellisuudessa toimivat (Foltz 1996).

Nämä erilaiset lähestymistavat johtavat myös hyvin erilaisiin toimintamalleihin suunniteltaessa muutoksia tai uudistuksia. Rationaalisen koulukunnan edustajat ovat taipuvaisia ylhäältä-alas johdettuihin, ulkoisesti motivoituihin, kaavanmukaisiin ratkaisuihin, jotka ovat sovellettavissa kaikkiin olosuhteisiin, ovat nopeita ja lyhytaikaisia, tarvittaessa rajuja ja konfrontoivia. ”Parempi kertarytinä kuin ikuinen kitinä”. Inkrementalistisen koulukunnan edustajat ovat taipuvaisia ehdottamaan sisäisesti motivoivaa, kokeilevaa, kannusteisiin perustuvaa, paikallisesti sovellettua, vähittäistä mutta jatkuvaa, yhteistoiminnallista ja osallistavaa muutosprosessia (Moore 1996, Milen 2001).

Vuosikymmenten tutkimuskokemus osoittaa, että ”big bang”-tyyppiset nopeat ja rajut muutokset ovat mahdollisia vain poikkeuksellisissa oloissa, vallankumouksellisissa tai muuten historiallisesti käänteentekevässä tilanteissa. Eräs tällainen tilanne oli Berliinin muurin murtuminen ja sitä seurannut aatteellinen murros 1990-luvun alussa, mikä johti uusliberalistisen oppisuunnan maailmanvalloitukseen ja kansainvälisten rahoituslaitosten suhteellisen merkityksen korostumiseen. Niiden poliittinen agenda on ollut tyypillisesti juuri konventionaalisen-rationaalisen ja nopeisiin suuriin muutoksiin pyrkivä.

Teoreettinen ja empiirinen tutkimus puhuu sen puolesta, että yleensä inkrementalistinen lä-

hestymistapa on tuloksellisempi. Erityisen tärkeä on ”polkuriippuvuuden” käsite (North 1990). Taloushistorioitsijat ovat siinä käsityksessä, että yhteiskunnan suuret ”järjestelmät” syntyvät osana kehityspolkua, ja kun tietty polku on valittu, sillä edetään tarvittaessa tarkistuksia tehden eikä palata alkuun. Ajatus voi kuulostaa konservatiiviselta, mutta se on edelleen politiikan tutkijoiden vakiovastaus siihen miksi järjestelmät muuttuvat yleensä hitaasti (Oliver ym. 2006). Tästä syystä usein kuultu keskustelu siitä, miten asioita tehtäisiin ”puhtaalta pöydältä” on spekulatiivista. Normaalioloissa ei aloiteta puhtaalta pöydältä vaan pöydältä, joka on katettu pitkällä historiallisella painolastilla.

MUUTTUVA TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA ARVOT

Ehkä merkittävin suuri yhteiskunnallinen muutos viime vuosikymmenten ajalta on kansainvälistyminen. Terveysala on aina ollut kansainvälinen, siinä ei sinänsä ole uutta. Uutta on se, että talous on globalistunut, ja siitä seuraa muutospaineita muilla elämänalueilla, esimerkiksi terveysjärjestelmissä. Ilmiöitä aletaan tarkastella yhä useammin siitä näkökulmasta, että terveys on yksi toimiala muiden joukossa ja siellä pätevät samat lainalaisuudet kuin muussa talouselämässä.

Suomessa globalisaation muutospaineet terveydenhuoltoon tulevat erityisesti EU:n välittämänä. Laajasta toimialastaan huolimatta EU on pohjimmaltaan kauppa- ja talousliitto, ja sen syvin olemus on sisämarkkinoissa ja niiden logiikassa. Tämä ajattelu työntyy voimakkaasti myös aloille – kuten terveydenhuoltoon – vaikka EU:n toimivalta olisi rajoitettu. Selvimmin ilmiö näkyy lääkealalla, joka komissiossa hallinnoidaan osana teollisuuspolitiikkaa eikä terveyspolitiikkaa. Seuraukset ovat havaittavissa esimerkiksi siinä, että komissio täysin jäsenvaltioiden näkemyksistä piittaamatta tuo muutaman vuoden väliajoin yhä uudelleen ehdotuksia, joiden mukaan lääkkeiden suora markkinointi kuluttajille olisi sallittava.

Muita esimerkkejä ovat poliittiset keskustelut potilaiden liikkuvuudesta sisämarkkinaperiaatteiden mukaisesti 2000-luvun alkupuolella. Jäsenmaiden terveysministerit turhautuivat siihen, että 90 prosenttia ministerien kokousajoista käytettiin yhden prosentin ongelman (potilaiden liikkuvuus rajojen yli) käsittelyyn.

Opettavainen kokemus itselleni oli jäsenyyden sosiaalisen suojelun komiteassa (social protection committee, SPC) 2000-luvun alussa, jolloin käsiteltiin terveydenhuoltoa ja pitkäaikaishoitoa ni-

den kansantaloudellisen merkityksen johdosta. Työmuoto oli se, että SPC ja talouspoliittinen komitea (EPC) yhdessä käsitelivät teemaa. SPC oli kirjannut muistionsa, että huolimatta järjestelmien eroista EU-Euroopassa, niillä on ja tulisi tulevaisuudessakin olla yhteinen arvoperusta: pyrkimys universaalisuuteen, oikeudenmukaisuuteen ja solidaarisuuteen. SPC:n puheenjohtaja informoi, että EPC hyväksyi raportin muuten, mutta poisti edellä mainitun virkkeen. SPC totesi, että tähän ei voi suostua. Jos EPC tyyppilliseen ekonomistiseen tapaan ei halua käydä arvokeskustelua tulevaisuudesta, pitäydytään pelkkiin faktoihin. Todetaan, että kaikki eurooppalaiset järjestelmät perustuvat näille periaatteille, jolloin kyse on faktoista. Sitä ei voi EPC:kään kiistää. Näin kävi ja asiakirja meni Barcelonan huippukokoukseen tällä toteamuksella.

Esimerkki on opettavainen. Muutamaa vuotta myöhemmin komissio teki esityksensä palveludirektiiviksi, jossa terveyspalveluita käsiteltiin kuten kaikkia muita palvelutoimialoja, puhtaasti sisämarkkinaperiaattein säädeltävänä taloudellisena toimintana. Parlamentti poisti terveyspalveludirektiivin soveltamisalasta – eräs kovimpia kolauksia komission lakialoitemonopolin historiassa. Jäsenvaltioiden terveysministerit hyväksyivät Itävallan puheenjohtaja-kaudella 2006 yksimielisesti päätöslauselman, joka siunasi SPC:n periaatteet, nimenomaan reaktionä palveludirektiivin virittämään keskusteluun. Tästä huolimatta komissio lämmittää uudelleen samaan ajatteluun perustuvia säädösmuutoksia. Pelkään, ettei Suomessa ole vielä yleisesti oivallettu sitä, miten valtioliiton sisäänrakennettu markkinadynamiikka muokkaa yleistä poliittista keskustelua ja arvoilmapiiriä lähes kaikilla elämänaloilla.

ARVOJEN JA TOSIASIOIDEN PAINOARVORISTIRIITILANTEISSA

Terveyspolitiikan ja muiden toimialojen läheinen suhde on tärkeä kaikessa siinä, mitä kutsutaan sektoreidenväliseksi yhteistyöksi tai ”Terveys kaikissa politiikoissa” -teemaksi (Ståhl ym. 2006). Kokemus osoittaa, että eräät toimialat ovat helppoja ja luontevia yhteistyöalueita, joilla on vuosikymmenten perinteet saumattomasta yhteistyöstä. Näitä aloja luonnehtii samansuuntainen arvo maailma ja yhteiset tavoitteet terveyspolitiikan kanssa. Tyyppiesimerkki on liikenneturvallisuus, missä Suomessa on 70-luvun alusta lähtien kyetty viemään askel askeleelta merkittäviä uudistuksia nopeusrajoituksista turvavyöpakkoon ja kevyt-

väylien eriyttämiseen. Työturvallisuus on toinen samantyyppinen ala. Siinä vallitsee kolmikan-tayhteistyö ja konsensushakuisuus. Tapaturma-torjunnan kolmas tärkeä osa-alue, koti- ja vapaa-ajan tapaturmat, on niin heterogeeninen työn kohde, ettei sinnikkäistä yrityksistä huolimatta ole kyetty saamaan aikaan torjuntatyön lainsäädännön, rahoituksen ja organisoinnin kestävää pohjaa.

Yleensä opetustoimen ja terveystoimen yhteistyö on saumatonta, koska intressit ovat yhteiset. Sama pätee liikunnan ja nuorisotoimen kanssa. Vaikeampi ala on kansanravitsemuksen kehittäminen, koska siihen sisältyy monia taloudellisia eturistiriitoja. Esimerkiksi Suomessa oli äärettömän vaikeaa edistää terveellistä ruokavaliota hinta- tai veropoliittisin keinoin 1970–90-luvuilla, jolloin näitä hyvin vakavissaan yritettiin (ks. esim. KomM 1989). Mielenkiintoista kuitenkin on, että tavanomaisen politiikan epäonnistumisesta huolimatta tilanteeseen vaikutti se massiivinen valistustyö, joka käynnistyi Pohjois-Karjala-projektista ja yleistyi valtakunnallisesti paitsi terveydenhuollossa myös mediassa ja ehkä erityisen merkittävästi valistuneissa naistenlehdissä ja joukkoruoikailussa. Tavallaan voi sanoa, että terveystoimittiset tavoitteet kansanravitsemuksessa saavutettiin paremmin kuin useimmissa muissa maissa siitä huolimatta, että vahvat intressiristiriidat eivät sallineet vahvaa julkisen vallan politiikkaa (Leppo ja Melkas 1988). Hyvin mielenkiintoinen esimerkki politiikantutkimuksen kannalta on se, että Suomessa eräät tuotannolliset toimialat ovat kyenneet ennakoimaan tulossa olevia kuluttajatottumusten muutoksia, ja kääntämään ilmiön edukseen. Esimerkiksi sianlihan tuottajat vähensivät tuotteensa rasvapitoisuutta puoleen kahdessa vuosikymmenessä (Puolanne 2007). Samantyyppinen ja ehkä vieläkin merkittävämpi muutos kansanterveyden kannalta on ollut meijeri- ja maitorasvateollisuuden muodonmuutos vähärasvaisen tuotekehittelyn suuntaan.

Oman kokemukseni mukaan ylivoimaisesti hankalimmat ristiriidat tutkimustiedon hyödyntämisestä terveystoimittisessä ovat liittyneet kahteen tärkeään teemaan: terveystavoitteiseen hinta- ja veropolitiikkaan, ja toisaalta terveydenhuollon maksupoliitiikkaan. Valmisteen hinnat ja saatavuus ovat keinovalikoiman keskeisiä osia tupakka- ja alkoholipoliitiikassa. Molempien hintajouset ovat sellaisia, että kohtuulliset veronkorotukset paitsi vähentävät kulutusta myös lisäävät valtion verotuloja. Tästä huolimatta Suomessa on

ollut äärettömän vaikeaa edistää terveystavoitteista hintapolitiikkaa. Päätöksenteossa jyräävät vain fiskaaliset näkökohdat.

Räikein esimerkki olivat loppukesän 2003 veropäätökset. Viro oli tulossa EU:n jäseneksi vuoden 2004 alusta, ja tuontirajoitusten poistua valtiovarainministeriö arvioi maahantuonnin suurta lisäystä ja verotulojen pienentymistä. Tällä perusteella se ehdotti niin tupakan kuin alkoholin verotuksen huomattavaa lieventämistä. Tupakan osalta se ei toteutunut, koska päätöksenteko hallituksessa tapahtui samaan aikaan kun Suomi isännöi maailman tupakka- ja terveystoimittisessä konferenssia, ja olisi ollut sängen noloa näyttää huonoita mahdollista esimerkkiä maailmalle. VM alensi arviotaan valmisteveron kertymästä neljänneksellä lisääntyvän maahantuonnin johdosta. STM totesi sen karkeaksi yliarvioksi, miksi se sittemmin osoittautuikin.

Alkoholin osalta VM sai tahtonsa läpi rajujen veronalennusten muodossa, jotka halvensivat väkevien juomien hintaa yli kolmanneksella. Kun STM:n vastalauseista ja pienemmistä muutosesityksistä huolimatta muuta ei ollut tehtävissä, ministeriö vaati, että hallituksen esitykseen on vaikutusten arvioinnin osalta kirjattava odotettavissa olevat terveystoimittiset, jotka Stakesin tutkijat arvioivat olevan noin 600 ylimääräisen kuolemantapauksen suuruusluokkaa vuodessa. Kulutus lisääntyi rajusti. Ennuste osoittautui oikeaksi. Ainoa yllätys oli, että se toteutui paitsi akuuttien haittojen (esim. myrkytykset) myös kroonisten haittojen (esim. kirroosit) kohdalla parissa vuodessa. Tapaus on terveystoimittisesta näkökulmasta suurin tiedossani oleva yksittäinen päätös, jossa on yksiselitteisesti ja tietoisesti toimittu ihmishengistä piittaamatta jotta valtio vähentäisi (yli)arvioitua verotulojen menetystä. Myös myöhemmät korotukset 2004–8 ovat olleet sängen vähäisiä ja niitäkin viivytetty väittäen, että vaikutuksista ei tiedetä tarpeeksi. En tiedä montaa aluetta, missä tutkimustieto on niin vahvaa kuin juuri tässä kysymyksessä. Mielenkiintoinen arvokysymys on, että tapahtumasarjan valossa joukkomittainen kuolemantuottamus voi olla oikeutettua, jos tärkeämpänä pidetty hyvä (verotulot) turvataan.

Maksupoliitiikka on suomalaisen palvelujärjestelmän erityispiirre, jossa jo neljäs perättäinen hallitus hitaasti mutta varmasti lisää omavastuita ja siirtää kustannusten jakoa regressiiviseen suuntaan. Suomi on häpeällisessä seurassa kun tarkastellaan kotitalouksille koituvia ”katastrofaalisia

terveysmenoja” kansainvälisessä vertailussa. Olen äskettäin tarkastellut ilmiötä osana laajempaa kysymystä oikeudenmukaisuudesta ja terveyseroista (Leppo 2008b). Sen jälkeen on tehty uusia päätöksiä, jotka pahentavat tilannetta entisestään. Universaalisuuden, oikeudenmukaisuuden ja solidaarisuuden periaatteiden valossa suunta on takaperoinen.

LOPUKSI

Terveyspoliittinen tutkimustieto on välttämätöntä ja arvokasta sinänsä. Sen soveltaminen käytäntöön on usein hankalampaa kuin kuvitellaan. Tiedollinen epävarmuus on tähän harvemmin syynä. Useimmiten kyse on eri toimijoiden etujen tai arvojen konflikteista, mikä vaikeuttaa päätöksentekoa.

Terveyspolitiikan arvoperustan ja tietoperustan kriittinen erittely on tärkeää sekä retoriikan että reaali maailman tasoilla. Tutkimuksen poliittikkarelevanssin kannalta on merkittävää ymmärtää myös tavanomaisen tieteellisen kausaali kielen ja päätöksenteon vaatiman vaikuttamiskielen erot.

Esityksessä on käytetty omakohtaisia kotimaisia ja kansainvälisiä esimerkkejä ja kokemuksia tutkimuksen ja terveyspolitiikan suhteista eri aloilta muutaman viime vuosikymmenen ajalta. Tarkoitus on ollut valaista niitä eroja, yhtymäkohtia ja jännitteitä mitä tuohon välimaastoon sisältyy. Kattavuuteen ei ole lyhyessä puheenvuorossa ollut mahdollisuutta.

KIRJALLISUUS

- Foltz A-M. The Policy Process. Teoksessa Janovsky K.(toim.) Health Policy and Systems Development. World Health Organization, Geneve 1996.
- Komiteanmietintö 1989:58. Sepelvaltimotauti-komitean mietintö. STM, Helsinki 1989.
- Leppo K Introduction. Teoksessa Koivusalo M, Ollila E. Making a Healthy World. Zed Books, London 1997.
- Leppo K. Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health systems. Background paper for the Forum of senior policy makers and managers of health systems. World Health Organization, Geneva, 16–18 July 2001.
- Leppo K. Tutkimus ja terveyspolitiikka. Esitelmä SLY:n 40-v-juhlissa 1.12.2008. Sitaatissa oleva muotoilu on peräisin kirjoittajan ja professori Alan Walkerin keskustelusta ”Evidence-based health policy”-teemasta Brysselissä 2003. Kiitän professori Sirkka Sinkkosta ehdotuksesta lisätä sana ”power” arvojen perään.

- Leppo K. Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääk Aikak* 2008;3:228–238.
- Leppo K, Melkas T. Towards healthy public policies: experiences from Finland 1972–1987. *International Journal of Health Promotion* 1988;3:2:195–203.
- Mannheim, K. *Ideology and Utopia. An Introduction to the sociology of knowledge.* Routledge & Kegan Paul, London 1936.
- Milen A. What do we know about capacity development? An overview of existing knowledge and good practices. Background paper for the Forum of senior policy-makers and managers of health systems. World Health Organization, Geneva, 16–18 July 2001.
- Moore M. Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring , Improving Performance. Discussion Paper No. 7, WHO/ARA/96.2.
- Myrdal G. *Vetenskap och politik in nationalekonomin. Kooperativa förbundet bokförlag, Stockholm 1930.*
- Myrdal G. *Asian Drama. Vol. 1, Part One.* Pantheon Books, New York 1968.
- North D. *Institutions, institutional change and economic performance.* Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Oliver A, Mossialos E, Wilsford M. (toim.) *Legacies and latitude in European health policy.* *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2005;30:1–2.
- Puolanne 2007, HY lihateknologian laitos. Suullinen tiedonanto, maatalous- ja elintarviketilastot.
- Rawls J. *A Theory of Justice.* Harvard University Press, Cambridge MA, 1971.
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. (toim.) *Health in All Policies: prospects and potentials.* Ministry of Social Affairs and Health, Finland, and the European Observatory on Health Systems and Policies 2006.
- Walt G. *Health Policy: an introduction to process and power.* Zed Books, London 1994.
- Weber M. *The Meaning of Ethical Neutrality in Sociology and Economics.* Teoksessa Shils E. (toim.) *The Methodology of Social Sciences,* The Free Press, New York 1957, 1–47.
- WHO 2001. *Macroeconomics and Health: investing in health for economic development.* Commission on Macroeconomics and Health, Geneva 2001.
- WHO 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* Commission on Social Determinants, Geneva 2008.
- Wilensky HL, Lambert GM, et al. *Comparative social policy: theories, methods, findings.* Teoksessa Dierkes M, Weiler H, Antal A. (toim.) *Comparative Policy Research: learning from experience.* Gower, WZB, 1987.

KIMMO LEPPÖ

*LKT, kansanterveystieteen dosentti (HY)
osastopäällikkö STM (eläkkeellä)*