

Suomen saavutukset väestön terveyden edistämisessä¹

JOHAN P MACKENBACH

Suomella on erityisasema väestön terveyden edistämisen historiassa. Viimeaikaisten tutkimusten perusteella esitän, että tämä asema ilmentää Suomessa toteutettuja menestyksellisiä terveyspoliittisia toimia. Voidaan sanoa, että nämä toimet ovat mahdollistaneet Suomen siirtymisen pois sen maantieteellisen sijainnin määrittämästä kohtalonyhteydestä.

SADAN VUODEN KEHITYSKULKU

1900-luvun alussa Suomi oli osa Venäjän keisarikuntaa. Elinajanodote oli Suomessa tuolloin noin 40 vuotta eli selvästi lyhyempi kuin muissa Pohjoismaissa. Maa itsenäistyi vuonna 1917 ja koki viruksen sisällissodan. Viimeksi kuluneen puolen vuosisadan aikana suomalaisten elinajanodote on asteittain lähentynyt ruotsalaisten elinajanodotetta (Mackenbach 2013a). Vaikka suomalaisten ja ruotsalaisten miesten välinen elinajanodotteen ero on kaksi vuotta, suomalaiset naiset elävät nyt yhtä vanhoiksi kuin heidän ruotsalaiset sisarensa. Tämä on huomattava saavutus, sillä elinajanodotteella mitattuna Ruotsi kuuluu Euroopan kärkeen.

Viro on vaihtoehtoinen vertailukohta Suomelle: mitä olisi saattanut tapahtua jos Suomi olisi säilynyt Venäjän vaikutuspiirissä. Myös Viro itsenäistyi Venäjältä ensimmäisen maailmansodan jälkeen vuonna 1918, mutta se liitettiin Neuvostoliittoon vuonna 1940 itsenäistykseen uudelleen vuonna 1989. Suomen ja Viron elinajanodote oli 1930-luvulla samaa tasoa, mutta kehitys erkaantui 1970- ja 1980-luvuilla, jolloin Viron elinajanodote jäi Neuvostoliiton muiden alueiden tasolle. Vasta itsenäistymisen jälkeen Viron elinajanodotteen kasvu on erkaantunut Venäjältä (Mackenbach 2013a).

KUILU KAVENTUU

Sen sijaan Suomessa elinajanodote alkoi toisen maailmansodan jälkeen tavoittaa Ruotsin tasoa ja tämä kehitys nopeutui entisestään 1960-luvun

lopulla. Tuolloin Länsi-Euroopan maiden elinajanodotteet muutenkin lähestyivät toisiaan (Mackenbach 2013b), mutta Suomi ja myös Portugali aloittivat lähestymisensä huonosta asemasta. Suomalaisten elinajanodotteen lähestyminen Ruotsia johtui useista eri kuolemansyistä. Miehillä sydäntaudit oli merkittävin tekijä, naisilla taas aivoverenkierron taudit oli yhtä merkittävä tekijä kuin sydäntaudit (Mackenbach ja Looman 2013).

Portugalissa elinajanodotteen paraneminen on toteutunut osana 1970-luvun alun poliittisia muutoksia. Ns. neilikkavallankumous toi maahan demokratian pitkän sotilasdiktatuurijakson jälkeen (Mackenbach ym. 2013a). Vastaava poliittinen tulkinta ei sovi Suomeen, jossa on ollut toisen maailmansodan jälkeen toimiva demokraattinen järjestelmä.

Taloudellisen tilanteen muutokset ovat voineet osaltaan vaikuttaa elinajanodotteen lähentymiseen Suomen ja Ruotsin välillä. Suomi koki toisen maailmansodan jälkeen Ruotsia nopeamman taloudellisen kasvun ja kansantulo lähestyi Ruotsia sekä absoluuttisesti että suhteellisesti. On epätodennäköistä, että elinajanodotteet olisivat lähentyneet ilman kansantulon lähentymistä ja samanaikaista koulutustason kohoamista. Tilastollisen analyysin mukaan kansantulon lähentyminen kuitenkin selittää vain vähäisen osan elinajanodotteen lähentymisestä (Mackenbach ja Looman 2013).

TERVEYSPOLITIIKAN SAAVUTUKSET

Mistä Suomen huomattava saavutus elinajanodotteen pidentymisessä sitten johtuu? Jotta tähän kysymykseen voidaan vastata, on tarkasteltava Suomen terveyspolitiikan saavutuksia. Kuolleisuuden muutokset yksittäisen kuolinsyyn kohdalla ilmentävät tavallisesti useiden eri tekijöiden yhteisvaikutusta. Osaan näistä voidaan vaikuttaa yksilöiden ja hallinnon toimin, mutta osa on näiden keinojen tavoittamattomissa. Toimien vaikutuksen suuruutta ei useinkaan voida tarkoin mää-

rittää, mutta tutkimustiedon mukaan tehokkaat terveyspoliittiset toimet osaltaan selittävät Länsi-Euroopan viimeaikaista kuolleisuuden vähenemistä, mikä ilmenee useissa kuolinsyissä.

Monessa Länsi-Euroopan maassa esimerkiksi keuhkosityöpäkuolleisuus on erityisesti miesten keskuudessa vihdoin vähenevässä. Tämä heijastaa viime vuosikymmeninä toteutettujen tupakan rajoittamistoimien viivästyneitä vaikutuksia sekä tupakoinnin vähentymistä. Vastaavalla tavalla kuolleisuus kohdunkaulasyöpään ja rintasyöpään on vähentynyt ja selittyy osaltaan kattavilla seuloilla. Elintapojen muutokset (tupakoinnin väheneminen, ravitsemuksen muutokset), verenpaineen toteaminen ja hoito sekä hoitotöiden kehitys ovat johtaneet sydän- ja verisuonitautien sekä aivoverenkierron tautien vähentymiseen. Äiti- ja lapsikuolleisuuden vähentyminen johtuu osaltaan ehkäisystä ja turvallisesta abortista, äitiyshuollon toiminnasta, käyttäytymisen ehkäisystä sekä muista äidin ja lapsen terveyttä edistävästä toimista. Tieliikenteen lisääntymisestä huolimatta monissa maissa liikenneturvallisuuden paraneminen on vähentänyt merkittävästi kuolleisuutta liikenneonnettomuuksiin (Mackenbach ym. 2013b, 2013c).

Terveyspolitiikan saavutuksia vertailevassa tutkimuksessa tarkasteltiin 27 osoitinta, joista osa kuvaa toimenpiteiden toteutusta, osa niiden väli- tai lopputuloksia. Suomi pärjasi vertailussa erittäin hyvin ja sijoittui 43 Euroopan maan joukossa neljänneksi Ruotsin, Norjan ja Islannin jälkeen, juuri ennen Alankomaita. Muihin maihin verrattuna Suomen saavutukset olivat erittäin hyviä miltei kaikilla terveyspolitiikan alueilla, kuten tupakan rajoittamisessa, äitien ja lasten terveydessä, syöpäseuloissa ja liikenneturvallisuudessa. Vain muutamilla alueilla saavutukset olivat keskinkertaisia: alkoholipolitiikka (keskinkertaisia huonommat tulokset vahvoista toimista huolimatta), ravitsemus, lasten turvallisuus ja influenssarokotukset (Mackenbach ja McKee 2013a, 2013b). Lisäksi kuolleisuuden sosioekonomiset erot miehillä ovat suuremmat kuin monessa muussa Länsi-Euroopan maassa (Mackenbach ym. 2008).

MIKSI NÄIN?

Jos Suomen huomattavat saavutukset johtuvat keskimääräistä tehokkaammasta toiminnasta usealla terveyspolitiikan osa-alueella, niin miksi tämä on tapahtunut. Edellä mainitussa vertailevassa tutkimuksessa on tunnistettu joukko ter-

veyspolitiikan saavutuksiin vaikuttavia tekijöitä. Voimakkain tekijä on maassa omaksutut kulttuuriarvot ja toiseksi voimakkain kansantulo. Vähäisempiä tekijöitä ovat hallituksen puoluepoliittinen kokoonpano ja hallituksen toimien tehokkuus. Yksikään näistä tekijöistä, kenties hallituksen toimia lukuun ottamatta, ei selitä Suomen terveyspolitiikan saavutuksia (Mackenbach ja McKee 2013a, 2013b).

Ronald Inglehartin kehittämän itsensä ilmaisemisen asteikon mukaiset myöhäismodernit kulttuuriarvot ovat yhteydessä terveyspolitiikan saavutuksiin. Ruotsi sijaitsee korkealla tällä asteikolla, mutta Suomi ei. Muihin Pohjoismaihin verrattuna suomalaisten arvomaailma on suhteellisen perinteinen. Siten Suomen terveyspolitiikan saavutukset ovat selvästi paremmat kuin itsensä ilmaisemisen asteikon perusteella ennakoituna. Suomen terveyspolitiikan saavutukset ovat myös huomattavasti paremmat kuin kansantulon perusteella ennakoituna (Mackenbach ja McKee 2013a, 2013b).

Euroopan hyvinvointivaltioiden historia osoittaa, että hallitusten puoluepoliittinen kokoonpano eri maissa voi johtaa erilaisiin poliittisiin toimenpiteisiin. Mitä pitempään sosiaalidemokraattiset puolueet ovat olleet vallassa, sitä kattavampi ja universaalimpi julkisesti rahoitettu sosiaaliturva on. Maassa harjoitettua terveyspolitiikkaa sosiaalidemokraattien osallistuminen hallitusvastuuseen määrittää kuitenkin vain heikosti. Ruotsilla ja Norjalla on ollut vuosien ajan sosiaalidemokraattinen hallitus, mutta Suomella (ja Islannilla) ei (Mackenbach ja McKee 2013c).

Seikka joka erottaa Suomen muista Euroopan maista, on hallinnon tehokkuus. Mitattaessa tehokkuutta muun muassa virkakoneiston ammatillisuudella, ministeriöiden toiminnalla ja korruption puuttumisella Suomi sijoittuu Sveitsin jälkeen toiseksi (Mackenbach ja McKee 2013a, 2013b). Se missä määrin hallitukset kykenevät toimeenpanemaan terveyspoliittisia toimia, riippuu ennen muuta toimien kokonaisvaltaisesta tehokkuudesta. Tämän vuoksi arvelen, että Suomen merkittävät saavutukset osaltaan heijastavat tätä suomalaisen yhteiskunnan ominaisuutta.

KIRJALLISUUS

Mackenbach JP. Political conditions and life expectancy in Europe, 1900–2008. *Soc Sci Med* 2013a;82:134–46. Epub 2012/12/31.

Mackenbach JP. Convergence and divergence of life expectancy in Europe: a centennial view. *Eur J Epidemiol* 2013b;28(3):229–40. Epub 2012/11/28.

- Mackenbach JP, Looman CWN. Changing patterns of mortality in 25 European countries and their economic and political correlates, 1955–1989. *Int J Public Health* 2013 (painossa). Epub 2013/09/24.
- Mackenbach JP, Hu Y, Looman CW. Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. *Soc Sci Med* 2013a;93:166–75. Epub 2013/06/25.
- Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet* 2013b;381(9872):1125–34. Epub 2013/04/02.
- Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. Health policy in Europe: factors critical for success. *BMJ* 2013c;346:f533. Epub 2013/03/22.
- Mackenbach JP, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health* 2013a;23(2):195–201. Epub 2013/02/14.
- Mackenbach JP, McKee M. (toim.). Successes and failures of health policy in Europe: four decades of diverging trends and converging challenges. Open University Press, Buckingham 2013b.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M ym. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *NEJM* 2008;358(23):2468–81. Epub 2008/06/06.
- Mackenbach JP, McKee M. Social-democratic government and health policy in Europe: a quantitative analysis. *Int J Health Services* 2013c;43(3):389–413. Epub 2013/09/27.
- ¹ *Puheenvuoro pohjautuu 27.11.2013 Helsingin yliopistossa pidettyyn Hjelt-luento.*
(*Suomennos englannista Ossi Rahkonen ja Eero Lahtela*)

JOHAN P MACKENBACH

Professori

Department of Public Health

Erasmus Medical Center

Erasmus University Rotterdam

Alankomaat