

Päätoimittaja
Kristiina Manderbacka
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
Kansanterveyslaitos, Mannerheimintie 166,
00300 Helsinki
aini.ostamo@ktl.fi

Sihteeri
Tuulikki Vehko
PL 598, 00101 Helsinki,
sihteeri@socialmedicine.fi

Neljä numeroa vuodessa
Tilaushinnat vuonna 2008: Jäsenet 35 €
opiskelijat 16 € (Sosiaalilääketieteen
yhdistyksen jäsenmaksu), muut, yhteisöt ja
tilaukset ulkomaille 39 €,
irtonumerot 10 € + postikulut

ISSN 0355-5097
Vammalan Kirjapaino Oy 2008

Toimintaohjelmalla terveyttä kaikille

Runsaan parinkymmenen vuoden takaisessa Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden pääkirjoituksessa ”Terveyttä kaikille – tasapuolisesti?” toivottiin terveystutkimuksen ja sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaavan aiempaa enemmän huomiota sosiaaliseen eriarvoisuuteen (Koskinen 1986). Vuonna 1986 oli julkistettu kansallinen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma, jossa väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen asetettiin selvästi terveystaloudelliseksi tavoitteeksi. Suomi oli kansallisen tavoitteen asetteluksessa ensimmäisiä eurooppalaisia maita ja Suomea pidettiin perusterveydenhuollon ja kansanterveyden suotuisan kehityksen ansiosta tuolloin jopa eräänlaisena WHO:n mallimaana.

Nyt voidaan todeta terveystutkimuksen edenneen toivottuun suuntaan. Tuorein osoitus tutkimuskentän aktiivisuudesta on yli 40 suomalais-tutkijan voimin koottu raportti sosioekonomisista terveyseroista ja niiden muutoksista (Palosuo ym. 2007). Suomessa onkin poikkeuksellisen hyvät mahdollisuudet tehdä väestörekistereihin ja laajoihin väestötutkimuksiin perustuvaa sosioekonomisia terveyseroja koskevaa tutkimusta. Sosiaali- ja terveyspolitiikan linjauksissa, kuten Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (STM 2001), terveyserojen vähentäminen on pysynyt keskeisenä päämääränä. Terveyserojen kaventamistavoite sisältyy myös kahteen viimeisimpään

hallitusohjelmaan. Sosioekonomiset terveyserot on nähty aiempaa laaja-alaisemmin yhteiskuntapoliittisena ongelmana ja terveyserojen kaventamisen ymmärretään vaativan kaikkien hallinnonalojen yhteistyötä.

Terveyserojen vähentymistavoitteita ei ole kuitenkaan lähestytty, vaan esimerkiksi koetun terveyden sekä toimintakyvyn ja itse arvioidun työkyvyn erot ovat säilyneet ennallaan. Kuolleisuuserot ovat parin viime vuosikymmenen aikana jopa kasvaneet. Kansanterveyden ja väestöryhmien terveyserojen kannalta merkittävässä elintavoissa kuten tupakoinnissa ja haitallisen runsaassa alkoholinkäytössä väestöryhmien erot ovat osin lisääntyneet. Myös ylipaino ja vähäinen liikunta ovat yleisempiä sosioekonomisen portaiton alemmilla askelmilla olevilla. Terveyspoliittisten ohjelmien tavoitelausumista huolimatta Suomessa ei ole parin viime vuosikymmenen aikana ryhdytty erityisiin ponnisteluihin terveyserojen kaventamiseksi. Erityisesti 1990-luvun lamavuosista alkaen monet yhteiskunnan muutokset ovat pikemminkin lisänneet kuin vähentäneet sosiaalista eriarvoisuutta.

Sosiaalipoliittinen ministeriryhmä antoi vuonna 2006 sosiaali- ja terveysministeriölle toimeksiantannon kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelemiseksi. Toimeksiantoa pohjusti sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen yhteistyöhankkeen (TEROKA) tekemä taustatyö ja ehdotus. Toimintaohjelman valmistelua on koordinoanut poikkihallinnollinen kansanterveyden neuvottelukunta, ja siinä on kuultu laajaa joukkoa asiantuntijoita eri ministeriöistä, tutkimuslaitoksista, yliopistoista, kunnista sekä kansalais- ja ammattijärjestöistä. Toimintaohjelma julkaistaan loppukeväällä 2008.

Terveyserot ovat osoittautuneet sitkeiksi ja niiden kaventaminen vaatii pitkäjänteistä ja määrätietoista työtä. Valmistumassa oleva ohjelma tavoittelee pitkällä aikavälillä toteutuvia eriarvoisuutta vähentäviä yhteiskunnallisia toimia ja vaikutuksia. Toimintaohjelmaan on kuitenkin valittu 15 sellaista toimenpidettä, jotka voidaan aloittaa kuluvalla hallituskaudella. Ohjelmaan sisältyy muun muassa toimenpiteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi toisen asteen ammattioppilaitoksissa sekä sellaisilla toimi- ja ammattialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä. Ohjelma esittää myös alkoholi- ja tupakkaverotuksen kiristämistä alkoholin riskikäytön ja tupakoinnin vähentämiseksi. Kuntoutusta olisi ohjelman mukaan

kehitettävä siten, että siinä otettaisiin aiempaa selvemmin huomioon kuntoutettavien sosioekonominen asema. Terveyserojen ja niiden taustatekijöiden seurantaan kehitetään järjestelmä osaksi yleistä terveysseurantaa. Ohjelma edellyttää myös kehittämistyötä tiedon hyödyntämiseksi päätöksenteossa valtionhallinnossa sekä kunta- ja alueatasolla.

Terveyden taustatekijöihin ja myös terveyseroihin vaikutetaan monissa muissa eri hallinnonaloilla meneillään olevissa ohjelmissa ja prosesseissa joko suoraan tai välillisesti. Toimintaohjelma tähdentää etenkin sellaisten jo muualla vireillä olevien toimenpiteiden tärkeyttä, joita voidaan pitää terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisimpinä. Toimintaohjelman tehtävänä on myös huolehtia siitä, että politiikan eri lohkoilla kiinnitetään huomiota siihen, miten suunnitellut toimet vaikuttavat eri väestöryhmiin. Terveyserojen kannalta keskeisiä muualla eteneviä toimenpiteitä ovat muun muassa sosiaaliturvauudistus, tukitoimet nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi, pitkäaikaistyöttömien työllistäminen, asunnottomuuden vähentäminen, perusterveydenhuollon kehittäminen ja vahvistaminen sekä perhepalveluiden tarpeenmukaisen käytön kehittäminen.

Terveyserojen vähentäminen edellyttää eräänlaisia kaksoisstrategioita – on tarpeen tavoitella sekä väestön terveyden hyvää tasoa että terveyden mahdollisimman tasaista jakautumista. Toimintaohjelma suunnataan sekä terveyseroja tuottaviin perimmäisiin syihin (esimerkiksi köyhyyteen, työttömyyteen, koulutuspuutteisiin, huonoihin asumis- ja työoloihin) että terveyden välittömiin riskitekijöihin, kuten terveyttä vahingoittavaan käyttäytymiseen ja työssä ilmeneviin terveyttä vaarantaviin altistustekijöihin. Elintapojen on jo pitkään ymmärretty muovautuvan sosiaalisen, taloudellisen ja fyysisen elinympäristön tuloksena, eivätkä ne siten ole yksinomaan yksilön vastuulla ja vapaasti valittavia käyttäytymismuotoja. Niihin voidaan vaikuttaa erilaisin yhteiskuntapoliittisin toimin. Esimerkiksi erilaisten terveyttä vahingoittavien tuotteiden tarjontaa ja saatavuutta voidaan ainakin jossain määrin rajoittaa vero-, hinta- ja kontrollipolitiikan avulla.

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion universaalit palvelut ovat terveyserojen kaventamistyön perusta, mutta ne eivät näytä kuitenkaan olleen riittäviä. Niinpä lisäksi tarvitaan kohdennettuja palveluja sekä myös 1990-luvun lamavuosien seurauksena heikennetyn perusturvan korjauksia.

Toimintaohjelmassa kiinnitetään huomiota sekä huonoimmassa asemassa olevien tilanteen korjaamiseen että koko väestössä nähtävän terveyden sosiaalisen gradientin lieventämiseen. Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien ja työssäkäyvien välillä on varsin suuret kuolleisuus- ja terveyserot, joiden kaventamiseksi ensisijainen toimenpide lienee usein työllistäminen. Vähintään yhtä tärkeää on loiventaa terveyden sosiaalista gradienttia, jolla tarkoitetaan keskimääräisen terveydentilan säännönmukaista paranemista sosiaalisten voimavarojen, kuten koulutuksen ja tulojen, lisääntyessä ja sosiaalisen aseman noustessa.

Terveyspoliittisten ohjelmien tavoitteiden ja toimeenpanon välillä on usein havaittu syvä kUILU. Konkreettisten keinojen puuttuminen tavoitteiden saavuttamiseksi on vakava toimeenpanon este. Tutkimustietoa tehokkaista terveyseroja kaventavista keinoista onkin niukalti saatavilla, mutta tämä johtuu osittain siitä, että terveyserojen taustatekijät ovat monimutkaisia ja moniaineksisia, eivätkä taustatekijät sen enempää kuin terveyserotkaan ole yksittäisillä kapea-alaisilla interventioilla tai yhden sektorin toimilla muutettavissa (esim. Kangas ym. 2002). Keinoja koskevan evidenssin puute ei kuitenkaan saa johtaa siihen, että mitään ei yritetä tehdä. Poliitikassa on kyse myös, ja ehkä ensisijaisesti, arvopäämääristä. Terveyspoliittisen ohjelman toimeenpanon onnistumisessa keskeistä on siten myös poliittinen tahto sekä sellaisten toimijoiden löytyminen, joilla on kykyä ja voimaa aikaansaada toivottuja muutoksia.

Keskeiset perustelut terveyserojen kaventamiselle koskevat erojen hyväksyttävyyttä sekä sosiaalista ja kansanterveydellistä merkitystä. Tasaarvon edistämiseen sitoutuneessa hyvinvointiyhteiskunnassa on vaikea pitää eettisesti hyväksyttävänä sitä, että jotkut sosiaalisesti määräytyvät väestöryhmät voivat huomattavasti valtaväestöä tai hyvässä sosiaalisessa asemassa olevia huonommin ja saavat osakseen muita vähemmän kaikille kuuluvia palveluja. Eri hallinnonalojen ja kunta-

toimijoiden sitouttamiseksi hyvinvointi- ja terveyserojen tasoittamiseen voidaan korostaa myös sitä, että erojen väheneminen palvelee myös heidän omien tavoitteittensa saavuttamista. Sillä, että lukumääräisesti isot väestöryhmät saavuttivat sen terveyden tason, jonka korkeakoulutuksen saaneet ryhmät ovat jo saavuttaneet, olisi suuri myönteinen vaikutus palvelujen riittävyteen, kustannusten hillintään ja työllisyysasteen nostamiseen.

Valmistuvassa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa esitetyt toimenpiteet jäävät pääosin melko yleiselle tasolle, joten niiden toteuttamiseksi tarvitaan yksityiskohtaisempi toimeenpanosuunnitelma. Ohjelman edetessä on selvitettävä, onko eri politiikoilla tai interventioilla voitu vaikuttaa terveyseroja vähentävästi. Lisäksi on tärkeää arvioida, millaisella toiminnalla tavoitteisiin on pyritty. Seurantaan ja arviointiin on oltava riittävästi voimavaroja ja tekijöitä, mikä nykyisessä valtion tutkimuslaitoksiakin koskevan tuottavuusohjelman paineessa on iso haaste.

KIRJALLISUUS

Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.

Koskinen S. Terveyttä kaikille – tasapuolisesti? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1986: 23(5–6):369–371.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki 2001

EILA LINNANMÄKI, HANNELE PALOSUO,
SEPPÖ KOSKINEN