

# SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAHAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

Päätoimittaja  
Päivi Santalahti  
editor@socialmedicine.fi

Toimitussihteeri  
Krister Björklund  
toimitussihteeri@socialmedicine.fi  
040-747 8953

Toimitusneuvosto  
Elina Hemminki, Lasse Kannas, Jaakko Kaprio,  
Antti Karisto, Liisa Keltikangas-Järvinen, Simo Kokko,  
Eero Lahelma, Risto Lehtonen, Pekka Louhiala,  
Esa Läärä, Jouko Lönnqvist, Heikki Murtomaa,  
Ritva Nupponen, Kari Poikolainen, Pekka Puska,  
Arja Rimpelä, Elianne Riska, Leena Räsänen,  
Sirkka Sinkkonen, Harri Sintonen, Antti Uutela,  
Jussi Vahtera, Tapani Valkonen, Hannu Vuori

Julkaisija  
Sosiaalilääketieteen yhdistys ry  
Socialmedicinska föreningen rf

Puheenjohtaja  
Aini Ostamo  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30  
00271 Helsinki  
aini.ostamo@thl.fi

Sihteeri  
Reetta Lehto  
PL 598, 00101 Helsinki,  
sihteeri@socialmedicine.fi

Neljä numeroa vuodessa  
Tilaushinnat vuonna 2010: Jäsenet 35 €  
opiskelijat 16 € (Sosiaalilääketieteen  
yhdistyksen jäsenmaksu), muut, yhteisöt ja  
tilaukset ulkomaille 39 €,  
irtonumerot 10 € + postikulut

ISSN 0355-5097  
Vammalan Kirjapaino Oy 2010

Pääkirjoitus

2/2010

47. VUOSIKERTA

## Tarvitaan enemmän ja parempaa terveyspolitiikan tutkimusta — mutta millaista?

Terveyspolitiikan tutkimuksessa on tärkeää tarkastella operatiivisen palvelujärjestelmän lisäksi myös strategista tietoperustaa ja normatiivista toiminnan suuntaa. Maailman terveysjärjestön, WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 ”liikkeessä” terveyspolitiikan kehitystä on tarkasteltu neljänä vaiheena: Ensimmäinen on perusterveydenhuollon vaihe ja toinen elämäntyyli vaihe, jossa sairauksien syitä haetaan terveyteen liittyvän käyttäytymisen ongelmista. Kolmas on uuden kansanterveyden vaihe, jossa tarkastellaan sosiaalisten, ympäristöllisten ja taloudellisten tekijöiden vaikutusta terveyteen ja neljäs ekologisen kansanterveyden vaihe.

Voi kysyä onko terveyspolitiikka-tutkimus Suomessa, kuten usein muuallakin, keskittynyt liikaa palvelujärjestelmän ja terveyspolitiikan elämäntyyli vaiheen mukaiseen tutkimukseen? Tutkitaan sitä, mihin rahat palvelujärjestelmässä menevät ja yksilöllisiä terveydelle vahingollisia elintapoja. Käytännön terveyspolitiikassa on kuitenkin jo pitkään pyritty edistämään mainittuja uuden kansanterveyden ja ekologisen kansanterveyden lähestymistapoja, esimerkiksi terveys kaikissa po-

litiikoissa -lähestymistapana. Jääkö terveystoiminnan tutkimus jälkeen käytännössä harjoitetusta terveystoiminnasta? Pystyykö tämänhetkinen terveystoiminnan tutkimus vastaamaan käytännön terveystoiminnan tarpeista nouseviin tutkimuksellisiin vaateisiin?

Uusia tutkimuksellisia näkökulmia peräänkuulutetaan WHO:n terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevassa raportissa (CSDH 2008) ja sitä sivuavassa kansainvälisessä keskustelussa. Raportin suositusten pääalueet koskevat elinolojen parantamista, puuttumista vallan, rahan ja resurssien epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen sekä huomion kiinnittämistä ongelman määrittelyyn, mittaamiseen ja toiminnan vaikutusten arviointiin. Keskustelussa on pohdittu, voiko tutkimus parantaa päättäjien kykyä toimeenpanna raportin suosituksia ja kehittää uusia ja parempia suosituksia (Muntaner ym. 2009, 167). Keskustelussa viitataan tutkimuksen vajavaisuuteen näiltä osin (esim. Putnam ja Galea 2008) ja arvioidaan, että pääpaino tutkimuksessa on edelleen liikaa riskiepidemiologiassa, jossa keskitytään yksilöllisten elintapojen tutkimukseen, so. välittämiin (biologis-fysiologiset tekijät) ja myös välittäviin tekijöihin (terveyspalvelujärjestelmä). Esille tuodaan tarve keskittyä myös muihin syytekijöihin.

Onko Suomessa tarpeeksi sellaista tutkimusta, jossa kiinnitetään huomiota riittävän ”suuriin” kysymyksiin, esimerkiksi terveyden sosiaalisiin määrittäjiin? Vai käykö niin, että tutkimus pitäytyy vakiintuneissa perinteissä ja sen mukaisissa metodologisissa lähestymistavoissa? Hawenin ja Shiellin (2007, 413) mukaan teemme sitä, minkä koemme helpoimmaksi tehdä. Tarkastelemme yhä hienovireisemmin kuinka terveyserot jatkavat kasvuaan kaupungeissa, alueilla ja maissa. Erojen dokumentoinnin lisäksi tarvittaisiin kuitenkin tutkimusta, jossa huomiota kiinnitetään myös kauempana oleviin tekijöihin, ”syiden syihin”. Nämä tekijät vaikuttavat terveyteen, riippumatta yksilöllisistä interventioista tai hoidoista.

Tärkeä tutkimuskohde on hyvinvointimallin suhde terveyteen ja terveyseroihin. Tutkimuksessa tulisi selvittää, miksi sosio-ekonomiset terveyserot eivät ole pienentyneet suhteellisen tasa-arvoisessa yhteiskunnassa. Tehtävä on tärkeä, koska jo syntyneitä terveyseroja on vaikea kaventaa. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa sosioekonomisia

terveyseroja koskevan tutkimuksen nivomista osaksi hyvinvointia ja sen vajeita koskevaan tutkimukseen. Terveys nähtäisiin tällöin hyvinvoinnin osatekijänä ja sen puute hyvinvointivajeena, eli sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmana.

Kansainvälisessä keskustelussa esitetään myös tutkimuksellista siirtymää ongelman kuvaamisesta sen ratkaisualueelle, mikä viittaa tutkimuksen painotuksen uudelleen suuntaamiseen (WHO 2009). Tarvitaan politiikan ja erilaisten interventioiden väestöryhmävaikutusten tutkimusta (Muntaner ym. 2009). Tarvitaan myös terveystoiminnan politiikka-analyttistä ja toimeenpanoa koskevaa tutkimusta esimerkiksi siitä, miten eri hyvinvointivaltion politiikat vaikuttavat terveyden keskeisiin määrittäjiin. Olisi siis tutkittava harjoitettua politiikkaa ja terveyden tavoite-keino-oluttuvuutta. Tämä koskee sekä terveyden tasoa että sen jakautumista koskevia kysymyksiä.

Terveyden tutkimuksessa olisi myös pohdittava sisällöllisiä lähestymistapoja sekä kansanterveyden tason kohentamisen että jakautumisen osalta. Mahdollisimman hyvään tasoon pyrkiminen voi tahattomasti lisätä sosioekonomisia terveyseroja. Olisi analysoitava sitä, millä tavoin kansanterveyttä edistetään: 1) ”riskiväestöön” kohdistuvilla interventioilla, 2) koko väestöön suuntautuvalla toiminnalla vai 3) vaikuttamalla ”haavoittuvissa” oloissa olevien väestöryhmiin (ks. Frohlich ja Potvin 2008). ”Riskiväestöön” kohdistuva toiminta ei estä uusien riskiväestöjen syntymistä, koko väestöön suuntautuvat toimet voivat lisätä terveyseroja ja toimien suuntautuminen haavoittuviin väestöryhmiin voi johtaa positiiviseen diskriminaatioon, mutta mahdollisesti myös leimaamiseen. Tällaiset toimet voivat myös olla vähemmän tehokkaita kansanterveyden kannalta (mt.). On aihetta pohtia, mikä on paras mahdollinen terveystoiminnan tekemisen tapa jolla kohotetaan tasoa, samalla lisäämättä terveyseroja. Ne ovat myös tutkimuksen piiriin kuuluvia kysymyksiä eivätkä vain käytännön terveystoiminnassa ratkaistavia ongelmia.

Osittaisvastaus terveystoiminnan ja terveyden tutkimuksen tutkimusstrategioiden ja menetelmien monipuolistamiseksi voi löytyä monitieteisen terveystutkimuksen edistämisestä. Tämä edellyttää eri tieteenaloja koskevan jännitteen purkamista siten, että hyväksytään monien tieteenalojen lähestymistavat ilman jonkun alan ylikorostamista ja joidenkin alojen tulosten mitätöimistä.

## KIRJALLISUUS

CSDH. 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 2008.

Frohlich K, Potvin L. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008;98:2:216–221.

Hawe P, Shiell A. Use evidence to expose the unequal distribution of problems and the unequal distribution of solutions. *Eur J Public Health* 2007;17:5:411–413.

Muntaner C, Sridharan S, Solar O, Benach J. Commentary. Against unjust global distribution of power and money: The report of the WHO commission on the social determinants of health:

Global inequality and the future of public health policy. *J Public Health Policy* 2009;30:2:163–175.

WHO (World Health Organization). Priorities for research on equity and health: implications for global and national priority setting and the role of WHO to take health equity research forward. Discussion paper – 9 September 2009. Geneva 2009.

Putnam S, Galea S. Epidemiology and macrosocial determinants of health. *J Public Health Policy* 2008;29: 275–289.

**MARITA SIHTO**

*VTT, erikoistutkija*

*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*