

Pohjoismaiset terveysjärjestelmät yhteiskunnallisessa turbulenssissa — Euroopan kansanterveyskonferenssin prekonferenssi Tukholmassa 1.11.2017

Pohjoismaiset sosiaalilääketieteelliset ja kansanterveystieteelliset yhdistykset järjestivät Euroopan kymmenennen kansanterveyskokouksen (10th European Public Health Conference) yhteydessä puolen päivän seminaarin Pohjoismaiden kansanterveydestä. Kokousta rahoitti Pohjoismaisen ministerineuvoston alainen Pohjoismainen hyvinvointikeskus NVC. Prekonferenssiin osallistui runsaat viitisenkymmentä henkilöä, puoltusina suomalaista.

Pohjoismaissa on toimivat ja muun muassa OECD:n korkealle arvostamat terveysjärjestelmät, mutta ongelmia riittää. Erityisesti asiakaslähtöisen palveluiden kehittämisessä sekä sosiaali- ja terveyssektorin yhteistyössä on vielä kehitettävää. Toinen mielenkiintoinen seikka on ns. Pohjoismainen paradoksi: tasa-arvoon tähtäävissä pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa kuolleisuus- ja sairastavuuserot eivät ole pienempiä kuin muualla Länsi-Euroopassa.

Seminaarin pääpuhujana, professori Johan Mackenbach Alan-komaista kertoi, että suhteelliset terveyserot ovat länsieurooppalaisittain varsin suuria Norjassa, Suomessa ja Tanskassa. Ruotsissa sosioekonomiset erot ovat suuria vain naisilla. Ruotsalaisen miesten pienempiä terveyseroja selittänee vähäinen

tupakointi ja ehkäpä sen sijaan paljon käytetty nuuskaus.

Terveyserojen taustalla on lyhyen koulutuksen saaneiden korkea kuolleisuus, erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin, syöpään ja tapaturmiin. Tulokset ovat yhteneväiset, kun katsotaan työikäisten kuolleisuutta ammattiaseman mukaan tai itse arvioitua terveyttä. Vaikka suhteelliset kuolleisuuserot kasvavat, pienenevät absoluuttiset erot. Mutta tämä koskee vain miehiä. Naisten kohdalla myös absoluuttiset terveyserot kasvavat. Monet eri aineistot osoittavat, että tätä ylikuolleisuutta voidaan vähentää ja kuolemia ehkäistä.

Mikä selittää tällaista epäedullista kehitystä? Mackenbach kertoi, että yksi selitys on väestön nopea sosiaalinen liikkuvuus ja kouluttautuminen. Koulutuksen saaneita on huomattavasti aiempaa pienempi ja ehkä aiempaa enemmän terveyden mukaan valikoituneempi joukko. Koulutuksen lisääminen näyttää vaikuttavan terveyteen myönteisesti, sillä koulutettujen määrän kasvusta huolimatta kuolleisuus vähenee aiempien vuosien trendien mukaisesti.

Toinen selitys on tupakka ja alkoholi, joiden käytössä on suuret väestöryhmittäiset erot Pohjoismaissa. Myös tupakoin-

tiin ja alkoholin käyttöön liittyvän kuolleisuuserot ovat suuria ja kasvavia. Eurooppalaisen aineiston mukaan noin 20 prosenttia miesten väestöryhmien välisistä kuolleisuuseroista selittyy tupakoinnilla. Naisilla osuus on alle viisi prosenttia, mutta sekin tilastollisesti merkittävä.

Miksi sitten lyhyen koulutuksen saaneiden tanskalaisnaisten tupakkakuolleisuus ja lyhyen koulutuksen saaneiden suomalaismiesten alkoholikuolleisuus on samalla tasolla kuin Keski- ja Itä-Euroopassa? Tähän vaikuttavat taloudelliset, kulttuurilliset ja poliittiset tekijät. Maan vaurastuessa terveyserot vähenevät, mutta väestöryhmien välisten talous- ja toimeentuloerojen kasvaessa myös terveyserot kasvavat. Mackenbachin mukaan paradoksi on myös, että kulttuuriin modernisaatio kohti rationaalis-seculaarista yhteiskuntaa ja demokratian vahvistuminen näyttää lisäävän terveyseroja. Myös palvelusektorin laajeneminen kasvattaa terveyseroja. Sen sijaan terveyseroihin ei vaikuta naisten työssäkäynti, terveysmenojen taso, sosiaaliturvan laajuus tai hallituksen kokoonpano. Pitkilläkään vasemmistohallitusten kausilla eivät terveyserot ole merkittävästi vähentyneet eri Euroopan maissa.

Luennon jälkeen kunkin Pohjoismaan tieteellisten seurojen valitsemat edustajat kuvasivat maansa tilannetta kansanterveyden suhteen. Ehkä terveyserojakin enemmän ainakin meitä suomalaisia kiinnosti sote-uudistuksen tunnelmissa sosiaali- ja terveysjärjestelmien toiminta Pohjoismaissa. Suomea edusti THL:stä eläkkeelle siirtynyt tutkimusprofessori Elina Hemminki. Hän vakuutti, että Pohjoismainen malli elää Suomessa yhä, mutta sitä haastetaan eri puolilta. Kansainvälisesti globalisaatio, ilmastonmuutos, ympäristöuhat sekä sodat ja väkivalta ovat suurimmat kansanterveyttä uhkaavat tekijät. Eniten kuitenkin voidaan vaikuttaa oman maamme ratkaisuihin.

Kotimainen politiikka on ollut kansanterveyden suhteen ristiriitaista. Ympäristön suojelua edistetään, mutta harvoin kansanterveyden vuoksi. Ja välillä edistäminen on sananhelminä: esimerkiksi kaivostoimintaa laajennetaan ja puun polttoa lisätään. Maatalouspolitiikka on talouselämä- ja kuluttajavetoista, johon kansanterveys ei ole vaikuttanut kuin välillisesti. Verotuksen käyttö kansanterveyden edistämässä on ristiriitaista: tupakkaveroa korotetaan, mutta alkoholin saatavuutta lisätään ja makeisvero poistettiin kokonaan. Terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksessa tärkeä tavoite on ollut palvelujen integrointi ja kustannusten vähentäminen, mutta ainakin toistaiseksi muutosehdotukset näyttävät kansalaisille yksityistämisenä ja palveluiden keskittämisenä. Uuden järjestelmän myötä myös terveysuhkiin varautuminen ja palveluiden

priorisointi voi hankaloitua. Samaan aikaan yliopistojen ja tutkimuslaitosten tutkimusrahoitusta on vähennetty, ja leikkaukset ovat ankarasti koettelleet myös kansanterveyden tutkimusta.

Sosiologian professori ja Scandinavian Journal of Public Healthin päätoimittaja Terje Eikemo Norjan teknis-luonnontieteellisestä yliopistosta (NTNU) jatkoi paljolti Mackenbachin esityksen linjoilla tarkastellen väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tupakoinnin vähentäminen on tehokkain tapa vähentää terveyseroja, erityisesti miehillä. Myös ylipainon vähentäminen on tehokas keino, naisilla jopa yhtä tehokas kuin tupakoinnin vähentäminen. Sen sijaan liikkumattomuuden vähentäminen ei vaikuta terveyseroihin paljokaan, vaikka se muuten terveyttä edistääkin. Mielenkiintoinen oli havainto, jonka mukaan Pohjoismaissa koulutuksen mukaisia terveyseroja ei ole terveillä, toisin sanoen niillä, joilla ei ole pitkäaikaisia sairauksia. Sairauksien myötä myös terveyserot kasvavat nopeasti. Eri aineistojen analysoimisessa on tärkeää huomioida samanaikaisesti eri tekijät: elinolot, työolot ja terveyskäyttäytyminen.

Islannin kansanterveystyöntekijöiden yhdistyksen puheenjohtaja Sigríður Kristín Hrafnkeldóttir, joka kertoi kovia kokeneen maansa kansanterveysongelmista: ympäristö- ja talousongelmat, verotuksen epäoikeudenmukainen kohtaanto ja ikääntyvä väestö. Islannin hallitus hyväksyi erillisen kansanterveyden ja mielenterveyden politiikkaa koskevan ohjelman ja sitä tukevan toiminta-

ohjelman vuonna 2016. Kehitystä seurataan tarkasti erillisin hyvinvointimittarein, mm. erillisellä hyvinvointivahdilla. Terveyssektorilla korostetaan erityisesti perusterveydenhuoltoa. Muilla sektoreilla on investoitu erityisesti terveystiedon opetukseen ja liikunnan edistämiseen. Tulokset ovat vakuuttavia. Esimerkiksi 15–16-vuotiaiden terveyskäyttäytyminen on parantunut dramaattisesti: Kaksi vuosikymmentä sitten 42 prosenttia yläasteikäisistä oli ollut vähintään kerran humalassa kuukauden sisällä, 23 prosenttia tupakoi ja 17 prosenttia oli kokeillut kannabista. Näistä Euroopan korkeimmista luvuista on päästy maanosan matalimpiin lukuihin, kun vuoden 2017 osuudet olivat 5, 2 ja 6 prosenttia. Kansanterveystutkimuksen osalta Sigríður Kristín nosti esille suuren naisten kokemaa väkivaltaa koskevan tutkimuksen ja opettajien tekemän terveyden edistämisen arviointitutkimuksen. Islannissa tehdäänkin arvokasta kohorttityötä, mutta 300 000 asukkaan maassa tapausmäärät jäävät pieniksi jopa kokonaistutkimuksissa.

Tutkijatohtori, Tanskan kansanterveysyhdistyksen puheenjohtaja Maja Bertram Etelä-Tanskan yliopistosta kysyi esityksessään, onko Tanskan kansanterveysjärjestelmä totta vai tarua. Tanskassa tehtiin suuri alue- ja terveydenhuollon uudistus kymmenen vuotta sitten. Alueiden määrä vähennettiin viiteen ja kuntien määrä alle sadan. Alueet ja kunnat sopivat palveluiden tarjoamisesta, kun taas valtio vastaa terveydenhuollon ohjaamisesta. Järjestelmän toimivuutta haastavat ikääntyvä väestö, kansantautien

yleistyminen, kuluttajien kasvat-
vat oletukset ja vaatimukset
terveyspalveluiden saamiseksi,
resurssien rajallisuus, eri tason
yhteistyön hankaluudet ja pite-
nevät matkat sairaalaan (vaikka
Tanska onkin kooltaan varsin
pieni maa).

Tanskan järjestelmä on edel-
leenkin sairaalakeskeinen, vaika
niin kuntia kuin alueita kan-
nustetaan terveyden edistämise-
seen ja sairauksien ehkäisemise-
seen. Eri tasojen yhteistyön pitäisi
kattaa muutakin kuin palvelut.
Kansalaisyhteiskunnalla pitäisi olla
entistä tärkeä rooli. Tanskan kansanterveysyhdistys
onkin alkanut julkaista kansanterveysbarometreja, mm. tupakoinnin vähentämiskeinoista.

Ruotsia edusti sosiaalilääketieteen professori Bo Burström
Karoliinisesta instituutista. Vaikka
perusterveydenhuolto on terveydenhuollon kulmakivi, on
Ruotsinkin kehitys painottunut erikoissairaanhoidon. Viimeisimmän terveysreformin oli tarkoitus vahvistaa perusterveydenhuoltoa helpottamalla palveluiden pääsyä, parantaa järjestelmän tehokkuutta ja lisätä va-

linnanvapautta. Järjestelmässä
raha seuraa potilasta – maakäräjät maksavat viulut. Tämän myötä kukaan ei vastaa väestön terveydestä, sillä väestövastuuta ei ole: resurssien jako ei enää perustu tarpeeseen ja monisairaiden hoito on sirpaloitunut. Käytännössä hoitopaikan valintaa rajoittavat niin maantieteelliset seikat kuin vähäiset mahdollisuudet vertailla palveluntuottajia keskenään. Perusterveydenhuollon käyntien määrä on kasvanut, mutta eniten niillä, jolla terveystarpeita on vähiten. Hoidon laatua ei arvioida järjestelmällisesti muuta kuin erikoissairaanhoidossa. Boström antoi synkän kuvan valinnanvapauden toimivuudesta terveydenhuollossa.

Esitysten jälkeen kaikki esitelmöijät osallistuivat vilkkaaseen paneelikeskusteluun. Erityisesti terveysreformit ja niiden vaikutukset puhuttivat yleisöä. Terveyden edistäminen on tärkeä osa kaikkien maiden terveyspolitiikkaa, mutta tuloksia on vähän – Islantia lukuun ottamatta. Yleisöstä kysyttiin suoraan, onko pohjoismaiden mal-

lin toimintamalli vanhentunut. Elina Hemminki vastasi tähän, ettei malli oli vanhentunut, mutta kieli on. Nykykielellä olisi puhuttava tarpeeseen perustuvasta resurssinjaosta, jotta poliitikot asian ymmärtäisivät.

Seminaaria pidettiin erittäin onnistuneena. Järjestelijät toivoivat, että pohjoismaiset sosiaalilääketieteelliset ja kansanterveystieteelliset yhdistykset valmistelisivat pohjoismaista mallia ja terveyden tasa-arvoa koskevan politiikkapaperin yhdistysten ja niiden jäsenten tarpeisiin. Toivottavasti pohjoismainen yhteistyö alkaa uudestaan kukoistaa, nyt kun EU-yhteistyössä on ongelmia ja WHO kärsii ainaisesta rahapulasta.

MIKA GISSLER
*Tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Karoliininen instituutti
Turun yliopisto*

OSSI RAHKONEN
*Professori
Helsingin yliopisto*