

Terveyden edistäminen — suuret saavutukset, suuremmat mahdollisuudet

Sosiaali- ja terveysministeriön johtaja, LKT Tapani Melkaksen läksiäisesitelmä 16.4.2010 Säätytalossa, Helsingissä hänen jäädessään eläkkeelle.

1970-luvun alussa työskentelin Helsingin kaupungin palveluksessa. Silloin ennusteissa ruvettiin katsomaan vuoteen 2000. Tehtiin ennusteita väestökehityksestä ja sen perusteella terveystalouden tarpeesta. Nähtiin, että vanhusten määrä ja sen myötä palvelujen tarve kasvaa. Terveydenhuoltoa oli tarve kasvattaa, ja uhkana oli voimavarojen riittävyys. Ongelmat olivat siis hyvin samanlaiset kuin tänäkin päivänä.

Vaikka vuoden 1972 kansanterveyslaki linjasi terveydenhuoltoa uuteen perusterveydenhuoltoon painottavaan suuntaan, tehtiin Helsingin suunnitelmia vanhan rakenteen pohjalla. Helsinkiin hahmoteltiin useita uusia suuria sairaaloita. Esimerkiksi Kivelä-Hesperian alueelle piti rakentaa Meilahden sairaalan kokoinen jättsairaala, jonka piirustuksia kävi arkkitehti jo esittelemässä henkilökunnalle. Öljykriisin myötä taloudellinen tilanne kuitenkin muuttui, rakentamiset pantiin jäihin, terveydenhuollon suuri laajentaminen havaittiin mahdottomaksi ja pessimistit näkivät, että viimeistään vuonna 2000 olemme terveydenhuollossa mahdottomassa tilanteessa, tarpeet ja voimavarat eivät kohtaa.

Vuosi 2000 tuli ja meni, ja nyt vuonna 2010 Suomen terveydenhuolto selviytyy edelleen varsin kohtuullisesti tehtävistään. Vanhusten määrä on lisääntynyt jopa tuolloisia ennusteita nopeammin. Voimavarat ovat kasvaneet, mutta hallitusti. Terveydenhuollon BKT-osuus, vuonna 2007 8,2 prosenttia, on EU-maiden keskitasoa. Veroaste ei ole noussut kohtuuttomasti ja viimeiset ajat ollut laskussa. Väestö on valmis maksamaan veroja palvelujen turvaamiseksi.

Miksi kasvu on ollut hallittua? Siihen voidaan nähdä ainakin kolme merkittävää syytä. Ensinnäkin väestön terveydentila on olennaisesti parantunut. Elinajan odote on kuluneen 40 vuoden

aikana pidentynyt noin kahdeksalla vuodella, ja pidennys on nimenomaan terveen elinajan pidentymistä. Ihmisen elinkaaren suurin hoidon tarve ajoittuu viimeiseen elinvuoteen, ja kun tämä on siirtynyt myöhemmäksi, ei nuorempien vanhusikäluokkien hoidon tarve ole sitä luokkaa, mitä aikaisemman sairastavuuden perusteella arvioitiin.

Toiseksi hoidossa on siirrytty avohoitoon laitoshoidon kustannuksella, mikä on ollut halvempaa ja toimintakyvyn säilymisen kannalta edullista. Kolmanneksi, terveydenhuolto on pääosin järjestetty kunnallisena. Kun palvelujen tuottaja joutuu ne pääosin myös kustantamaan, järjestelmässä on sisäinen kannustin kustannusten hallintaan, muun muassa pyrkimällä vähentämään hoidon tarvetta ja kysyntää. Optimaalisesti tämä ei toimi. Kannustin saattaa hämärtää, kun kunnalliset tuottajayksiköt toimivat erillisinä.

Tällaista kannustinta ei yksityisellä, palvelujaan myyvällä yrityksellä tai muulla toimijalla ole. Päinvastoin, yrityksen tavoitteena on mieluummin kasvattaa palvelujensa kysyntää ja siten kasvattaa tuottoaan. Tämä korostuu kun yksityinen palvelutuotanto siirtyy suurten kansainvälisten organisaatioiden käsiin, joiden tavoitteena on jatkuva kasvu ja suuret voittomarginaalit. Ääri-esimerkki on Yhdysvallat, jossa 15 prosenttia BKT:sta menee terveydenhuoltoon, mutta tulokset kansanterveytenä ovat kehittyneiden maiden vertailussa vaatimattomat.

Näiden kolmen keskinäistä painoa on vaikea mitata. Itse uskon, että tärkein on ollut terveydentilan paraneminen – jos hoidontarpeen kehitys olisi ollut ennakoidun mukainen, tarvitsimme erittäin paljon nykyistä suuremman kapasiteetin omaavan terveydenhuollon, hoitoideologiasta ja muusta kustannusten hallinnasta huolimatta.

Väestön terveyden tilan parantuminen johtuu ennen muuta sairauksien ilmaantumisen vähene- misestä, tätä vähemmän hoitotulosten paranemi- sesta, joskin hoidon merkitys on kasvamassa. Tartuntatauti- vähenemistä tapahtui nopeasti sotien jälkeen, mutta silti vielä 40 vuotta sitten meillä oli nelinumeroinen luku sairaansijoja yksinomaan tuberkuloosin hoitoa varten. Sittemmin tauti on muuttunut harvinaisuudeksi, kattavan ja systemaattisen ehkäisy- ja hoito-ohjelman sekä myös elinolojen paranemisen ansiosta. Pikkulas- ten rokotusohjelmaa asteittain laajentamalla on hävitetty useita tauteja. Valtimotaudit, erityisesti sepelvaltimotauti ja aivohalvaus, ovat vähenty- neet suuresti riskitekijöitä vähentämällä. Monet syöpätaudit, kuten keuhko- ja mahasyöpä, joihin ei ole tehokasta hoitoa, ovat vähentyneet. Työ- ja liikennetapaturmat ovat vähentyneet, kuolevilla mitattaessa 75 prosenttia. Lisäksi väestön toimin- takyky on olennaisesti parantunut.

Työn terveyden edistämiseksi on tehnyt hel- pommaksi se, että kansantautien riskitekijät ovat pitkälti yhteiset, tärkeimpiä on vain muutama, ja niihin voidaan tuloksellisesti vaikuttaa.

Muutama esimerkki tuloksista: Tartuntatauti- en torjunnassa on mahdollisuus nopeasti saata- viin tuloksiin. Hib-rokotteen lisääminen rokotus- ohjelmaan on esimerkki siitä, miten vaikeita tau- timuotoja aiheuttava sairaus saatiin hetkessä eli- minoitua. Samanlaiset tulokset saatiin esimerkiki- tuhkarokon, sikotaudin ja vihurirokon hävittä- neestä rokotuksesta.

Keuhkosityöpä on sairaus, jonka hoitotulokset eivät ole vuosikymmenten mittaan juuri parantu- neet. Kuolleisuuden väheneminen kertoo tupak- kapoliitiikan tuloksista: niistä näkyy miesten tupakoinnin väheneminen ja naisten tupakoinnin hidas kasvu, mitkä noudattelevat tupakoinnin muutoksia.

Toimintakyky tulee terveydentilan ja hoidon- tarpeen kannalta keskeiseksi vanhuudessa. Syste- maattista seurantaa on vajaan 15 vuoden ajalta eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymistutki- muksesta, ja toimintakyvyssä näkyy nopea para- neminen, kun selvitetään suoriutumista arkisissa toimissa. Vaikeuksia kokevien osuudet ovat pie- nentyneet kaikissa toiminnoissa kolmanneksella tai puoleen. 40 vuoden takaa muutos on paljon suurempi.

Parempi terveys on pitkäjänteisen työn tulos- ta. Tartuntataudeissa ja tapaturmien torjunnassa voidaan saada nopeita tuloksia, mutta yleensä tuloksia joudutaan odottamaan pitkään. Sairauk-

sia ehkäisevää työtä tehdään luonnollisesti ter- veydenhuollossa, esimerkiksi neuvolatyössä, työ- terveyshuollossa, riskitekijöiden tunnistamisessa ja vähentämisessä.

Toinen tärkeä vaikutuskanava on terveysta- voitteinen yhteiskuntapolitiikka. Esimerkiksi lii- kennepolitiikassa, ravitsemuspolitiikassa, tupak- ka- ja alkoholipolitiikassa, työsuojelussa sekä ympäristöpolitiikassa on asetettu tietoisesti ter- veystavoitteita ja toteutettu toimia niiden saavut- tamiseksi.

Kolmas on yleinen aineellinen ja henkinen kehitys. Tiedämme, että koulutustason nousu, asumisen laadun paraneminen, kehittyneet työ- olot ja sosiaaliturva ovat osaltaan vaikuttaneet myönteisesti terveydentilaan, vaikka välittömien syy-seuraussuhteiden osoittaminen on vaikeaa.

Sepelvaltimotaudin väheneminen on esimerk- kinä pitkäjänteisestä toiminnasta, jota on tehty sekä terveydenhuollossa että muilla sektoreilla kuluneiden vuosikymmenten aikana. Siihen on vaikuttanut kansanterveyslaki, joka rakensi maa- han ehkäisyä painottavan perusterveydenhuollon, Pohjois-Karjala-projekti, joka nosti sydäntervey- den ja mahdollisuudet vaikuttaa siihen laajaan tietoisuuteen, verenpainetaudin järjestelmällinen hoito, terveyskasvatuksen organisointi valtakun- nallisesti ja paikallisesti, ensimmäinen tupakkala- ki, hallituksen terveyspoliittinen selonteko ja Ter- veyttä kaikille -ohjelma, jotka ensi kertaa laajasti sitoutuivat muut sektorit terveystavoitteeseen työ- hön, sepelvaltimokomitea, jonka työn pohjalta toteutettiin muun muassa kovia terveellistä ravit- semusta tukevia vero- ja maatalouspoliittisia pää- töksiä, tupakkalain uudistus ja terveyttä edistä- vän liikunnan periaatepäätös. Eikä työ ole lopus- sa: lääkkeellisen ehkäisyn kehittäminen on eden- nyt voimakkaasti, ravitsemus-, liikunta- ja tupak- kapoliitikkaa on kehitetty viime vuosinakin.

Valitettavasti kaikkien terveys ei ole kehitty- nyt yhtä suotuisasti. Väestöryhmien väliset ter- veyserot ovat Suomessa eurooppalaisittain suuret. Elinajan odotteen ero peruskoulutetun ja korkea- koulutetun miehen välillä on 6 vuotta ja naisilla vastaavasti 3,5 vuotta. Terveen elinajan odotteen erot ovat vielä paljon suuremmat. Erot ovat viime vuosikymmeninä hieman kasvaneet.

Erot selittyvät suurelta osin kansantautien riskitekijöillä, jotka ovat poistettavissa. Tervey- den edistäminen on tavoittanut vähemmän kou- lutetun ja huonossa sosiaalisessa asemassa olevan väestön huonosti.

Esimerkiksi tupakointi jakautuu tänä päivänä

koulutuksen mukaan hyvin jyrkästi. Nuorten tupakoinnissa ilmenevä jakauma näkyy sairauksina vuosikymmenten päästä, ja ennakoi, että sosiaaliryhmittäiset erot sairastavuudessa ovat suuret vielä pitkään. Samanlainen jakauma on useimmissa muissakin riskitekijöissä.

Miten terveydenhuolto onnistuu vähentämään terveyseroja? Kun katsomme, miten perusterveydenhuollon keinoin estettävissä oleva kuolleisuus on vähentynyt maassamme reilun kymmenen vuoden aikana eri tuloryhmissä, näemme, että kuolleisuus on kyllä vähentynyt kaikissa tulo luokissa, mutta sitä enemmän mitä suuremmat tulot. Tasoa on onnistuttua parantamaan, mutta erot ovat kasvaneet. Tarkastelu on tehty kuolin-syydiagnoosilähtöisesti, joten tulokseen on kyllä voinut vaikuttaa muukin kuin terveydenhuollon toiminta.

Terveyden edistäminen on avain parempaan terveyteen ja terveydenhuollon kustannusten hallintaan. Se on keskeisesti vaikuttanut näihin viimeisten vuosikymmenten ajan, ja siihen panostamalla voimme jatkaa väestön terveyden myönteistä kehitystä vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti, sekä vähentää suuresti hoitopalvelujen tarvetta. Kansantaudit ovat ehkäistävissä ja huonossa asemassa olevat väestöryhmät on mahdollista nostaa hyvien tasolle.

Raskainta hoitoa ja kalleimpia kustannuksia vaativien viimeisten elinvuosien terveyteen voidaan vaikuttaa. Tästä on esimerkkinä Ikivihreät seurantatutkimukseen pohjautuva havainto, jonka mukaan keski-ikässä, ja varmaan myös sen jälkeenkin, liikuntaa harrastaneilla naisilla oli viimeisen elinvuoden aikana 50 % vähemmän hoivapalvelujen hoitopäiviä kuin passiivisilla.

Jos koko väestön terveys nostettaisiin samalla tasolle kuin korkeasti koulutetun väestön, saavutettavat hyödyt olisivat suuret. Puolet, jopa enemmänkin, sepelvaltimotaudin, alkoholin hengityselinsairauksien ja tapaturmaisista kuolemista jäisivät pois. Diabeteksen ja selkäsairauksien esiintyvyys putoaisi kolmanneksen. Palveluita kuormittava päivittäisen avun tarve vähenisi puoleen. Samalla on muistettava, ettei korkeasti koulutettujen tasokaan ole mikään yläraja, heillä on paljon poistettavissa olevia riskitekijöitä.

Paljon on siis saavutettavissa tulevien ongelmien pienentämiseksi. Siinä tarvitaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että muiden sektorien sitoutumista ja työtä.

Terveydenhuolto voi parantaa toimintaansa. Johtamista on kehitettävä kansanterveyslähtö-

seksi, jolloin työn tuloksellisuutta arvioidaan väestön terveyden tason ja jakauman kehityksellä. Kansantautien ehkäisy ja sekundaaripreventiona toimiva hoito on nostettava keskeiseen asemaan, kuten Toimiva terveyskeskus -ohjelmassa linjataan. Terveyserojen aiheuttamaa ylimääräistä tautitaakkaa on vähennettävä kohdistamalla toimet huono-osaisempiin väestöryhmiin. Valmistella olevien organisatoristen muutosten on tuettava tasa-arvoa ja sisällöllistä muutosta. On muistettava, että sairauksien hoito maksaa aina paljon organisaatiosta riippumatta. Hoidon tarpeen vähentäminen on kestävä tie voimavarojen ja kustannusten hallintaan.

Toinen yhtä tärkeä tehtävä on vahvistaa terveysnäkökulmaa yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla. Vaikka olemme esiintyneet Terveys kaikissa politiikoissa – periaatteen puolestapuhujina ja aloitteemme ansiosta saaneet sen vahvaksi osaksi Euroopan unionin terveyspolitiikkaa, meillä on itsellämme siinä vielä paljon tekemistä. On kehitettävä poikkihallinnollista johtamista ja rakenteita niin valtakunnallisesti kuin kunnissakin, on otettava käyttöön työkaluja, joista monissa hankkeissa on jo saatu kokemuksia, on parannettava terveystietoisuutta ja on otettava vaikutusarviointi laajasti käyttöön. Ihmiset ja organisaatiot on voimaannutettava ottamaan terveyden edistäminen omiin käsiinsä. Tämä koskee erityisesti iäkkäitä ihmisiä, joita yhä ohjataan passiivisen palvelujen kohteeksi. Muun muassa tämän päivän talouspoliittinen retoriikka käsittelee heitä sellaisina.

Parantamisen varaa meillä vielä on. OECD-maiden vältettävissä olevan kuolleisuuden vertailussa Suomi on parantanut asemaansa, vuonna 1997/98 olimme neljänneksi huonoin, 5 vuotta myöhemmin näyttäisimme menneen Yhdysvaltain, Uuden Seelannin ja Tanskan ohi. Mutta kärkeen on vielä matkaa.

Lopuksi on syytä havaita, että me täällä olijat olemme hyväosaisia, kuulumme ryhmään jolle terveyttä on luvassa keskimääräistä enemmän ja pitempään. Ehkä meidänkin on silti hyvä muistaa tämä Hippokrateen viisaus parin vuosituhannen takaa. ”Jos olisin tiennyt eläväni näin kauan, olisin pitänyt itsestäni parempaa huolta.” Jo Hippokrates ymmärsi hyvin elinympäristön ja elämäntavan merkityksen terveydelle, mutta silti se on täytynyt monta kertaa keksiä uudestaan.

TAPANI MELKAS
LKT