

# Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka

Jäähyväisluento 24.10.2007

Arvoisat ministerit, kunnioitettu arkkiatri, arvoisat kansanedustajat, entiset ja nykyiset työtoverit, ystävät ja perheenjäsenet!

Jokaiseen meistä, jotka opiskelimme tai tutkimme kansanterveyttä, terveyspolitiikkaa tai terveydenhuoltoalaa 1970-luvun alkupuolella, on tehnyt lähtemättömän vaikutuksen ainakin kolmen brittiläisen professorin ja alan uranuurtajan teokset: Thomas McKeownin "The Role of Medicine" (1976), Archie Cochranen "Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services" (1972), ja Brian Abel-Smithin "Value for Money in Health Services" (1976).

Opimme McKeownilta, miten kansanterveys on historiallisesti määräytynyt taloudellisen sosiaalisten tekijöiden, ennen muuta elintason myötä parantuneen ravitsemuksen ja yleisen hygienian seurauksena, ja miten lääketieteen ja terveydenhuollon merkitys kuolleisuuden ja sairastavuuden vähentymisessä on ollut vähäinen tai lähes olematon. Hätkähdyttävä esimerkki, joka on varmasti syöpynt jokaisen kansanterveystieteilijän mieleen, on tuberkuloosikuolleisuus, joka väheni dramaattisesti 1800-luvulla ja 1900-luvun alkupuolella ennen kemoterapian kehittämistä.

McKeownin teesi on ollut niin vaikuttava, että nykypäivään asti on hokemana toistettu, että terveydenhuollolla ei ole juurikaan merkitystä kansanterveyteen, sillä se selittää esimerkiksi kuolleisuuden alenemisesta vain 10–15 prosenttia. Kun kysyy mistä luku on peräisin, kuulee sanottavan, että kaikkihan sen tietävät, johan McKeown sen 30 vuotta sitten todisti. En ole koskaan löytänyt McKeownilta tuota väitettä, mutta se elää sitkeänä myyttinä. Sen sijaan varmistin muistikuvani siitä, miten McKeown irvaili klinisen lääketieteen arvostettujen erikoisalojen kyvyttömyyttä tehdä muuta kuin antaa sairauksille diagnoosi, nimi tai leima. Esimerkkinä hän käytti neurologiaa, joka tunnisti lukemattomia oireyhtymiä ja vakaviakin sairauksia, mutta oli niiden edessä hoidollisesti täysin voimaton.

Archie Cochranelta opimme, että merkittävä osa terveydenhuollossa käytössä olevista menetelmistä on puutteellisesti tutkittuja tai kokonaan vailla tieteellistä perustaa. Hän osoitti esimerkkien valossa, miten terveydenhuollon voimavarojen järkevän ja eettisesti perustellun kohdentamisen kannalta tulisi vaatia menetelmien nojautumista tutkittuun tietoon. Sen ideaalimalli oli satunnaistettujen kokeiden (randomized controlled trial, RCT) tuottama tieto. Cochranen näkemyksillä oli paljon kaikupohjaa, ja niistä tuli myöhemmin kulmakivi sille, mitä kutsutaan tutkittuun tietoon tai näyttöön perustuvaksi kliiniseksi työksi (evidence-based medicine, EBM). Meillä Suomessa lähestymistapa tunnetaan esimerkiksi "Käypä hoito" -suositusten perustana.

Cochrane, omaperäinen walesiläinen, kertoo kirjan esipuheessa, miten ajatus vaikuttavuuden merkityksestä oli muhinut hieman epämääräisenä hänen mielessään jo kolme vuosikymmentä ennen kun hän sai sen puetuksi kirjansa teesien muotoon. 1930-luvun pulavuosina, jolloin terveysolot Britanniassa olivat ankeat, hän oli mukana kulkeessa, joka osoitti mieltään Kansallisen Terveyspalvelun (National Health Service, NHS) perustamisen puolesta ja vaati maksutonta sairaanhoitoa. Cochrane oli mukana, mutta hän teki oman kylttinsä, jossa luki: "All effective treatment must be free" ("Kaiken vaikuttavan hoidon on oltava maksutonta"). Olen vakaasti sitä mieltä, että teesi on edelleen tärkeä, ja palaan siihen myöhemmin.

Brian Abel-Smith, London School of Economics'in sosiaali- ja terveyspolitiikan professori, jalosti samansuuntaisia ajatuksia laajemmin terveyspolitiikkaan ja terveydenhuoltoon. Päähuomio oli siinä, miten terveydenhuollon toimintatapoja tulisi uudistaa järjestelmien kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi. Hän oli myös ensimmäisiä, jotka kiinnittivät huomiota teknologian hallittuun käyttöönottoon ja esimerkiksi

lääkkeiden epäjärkevään käyttöön ja suhteettoman nopeaan kustannuskehitykseen.

Lainaamistani oppi-isistä ensimmäisen, McKeownin, teesi oli siis, että kansanterveys määräytyy muualla kuin terveydenhuollossa. Kansanterveyden ja sen jakautumisen määrittäjät (determinantit) ovat sosiaalisia ja pääosin toimialan ulkopuolella. Cochranen ja Abel-Smithin teesit olivat, että terveydenhuolto voisi toimia tuloksellisemmin, jos se tarkistaisi toimintatapaan. Minun teesini tässä esityksessä on kaksijakoinen. Väitän, että McKeown oli aikanaan oikeassa, mutta että kolme vuosikymmentä myöhemmin hänen teesinsä on arvioitava uudelleen. Toisaalta väitän, että kolmen vuosikymmenen aikana on edetty huomattavasti askelin Cochranen ja Abel-Smithin viitoittamalla tiellä. Tarkastelen tässä esityksessä asioita pääosin Suomen näkökulmasta, kuitenkin tarvittaessa kansainvälisiä vertailuja käyttäen.

Suomen terveyspolitiikan lähihistorian ehkä kaikkein vaikutusvaltaisin asiakirja on ollut Talousneuvoston yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkivan jaoston terveyspolitiikkaa selvittäneen työryhmän raportti vuodelta 1971. Jaostoa johti Tapani Purola, suomalaisen terveydenhuoltotutkimuksen pioneeri. Purolasta tuli sittemmin sosiaali- ja terveysministeriön (STM) suunnittelupäällikkö ja myöhemmin Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan professori. Sihteerinä oli Kari Puro, sittemmin STM:n kansliapäällikkö ja alan avainvaikuttaja. Puron kirjoittaman ”Terveyspolitiikan perusteet” (1972) oppikirjan kautta ainakin yksi sukupolvi sosiaali- ja terveyspolitiikan opiskelijoita sisäisti Talousneuvoston työryhmän tavoite – keino-erittelyn viitekehityksenä sille, miten terveyspolitiikan tietoa arvoperustaa voi hahmottaa.

Kannattaa kiinnittää huomiota kahteen seikkaan. Talousneuvoston työryhmän perusajatuksot olivat sisällöllisesti aivan samansuuntaiset kuin edellä siteeraamani klassikot, mutta huomattavaa – jo ennen kuin klassikot olivat ilmestyneet. Yleis- tavoitteeksi oli asetettu paras mahdollinen väestön terveys ja sen tasainen jakautuminen. Keinoja eriteltäessä nähtiin tärkeimmäksi painottaa sosiaalisesta, biologisesta ja fyysisestä ympäristöstä johtuvien sairauksien ehkäisyä ja toisaalta terveydenhuollon painopisteen siirtämistä ehkäisevään työhön ja perushoittoon. Näin siksi, että maassa oli neljännesvuosisadan ajan investoitu vain sairaaloihin ja perusterveydenhuolto oli heikoissa kantimissa lukuun ottamatta äitiys- ja las-

tenneuvolatoimintaa. Samanaikaisesti kansanterveyden kehityssuunnat olivat huolestuttavat.

Toinen merkille pantava seikka oli ajankohdan otollisuus. Ne ideat, joita muun muassa Talousneuvoston työryhmän piirissä oli kypsyttely, olivat ajan uudistusmyönteisessä ilmapiirissä vietävissä käytännön terveyspoliittisiksi toimiksi kansanterveyslain, koko julkisen terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän, sekä aika nopeasti myös hallinnonalojen välisen terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan keinoin (esimerkiksi liikenneturvallisuuden, kansanravitsemuksen, ja tupakkapolitiikan aloilla).

Kun kansanterveystyöhön panostettiin vuodesta 1972 lähtien voimakkaasti, aloittaen suurimman sairastavuuden alueilta, Itä- ja Pohjois-Suomesta, tulivat myös mittavat väestötason kansantautien ehkäisyhankkeet mahdollisiksi. Tärkein näistä oli Pohjois-Karjala-projekti, jonka malli sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden vähentämiseksi levisi nopeasti koko maahan.

Suomessa oli pitkään, jo Väinö Kanniston 1947 julkaistusta väitöskirjasta lähtien tiedetty, että kuolleisuus vaihteli suuresti alueittain, nimittäin Itä- ja Länsi-Suomen välillä. 1970-luvun taitteessa alue-erot eivät olleet lainkaan supistuneet, päinvastoin miehillä ne olivat kasvaneet. Vielä karmeampi totuus oli, että vaikka imeväis- ja lapsikuolleisuus olivat kunniakkaasti kansainvälisesti kärkeillä, olivat suomalaisten aikuisten kuolleisuusluvut teollisuusmaiden korkeimmat, aivan erityisesti miehillä. Kaiken huipuksi ne eivät olleet alenemassa, vaan miesten osalta kasvamassa.

Puro kirjoitti kirjassaan kuolleisuustilastojen perusteella: ”...luvut kertovat luotettavasti sen, missä määrin eri maissa on pystytty saavuttamaan eräs terveyspolitiikan perustavoite: hengissä pysyminen. Suomessa tämä tavoite on saavutettu huonosti”. Tähän asti olen Suomen kansanterveyden mennyttä tilaa kuvatessani käyttänyt ikäryhmittäisiä tai alueellisia eroja koskevia tunnuslukuja. Syy on yksinkertainen. Muuta ei ollut saatavilla.

Sillä terveyspolitiikalla, jolla 1970-luvulla taloudellisen kasvun tuloksia kohdennettiin ensisijaisesti kansanterveystyöhön ja samanaikaisesti ohjattiin ammattihenkilöstön koulutusta ja sijoitumista valtakunnallisten ja alueellisten tarpeiden mukaisesti, pystyttiin tietysti vain rajallisesti vaikuttamaan siihen, miten kansanterveys ja silloin vielä tunnistamattomat sosiaaliryhmittäiset erot kehittyivät. Esimerkiksi kaikissa niissä laajoissa

perustelumuistioissa, joita 1970-luvulla liittyi valtioneuvoston hyväksymiin valtakunnallisiin suunnitelmiin kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä painotettiin, miten tärkeää on toimia laaja-alaisesti kansanraavitsemuksen, tupakoinnin vähentämisen, liikenneturvallisuuden ja muun tapaturmantorjunnan hyväksi, koska terveydenhuollon toimet eivät yksin riitä. Tämä oli Suomessa itsestään selvää niihin aikoihin kun McKeown teesinsä julkaisi.

Suomi oli saanut kansanterveystyöhönsä vahvaa kansainvälistä tukea siitä terveyspoliittisesta ajattelusta, jota Maailman Terveysjärjestön (WHO) tuolloin uusi pääjohtaja Halfdan Mahler ja sittemmin myös WHO/EURO:n aluejohtaja Leo Kaprio edustivat laaja-alaisen perusterveydenhuollon asettamisessa etusijalle. Suomi oli Alma Atan perusterveydenhuoltokonferenssissa (1978) ainoa teollisuusmaa, joka saattoi kokemuksillaan ja tilastoin osoittaa, että systeemi-muutos oli paitsi tarpeen, myös mahdollinen, siis toteutettavissa, ainakin niissä suotuisissa oloissa, joissa me elimme.

Kun sitten Maailman terveysjärjestön 1980-luvun taitteessa yhteisesti hyväksytty toimintalinja laajeni ”Health for All”- politiikaksi, olimme myös Suomessa uusien haasteiden edessä. Maailmalla ymmärrettiin, että terveys vaatii laajaa yhteiskuntapoliittista keinovalikoimaa eikä vain terveyspalveluita, ja että tasa-arvotavoite tai jakautumatavoite (for all, kaikille) koskee yhtä lailla maiden välisten kuin myöskin maiden sisäisen terveyserojen vähentämistä. Itse asiassa kyse oli Talousneuvoston terveyspoliittisen työryhmän lähes 10 vuotta aiemmin ilmaisemien perustavoitteiden nousemisesta maailmanlaajuisen terveysagendan keskiöön. Tietysti Suomi taas kerran mallioppilaana halusi vastata haasteeseen. Tulihan se kuin tilauksesta vahvistamaan Suomessa vallinnutta terveyspoliittista ajattelua.

Ohjelmatyössä, joka sittemmin johti hallituksen terveyspoliittiseen selontekoon Eduskunnalle (1985) ja laajempaan Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelmaan ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” (1986), oli selkeä ja kansainvälisesti laajalti hyväksytty arvopeusta (oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo). Suomessa oli myös poikkeuksellisen vahva tietoperusta ohjelman suunnittelulle, lukuun ottamatta yhtä vakavaa aukkoa. Tietomme kansanterveyden väestöryhmittäisistä jakautumista olivat erittäin puutteelliset.

Ministeriö pyysi 1983 tuon aukon kattami-

seksi Tapani Valkoselta, sosiologian (erityisesti väestötieteen) professorilta selvityksen ”Kuolleisuuden rakenne ja kehitysnäkymät vuoteen 2000”. Siitä alkoi urauurtava, systemaattinen työ kuolleisuuden ja sairastavuuden eriarvoisuuden kartoittamiseksi suomalaisten rekisteriaineistojen tietoaarteita hyväksikäyttäen. Ilman sitä työtä, mitä Tapani Valkosen tutkimusryhmä ensin Suomen Akatemian rahoittamana ja sitten hänen luomansa koulukunnan jatkotyönä yliopistoissa, Kansanterveyslaitoksessa ja Stakesissa on tehnyt, olisimme vieläkin varsin tietämättömiä koko sen jakautumatavoitteen toteutumisesta, joka jo 1970-luvun alussa oli asetettu.

Kävi niin kuin sanalasku sanoo: joka tietoa lisää, se tuskaa lisää. Johdonmukaiset havainnot 1980-luvulta lähtien osoittivat, että ihmisten yhteiskunnalliseen asemaan liittyvät kuolleisuuserot aikuisväestössä olivat suuret – suuremmat kuin monissa muissa meihin verrattavissa maissa – eivätkä ne olleet lainkaan kaventumassa. Kuva on entisestään kirkastunut 1990-luvulla ja tällä vuosikymmenellä ja näyttää yhä huolestuttavamalta.

Yleiskuva on selvä. Mitä parempi yhteiskunnallinen asema mitattuna koulutustason, tulotason tai ammatti- ja työmarkkina-aseman mukaan, sitä pienempi on väestöryhmän kuolleisuus, ja kääntäen, mitä heikompiosainen ryhmä, sitä suurempi kuolleisuus. Olennaista on ymmärtää, että kyseessä ei ole kahtiajako hyväosaisiin ja huono-osaiseen ”luuserivähemmistöön”, vaan kautta linjan johdonmukaisesti näkyvä luokkaerojen portaikko, gradientti.

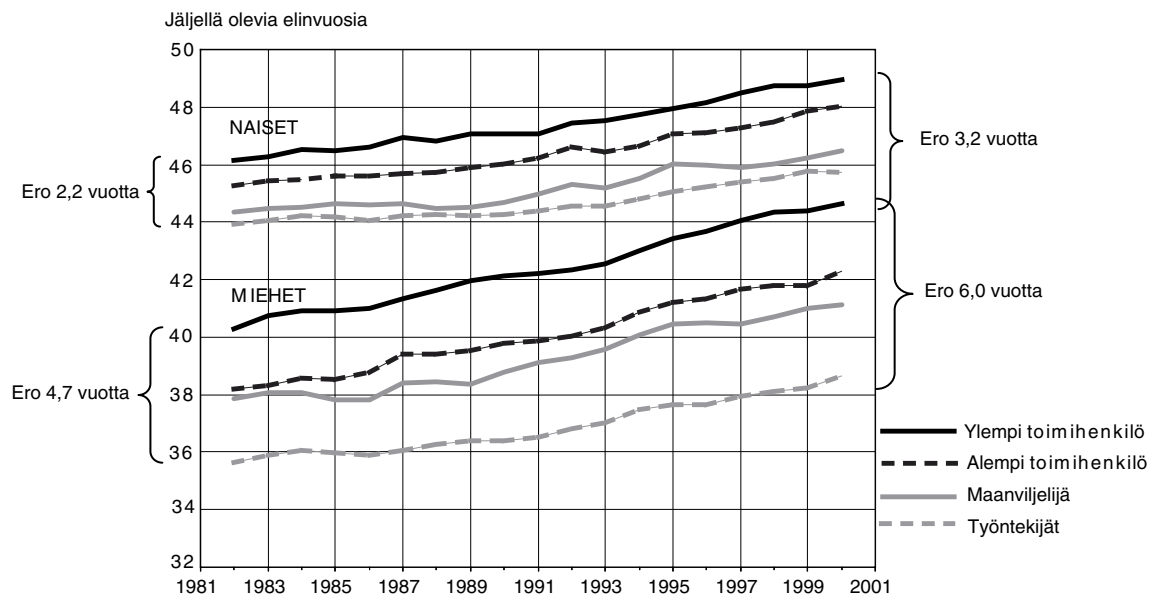
Yksi kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa (Kuvio 1). Samalla se paljastaa mekanismin, jolla väestöryhmittäiset erot ovat parin vuosikymmenen aikana hiljalleen kasvaneet. Kaikkien väestöryhmien terveydentila tällä mittarilla on parantunut, mutta myönteinen kehitys on ollut selvästi nopeampaa hyväosaisissa kuin suhteellisesti huono-osaisissa väestöryhmissä.

Kuolemansyihin perustuva tarkastelu osoittaa, että erot ovat johdonmukaiset lähes kaikkien tautiryhmien osalta, mutta merkittävimmät sydän- ja verisuonitaudeissa, hengityselinsairauksissa, keuhkosityövässä, alkoholisidonnaisissa kuolemansyissä sekä tapaturma- ja väkivaltakuolemista. Havainnot viittaavat siihen, että taustalla ovat tunnetut kansantautien ja väkivaltaisten kuolemien riskitekijät: ravitsemus, tupakka ja alkoholi.

Kuva tarkentuu, jos tarkastellaankin kuolemansyiden sijasta sellaisia elinolo- ja elintapa-

**Kuvio 1.**

35-vuotiaan elinajanodote eri sosiaaliryhmissä. Lähde: Valkonen ym. 2003.



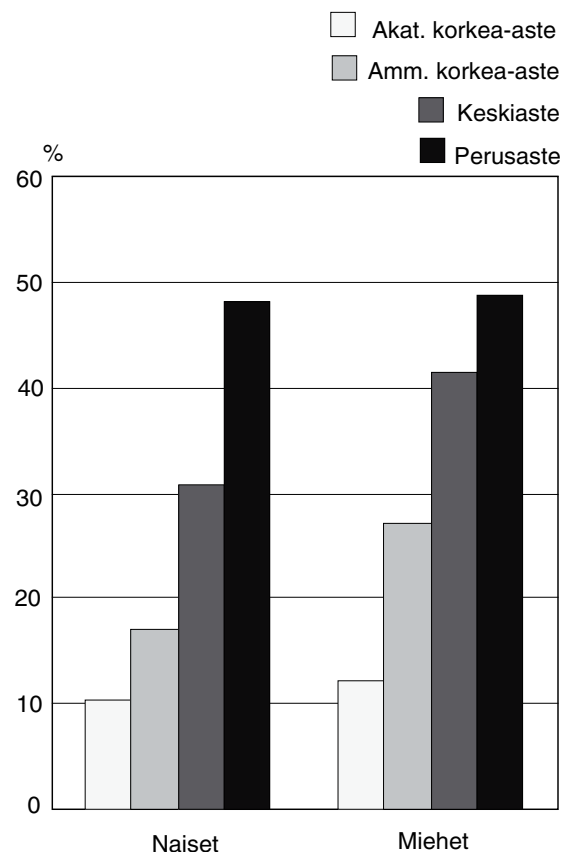
tekijöitä, joilla tiedetään olevan suurta kansanterveydellistä merkitystä. Voimme ottaa miltei minä tahansa elinoloihin tai elintapoihin liittyvän riskiosoittimen, ja näemme täsmälleen samanlaisen pylväikön kuin kuolemansyissäkin. Käytän tämän osoittamiseen vain kuviota tupakoinnin jakautumisesta nuorilla aikuisilla (Kuvio 2). Vastaavanlaisia kuvioita voisi esittää kymmenistä terveysilmiöistä. Karkeasti yleistäen voidaan sanoa, että mikä pätee kuolleisuuteen, pätee myös sairastavuuteen. Tosin mielenterveysongelmien jakaumat eivät välttämättä ole yhtä selväpiirteisiä.

Kuvio osoittaa muun muassa sen, että vaikka keuhkosityöpäpidemian torjunnassa ollaan Suomessa jo voiton puolella, se tulee jatkumaan tärkeänä kuolemansyynä alemmissa koulutusryhmissä vielä vuosikymmenten ajan elleivät tupakointitavat näissä ryhmissä muutu. Vastaava kuva ylipainon jakautumisesta osoittaisi, että erittäin merkittävänä haasteena koettu aikuistyyppin diabetes ei ole mikään johtajantauti, kuten ei ollut sepelvaltimotautikaan aikanaan, vaan ilmiö tulee painottumaan vahvasti vähemmän koulutettuun väestöön.

Haluan varoittaa sellaisesta tulkinnasta, jossa yksinkertaistetaan kuvatus kaltaiset sosio-ekonomiset erot vain yksilökohtaisiksi terveystottumusten eroiksi, ja päätellään että erot olisi helposti

**Kuvio 2.**

Päivittäin tupakoivien osuus (%) 18–29-vuotiaista koulutusasteen mukaan. Lähde: Koskinen ym. 2005.



poistettavissa vähentämällä epäterveellisiä elintapoja. Elintavat eivät ole vain yksilöllisiä valintoja tai tottumuksia, vaan mitä suurimmassa määrin osa ihmisten selviytymisstrategioista (coping) arkielämän paineissa. Hyvä yhteiskunnallinen asema mahdollistaa hyvät asuin- ja työolot, koulutuksen tuomat monipuoliset resurssit, turvaton toimeentulon, terveelliset valinnat, monipuoliset harrastukset, tiedollisen aktiivisuuden ja monia mahdollisuuksia stressin hallintaan. Heikko yhteiskunnallinen asema merkitsee epävarmuutta työmarkkinoilla, ptkätöitä tai työttömyyttä, huolta toimeentulosta ja tulevaisuudesta, vuokra-asumista, halpaa, mutta epäterveellistä ruokailua, stressin helpottamista tupakoinnin avulla. Ja vaikka alkoholia ei kulu enempää kuin muillakaan ryhmillä, juomatapa on useammin raju. Näiden äärityyppien väliin mahtuu valtaenemistö, mutta aiemmin kuvatut kuolleisuuden ja elintapojen portait ovat ymmärrettävissä vain yleisten elinolojen muodostamassa kontekstissa, osana yleistä sosiaalista kerrostuneisuutta.

Kasvat väestöryhmittäiset erot ovat pääosin ymmärrettävissä sitä taustaa vasten, että terveydelle suotuisat elinolot ja näiden myötä terveelliset elintavat ovat yleistyneet parempiosaisissa väestöryhmissä nopeasti ja muissa ryhmissä hitaammin. Voi myös olla niin, että Suomen muihin maihin verrattuna suuret sosiaaliryhmittäiset terveyserot olisivat osittain historiallista kohorttivaiikutusta tai "historian laahusta", käyttäkseni Juha Teperiltä lainattua osuvaa ilmaisua.

Suomihan kehittyi hyvinvointivaltioksi runsaat pari vuosikymmentä myöhemmin kuin läntiset naapurimme. Ne ikäpolvet, joiden kuolleisuus- ja sairastavuuseroista pääosin puhumme, ovat syntyneet 1930- ja 40-lukujen oloissa, ja eläneet kovin eri tavoin terveyttä kuluttavan työ- ja muun elämänuran kuin nykypolvet. Tämä voisi myös selittää sen omituisen paradoksin, että vielä 1990-luvulla, jolloin Suomi oli todella vähäisten tuloerojen maa, terveyserot olivat suuria. Yleensä maiden välisissä vertailuissa terveyserojen suuruus korreloi tuloerojen suuruuteen, mutta Suomi on ollut tässä suhteessa poikkeus. Samalla on todettava, että se raju tuloerojen kasvu, jota Suomessa on viimeisen 10 vuoden aikana tapahtunut, ei ainakaan ole omiaan parantamaan kansanterveyttä tai vähentämään terveyseroja. Jollei väestöryhmittäisiin eroihin nuorten ikäluokkien elinoloissa ja -tavoissa kyetä vaikuttamaan, sosiaaliryhmittäiset erot myös säilyvät suurina pitkään. Samaan suuntaan on jo johtanut myös

kansanterveydelle äärettömän tuhoisa alkoholin ja tupakan hintapolitiikka.

Kun terveyserojen eräs yleinen piirre on niiden pysyvyys, sitkeys tai jatkuvuus, on ehkä syytä muistuttaa myös siitä, että voi tapahtua myös dramaattisia muutoksia, jos ihmisten elinolot nopeasti ja hallitsemattomasti muuttuvat, esimerkiksi kun heidän elämänsä peruspilarit järkkyvät. Työterveyslaitoksen tutkimuksessa seurattiin yli 22000 kuntatyöntekijän terveyttä, sairauspoissaoloja ja kuolleisuutta 7.5 vuoden aikana vuoden 1990 jälkeen, jolloin säästösyistä jouduttiin irtisanomaan henkilöstöä. Työntekijät ryhmiteltiin kolmeen ryhmään sen mukaan olivatko supistukset heidän ammattiryhmässään vähäisiä (< 8%), kohtalaisia vai suuria (> 18%). Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus nousi suurten supistusten ryhmässä jopa viisinkertaiseksi supistuksilta säästyneeseen työntekijäryhmään verrattuna (Vahtera ym. 2004). Kohtuuton stressi voi tappaa.

Terveysspoliittisesti tärkein johtopäätös havaituista terveyserojen gradienteista on seuraava. Hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa olevat suomalaiset kuuluvat jo nyt EU-maiden terveyseliittiin. Mitä kauemmaksi pylväikön tästä päästä mennään, sitä kauempana tästä tavoiteltavasta asiantilasta ollaan. Tämä tarkoittaa, että jos haluamme todella parantaa kansanterveyttä, on toimenpiteet suunnattava siten, että huono-osaisempien suhteellinen asema paranee. Kansanterveys kohenee tästedes merkittävästi vain, jos kykenemme loiventamaan portaikon jyrkkyyttä. Tämä ei olisi keneltäkään pois. Se merkitsisi lisää vuosia elämään ja lisää elämää vuosiin niille, joilla niitä nyt on vähemmän.

Millä yhteiskuntapolitiikan keinoin tämä sitten olisi mahdollista? Vastauksia on hahmoteltu edellisen, Matti Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministeriryhmän toimeksiannosta sosiaali- ja terveysministeriössä ja sen yhteydessä toimivassa kansanterveyden neuvottelukunnassa, joka on valtioneuvoston useiden ministeriöiden, kuntakentän ja kansalaisjärjestöjen yhteistyöelin. Siirryttäessä erojen tunnistamisesta niihin lähestymistapoihin, joilla niihin voitaisiin eri keinoin vaikuttaa, on valittu keskeisiksi etenemissuunniksi seuraavat:

1. Vahvistetaan "Terveys kaikissa politiikoissa"-teemaa ja terveyseronäkulman kytkemistä siihen. Aihepiiri nostettiin EU-puheenjohtajakauden terveysalan pääteemaksi, ja se sai erittäin hyvän vastaanoton. Kyse on kotimaisen

työn jatkamisesta, joka uuden hallituksen ohjelmassa saa erityisen painon terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa.

2. Vahvistetaan terveyserojen kaventamistyötä kunnissa. Merkittävä osa terveyteen vaikuttavista päätöksistä tehdään kunnissa. Työlle on saatava näkyvä sija ja se on organisoitava nykyistä paremmin.
3. Alkoholi- ja tupakkapolitiikka. Yksittäisistä riskitekijöistä alkoholi ja tupakka selittävät sangen suuren osan terveys-eroista. Haitat kasaantuvat vähemmän koulutettuihin ryhmiin. Tärkeimmät vaikuttamiskeinot ovat hintapolitiikka ja saatavuus.
4. Palvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen. Terveystieteiden tutkimuksessa on puutteita, jotka haaittavat tarpeenmukaista hoitoon pääsyä. Tästä enemmän jäljempänä.
5. Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Syrjäytymisvaara liittyy usein vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmiin, ja tukea tarvitaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sosiaali- terveys- ja koulutoimen taholta.
6. Työterveyden edistäminen. Työperäisten terveysongelmien ehkäisyä on tehostettava erityisesti työntekijäammateissa, ja saatuja myönteisiä kokemuksia työyhteisöjen työhyvinvoinnin parantamisesta on yleistettävä.
7. Seurantajärjestelmien kehittäminen. Suomessa tietopohja on monia muita maita parempi, mutta vaatii systematisointia ja vakiinnuttamista sekä tiedon saannin ajantasaisuuden parantamista.

Etenemissuunnista useampikin (kohdat 2, 4, 5, ja 6) koskee ainakin osittain terveydenhuoltojärjestelmässä toteutettavia toimia. Tämä palauttaa mieleen sen mistä aloitin: McKeownin teodin terveydenhuollon suhteellisesta merkityksestä ja Cochranen ja Abel-Smithin vaatimuksista saada terveydenhuoltoa toimimaan tuloksellisemmin.

McKeownin runsaat kolme vuosikymmentä siten esittämä väite ei enää pidä paikkaansa. Ennen oli ennen, nyt on nyt. Tuoreet tutkimukset viime ja tältä vuosikymmeneltä osoittavat, että terveydenhuollon osuus kuolleisuuden ja tautikuorman vähentämisessä on paljon suurempi kuin aiemmin oli arvioitu. Uudet tutkimus- ja hoitomenetelmät sekä ehkäisevän työn ja tautien varhaistoteamisen muodot ovat tuottaneet merkittävää tulosta.

Yleisimpien kuolemansyiden torjunnassa on väestölähtöisen ehkäisevän työn lisäksi (tupa-

kointi, ravinto, liikunta) ollut merkittävää verennepaineen parempi hoito, eräiden syöpämuotojen varhaisempi toteaminen ja useimpien kansantautien hoitotulosten merkittävä paraneminen.

Sepelvaltimokuolleisuuden dramaattinen aleneminen Suomessa ja eräissä muissakin maissa on ehkäisevän työn ohella tehostuneen hoidon ansiota. Terveystieteiden toimien selitysosuudeksi 1980-luvulta eteenpäin arvioidaan tuoreessa kirjallisuuskatsauksessa jopa noin 50 prosenttia (Ford ym. 2007). Aivoverisuonisairauksien kohdalla kehitys on yhtä myönteinen. Uusimmat käytössä olevat hoitokeinot aivoverisuonitukosten liuotushoidoissa, joissa Suomi on edelläkävijä, pelastavat ihmishenkiä kuolemalta tai elinikäiseltä vammautumiselta tavalla, josta neurologeja moitiskellut McKeown tai kukaan muukaan ei olisi osannut 1970-luvulla uneksiakaan.

Syövän eri muotojen ennuste on aivan toinen kuin ennen. Kuolleisuus kohdunkaulan syöpään on Suomessa alentunut tehokkaan seulontaohjelman ja varhaisen hoidon tuloksena yli 70 prosenttia kolmessa vuosikymmenessä. Naisten yleisimmässä syöpämuodossa, rintasyövässä, kuolleisuus on alentunut Suomessa 22–28 prosenttia kahdessa vuosikymmenessä varhaistoteamisen (mammografian) ansiosta. Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut ovat lähes kautta linjan aivan toiset kuin pari vuosikymmentä sitten, ja Suomi on tässäkin kansainvälisen kehityksen kärjessä.

Terveydenhuollon osuutta kansanterveyden kehityksessä voidaan arvioida niin sanotun estetävissä olevan kuolleisuuden menetelmän avulla (amenable mortality, deaths avoidable due to medical care). Tällöin kokonaiskuolleisuus ryhmitelään tautiluokituksen mukaan siten, että voidaan arvioida mikä terveydenhuollon eri keinojen vaikuttavuus kunkin tautiryhmän osalta on.

Tämän hetken yksi arvostetuimmista kansanterveystieteilijöistä, Martin McKee, on yhdessä työtoverinsa Ellen Nolten kanssa julkaisemassaan kirjassa ”Does Health Care Save Lives” (2004) osoittanut vakuuttavasti kaksi seikkaa. ”Estettävissä olevien kuolemien” määritelmä on sidottu aikaan ja käytettävissä olevaan teknologiaan, ja ajan myötä tähän kategoriaan sisältyy yhä suurempi osa tautiluokituksen ryhmistä. Toiseksi, estetävissä olevan kuolleisuuden väheneminen on ollut erittäin voimakasta 1980- ja 1990-luvuilla kaikissa tutkituissa teollisuusmaissa, Suomi mukaan luettuna. Nolte ja McKee eivät esitä selitysvoiman prosenttiosuuksia kuten ei McKeownkaan aikanaan, mutta epäsuorasti voidaan arvioi-

da, että useimmissa tutkituista maista parin viime vuosikymmenen kuolleisuuden alenemisesta ehkä kolmasosa, ehkä enemmänkin, selittyy terveydenhuollon toimilla.

Tämä tuo mieleeni kaksi asiaa. Kun kuulin Tapani Valkosen kertovan Suomen sosio-ekonomisten kuolleisuuserojen kehityssuunnista kuolemansyistä – luulen sen olleen 1990-luvun puolivälissä – muistan hänen tulkinneen sepelvaltimokuolleisuuden merkittävää alenemista sanoen, että todennäköisesti kyseessä on paitsi taudin ilmaantuvuuden pieneneminen riskitekijöiden alentuessa, luultavasti myös parantuneet hoitotulokset. Sen verran syvään olivat McKeownin opit minuun juurtuneet, etten ihan heti jaksanut tätä uskoa, vaikka niin tietysti toivoin, kun maassa oli panostettu ja panostettiin entistä voimallisemmin ohitusleikkauksiin ja pallolaajennuksiin. Valkonen oli oikeassa kuten yleensäkin, ja hänen tulkintansa on vuosikymmentä myöhemmin osoitettu maailmalla todeksi.

Toinen seikka, johon on välttämättä paneuduttava, jos kerran terveydenhuollon rooli kansanterveyden koko kuvassa – siis tasossa – on merkitykseltään kasvanut, on kysymys, onko myönteinen kehitys jakautunut tasaisesti eri väestöryhmien kesken. Toimiiko terveydenhuolto oikeudenmukaisesti, eli vastaako hoidon saatavuus hoidon tarvetta?

Pelkään, että Suomessa olemme pitkään tuudittautuneet siihen, että kun johdonmukaisesti toimimme universaalin sosiaalipolitiikkaan ja tasa-arvoon tähtäävän terveystalouden keinoin ja edistämme kansanterveystyötä voimaperäisimmin siellä missä tarpeet ovat suurimmat, palvelujärjestelmä osaltaan edistäisi terveydellistä tasa-arvoa. Maailmaltahan oli kyllä tietoa, että näin ei välttämättä ole asian laita. Alan klassikko, walesiläinen yleislääkäri Julian Tudor Hart julkaisi *Lancetissa* 1971 kuuluisan artikkelinsa ”The inverse care law” – hoitopalvelujen käänteislaki. Sen mukaan hoidon saatavuus oli Britanniassa kääntäen verrannollinen hoidon tarpeeseen nähden, kun verrattiin maan sisällä eri alueiden sairastavuutta ja palvelujen tarjontaa. Meillä tämä tematiikka ei tuntunut ajankohtaiselta tuolloin. Olimmehan juuri investoimassa tarpeenmukaiseen hoidon saatavuuteen kansanterveystyössä. Ennen pitkää Suomi oli jo maailmalla perusterveydenhuollon edelläkävijämaana tunnettu.

Miltä tilanne näyttää nyt? Se näyttää huonolta. Ensimmäiset vakavat epäilyt hiipivät mieleen

laman keskellä. Seppo Aro kirjoitti 1994 *Stakesissa* johtamansa tutkijaryhmän kanssa tuoreista terveyspalvelujen käyttötutkimuksen tuloksista: ”Terveyspoliittisten tasa-arvotavoitteiden kannalta kehitys näytti huolestuttavalta kun tarkasteltiin erikseen pitkäaikaissairaiden ja muiden kuin pitkäaikaissairaiden palvelujen käyttöä tai verrattiin suurituloisia pienituloisiin. Käytön väheneminen kohdistui pienituloisiin ja sairaisiin henkilöihin, joten suunta oli kohti eriarvoisempaa terveydenhuoltojärjestelmää”.

Toinen vakava varoitussignaali oli Ilmo Keskimäen väitöskirja vuodelta 1997, ”Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland”, jossa hän osoitti, että monien sairaalahoitoa ja leikkaustoimenpiteitä vaativien sairauksien hoidossa on selvää sosiaalista eriarvoisuutta hyvätuuloisia suosivalla tavalla.

Uusimmat tiedot niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon osalta vahvistavat epäilyt (Keskimäki ym. 2007). Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon keinoin vältettävissä olevissa kuolemissa todetaan selvä sosio-ekonominen portaikko. Voisiko enää selvempää osoitusta olla siitä, että Suomessakin Julian Tudor Hartin käänteislaki valitettavasti pitää paikkansa sosiaaliryhmien välillä? Emme oleollenkaan niin tasa-arvoisia kuin tahtoisimme olla – vai tahdommeko?

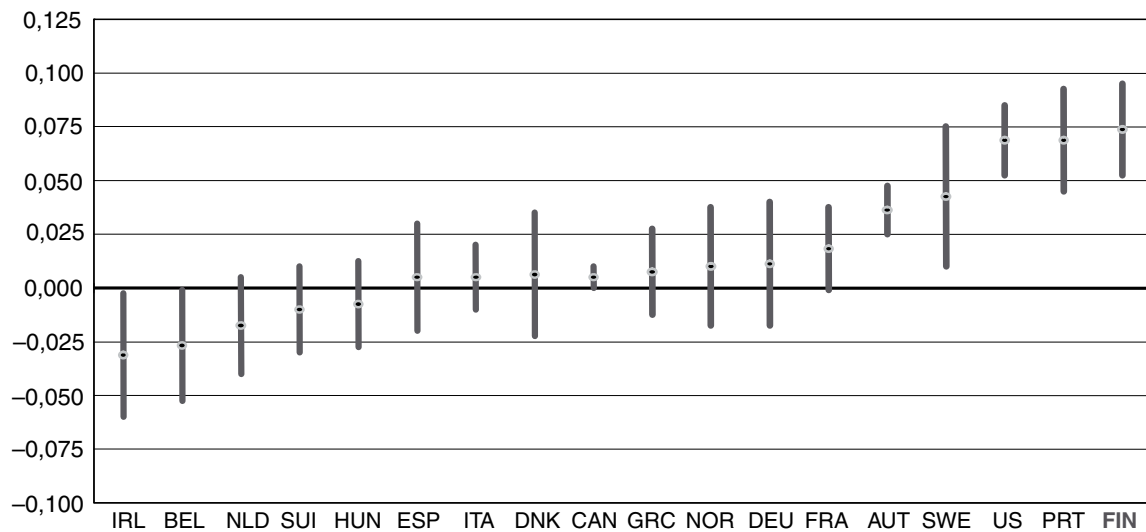
Tahdomme varmasti – mutta ovatko kaikki tulokset huonoja? Eikö ole kerrottavana ollenkaan hyviä uutisia? Onneksi niitäkin on. Perinataalikuolleisuus tarkoittaa kuolleena syntyneitä ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleita tuhatta synnytystä kohti. Sitä käytetään yleisesti mittaamaan terveydenhuollon tuloksellisuutta kriittisessä elämänvaiheessa, ennen ja jälkeen syntymän. Koulutusryhmittäiset erot, joita vielä 1990-luvun alussa oli nähtävissä, olivat vuosikymmenen lopussa kokonaan hävinneet (Gissler 2003). Suomalaiset syntyvät maailmaan tasa-arvoisina, kiitos sen, että äitiyshuoltomme ja synnytysairaalamme toimivat mallikelpoisesti koko maassa.

Hoidon saatavuudessa olevien epäkohtien korjaamiseksi on tehty paljon. Alustavat tiedot niin sanotun hoitotakuun toteutumisesta kertovat paitsi, että hoitoon pääsy on merkittävästi parantunut, myös sen, että ainakin alueellinen yhdenvertaisuus ei-kiireellisiin hoitoihin on merkittävästi parantunut. Ennen pitkää saamme tietää, koskeeko tämä myös sosio-ekonomista yhdenvertaisuutta, niin kuin tarkoitus tietenkin oli.

**Kuvio 3.**

Horisontaalinen oikeudenmukaisuusindeksi 21 OECD-maassa (kaikki lääkärikäynnit).

Lähde: von Doorslaer ym. 2006.



Kuvio OECD-maiden lääkärikäyntien jakautumisesta (Kuvio 3) on hätkähdyttänyt monia. Se hämmästytti muun muassa OECD:n apulaispääsihteerä, joka muutama vuosi sitten teki aloitteen Suomen terveydenhuollon maa-arvioinnista. Sitä haluttiin kahdesta syystä. OECD:ssa ei voitu ymmärtää miten joku maa voi hoitaa laadukkaan, hoitotuloksiltaan huippuluokkaan luettavan terveydenhuoltonsa niin pienin kustannuksin kuin Suomi tekee. Toiseksi he eivät voineet uskoa Suomen eriarvoiseen palvelujen käyttöjakaumaan – eihän sellainen voi olla totta tasa-arvoisessa Pohjoismaassa.

Asiantuntijat tulivat ja tutkivat. Havainnot vahvistivat sen mikä ennestään tiedettiin. Maa-arvioinnissa vuoden 2005 lopulta annettiin paljon ruusuja ja jonkin verran risuja. Risuja tuli – kuten kaikissa aiemmissa maa-arvioinneissa Suomesta – kaksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä, joka ylläpitää tiukkaa menokuria valtion ja kuntien budjettitaloudessa samaan aikaan kuin sairausvakuutuksessa on avoin piikki. Risuja tulee saman perussyyn takia eriarvoisuudesta tarpeenmukaisessa hoitoon pääsyssä. Hyväosaisilla ihmisillä on käytettävissään maksuton työterveyshuolto ja julkisin varoin tuettu yksityissektori, viiveettä. Ikäihmisillä, työttömillä ja vähävaraisilla on käytettävissään kunnallinen terveyskeskus, ei valinnanvaraa, tämäkin viiveellä ja maksua vastaan.

Terveyskeskuspalvelujen saatavuuteen liittyy

se, mitä aiemmin lainaamani Brian Abel-Smith jo kolmekymmentä vuotta sitten opetti ja minkä useimmat EU-maat ovat ymmärtäneet. Muistikuva: meitä istui kuulun London School of Economics:in ahtaassa seminaarihuoneessa 30–40 terveydenhuollon tai taloustieteen jatko-opiskelijaa terveystaloustieteen kurssilla. Abel-Smith aloitti: ”Terveyspalvelut ovat käyttöhetkellä maksuttomia. Jokapäiväisestä leivästä pitää maksaa. Näin on ja näin pitääkin olla. Miksi? Kaikki tieteellisen ja poliittisen keskustelun argumentit ovat sallittuja”. Kahden tunnin intensiivisen keskustelun jälkeen, jota Abel-Smith taidokkaasti johdatteli, oli asia jokaiselle selvä. Jokapäiväinen leipä ja muut tavanomaiset kulutushyödykkeet ovat ennakoitavia, säännöllisesti toistuvia menoja, niihin voimme itse vaikuttaa ja valita tulotasomme mukaan. Terveyspalveluita tarvitsemme sattumanvaraisesti, sairaus iskee kun on iskeäkseen, ja siitä yksilölle tai kotitaloudelle koituvat kustannukset voisivat olla katastrofaaliset. Yksittäisen ihmisen tai kotitalouden taloudellinen kantokyky ei millään riitä. Sairaudesta aiheutuvien kustannusten tasaamiseksi on luotava suuri riskipooli, joka voi syntyä vain pakollisen vakuutuksen tai veronkannon muodossa. Jotta maksukyky ei olisi tarpeenmukaisen hoitoon hakeutumisen esteenä, on palveluihin pääsyn oltava maksutonta. Kun ihminen on päässyt palvelun piiriin, se mitä hänelle systeemissä tapahtuu ei riipu hänestä itsestään vaan lääkäreiden päätöksistä.



Olen monta kertaa murheissani ajatellut kuinka ymmärtämättömiä Suomessa ollaan terveydenhuollon maksupolitiikassa. Aivan kuin eläisimme eri planeetalla kuin muu Eurooppa.

Olin puheenjohtajana sosiaali- ja terveydenhuollon maksutoimikunnassa vuonna 1992. Esi-  
töiden yhteydessä olimme lähettäneet Raimo Jämsénin ja Lars Kolttolan kiertämään Pohjois-Eurooppaa ministeriöissä ja tutkimuslaitoksissa, jotta hallussamme olisi varmasti paras tietämys kansainvälisistä virtauksista. Tuolloinhan elettiin keskellä Berliinin muurin murtumisen jälkeistä terveydenhuollon reformiaaltoa ja uusliberalistisen talousdoktriinin maailmanvalloitusta New Public Management-koulukunnan johdolla ja OECD:n voimakkaalla tuella. Kaikkialla missä tutkijat vierailivat, hämmästyksesi oli suurta: miksi te maksuja tutkitte, eihän niillä ole terveydenhuollon taloudessa mitään tosiasiallista merkitystä, mutta ne ovat pienituloisille kotitalouksille myrkyä. Ainoa maa, jossa oli pyrkimyksiä käyttää maksuja lisätulolähteenä, oli Britannia. Margaret Thatcherin hallituksella oli suunnitteilla radikaali maksujen korotus, jolloin maksujen osuus kokonaiskustannuksista olisi noussut rajusti, peräti 5 prosenttiin. Suomessa oltiin tuolloin 7–8 prosentin vaiheilla. Kuntaliiton edustajat vaativat niiden nostamista vähintään 25 prosenttiin!

Toimikunta aloitti työnsä laajalla kutsuseminaarilla. Yksi puhujista oli Raimo Sailas. Hän sanoi: tottahan teidän pitää maksuja pohtia kun niin on käsketty tehdä. Mutta onhan se aika turhaa näpertelyä kun maassa olisi tärkeääkin tekemistä. Olin ja olen edelleen samaa mieltä.

Valitettavaa on se, että kuntatalouden ja osittain valtiontaloudenkin asiantuntijat ovat sen harhan vallassa, että maksuilla olisi olennainen tulokertymämerkitys tai että maksuilla voisi ohjata kysyntää. Molemmat käsitykset ovat puhdasta kaliumkarbonaattia. Ainoa vaikutus kysynnän ohjaukseen on, että ne estävät tarpeenmukaisen hoidon saatavuutta. Niille jotka eivät vielä kään tätä usko, suosittelen kanadalaisten professorien artikkelisarjaa ”zombie-ideoista” (Evans ym. 1993a, 1993b).

Terveydenhuollon tasamaksut ovat pienituloisiin ja sairaisiin, erityisesti pitkäaikaissairaisiin, ihmisiin kohdistuvaa regressiivistä verotusta. Ne samoin kuin kohtuuttoman korkeat maksukatot sekä terveydenhuolto- että lääkemenot ovat osaltaan johtaneet siihen, että tuoreiden laajojen kansainvälisten vertailututkimusten perusteella Suomi on häpeällisessä seurassa kun katsotaan

kotitalouksille koituvien ”katastrofaalisten terveydenhuoltomenojen” yleisyyttä eri maissa (Xu ym. 2003).

Terveyspalvelujen saatavuutta koskevat toimet ovat kiireellisiä. Niitä voidaan tehdä nopeasti kohtuullisin kustannuksin, ja jos ne kohdennetaan oikein voivat heijastusvaikutukset olla merkittävät. Ennen muuta ajattelen kansanterveystyön, siis terveyskeskustyön, ripeää vahvistamista siitä hiljaisen rapautumisen tilasta, missä se on ollut pitkään. Kivijalka on murenemassa, ja todellisille korjausliikkeille on yhdestoista heti. Keinot ovat tiedossa. Viimeksi asiasta kirjoitti Kari Puro (2007) Duodecim-lehden kolumnissa, eikä siihen ole mitään lisättävää. Maassa ei ole lääke-ripulaa. Maassa on virkojen täyttövaje terveyskeskuksissa koska lääkärit menevät mieluummin töihin kaikkialle muualle. Terveyskeskustyö on liian vaativaa ja ammatilliset ja rahalliset kannustimet muualla.

Syntynyt tilanne on samalla osoitus siitä, miten onnettomasti voi käydä kun tehdään niin karkeita virheitä kuin 1993 valtionosuusuudistuksen kunnallis-romanttisessa uhossa, että luovuttiin kokonaan myös strategisesti keskeisten henkilöstövoimavarojen ohjauksesta.

Minne lisätty lääkäri- ja hoitohenkilöstökoulutuksen tuotos menee? Se menee sairaaloihin, työterveyshuoltoon, jonkin verran yksityissektorille. Mitä iloa tulee olemaan suuremmista perusterveydenhuollon väestöpohjista, jos maasta puuttuvat kokonaan ohjausinstrumentit, joilla henkilöstöä saadaan sinne missä tarve on suurin, kansanterveystyöhön? Asia voidaan periaatteessa korjata sopimalla tai lailla. Sopiminen kuntakentän kanssa on vaikeaa kun monia eri osapuolia on jotakuinkin mahdollon saada sopimaan asiasta sitovasti. Jos se onnistuisi peruspalveluohjelmassa tai tulevassa kansallisessa kehittämisohjelmassa, hyvä olisi. Pahoin pelkään, ettei se onnistu. Entä mitkä ovat lainsäädännön mahdollisuudet? Aivan samalla tavalla kuin puitelaissa on säädetty riittävästä väestöpohjista, voitaisiin laissa säätää siitä, että 20000 asukkaan väestöpohja edellyttää vähintään x-määrän henkilötöyvuosia lääkäri- ja hoitajatyöpanosta. Samalla pitäisi hillitä nopeasti kasvaneen sairaalahenkilöstön lisäysvauhtia. Tiedän, että tätä pidetään kunnallista itsehallintoa loukkaavana ja vanhakantaisena säädösstrategiana.

Vastaukseni on: perustuslaki edellyttää, että julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät

sosiaali- ja terveyspalvelut, ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain tarkoitus ei tällä hetkellä toteudu. Jos tämä ei kelpaa, pyydän parempia ehdotuksia. Vai seisommeko tumput suorina kun yhteiskunnan kalliisti kouluttama avainhenkilöstö valuu jo kymmenettä vuotta kaikkialle muualle kuin etulinjaan?

Hyvät kuulijat! Ettei tärkein unohtuisi, haluan kuitenkin lopuksi tähdentää eräitä hyviä uutisia ja lupaavia kehityskulkuja. Tärkein näistä on se, että Suomen kansanterveys on kohentunut pitkin harppauksin ja yleinen kehityssuunta on edelleen hyvä. Edellä olen käyttänyt lähinnä kuolleisuustietoja ja elinajanodotetta, jotka ovat keskimäärin kehittyneet erittäin myönteisesti. Olen tästä tietysti on, onko näin lisätty terveitä vai raihnaisia elinvuosia. Kahdenkymmenen vuoden välein on toistettu suuret väestötutkimukset, joissa on tutkittu suuria, edustavia väestötoksia paitsi haastatteluin myös klinisin ja laboratoriomittauksin, ja katettu kaikki toimintakyvyn rajoitukset, mielenterveydelliset mukaan luettuna. Kun nämä tiedot yhdistetään kuolleisuus- ja eloonjäämistaulujen tietoihin, loppusanoma on yksiselitteinen. 30-vuotiaiden suomalaisten naisten ja miesten elinaika on lisääntynyt noin neljä vuotta 20 vuodessa, ja kaikki nuo lisävuodet ovat terveitä elinvuosia. Havainnolla on erittäin suuri merkitys, kun arvioidaan väestön ikääntymisen aiheuttamaa palvelutarpeen kasvua tulevaisuudessa. Saavutuksesta pitäisi osata iloita ja olla vähän ylpeäkin. Samalla ei tietenkään voi jäädä lepäämään laakereilleen vaan tulee huolehtia siitä, että vastaamme yhtä hyvin uusiin haasteisiin – painonhallintaan, alkoholin aiheuttamaan valtavaan kansanterveydelliseen ja sosiaaliseen haasteeseen, ja mielenterveysongelmien parempaan hoitamiseen.

Kaikki tämä on mahdollista, jos on poliittista tahtoa. Ja tahtoa näyttää olevan. Hallitusohjelmassa on erittäin selvät painotukset sekä terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen suhteen erityisessä politiikkaohjelmassa, selvä priorisointi perusterveydenhuollon vahvistamisesta, sekä mielenterveys- ja päihde-ongelmien hoitamisen suhteen. Ministerin johdolla laadittavana olevassa kansallisessa kehittämisohjelmassa, joka täydentää hallituskauden sosiaali- ja terveyspo-

liittisiä tavoitteita ja toimia, tullaan täsmentämään toimenpiteitä, ja työssä ovat mukana koko laaja kuntakenttä, vahva järjestökenttämme sekä kaikki hallinnonalamme virastot ja laitokset.

Samaan aikaan on myös kansainvälinen kenttä Suomen terveysalan kannalta kiintoisassa vaiheessa. Maailman Terveysjärjestössä (WHO) puhaltavat uudet tuulet. Ensi vuonna valmistuu Sir Michael Marmotin johtaman ”WHO Commission on Social Determinants of Health” juuri siitä aihepiiristä mistä tänään olen puhunut. Pääjohtaja Margaret Chan on pannut uutta puhtia siihen, että tautikohtaiset ohjelmat eivät riitä, tarvitaan terveysjärjestelmiä, henkilöstöä ja infrastruktuuria, jotka panevat toimeksi. Ensi kesäkuussa pidetään Tallinnassa WHO:n Euroopan alueen ministerikonferenssi terveysjärjestelmistä, jonka uskon tukevan myös sitä työtä mitä Suomessa teemme. EU:ssa on ”Terveys kaikissa politiikoissa” otettu yhdeksi komission terveysstrategian pääteemaksi.

Näillä rohkaisevilla ajatuksilla haluan samalla kiittää kaikkia niitä, joiden kanssa minulla on näinä vuosikymmeninä ollut ilo tehdä työtä terveyden ja hyvinvoinnin hyväksi. En voi sanoa kuten laulaja aikoinaan, etten päivääkään vaihtaisi pois. Kyllähän joitakin mielelläni vaihtaisin. Mutta sen voin sanoa, ettei ole tarvinnut päivääkään epäillä, ettemmekö tekisi ministeriön hallinnonalalla mielekästä ja tärkeätä työtä kansalaisten parhaaksi. Minulla on ollut ilo tehdä sitä loistavien työtovereiden kanssa niin ministeriössä, keskusvirastossa, kansainvälisessä yhteistyössä kuin myös yhteistyössä kruununjalokiviemme, Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen kanssa. Huomasitte varmaan että useimmat käyttämistäni lähteistä tulivat näistä laitoksista. Harras toiveeni on, että kruununjalokivistä pidetään huolta. Niitä voi hioa mutta niitä ei saa vaarantaa.

Lopuksi haluan osoittaa sanani läheisimmilleni. Haluan kiittää viittä lastani kaikesta siitä ilosta, jonka he ovat tuoneet elämäni. He olisivat ansainneet enemmän isän läsnäoloa kuin ovat saaneet. Erityinen kiitos kuuluu myös heidän äideilleen, elämäntovereilleeni, jotka ovat kulkeneet rinnallani pitkän taipaleen. Ilman heidän tukeaan ja rakkauttaan en olisi nyt tässä.

## KIRJALLISUUS

- Abel-Smith B. Value for Money in Health Services. London, Heineman 1976.
- Aro S, Byckling T, Häkkinen U, Kerppilä S, Salonen M. Aikuisväestön terveystalouden käyttö ja terveydentila 1993. *Aiheita* 24, Stakes, Helsinki 1994
- Cochrane A. Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services. Nuffield Provincial Hospital Trust, Cambridge 1972.
- van Doorslaer, E, Masseria, C, Koolman X. for the OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006; 174: 177–183
- Evans RG, Barer ML, Stoddard GL. User fees for health care: why do bad ideas keep coming back? Toronto: CIAR Program in Population Health, Aug 1993(a). (Myös *Canadian Journal of Ageing* 1994;14:360–390).
- Evans RG, Barer ML, Stoddard GL, Bhatia V. Who are the zombie masters, and what do they want? *Canadian HPRU*, Dec 1993(b).
- Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000. *N Eng J Med* 2007;356:2388–98.
- Gissler M, Meriläinen J, Vuori E, Hemminki E: Register-Based Monitoring Shows Decreasing Socioeconomic Differences in Finnish Perinatal Health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57: 433–439, 2003.
- Hallituksen terveystalouden selonteko Eduskunnalle 26.3.1985. Helsinki 1985.
- Kannisto V. Kuolinsyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa. Kansantaloudellisia tutkimuksia 15. Kansantaloudellinen yhdistys, Helsinki 1947.
- Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. Research Reports 84, STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health, Jyväskylä 1997.
- Keskimäki I, Manderbacka K, Arffman M, Turunen H, McCallum A, Leyland A. Socioeconomic differences in mortality amenable to health care in Finland in 1992–2003 (julkaisematon käsikirjoitus) 2007.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7 / 2005, Helsinki 2005.
- Mc Keown T. The Role of Medicine: Dream, mirage or nemesis? The Nuffield Trust, London 1976.
- Nolte E, McKee M. Does Health Care Save Lives? Avoidable mortality revisited. The Nuffield Trust, London 2004.
- Puro K. Terveystalouden perusteet. Tammi, Helsinki 1973.
- Puro K. Mikä rampautti terveyskeskukset. *Duodecim* 2007;123:2053.53.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.
- Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971 (27 February).
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328:555–57.
- Valkonen T. Kuolleisuuden rakenne ja kehitysnäkymät vuoteen 2000. (Julkaisematon käsikirjoitus) Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1983 (referoitu teoksessa Terveyttä kaikille vuoteen 2000).
- ks. myös Valkonen T. Socioeconomic mortality differentials in Finland. Teoksessa: Hälsa för aöa I Norden år 2000. Rapport NHV 1983, Socialstyrelsen, Stockholm 1983
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus* 2003; 2: 12–18.
- Xu, K, Evans DB, Kawabata K, Zeramini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003 Jul 12; 362: 111–117.

KIMMO LEPPÖ

LKT, kansanterveystieteen dosentti (HY)  
osastopäällikkö, STM (eläkkeellä)