

Tutkimuksella terveyttä

Pekka Puska

Terveys on eri tutkimusten mukaan ihmisten arvostuslistan aivan kärkipään asioita. Terveydestä puhutaan, sillä mainostetaan, siitä maksetaan – ja sitä tutkitaan.

Kansanterveyden kuva on itsenäisyyden aikana suuresti muuttunut. Sama muutos on nyt nopeutetulla tahdilla käynnissä kehitysmaissa. Kulkutautien ja puutostautien tilalle ovat tulleet krooniset kansantaudit, joista sydän- ja verisuonitautien osuus on ennenaikaisen kuolleisuuden kannalta ratkaiseva. Näiden tautien osuus kaikista kuolemista on länsimaissa noin puolet ja kehitysmaissakin lähes kolmasosa.

Suomalainen menestystarina sydän- ja verisuonitautien torjunnassa on erinomainen esimerkki siitä pitkäaikaisesta ja monitahoisesta prosessista, jolla tutkimuksella hankittu tieto voi johtaa väestön terveyden merkittävään muutokseen.

Kun sydän- ja verisuonitaudit sotien jälkeen Yhdysvalloissa, Suomessa ja useimmissa länsimaissa alkoivat nopeasti yleistyä, oli ensi vaiheen käsitys, että tartuntatautien väistyttyä ne ovat luonnollisia vanhenemisen ”degeneraatio-sairauksia”. Mutta huomattavat maantieteelliset erot, kuten Suomen erittäin korkeat ikävakioidut kuolleisuusluvut, viittasivat muuhun.

Vähitellen oivallettiin, että kysymys on sairauksista, joiden syitä selvittämällä voidaan päästä ennalta ehkäisyyn. Verisuonten pitkäaikaisen ahtautumisen jälkeen kallis kliininen hoito, niin tärkeää kuin se onkin, on aina vain seurausten hoitoa.

Mittava kansainvälinen tutkimus, jonka eturivissä Suomi on voinut olla, johti jo 1960-luvulla varsin vakuuttavasti keskeisten kausaalisten tekijöiden – ”riskitekijöiden” – identifiointiin. Seuraava kysymys luonnollisesti oli, voidaanko näitä riskitekijöitä muuttaa, ja miten sekä minkälaisin seurauksin. Tässä suomalainen Pohjois-Karjala projekti on ollut kansainvälisenä uranuurtajana.

Sen lisäksi, että sydän- ja verisuonitautikuolleisuus ja myös useiden muiden kroonisten tautien luvut ovat meillä dramaattisesti kaunistuneet, on arviointitutkimuksilla tuotettu suuri määrä tieteellistä dokumentointia, jolla on ollut suuri vaikutus kansainvälisiin terveysstrategioihin.

Tämä tutkimusketju on hyvä esimerkki kansanterveydellisen tutkimuksen eri asteista, joita voidaan kuvata seuraavasti: 1) mikä on ongelma, 2) mikä sen aiheuttaa, 3) mitä voidaan tehdä ja 4) miten se tehdään.

Vuosikymmenien kuluessa on tutkimuksen painopiste sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä siirtynyt kysymyksenasettelun loppupäähän. Kun riskitekijöiden determinantit ovat syvällä yhteisössä ja yhteiskunnan eri ratkaisuisissa, on huomio kiinnittynyt itse terveyteen vaikuttaviin päätöksiin eri tahoilla. Tämä on myös Suomen EU-puheenjohtajuuskauden terveysteeman – ”Health in All Policies” – tausta-ajatus.

Edellä kuvattu prosessi, joka on tuottanut valtavien terveyshyödyn suomalaisille, antaa taustaa myös moniin ajankohtaisiin tiede- ja terveystoimittisiin asioihin.

Ensinnäkin se havainnollistaa, kuinka suuret kansanterveydelliset tulokset ovat yleensä pitkäaikaisen prosessin seurausta. Kysymyksessä on asteittainen ymmärryksen lisääntyminen ja sen soveltaminen.

Kokemukset osoittavat myös, kuinka väestön terveydentilan olennainen muutos on mahdollista tutkimukseen perustuvan tiedon avulla. Kun yhteiskunta tällä hetkellä kamppailee terveydenhuollon kustannusten kanssa, voidaan vain kuvitella, mitkä haasteet terveydenhuollolle ja koko yhteiskunnalle olisivat, jos sydän- ja verisuonitautien tai esimerkiksi tupakkasyöpien luvut olisivat pysyneet 1960-luvun tasolla. Oikea tapa pitää kustannuksia kurissa ei ole supistaa budjetteja, vaan ehkäistä tauteja.

Nämä kokemukset, kuten myös monet muut

Suomen terveydenhuollon menestystarinat (lapsikuolleisuuden väheneminen, kansanterveyden paraneminen, liikennekuolemien väheneminen ym.) ovat ensisijaisesti tulosta ennalta ehkäisvästä työstä. Kalliin ja sinänsä tarpeellisen kliinisen hoidon osuus on ollut varsin rajallinen.

Erittäin suuri osa tämän päivän lääketieteellisestä tutkimusrahoituksesta suuntautuu biolääketieteen, solubiologian ja genetiikan alalle. Tällä haetaan uusia lääkkeitä, diagnostisia keinoja ja riskin arviointia. Tähänastiset kokemukset osoittavat kuitenkin, kuinka kansanterveyden edistysaskelet ovat ensisijaisesti perustuneet epidemiologisen tutkimuksen osoittamien riskitekijöiden vähentämiseen. Biolääketieteen tutkimus on sitten tuonut tärkeää lisää riskitekijöiden vaikutusmekanismien ymmärtämiseen ja sitä kautta esimerkiksi lääkehoidon kehittämiseen.

Tällä ei ole tarkoitus aliarvioida biolääketieteen tutkimusta. Myös siihen tulee panostaa. On kuitenkin tärkeää korostaa epidemiologisen ja kansanterveystutkimuksen merkitystä tautien ehkäisytyön perustana, minkä tulisi näkyä myös tiedepoliittisessa tutkimusrahoituksessa nykyistä enemmän.

Kuvatut kokemukset osoittavat myös, kuinka hyödyllistä on terveystutkimuksen ja kansanterveystyön läheinen yhteys. Suomen oloissa tämä on merkinnyt varsin vahvaa kansanterveyslaitosta. Yliopistojen akateemista tutkimusta tarvitaan, mutta kansanterveyslaitoksen tapainen laitos pystyy tarjoamaan valtionhallinnolle pitkäaikaisen asiantuntijapohjan, jossa tutkimus, terveysseuranta ja asiantuntijaohjaus palvelevat toisiaan.

Kun valtionhallinnossa pyritään ns. tuottavuusohjelmalla vähentämään valtion laitosten henkilökuntaa ja resursseja, herää kysymys, miten tuottavuutta terveysalalla parhaiten tuetaan. Suomessa on sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä noin 300 000–400 000 työntekijää. Ei varmaan ole kovin viisasta supistaa juuri sitä varsin suppeaa asiantuntijajoukkoa, joka valtion tutkimuslaitoksissa pyrkii tutkimukseen perustuvilla innovaatioilla ohjaamaan kentän työtä tautien tulokselliseen torjuntaan. Se on kai tuottavuuden tukemista parhaimmillaan.

Esitetty kokemus liittyy myös kysymykseen valtion "sektoritutkimuslaitosten" roolista ja kehittämisestä. Asiaa pohtii parhaillaan valtion tiede- ja teknologianeuvoston asettama työryhmä.

Samalla kun yliopistojen akateemisen tutkimuksen rooli uusien innovaatioiden tuottajana on ehdottoman tärkeä, sektoritutkimuslaitoksilla on eräillä aloilla erittäin keskeinen rooli pysyvässä informaatio-ohjauksessa. Kansanterveyslaitoksen osalta kysymys on edellä kuvatun kaltaisen pitkäaikaisen "tutkimuksesta kansanterveyteen" johtavien prosessien ohjaamisessa ja maan erilaisten kansanterveysohjelmien pätevässä tukemisessa.

Suomen kokoisessa suhteellisen pienessä maassa on tärkeää huolehtia kansainvälisesti kilpailukykyisten tutkimuskeskusten olemassa olosta. Vain riittävän laaja tutkimuslaitos pystyy luomaan tulokselliset tieteelliset puitteet ja riittävän vahvan infrastruktuurin. Tätä tarvitaan kilpailukykyisen tutkimusrahoituksen turvaamiseksi – niin kansainvälisesti kuin kotimaasta.

Olemalla vahvasti mukana kansainvälisessä huippututkimuksessa ollaan myös mukana alan uusimmassa kehityksessä. Vain sitä kautta voidaan mahdollistaa uuden tiedon nopea soveltaminen, mikä on valtion sektorilaitoksen toinen keskeinen tehtävä ja vahvuus. Tutkimuksen ja tulosten yhteiskunnallisen soveltamisen välinen yhteys hyödyttää molempia tehtäviä ja merkitsee Suomen kaltaisessa pienehkössä maassa voimavarojen keskittämistä ja kriittisen osaamismassan kasvattamista, mikä turvaa niin tiede- ja teknologianeuvoston tavoitteita kuin pyrkimystä tuottavuuden kasvattamiseen.

Vanhaan aikaan ihmiset olivat terveitä tai sairaita. Itsenäisyyden ajan tavaton edistyminen kansanterveydessä on suurelta osin perustunut siihen, että tutkimustiedon perusteella on yhä enemmän ymmärretty sekä terveyttä heikentäviä että suojaavia tekijöitä, ja tämän perusteella niin väestö kuin yhteiskunta ovat ryhtyneet erilaisiin toimiin terveysriskien vähentämiseksi.

Tautiriskit ja niiden determinantit ovat yhä enemmän esillä yhteiskunnan toimissa ja päätöksissä. Se merkitsee tutkimustiedon yhä keskeisempää asemaa – ja myös vastuuta. Tämä on kuitenkin ainoa tie pysyviin ja usein aikaa vieviin terveydellisiin innovaatioihin, jotka tuovat ihmisille lisää elinvuosia, mutta myös vuosiin lisää terveyttä ja toimintakykyä.

Kirjoittaja on LKT, VTM ja Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja.