

Mind the gap: Reducing inequalities in health and health care — Seitsemäs Euroopan kansanterveyskonferenssi Glasgow'ssa 19–22.11.2014

Skotlannissa järjestetyn kongressin läpileikkaavana teimana olivat tänä vuonna kokouksen nimen mukaisesti terveyserot. Seitsemässätoista rinnakkaisessiossa käsiteltiin terveyserojen syntyyn, seurauksiin ja kaventamiseen vaikuttavia tekijöitä. Kongressissa oli 1 600 osallistujaa, 116 sessiota ja 8 pääistuntoa. Suomesta osallistujia oli 50.

SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT

Kongressin avauspuheenvuorossa vertailtiin sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyserojen muutoksia Euroopassa. Erona monista muista maista Suomi nousi esiin maana, jossa sosioekonomiseen asemaan yhteydessä olevat terveyserot eivät ole kaventuneet, vaan päinvastoin jopa kasvaneet. Absoluuttisissa terveyseroissa ei ole havaittu muutosta, mutta suhteelliset erot terveydessä ovat kasvaneet. Esimerkiksi Englannissa ja Walesissa sekä absoluuttiset että suhteelliset erot ovat pienentyneet.

Rotterdamilaisprofessori Johan Mackenbachin (Erasmus Medical Center) pääteesi oli, että Suomen huonoa kehitystä ja toisaalta Ison-Britannian hyvää kehitystä selittävät pääasiallisesti kolme tekijää: kuolleisuus tupakan ja alkoholin aiheuttamiin sairauksiin sekä kuolleisuus hoidettavissa oleviin sairauksiin. Isossa-Britanniassa kuolleisuuseroja on pystytty pienentämään, koska tupakointiin liittyvä kuolleisuus on laskenut. Suomessa näin ei ole tapahtunut, eikä alkoholi-kuolleisuus ole vähentynyt. Sairauksien ehkäisy näyttäisi olevan tehokkaampaa kohdistuessaan koko väestöön kun verrataan tiettyihin väestön osiin kohdistuviin terveyserojen kaventamiseen pyrkiviin erillisohjelmiin.

Euroopan tartuntatautiviraston ECDC:n johtaja Marc Sprenger keskittyi puheenvuorossaan infektio- tautien uhkiin ja leviämiseen. Ajankohtaisena esimerkkinä hän puhui ebolasta, ja siitä kuinka kansainvälinen yhteisö ei ole ollut ajan tasalla Länsi-Afrikan ebolaepidemian leviämisen estämisessä. Keskeistä epidemioiden hoidossa ja estämisessä ovat vahvat terveydenhuoltojärjestelmät, koordinoitu reagointi sekä poliittinen tahto ja investoinnit.

Professori Simon Capewell Liverpoolin yliopistosta totesi, että epäterveellinen ruokavalio on kansanterveydelle tupakkaa, alkoholia ja liikkumattomuutta merkittävämpi riski ja selittää 40 % kansantautien tautitaakasta. Kansanterveyteen panostaminen on hyödyllistä, esimerkiksi savukkeiden hinnan nostaminen ja tupakoinnin kieltäminen julkisilla paikalla tuottaa enemmän terveyshyötyjä kuin laajalaisytaiseen tupakoinnin lopettamista tukevat toimet. Työtä kuitenkin hankaloittavat esimerkiksi elintarviketeollisuuden vastustus, johon

kuuluvat mm. epäilyt tieteellisistä salaliittoteorioista, epälooginen argumentointi, valikoiva tieteellisen näytön käyttö ja teollisuuden ostamien asiantuntijoiden käyttäminen.

Terveyskäyttäytyminen, jota pidetään yhtenä sosioekonomisten terveyserojen syynä, herätti paljon keskustelua. Sessioissa pohdittiin muun muassa sitä, voiko epäterveellisistä elintavoista syyttää yksilöitä kun tiedämme ympäristön suuren vaikutuksen valintoihin.

Kongressia edeltävässä pre-kongressissa ”How to tackle health inequalities?” keskusteltiin neljän EU-rahoitteisen projektin näkökulmista terveyserojen kaventamisesta ja erityisesti tutkimuksen haasteista maiden välisissä vertailuissa. Haasteita vertailututkimuksissa ovat mm. se, miten tunnistetaan toimivia käytäntöjä eri maissa kun vertailtavat aineistot on kerätty eri tavoilla, otoskoko vaihtelee, aineistot on kerätty eri ajankohtina ja kun ne sisältävät harvoin täysin samoja muuttujia.

MAAHANMUUTTAJAIN JA ETNISTEN VÄHEMMISTÖJEN TERVEYS

Kongressissa kuultiin, että maahanmuuttaja- sekä etnisten vähemmistöryhmien terveyden välillä on yllättäviä eroja, eikä kaikilla ryhmillä terveys ole kantaväestöä heikompa. Eroja selittävät kulttuuri, taloudellinen tilanne, ympäristö ennen muuttamista ja sen jälkeen, elintavat, terveyspalveluiden käyttö sekä geneettiset ja biologiset erot.

Skotlannissa syöpäriski on pienin intialaisilla ja pakistanilaisilla, vaikka esim. mammografiaan osallistuminen on vähäistä pakistanilaisilla. Sydäninfarktirisiko on pienin kiinalaisilla, mutta kohonnut eteläaasialaisilla diabeteksen yleisyyden vuoksi. Skotlantilaisilla on suuremmat syöpä- sekä sydän- ja verisuo-

nitautiriskit kuin muilla valkoisilla Skotlannissa asuvilla briteillä. Tutkimuksen ja seurannan kannalta olisi tärkeää käyttää yhtenäisiä termejä sekä luoda terveystietojärjestelmä, josta saa tietoja myös maahanmuuttajista ja etnisistä vähemmistöistä.

Euroopassa romanien terveysongelmat ovat merkittävä kysymys. Esimerkiksi puolet Slovakian romaaneista ei ole saanut yhtään rokotusta. Todennäköisyys, ettei nainen ole koskaan ollut gynekologisessa tarkastuksessa, on romaneilla kaksinkertainen. Ratkaisun löytämiseksi tärkeää on yhteistyö romaniväestön kanssa paikallisissa yhteisöissä, rakenteellisten esteiden poistaminen ja järjestelmän muuttaminen sisällepäin.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihepiiristä ei tällä kertaa ollut omaa, erillistä sessiotaan, vaan aihepiiriin liittyviä teemoja oli ripoteltu monien eri teemojen alle.

Rokotusten osalta varsinaisen kongressin ohjelmaan kuului useampi esitys HPV-rokotuksista. Italian rokotusohjelman kattavuustavoitteena on ollut 95 % työistä, mutta siitä on jääty melko kauas niin Italiassa (60 %) kuin monissa muissakin Euroopan maissa.

Vertailutietona voidaan todeta, että Suomessa HPV-rokotusohjelma aloitettiin vuoden 2013 lopulla, ja se on kohdistettu 6.–9.-luokkalaistytöille. THL:n uusimpien tilastojen mukaan kattavuus alkuvuodesta 2014 oli 70 %. Raportoitujen terveyskeskusten alueella. Tiedon kattavuudessa ja laadussa on tosin vielä joitakin puutteita.

Synnytystoimenpiteiden osalta kuultiin esitys Italiasta, jossa on tutkimuksessa todettu, että synnytyksen käynnistämisen onnistumiseen

suojaavasti vaikuttivat korkeat Bishopin pisteet (kohdunkaulan kypsytyden mittaristo) sekä aikaisemmat synnytykset. Riskitekijöitä käynnistämisen epäonnistumiseen näyttivät olevan äidin vähintään 35 vuoden ikä sekä lapsen vähintään 3500 gramman syntymäpaino. Syntymäpainon osalta on aikaisemmissa tutkimuksissa ollut ristiriitaisia tuloksia, mutta esityksessä todettiin, että aikaisemmissa tutkimuksissa on usein käytetty arvioitua syntymäpainoa, mutta tässä on käytetty todellista syntymän jälkeen mitattua painoa. Keskustellussa mietittiin myös, voisiko erot johtua myös käynnistysmenetelmien eroista.

Skotlannissa on tehty tutkimus raskauden aikaisen tupakoinnin lopettamisen kannustamisesta rahallisilla palkkioilla. Skotlannissa 20 % raskaana olevista polttaa ja vain joka 20. lopettaa raskauden aikana. Todistettujen tupakoinnin haittojen ja niistä yhteiskunnalle aiheutuvien lisäkulojen takia haluttiin tupakoinnin lopettamista tukea myös rahallisilla kannusteilla. Lahjakortteina toteutettu rahallinen tuki paransi lopettamislukuja 14 %:lla ja raskauden aikana lopetti 23 % raskaana olleista, mikä on merkittävä ero verrokkiryhmään. Rahallinen kannustin todettiin todennäköisesti hyvin kustannustehokkaaksi, mutta raskauden jälkeisten vaikutusten arvioimiseksi tarvitaan vielä lisätutkimusta.

Euro-Peristat-projektin tuloksista järjestettiin oma, erillinen sessio. Vuoden 2014 keväällä päättynyt projekti keräsi summatason perinataaliterveyttä koskevaa indikaattoritietoa Euroopan maista vuosilta 2004 ja 2010.

Sikiö- ja neonataali-kuolleisuuden osalta todettiin, että maiden välinen vertailu on luotettavaa vain 28 raskausviikolla tai sen jälkeen,

sitä ennen erilaiset määrittys- ja kirjauksikäytännöt vaikeuttavat vertailuja. Vuosien 2004 ja 2010 välillä erityisesti neonataali-kuolleisuus laski Euroopassa, vaikka myös sikiökuolleisuus väheni. Kuolleisuus laski myös Suomessa, jossa taso oli valmiiksi matala. Todettiin, että kuolleisuuden vähentämiseksi on tärkeää keskittyä riskiraskauksien lisäksi myös ns. normaaliraskauksiin.

Monisikiöisyyden todettiin aiheuttavan yhä Euroopassa merkittävän riski raskauden kululle ja perinataaliterveydelle. Kaksosraskauksien lukumäärä kasvoi Euroopassa vuosien 2004 ja 2010 välillä ja oli vuonna 2010 16,7 tuhatta synnytystä kohti. Monisikiöisillä lapsilla oli yhdeksänkertainen riski enenaikaisuuteen, yli kaksinkertainen riski sikiökuolemaan ja lähes kuusinkertainen riski neonataali-kuolleisuuteen.

3. ja 4. asteen repeämät ovat lisääntyneet monissa maissa, ja samalla välilihan leikkausta kuvaavat episiotomialuvut ovat laskeneet huomattavasti. Repeämäluvut ovat korkeimmat Islannissa, Tanskassa ja Ruotsissa ja samalla myös episiotomialuvut olivat matalimmat näissä maissa. Suomessa episiotomioita tehdään instrumentaalisissa synnytyksissä ja samalla repeämien määrä on melko pieni. Spontaaneissa synnytyksissä Suomessa episiotomioita tehdään vähemmän, mutta repeämien määrä on silti pieni.

Kongressia edeltävässä pre-kongressissa koskien perinataaliepideemiologian kehitystä Euroopassa käytiin läpi erityisesti lisääntymisterveyteen liittyvien aineistojen ja niihin liittyvien rajoitteiden haasteita.

Erityisesti nousi esiin kuolleena syntyneiden kirjaamiseen liittyvät maiden sisäiset sekä maiden väliset erot. Elävänä syntyneen kriteerit

vaihtelevat maittain suuresti, jätettiin, että OECD suosittaa vuodesta 2015 alkaen 22 raskausviikon rajan käyttöä, jotta jatkossa datan vertailtavuus paranisi. Tämä on ollut myös EURO-PERISTAT-projektin suositus.

Kuolleisuuslukujen vertailtavuutta vaikeuttaa myös viikolla 22 ja sen jälkeen tehtyjen raskaudenkeskeytysten kirjauskäytännöt. Osassa Euroopan maista myöhäiset

raskaudenkeskeytykset kirjataan kuolleenä syntyneiksi, millä on merkittävä vaikutus kuolleisuuslukuihin. Kuolleisuuslukujen vertailu raskausviikolla 28 ja sen jälkeen pääosin ratkaisee tämän vertailtavuusongelman, koska raskaudenkeskeytykset näillä viikoilla ovat hyvin harvinaisia.

EUPHA:n uudeksi puheenjohtajaksi Martin McKeen jälkeen valittiin Natasha Azzopardi Muscat

(Malta) vuoden 2016 marraskuusta alkaen. Seuraavat kokoukset järjestetään Milanossa 14–17.10.2015, Wienissä 9–12.11.2016 ja Tukholmassa syksyllä 2017. Ensi vuoden kokousten abstraktien määräaika on tuttuun tapaan vappupäivänä.

Lisätietoja kongressista osoitteesta www.eupha.org.

**ANNA HEINO, LINDA ENROTH,
MIKA GISSLER**