

Tutkimustieto terveyden edistämisen tukena

Meillä vallitsee laaja yhteisymmärrys siitä, että poliittisten päätösten tulisi perustua nykyistä vahvemmin tutkimustietoon. Tätä mieltä ovat poliittiset päättäjät (1), kansalaiset (2) sekä oletettavasti myös asiantuntijat ja virkamiehet. Terveyspolitiikassa yhteinen näkemys on ehkä erityisen selkeä, sillä terveystieteeseen vaikuttaa luonnontieteille ja lääketieteelle tyypillinen positivismi. Toisaalta terveyden edistäminen osana terveystieteeseen, yhteiskuntatieteisiin ja käyttäytymistieteisiin. Tämä tekee terveyden edistämistä paikoin jännitteisen kentän, jolla kiistellään siitä, mikä tutkimustieto riittää näytöksi.

Käytännössä yhteinen tahtotila ei toteudu toivotusti, ja tähän vaikuttavat monet tekijät. Tutkimustietoa ei aina ole saatavilla ajankohtaisten poliittisten tavoitteiden tueksi. Tiedon puute on harvoin täydellistä. Sen sijaan on varsin tavallista, että aiheen ympäriltä löytyy paljon tietoa, mutta se ei vastaa täsmällisesti ratkaistavaan kysymykseen. Toisinaan poliittisen päätöksen kohteeksi voi ajankohtaistua ilmiö tai ongelma, joka on yllättävä ja vaatii nopeita ratkaisuja, mutta tutkittua tietoa ei todella ole saatavilla. Usein onkin realistista puhua *evidence-informed* päätöksenteosta *evidence-based* päätöksenteon sijaan.

Joskus tutkimustieto sivuutetaan, koska se ei ole sopusoinnussa muiden poliittisten tavoitteiden kanssa tai se ei vastaa päättäjien ja väestön arvoja. Terveyden edistämisen kohdalla ei ole tavatonta, että vastakkain ovat tutkimustieto ja taloudelliset realiteetit. Valitettavasti taloudelliset laskelmat laaditaan usein kapeahkosta perspektiivistä, johon ei osata sisällyttää yhteiskunnallisia kokonaiskuluja tai -hyötyjä.

MINKÄLAISTA TUTKIMUSTIETOA HYÖDYNNETÄÄN?

Poliittisten päätösten tueksi tarvitaan yleensä käytännönläheistä tietoa. Useimmat päättäjät tarvit-

sevat tiedon tiiviissä ja helppolukuisessa muodossa. Tämä johtuu yksinkertaisesti siitä, että poliittiset päättäjät joutuvat ottamaan kantaa suureen joukkoon asioita nopeassa aikataulussa. Pitkät muistiot jäävät lukematta aikapulan vuoksi. Monipolvinen argumentaatioketju ei hahmotu pikaluvulla, vaan saattaa antaa jopa vaikutelman, että fokus puuttuu. Paras muoto on väljästi kirjoitettu A4-sivu, jossa kerrotaan yksinkertaisilla lauserakenteilla ongelma, ratkaisuehdotus ja perustelut. Tarkempi tausta voi jäädä sivun alareunaan tai liitteeksi.

Tutkimustiedon tarjoilee päättäjälle yleensä avustaja tai virkamies. Sosiaali- ja terveysalan virkamiehet ovat yleensä taustaltaan asiantuntijoita, ja monet heistä ovat suorittaneet tohtorintutkinnon. Lähtökohtaisesti voidaan siis olettaa, että virkamiehillä on hyvät valmiudet käsitellä tieteellistä tietoa ja koota se päätöksenteon tueksi soveltuvaan muotoon. Käytännössä asiaa monimutkaistaa myös virkamiesten kiireinen työtahti ja usein lyhyellä varoitusajalla tulevat nopeat toimeksiannot. Niinpä tutkijoihin kohdistuvat vaatimukset ovat kovat.

Tutkimustietoa hyödynnetään poliittisten päätösten tukena sitä todennäköisemmin, mitä lyhyemmässä ja selkeämmässä muodossa tutkimus on julkaistu. Varsin usein määrällinen ja numeerinen tieto osoittautuu päättäjälle kiinnostavammaksi kuin laadullinen tieto. Päätöksenteossa vallitsee eräänlainen numeromagia. Tutkimustieto tuntuu enemmän todelta, kun se voidaan esittää lukuina tai diagrammeina. Tieto on erityisen arvokasta päätöksenteossa, jos se voidaan kytkeä taloutta kuvaaviin lukuihin. Laadullisen tiedon saattaa korvata kansalaismielipide, lobbarin argumentit tai mediassa esitetyt, välillä kärjistetyt näkemykset.

Laadullinen tutkimus on usein luonteeltaan deskriptiivistä ja problematisoivaa. Sen käyttöä

päätöksenteon tukena edistäisi tutkijoiden roikeus vetää johtopäätöksiä ja yhdistää tutkimustuloksia yhteiskunnallisiin ratkaisuihin. Tosin myös määrällinen tieto jää valitettavan usein etenkin lääketieteessä kunnianhimottomalle, havaintoja raportoivalle tasolle. Lukijan ratkaistavaksi jää, miten tietoa voidaan hyödyntää päätöksenteossa.

Harvoin keskusteluun noussut, mutta todennäköisesti monia tutkijoita askarruttava kysymys on se, kuinka päätöksenteossa voidaan hyödyntää tieteellistä teoreettista keskustelua ja teoreettiseen tarkasteluun kytkettyjä tutkimustuloksia. Yhteydet ovat usein löydettävissä, mutta ne saattavat vaatia syvällistä perehtymistä tulosten taustalla olevaan teoreettiseen keskusteluun. Vähintäänkin yhteyksien oivaltaminen vaatisi rauhallista aikaa lukea tutkimusta hitaasti pohdiskellen. Tällaisen tutkimustiedon hyödyntämistä päätöksenteossa edesauttaisi, jos tutkija pyrkisi eksplisiittisesti avaamaan teorian yhteyttä käytäntöön ja kiteyttäisi tuloksia kohtalaisen kansantajuiseen muotoon.

Yksittäiset tutkimukset muuttavat harvoin politiikan suuntaa. Yleensä tarvitaan kumuloituvaa tietoa. Tosin poikkeuksiakin löytyy. Esimerkiksi Liisa Heinämäen vuonna 2012 julkaistu väitöskirja *Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000 -luvulla* (3) aiheutti valtionhallinnon sisällä kohtalaisen itsekriittistä ohjelmatyön tarkastelua ja saattoi olla osaltaan vaikuttamassa valtioneuvoston edelleen jatkuvaan ohjelmaviidakon selkeyttämiseen. Tutkimuksen käytännön painoarvoa saattoi lisätä se, että Liisa Heinämäki siirtyi pian väitöstutkimuksen valmistumisen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriöön virkamieheksi.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN HAASTEITA

Terveyden edistämisen kentällä tutkimustiedon käyttö päätöksenteon tukena sisältää erityisiä haasteita. Ensimmäinen liittyy terveyden edistämisen käsitteeseen. Asiantuntijat ja virkamiehetkin sekoittavat usein terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja varhaiset interventiot toisiinsa, joten ei ole yllättävää, että poliittisille päättäjille ja maallikoille terveyden edistäminen on erityisen vaikea käsite. Usein ratkaisuja etsitään edelleen hoitoon pääsyn nopeuttamisesta ja hoidon laadun parantamisesta, vaikka tutkimus-

tietoa olisi tarjolla aidosti edistävän työn tueksi. Palvelut ovat kerrassaan konkreettisempia hahmottaa ja ymmärtää kuin terveyttä määrittävät sosiaaliset taustatekijät.

Terveyden edistämistä koskevassa päätöksenteossa on haasteena myös tiedon puute. Usein terveyttä mitataan sairauksilla tai terveysongelmilla. Erityisen ilmeistä tämä on mielenterveyden kohdalla. Väestötason tietoa mielenterveyden myönteisistä ulottuvuuksista on tarjolla valitettavan niukasti. Kun kuvataan mielenterveyttä väestötasolla, yhtä mielenterveyttä mittaavaa indikaattoria kohden löytyy helposti kymmeniä heikentynyttä mielenterveyttä kuvaavia indikaattoreita. Tämä heijastuu tutkimukseen, mutta myös päätöksentekoon ja politiikkatoimien seurantaan. Tutkijoiden saatavilla ei ole helppoja terveyslähetoisia tutkimusaineistoja eikä monipuolisia vaikiintuneita mittareita.

Terveyden edistämisessä yksi keskeinen terveyspoliittinen tavoite on vaikutusten ennakoarviointi. Tämä tarkoittaa sitä, että yhteiskunnallisten päätösten ja lainsäädännön terveyteen tai laajemmin ihmisiin kohdistuvat vaikutukset tulisi arvioida osana päätöksentekoa (4). Säädosvalmistelussa on tapahtunut myönteistä kehitystä tällä saralla, vaikka tavoitteisiin on vielä paljon matkaa (5). Vaikutusten arviointi vaatii tutkimustietoa tuekseen. Koska läheskään aina tutkimustieto ei vastaa suoraan lainsäädännöllä tai muilla päätöksillä ratkaistaviin kysymyksiin, tarvitaan rohkeutta yhdistellä tietoa, päätellä ja ennakoita. Usein tämä jää yksittäisen lainvalmistelijan tai virkamiehen vastuulle, vaikka tueksi tarvittaisiin tutkijoiden kykyä tukea päätöksentekoa.

ESIMERKINÄ TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISEN KÄRKIHANKE

Juha Sipilän hallitus toteutti joukon kärkihankkeita, joista yksi kohdistui terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen. Kärkihankkeen tavoitteena oli levittää joukko näyttöön perustuvia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hyviä käytäntöjä tai toimintamalleja laajasti koko maahan. EU:n kontekstissa kärkihanketta voi pitää jopa edelläkävijänä, sillä kärkihankkeen valmistelun ollessa pitkällä komission terveyspääosasto alkoi suunnata EU:n kolmannen terveysohjelman työtä samaan suun-

taan eli tavoitteeksi nousi levittää ohjelmatyössä identifoidut käytännöt jäsenmailhin.

Kärkihankkeen valmistelu ja toteuttaminen havainnollistavat tutkimustiedon hyödyntämisen vaikeutta päätöksenteossa. On tavallista, että hallitus haluaa päästä toimeenpanemaan hallitusohjelmaansa nopeasti ohjelman valmistumisen jälkeen. Tämä on ymmärrettävää, sillä hallituskausi on verrattain lyhyt konkreettisten tulosten aikaansaamiseksi.

Kun tavoitteena on levittää rajallinen joukko hyviä käytäntöjä koko maan käyttöön rajallisella määrällä resursseja, olisi ihanteellista tutkimustiedon käyttöä se, että analysoitaisiin huolellisesti, mitkä ovat polttavimmat terveyden edistämisen haasteet kansanterveyden näkökulmasta. Samoin tulisi analysoida, mitkä ovat tutkitusti parhaat käytännöt, jotka tulisi ottaa käyttöön haasteisiin vastaamiseksi. Parhaan mahdollisen hyödyn saamiseksi, tulisi yhdistää mahdollisimman vaikuttava käytäntö mahdollisimman polttavaan haasteeseen.

Käytännössä virkamiesten resurssit ja asiantuntemus eivät useinkaan riitä huolellisen analyysin tekemiseen, vaan tähän tarvittaisiin tutkijoiden osaamista. Lisäksi törmätään politiikan tekemiselle tyypilliseen arvottamisen ongelmaan. Kun rajallisilla resursseilla ei voida vastata kaikkiin terveyden edistämisen haasteisiin, tulisi tutkimustiedon avulla identifoida ne, joiden vaikutus kansanterveyteen on suurin. Ei ole kuitenkaan yksiselitteistä, miten vaikutusta mitataan. Esimerkiksi väestön fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen tuottaisi merkittäviä kansanterveydellisiä vaikutuksia isolle osalle väestöstä ja säästäisi rahaa terveystalouksissa. Itsemurhat puolestaan koskettavat pienempää osaa väestöstä, mutta itsemurhan tragedia on peruuttamaton ja satuttaa syvästi myös läheisiä. On mahdotonta löytää tutkimustietoa, joka auttaisi yhteismitalistamaan nämä kaksi ilmiötä. Tarvitaan vääjäämättä poliittisia arvovalintoja siitä, mihin rajalliset resurssit kohdennetaan.

Toinen merkittävä haaste kärkihankevalmistelun kaltaisessa työssä on tutkimustiedon saatavuus. Puhumme mielellämme näyttöön perustuvista käytännöistä tai toimintamalleista. Syvälisemmässä tarkastelussa vain harvojen käytäntöjen tueksi on kotimaista tai kansainvälistä tutkimustietoa siitä, että käytännöt vaikuttavat ihmisten terveyteen tai edes terveyttä määrittä-

viin tekijöihin, kuten fyysiseen aktiivisuuteen, ravitsemukseen tai mielenterveystaitoihin. Valittavan usein saatavilla olevaa tietoa voi luonnehtia pikemminkin arviointitiedoksi kuin tutkimustiedoksi, ja sen kohteena on ammattilaisten tai asiakkaiden kokemus menetelmästä tai toimintamallista. Käytännössä päätökset joudutaan perustamaan tutkimustiedon pohjalta johdetuille oletuksille vaikutusketjuista.

Jotta hyvät käytännöt tai toimintamallit pohjautuisivat aidosti tutkimusnäyttöön, tarvittaisiin tiivistä yhteistyötä päättäjien, virkamiesten, tutkijoiden ja kehittäjien kesken. Strategisen tutkimuksen rahasto on ollut yritys edistää tätä yhteistyötä. Sosiaali- ja terveystalouksella se on myös tuottanut tarkoitusta vastaavia tutkimushankkeita, joiden tuloksista ainakin osa voi aidosti tukea päätöksentekoa. PROMEQ- ja StopDia-hankkeet ovat tästä hyviä esimerkkejä. Virkamiehet ovat seuranneet niiden etenemistä ja tulosten valmistumista mielenkiinnolla. Käytännössä on kuitenkin mahdotonta tutkia kaikkea terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintaa yhtä huolellisesti kuin näissä hankkeissa. Päättöksiä on tehtävä jatkossakin *evidence-informed* pohjalta

MIELENTERVEYSPOLITIikka ON TALOUSPOLITIikkaa

Toisen kiinnostavan esimerkin tiedon, tutkimustiedon ja politiikan suhteista muodostaa hyvinvointitalouskeskustelu ja tarkemmin mielenterveyspolitiikan kytkeminen osaksi hyvinvointitaloutta. Suomessa ja monissa muissakin maissa on jo ainakin vuosikymmenen verran käyty keskustelua hyvinvointitaloudesta. Käsite ei ole vakiintunut, ja sen sisältö vaihtelee.

Suomessa SOSTE ry on hakenut hyvinvointitalouskäsitteellä laajempaa yhteiskuntapoliittista paradigman muutosta, jossa hyvinvointi ja terveys eivät toimisi talouspolitiikan ajureina, vaan asetelma kääntyisi päinvastoin (6). Kun sosiaali- ja terveystalouksella valitsi parhaillaan menossa olevalle Suomen kolmannelle EU-puheenjohtajakaudelle teemakseen hyvinvointitalouden, virkamiehet luonnostelivat hyvinvointitalouden sisällön SOSTEa varovaisemmin horisontaaliseksi lähestymistavaksi, joka

- 1) lisää ymmärrystämme siitä, kuinka hyvinvointi parantaa tuottavuutta, edistää taloudellista kasvua ja vähentää julkisia kustannuksia pitkällä aikavälillä,

- 2) painottaa, kuinka tärkeää on arvioida eri politiikkatoimien vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin, sekä
- 3) pyrkii ymmärtämään, kuinka hyvinvointisektori voi hyötyä muista talouden sektoreista ja tuottaa niille lisäarvoa.

Hyvinvointitalous käsitteenä on lyönyt Suomessa läpi ainakin siinä määrin, että se mainitaan myös uudessa hallitusohjelmassa (7). On kiinnostavaa nähdä, kuinka uusi hallitus toteuttaa hyvinvointitaloutta yhtenä työskentelyään kantavana periaatteena.

Heikentyneen mielenterveyden kansantaloudelliset vaikutukset ovat nousseet voimakkaasti suomalaisen keskusteluun etenkin viimeisen vuoden aikana. OECD:n tutkijat arvioivat vuoden 2018 lopulla, että heikentynyt mielenterveys maksaa Suomelle vuositasolla 11 miljardia euroa (8). Keväällä 2019 median otsikoissa näkyi mielenterveydenhäiriöistä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspäivien lisääntyminen sekä erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten uupuminen. Tilastotieto ja tutkimustieto kertovat vastaansanomattomasti, että mielenterveyden häiriöt ja heikentynyt mielenterveys ovat muodostuneet yhdeksi merkittävimmistä kansanterveyskysymyksistä, jolla on mittavat kansantaloudelliset vaikutukset. Samaan aikaan kansainvälinen tutkimustieto mielenterveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta alkaa olla jo selkeää (9).

Tietopohja tukee vahvasti näkemystä siitä, että mielenterveyden edistäminen asettuu luontevasti osaksi hyvinvointitalouden kehikkoa. Hallitusohjelman perusteella voidaan tulkita, että uusi hallitus on myös tunnistanut mielenterveyden kasvaneen merkityksen suomalaisessa yhteiskunnassa ja mielenterveyden kytkennät useisiin politiikkasektoreihin. Uudessa hallitusohjelmassa mielenterveys nimittäin mainitaan terveyssektorin ohella useiden muiden politiikkasektoreiden yhteydessä (7).

Kuitenkin esimerkiksi työllisyyspolitiikan kontekstissa mielenterveys kapeutuu osatyökykyisten ja erityistä tukea tarvitsevien asiaksi ja sitä kautta paremmaksi palveluihin pääsyksi (7). Mielenterveyden edistäminen unohtuu työllisyyspolitiikassa, vaikka tutkimustiedon valossa työelämän mielenterveyskysymykset koskettavat laajaa työssä käyvien joukkoa, jonka mielen-

terveyden edistämiseksi ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi olisi tarjolla konkreettisia toimia. Syystä tai toisesta tämä tutkimustieto ei tavoita tai vakuuta poliitikkoja. Kansalaisjärjestöjen väite, että mielenterveyspolitiikka on talouspolitiikkaa ja työllisyyspolitiikkaa ei ole vielä saavuttanut toivottua vastakaikua.

Suomen kolmannen EU-puheenjohtajakauden valmistelussa pyrittiin tuomaan esiin hyvän mielenterveyden myönteisiä vaikutuksia talouteen ja työelämään. Argumentit lähtivät siitä, että yhä useampi meistä tekee työtä, jossa mielenterveys on keskeinen voimavara. Mielenterveys vaikuttaa esimerkiksi keskittymiskykyyn, kognitiiviseen toimintaan, luovaan ajatteluun ja vuorovaikutuksemme toisten ihmisten kanssa. Moni meistä tunnistaa varmasti tarvitsevansa näitä päivittäisessä työssään. Myös tutkimustietoa löytyy argumenttien tueksi, ja uudenlainen avaus mielenterveyteen herätti monissa asiantuntijoissa mielenkiintoa. Poliittinen mielenkiinto ei ainaakaan toistaiseksi ole ollut niin suurta, että mielenterveyden edistäminen työpaikoilla nousisi yhtä kiinnostavaksi poliittisen keskustelun aiheeksi kuin mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantaminen.

LOPUKSI

Kun puhutaan tutkimustiedon käytöstä terveyspolitiikan tukena, tarkoitetaan usein tutkimusta, joka tuottaa tietoa poliittisten päätösten sisällön tueksi tai arvioi jälkikäteen päätösten vaikutuksia. Virkamiestyön kehittämisen kannalta erityisen antoisia ovat kuitenkin tutkimukset, jotka tarkastelevat terveyspoliittisen päätöksenteon prosesseja, kuten strategisten tavoitteiden muuntumista käytännön politiikkatoimiksi. Erityisen arvokkaita ovat tutkimukset, jotka paikantavat prosessien heikkouksia. Ne ovat usein kriittisempiä kuin politiikkaohjelmien ulkoiset arvioinnit, ja tarjoavat siten mahdollisuuden hedelmälliseen itsereflektioon.

Historiaan luotaavat, pitkän aikavälin terveyspoliittisia painopisteitä tarkastelevat tutkimukset tarjoavat niin ikään hyödyllistä reflektiopintaa nykypäivän terveyspolitiikkaan. Samalla ne antavat perspektiiviä politiikan erääseen perushaasteeseen: terveyspoliittiset ongelmat säilyvät pitkälti ennallaan ja tutkimustieto päivittyy hitaasti, mutta jokaiselle hallituskaudelle pitäisi tuottaa uusia ja raikkaita politiikkatoimia.

LÄHTEET

- (1) Raivio K. Näyttöön perustuva päätöksenteko – suomalainen neuvonantojärjestelmä. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 3/2014
- (2) Tieteen tiedotus ry. Tiedebarometri 2016. Tutkimus suomalaisten suhtautumisesta tieteeseen ja tieteellis-tekniseen kehitykseen. <tieteentiedotus.fi/files/Tiedebarometri_2016.pdf>
- (3) Heinämäki L. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Tutkimus 75/2012.
- (4) Sosiaali- ja terveysministeriö. Säädösvaikutusten arviointi ihmisiin kohdistuvien vaikutusten näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2/2016.
- (5) Rantala K, Alasuutari N, Järvikangas I, ym. Ihmisvaikutusten arviointi hallituksen esityksissä: luokittelusta laatuun ja sen puutteisiin. Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti: Tutkimuksia 5/2019.
- (6) Särkelä R, Siltaniemi A, Rouvinen-Wilenius P, ym (toim.). Hyvinvointitalous. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry 2014.
- (7) Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 3.6.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Helsinki 2019.
- (8) OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2018.
- (9) McDavid D, Park A, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. Annual Review of Public Health 2019;40:373-389. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-013629.

Kirjoittaja on työskennellyt sosiaali- ja terveysministeriössä neuvottelevana virkamiehenä vuosina 2014–2019.

MERI LARIVAARA

LT, FM, terveydenhuollon erikoislääkäri

johtava asiantuntija

MIELI Suomen Mielenterveys ry