

Terveysvaikutusten arviointi: hyviä esimerkkejä, mutta ei systemaattista käyttöä eikä eriarvoisuuden arviointia

TAPANI MELKAS

Tämä puheenvuoro perustuu sosiaali- ja terveysministeriön järjestämässä seminaarissa ”Kasvaako eriarvoisuus? Tulevaisuuden hyvinvointia tekemässä” 25.3. 2013 pitämään esitykseen. Siinä kuvataan terveysvaikutusten arviointia (TVA), sen käyttöä Suomessa sekä miten terveyden eriarvoisuus näkyy arvioinnissa. TVA on tärkeä työkalu arvioitaessa eri politiikkalohkoilla toteutettavien toimien vaikutuksia (Kemm 2006). Se liittyy Terveys kaikissa politiikoissa –strategiaan, jota on kehitetty ja toteutettu Suomen terveyspolitiikassa, osin yhteistyössä WHO:n ja EU:n kanssa (Melkas 2013).

MITÄ TVA ON

TVA on suunnittelun ja päätöksenteon apuna käytettävä työväline, jossa eri vaihtoehtojen vaikutukset terveyteen arvioidaan ennakkoon. Siinä arvioidaan kielteiset ja myönteiset vaikutukset kohdeväestöön. Tärkeätä on arvioida vaikutusten kohdentuminen paitsi koko väestöön myös eri väestöryhmiin – miten ne kohdentuvat esimerkiksi lapsiin ja vanhuksiin, lisäävätkö vai vähentävätkö ne mahdollisesti sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja.

Toimet välittyvät ihmisten terveyteen terveyden määrittäjien eli determinanttien välityksellä. Erotetaan niin sanotut laajat determinantit, kuten koulutus ja sosiaalinen asema, ja kapea-alaisemmat riskitekijätyyppiset determinantit, kuten melu tai ravitsemus. Yksi tärkeä determinantti on terveydenhuoltojärjestelmä, johon kohdistuvat vaikutukset ovat osa TVA:a. Usein arvioinnissa jätetään determinanttitasolle. Voidaan esimerkiksi arvioida, miten eri liikenne ratkaisut vaikuttavat ihmisten arkiliikuntaan. Liikunnan lisääntymisen tiedetään edistävän terveyttä ja ehkäisevän monia sairauksia, mutta näiden vaikutusten yksityiskohtainen arviointi ei useinkaan ole välttämätöntä.

TVA:N PIIRTEITÄ

Koska TVA liittyy Terveys kaikissa politiikoissa –periaatteeseen, kuuluu se sovellettavaksi kaikilla hallinnonaloilla. Tämän mukaisesti EU:n komissio käynnisti TVA:n kehittämisen sen jälkeen, kun peruskirjaan tuli artikla, jonka mukaan yhteisön on kaikissa politiikoissaan otettava huomioon terveyden korkeatasoinen suojeleminen. Terveyssektorin omissa toimissa tuntuu itsestään selvältä, että arvioidaan vaikutukset terveyteen, joka nimenomaan on perimmäisenä tavoitteena. Käytännössä näin ei useinkaan ole, vaan monesti terveydenhuollon kehittämisessä on arvioitu vaikutuksia esimerkiksi talouteen, palvelukysynnän tyydyttämiseen tai henkilöstön asemaan, mutta vaikutus väestön ja eri väestöryhmien terveyteen on jätetty arvioimatta. Tämä tuskin on tukenut parhaan mahdollisen terveyshyödyn saavuttamista.

TVA toteutetaan usein osana muuta arviointia. Ympäristövaikutusten arviointi (YVA) tuli meillä lakisääteiseksi jo 1994, ja sen osana on arvioitu myös terveysvaikutukset. Lainsäädäntöhankkeiden yhteydessä niin Suomessa kuin EU:ssa toteutetaan integroitu arviointi, jossa on määrää arvioida kaikki relevantit vaikutukset, tarvittaessa myös terveysvaikutukset. Suomessa on yhdistetty sosiaalisten vaikutusten arviointi TVA:in, jolloin puhutaan ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnista (IVA).

TVA kuuluu kaikkien hallinnon tasojen käyttöön, kansallisen, alueellisen ja paikallisen sekä EU:ssa myös ylikansallisen. Osana YVA:a sitä sovelletaan eri kokoisten yritysten hankkeissa.

TVA:n tärkeä osa on osallistuminen. Niiden, joihin päätöksellä on vaikutusta, on päästävä vaikuttamaan arviointiin. Ihmisiä voidaan kuulla suoraan tai edustajien välityksellä. Tällöin mukaan tulevat arvot, joiden huomioon ottaminen tiedon rinnalla on keskeistä arvioinnissa. Päätök-

senteossa joudutaan usein punnitsemaan eri arvojen painotusta, esimerkiksi terveyden ja tasa-arvon itseisarvoa taloudellisiin arvoihin. (Kemmi 2007.)

MIKSI TVA

Olellaista on tehdä terveysvaikutukset näkyviksi ja ymmärrettäviksi, jolloin niitä on vaikea sivuuttaa. Tämä tukee laajaa arvopohjaa päätöksenteossa ja helpottaa kansalaisten osallistumista. Siten TVA liittyy avoimeen, demokraattiseen yhteiskuntaan.

Hyvä esimerkki TVA:n vaikutuksista on turvallisuusarvon vahvistuminen ja suurten terveyshyötyjen saaminen liikennepoliitikassa. 1970-luvulta lähtien tehtiin liikenneturvallisuustyön pohjaksi yksityiskohtainen TVA eri toimenpidevaihtoehdoista. Ehdolla olevien toimien terveyshyöty arvioitiin kuolemantapausten ja vammautumisten vähenemisenä. Terveysyöty suhteutettiin kustannuksiin. Sidosryhmät osallistuivat prosessiin liikenneturvallisuusasiain neuvottelukunnassa ja suunnitellut toimet tuotiin julkiseen keskusteluun. Kun terveyshyöty, ja myös sen hinta, tehtiin näkyväksi ja tuotiin julkiseen keskusteluun, saatiin terveyttä edistäviä päätöksiä. Niinpä liikenteessä kuolleiden vuosittainen määrä väheni neljässä vuosikymmenessä yli tuhannesta noin 250:een, vaikka liikenteen määrä samanaikaisesti moninkertaistui.

TVA:N SÄÄDÖSPOHJA

TVA:a käytettiin jo ennen kuin siihen velvoittavia säädöksiä oli olemassa, kuten esimerkiksi liikenneturvallisuudesta osoittaa. TVA tuli lainsäädäntöön ensin osana YVA-lakia ja muita ympäristölakeja. Nämä koskevat ennen muuta yksityisen sektorin toimijoita, mutta myös vastavia kuntien ja valtion hankkeita. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti YVA:n osana tehdyn TVA:n.

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki antoi kunnille yleisen veloitteen arvioida päätöksensä terveysvaikutukset. Tämän taustalla ovat perustuslaki ja kuntalaki. Perustuslakiin tuli vuoden 1999 uudistuksessa julkiselle vallalle, siis valtiolle ja kunnille, velvoite edistää väestön terveyttä. Kuntalaissa kunnan tehtäväksi nimetään väestön hyvinvointi. Nämä on tulkittu laajoiksi veloitteiksi, jotka velvoittavat julkista valtaa yli sektorirajojen.

Kansallisella tasolla lainsäädännön valmisteluun kuuluu integroitu vaikutusarviointi, jonka oikeusministeriö on ohjeistanut. Kuntaliitto on

antanut oman suosituksensa vaikutusten ennakkoarvioinnista kunnissa. Näissä terveysvaikutukset ovat yksi arvioinnin kohde.

KUKA TEKEE

TVA:n toteuttaminen kuuluu taholle, joka vastaa valmisteltavana olevasta päätöksestä. Päätöksentekijä voi tehdä arvioinnin itse tai hankkia sen ulkopuoliselta taholta. Terveyssektorin tehtäviin ei kuulu TVA:n suorittaminen muille hallinnonaloille, mutta se voi antaa asiantuntemustaan käyttöön ja tietysti erikseen sovittaessa toteuttaa TVA:n. Terveyssektorin tulee olla myös terveyden ”asianajaja”, vaikuttaa siihen, että arviointeja tehdään.

TVA ei välttämättä vaadi erikoistunutta henkilökuntaa. Esimerkiksi kunnissa riittää usein henkilö, joka kykenee tekemään kirjallisuuskatsauksen, osaa käyttää hyväkseen tilastoja ja muita tiedonlähteitä, osaa projektityöskentelyn, pystyy kommunikoimaan kansalaisten ja muiden tahojen kanssa. Tällaisia kyllä löytyy kunnan omasta organisaatiosta. Hyvää asiantuntijatukea saa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivuilta sekä Kuntaliiton oppaasta.

MITÄ SELVITYKSET JA ESIMERKIT KERTOVAT

Valtionhallinnossa on esimerkkejä hyvin suoritusta TVA:sta, mutta ei vielä systemaattista toteuttamista. Tupakan ja alkoholin kulutuksen hintajousto tunnetaan hyvin, ja näiden verotusta koskeviin päätöksiin on pitkään liittynyt kulutuksen kehitystä koskeva arviointi. Esimerkiksi vuoden 2004 alkoholiveron alennuksen vaikutus kulutukseen, alkoholikuolemiin ja suurkuluttajien määrään arvioitiin ennakkoon, ja myöhempi kehitys osoitti arviot hyvin osuviiksi (Herttua 2010). Tämä on myös esimerkki siitä, että arvojen punninnassa eivät aina terveysarvot voita. Alennus tehtiin taloudellisiin perusteisiin, vaikka TVA:n perusteella seurauksena tiedettiin olevan satoja ylimääräisiä kuolemia vuosittain ja suurkuluttajien suuresti kasvava määrä.

Väestöryhmittäisten erojen tarkastelua valtionhallinnon arvioinneissa ei juuri löydy. Edellä mainitussa alkoholiveron alennuksen arvioinnissa kuvattiin vaikutukset koko väestöön. Jälkikäteen voitiin havaita, että haitat kohdistuivat hyvin epätasaisesti eri sosiaaliryhmiin kasautuen huonossa asemassa oleviin. Siten päätös lisäsi voimakkaasti terveyden eriarvoisuutta.

Talouspoliittiset päätökset vaikuttavat eri väestöryhmien asemaan ja terveyteen. 1990-lu-

vun alkupuolella Suomessa omaksuttiin uusliberalistisesti painottunut talouspolitiikka. Sen yhtenä osana oli tuloerojen kasvattaminen, minkä uskottiin lisäävän talouden dynamiikkaa. Samalla kun tuloerot ovat kasvaneet, ovat myös tulo-ryhmien väliset terveyserot kasvaneet. Erityisesti pienituloisimman viidenneksen terveys on jäänyt jälkeen muun väestön terveydestä eikä elinajan odotteella mitattuna ole parissa vuosikymmenessä parantunut lainkaan (Tarkiainen ym 2011). Talouspoliittisiin päätöksiin ei ole liittynyt TVA:a, vaikka ne ilmeisesti vaikuttavat suuresti terveyteen ja sen jakaumaan eri väestöryhmissä.

Kunnista 25–30 prosenttia ilmoittaa Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen keräämien tietojen mukaan käyttäneensä TVA:a, joten lainsäädännön vaatimusten toteuttaminen on vasta alkamassa. Laitoksen keräämät esimerkit osoittavat, että eriarvoisuutta on arvioinneissa kuvattu erittäin harvoin. Niihin on kiinnitetty huomiota Etelä-Suomen aluehallintoviraston käynnissä olevassa ESTER -hankkeessa (Etelä-Suomen hyvinvointi- ja terveysten keräämistä hanke). Esimerkeistä näkee myös, että arviointeja on tehty lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta, vaikka arviointi on kehitetty työvälineeksi ensisijaisesti muita hallinnonaloja varten.

Myös EU:n lainsäädäntöhankkeiden integroidussa arvioinnissa TVA toteutuu riittämättömästi (Ståhl 2009).

HAASTEET

TVA on vakiintunut osana ympäristöministeriön hallinnonalan toimeenpanemaa YVA:a. Muuten lainsäädännön vaatimukset eivät täyty. Ei myös-

kään ole nähtävissä vahvaa systemaattista asian eteenpäin viemistä, vaan se tapahtuu projekteissa, jotka eivät päättyessään useinkaan johda pysyvään toimintaan. Kansallisen ”tukikeskuksen” voimavarat Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksessa ovat erittäin niukat.

Vaikutusten kohdentumista eri sosiaaliryhmiin ei ole juurikaan arvioitu, vaikka terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on viime vuosina kirjattu moniin asiakirjoihin hallitusohjelmista alkaen. Terveysten vähentäminen näyttää paljolti jääneen tyhjäksi fraasiksi, kun ei edes arvioida, mitä eri toimet voivat niihin vaikuttaa.

Muut hallinnon alat eivät koe TVA:a tehtäväkseen. Terveys kaikissa politiikoissa –strategia edellyttää periaatteellisen hyväksymisen lisäksi keskushallinnon vahvaa otetta niin valtiolla kuin kunnissakin, ja niin pääministerin kuin kunnanhallituksenkin aktivoituminen vaatimaan TVA:a eri sektoreilla on edellytys asian etenemiselle. Terveysten tehtävä on kiinnittää keskushallinnon huomiota tähän, ja se voi myös osoittaa tärkeimpiä kohteita.

TVA:a on toteutettu kapea-alaisissa, rajatuissa toimissa, mutta ei suurissa talouspoliittisissa päätöksissä. Tällöin todennäköisesti suurimmat terveyteen ja terveyden eriarvoisuuteen vaikuttavat toimet jäävät arvioimatta. Ensin mainituissa arviointi on helpompaa ja tulokset tarkempia ja yksiselitteisempiä. Laajasti väestöön ja sen eri ryhmiin vaikuttavien päätösten arvioinnin kehittäminen ja käyttöönotto on kiireellinen asia, jos todella halutaan vähentää terveyden eriarvoisuutta.

KIRJALLISUUS

Herttua K. The effects of the 2004 reduction in the price of alcohol and alcohol-related harm in Finland: a natural experiment based on register data. Finnish Yearbook of Population Research – URN:ISSN:1796-6191. University of Helsinki, Finland 2010.

Kemm J. Health impact assessment and Health in All Policies. Teoksessa Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo. K (toim.): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Kemm J. What is HIA and why might it be useful? Teoksessa Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. (toim.) The effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. World Health Organisation 2007.

Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. Scand J Public Health, 2013;41(Suppl 11):3–28.

Ståhl T. Is health recognised in the EU’s policy process? An analysis of the European Commission’s impact assessments. Eur J Public Health 2009– doi:10.1093/eurpub/cpk082

Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. J Epidemiol Community 2011;66(7):573–8.