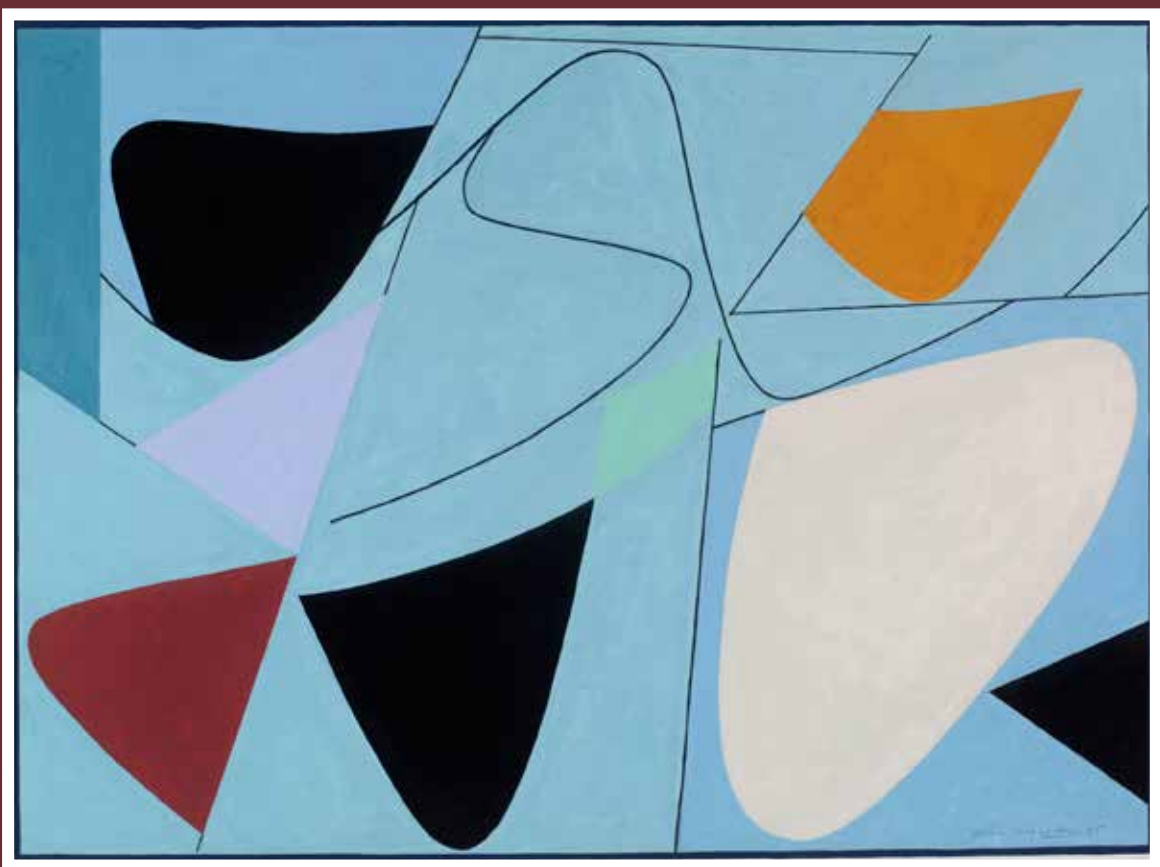


Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt

Marita Sihto
Hannele Palosuo
Päivi Topo
Lauri Vuorenkoski
Kimmo Leppo
(toim.)



Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo,
Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo (toim.)

Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Göran Augustson, Saaristovalssi, 1975, guassi pahville, 52 x 70 cm
Nykytaiteen museo Kiasma. © Kuvasto 2013

Kuvaaja: Valtion taidemuseo/Kuvataiteen keskuarkisto/Petri Virtanen

Taitto: Raili Silius

ISBN 978-952-245-815-5(painettu)

ISBN 978-952-245-814-8 (verkkójulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>

Teema 17 • 2013

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013

Saatteeksi

WHO:n laajassa terveystermistössä viitataan terveyden eri ulottuvuuksiin: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Terveyspoliittisen toiminnan tulisi vastaavasti olla ulottuvuuksiltaan laaja-alaista. Siinä on vaikutettava sosiaalis-rakenteellisiin tekijöihin, riskiolosuhteisiin, palvelujärjestelmän toimintaan sekä psykososiaalisiin, fysiologisiin ja käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin.

Terveyspolitiikka nähdään käsillä olevassa kirjassa osana yhteiskuntapolitiikkaa ja yhteydessä monimutkaistuvaan ja samalla myös kansainvälistyvään toimintaympäristöön. Terveyspolitiikan toiminta-alueita esitellään eri tasoilla kuntatasolta kansainväliselle tasolle asti. Suomalaisen terveystermistön ”pitkää linjaa” esitellään laajana kokonaisuutena ja yhteydessä WHO:n terveystermistön kehitykseen. Globaalia ja EU:n terveystermistöä koskevissa kirjoituksissa arvioidaan näiden vaikutuksia Suomeen. Tarkasteltavana on myös Suomesta käsin tehtävä kehitysyhteistyö.

Erillistarkastelun kohteena ovat terveydenhuoltopolitiikan, lääkepolitiikan, ympäristöterveyden ja terveydensuojelun lisäksi vanhuuspolitiikka, mielenterveyspolitiikka, alkoholipolitiikka, tupakkapolitiikka ja ravitsemuspolitiikka. Ne kuvaavat omalta osaltaan hallinnolliset sektorirajat ylittävää toimintaa ja terveystermistöä osana julkista politiikkaa. ”Terveys kaikissa politiikoissa” -lähestymistavasta annetaan havainnollisia esimerkkejä prosesseista, joissa tavoitteita onnistuttiin saavuttamaan, ja myös sellaisista, joissa onnistuttiin huonommin.

Oman kuvauksensa saavat merkittävät kokeiluohjelmat, terveysturva, työsuojelu, kuntoutus ja terveyserot terveystermistönä kysymyksenä. Terveys- ja sosiaalipalveluista sekä ehkäisevästä työstä on myös oma laaja osansa, samoin terveystermistön eri alojen toimijoista.

Terveyden taso on Suomessa kohentunut viime vuosikymmeninä monien osoittimien valossa. Kääntöpuolella on sosioekonomisten terveyserojen kasvu. Ne ovat osoitus hyvinvoinnin vajeista. Näihin puuttumisessa riittäviä eivät ole pelkästään sektorikohtaiset toimet vaan tarvitaan laaja-alaista sosiaalipolitiikkaa, koulutuspolitiikkaa sekä talous- ja elinkeinopolitiikkaa. Näihin liittyvien toimien tulisi purettua myös sosiaalisen ja terveydellisen huono-osaisuuden syihin. Terveystermistökassa

onkin syytä tarkastella hyvinvointi- ja terveyseroja sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmana, eikä toisistaan irrallisina. Yhtä lailla hyvinvointitutkimukseen pitäisi vahvemmin sisällyttää terveyden sosiaalinen ulottuvuus.

Terveyspolitiikka on yhteiskunnallisesti merkittävää toimintaa. Suomessa terveyspolitiikka onkin perinteisesti ollut osa sosiaalipolitiikkaa, mutta tämä yhteys on heikentynyt. Vaikuttaa siltä, että terveyspolitiikassa tarvitaan nyt uutta suuntautumista. Tätä edustaa tärkeä WHO:n komission raportti *Closing the Gap* terveyden sosiaalisista determinanteista. Siinä tavoitteeksi asetetaan hyvinvoinnin tasavertaisten edellytysten turvaaminen ja sosiaalis-rakenteellisiin tekijöihin vaikuttaminen ja sitä kautta myös terveydellisen eriarvoisuuden vähentäminen.

Käsillä oleva kirja on monipuolinen terveyspolitiikan kokonaisuus, joka pohjautuu vahvaan suomalaiseen ja kansainväliseen tutkimustietoon ja myös vankkaan käytännön kokemuksesta saatuun asiantuntijatietoon. Kirja tarjoaa perustiedon ohella paljon eväitä tutkimuksen ja politiikkatoimien kehittämiseen. Tätä kaikkea tarvitaan, kun politiikan vaikuttavuutta yritetään lisätä vastaamaan muuttuvan yhteiskunnan tarpeisiin.

Marja Vaarama
ylijohtaja

Toimitusryhmän esipuhe

Suomesta on pitkään puuttunut terveystieteiden moninaisuutta ja kytkentöjä valottava oppikirjaksi soveltuva teos. Ajatus kirjan kokoamisesta ehti itää monta vuotta, ja toimeen ryhdyttiin joitakin vuosia sitten. Toimitusryhmä suunnitteli kirjan sisällön ja rakenteen, joita puitiin kirjoittajakokouksessa kesäkuussa 2010. Kirjoittajat oli helppo saada suostumaan kirjoitustehtävään – ja vaikutelma kirjan tarpeellisuudesta vahvistui.

Kirjassa on haluttu kattaa terveystieteiden keskeiset alueet sekä historiallisesti että nykyaikana, ja siinä pyritään valottamaan erityisesti käytännön terveystieteiden reaalimaailmaa ja sen hallinnollis-poliittista todellisuutta. Tällaista terveystieteiden kokoomateosta ei tietääksemme ole Suomessa aikaisemmin tehty. Kirjasta tuli näistä lähtökohdista varsin laaja. Kirjoittajia on yhteensä 53. Kaikilla kirjoittajilla on pitkä ja monipuolinen kokemus kirjoituksensa aihealueesta. Kirjoitukset kuitenkin myös arvioitiin, ja toimitusryhmä sai merkittävää apua monilta asiantuntijoilta: Elina Hemminki, Jutta Järvelin, Tapani Melkas, Sari Miettinen, Pia Mäkelä, Hanna Rättö, Vappu Taipale, Anni Vilkkonen ja Kristian Wahlbeck. Esitämme heille parhaimmat kiitoksemme. Lisäksi haluamme kiittää erikseen Tapani Melkasta, joka opasti kirjan sisältösuunnittelussa. Toimitusryhmän jäsenet toimivat omilla asiantuntemusalueillaan kirjoitusten arvioijina.

Kirjaa ajateltiin alusta pitäen sellaiseksi, että se soveltuisi korkeakoulutasolle oppikirjaksi ja samalla myös terveystieteiden alueen varsin laajaksi ja kattavaksi käsikirjaksi. Kirjoitukset ovat kaikki itsenäisiä kokonaisuuksia, joten kirja toiminee myös sekä ajankohtaisena että historiaa valottavana terveystieteiden lukemistona terveystieteistä kiinnostuneelle lukijalle.

Kirja ilmestyy Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaisuna, mistä oli toimitustyön kannalta suuri etu. Julkaisuosastolta saamamme ammattitaitoinen apu kirjan suunnitteluvaiheissa ja sen painokuntoon saattamisessa oli korvaamattoman arvokasta. Kiitämme erityisesti Maria Kurosta ja Tuukka Lahtea sekä Raili Siliusta, Seija Puroa ja Päivi Hauhiaa hyvästä yhteistyöstä. Sirkka Laukonsuota kiitämme kirjoitusten suomen kielen tarkastuksesta. Kirjan toimitustyössä oli jonkin aikaa apuna Sanna Parrukoski, jota kiitämme taitavasta ja huolellisesta työstä. THL:n tietopalve-

lua ja kirjastoa, erityisesti Ritva Miikkiä, kiitämme lähdemateriaalin toimittamisesta kirjan kirjoitus- ja toimitustyön kuluessa. Merkittävä osa toimitustyöstä on tehty THL:n Hyvinvointi ja terveystoimialalla, jonka ylijohtaja Marja Vaarama ystävällisesti kirjoitti teoksen esipuheen.

Helsingissä Kalevalan päivänä 28.2.2013

Marita Sihto

Hannele Palosuo

Päivi Topo

Lauri Vuorenkoski

Kimmo Leppo

Sisällysluettelo

Saatteeksi <i>Marja Vaarama</i>	3
Toimitusryhmän esipuhe	5
Johdanto <i>Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo</i>	9
I TERVEYSPOLITIIKAN PERUSTA	13
1 Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja <i>Marita Sihto</i>	14
2 Terveyden sosiaaliset määrittäjät <i>Hannele Palosuo & Eero Lahelma</i>	39
3 Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot <i>Seppo Koskinen & Tuija Martelin</i>	56
4 Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskien tulkintaan <i>Marja-Liisa Honkasalo</i>	68
5 Sosiaali- ja terveystietoa kaikille <i>Mika Gissler & Tuija Martelin</i>	81
II TERVEYSPOLITIikka KANSANTERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ	85
6 Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti <i>Kimmo Leppo</i>	86
7 Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta <i>Mari Hakkala</i>	103
8 Aluetason terveyspolitiikka <i>Sakari Suominen & Hanna Lintula</i>	109
9 Kokeiluohjelmat terveyspolitiikan tukena <i>Tiina Laatikainen, Markku Peltonen & Pekka Puska</i>	114
10 Terveysturva <i>Pertti Honkanen</i>	119
11 Työsuojelusta työhyvinvointiin <i>Simo Salminen</i>	127
12 Kuntoutuksen monialaisuus <i>Vappu Karjalainen</i>	131
13 Köyhyyden torjunnasta toimintakyvyn edistämiseen: vanhuspolitiikka terveyspolitiikan näkökulmasta <i>Päivi Topo</i>	139
14 Ympäristöterveys ja terveysvalvonta <i>Helena Mussalo-Rauhamaa</i>	145
15 Infektioautien torjunta osana terveyden suojelua <i>Petri Ruutu</i>	157
16 Terveydenhuoltopolitiikka <i>Juhani Lehto</i>	160
17 Lääkepolitiikka <i>Lauri Vuorenkoski</i>	169
18 Mielen terveyden politiikka <i>Jarkko Eskola & Vappu Taipale</i>	175
19 Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP) <i>Tapani Melkas</i>	187
20 Näyttöön perustuva alkoholipolitiikka <i>Leena Warsell</i>	200
21 Terveystavoitteinen tupakkapolitiikka <i>Tapani Melkas</i>	208
22 Ravitsemuspolitiikka <i>Sirpa Sarlio-Lähteenkorva</i>	217
23 Terveyserot terveystieteiden kysymyksenä <i>Marita Sihto & Hannele Palosuo</i>	223

III PALVELUT JA EHKÄISEVÄ TYÖ 241

24	Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut <i>Simo Kokko</i>	242
25	Terveyspalvelut ja terveyserot <i>Kristiina Manderbacka & Ilmo Keskimäki</i>	261
26	Suun terveydenhuollossa aikuisten vuoro <i>Eeva Widström</i>	267
27	Terveydenhuollon priorisointi <i>Johanna Lammintakanen</i>	270
28	Terveydenhuollon menetelmien arviointi – päätösten tukena <i>Sirpa-Liisa Hovi & Marjukka Mäkelä</i>	274
29	Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto terveydenhoitajan työssä <i>Marjaana Pelkonen</i>	279
30	Terveyden edistäminen lääkärin työssä <i>Paula Vainiomäki & Päivi Rautava</i>	289
31	Iäkkäiden ihmisten palvelut <i>Päivi Voutilainen</i>	299
32	Mielenterveyspalvelut <i>Juha Moring</i>	305
33	Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut <i>Tytti Solantaus & Päivi Santalahti</i>	309
34	Työterveyshuolto: sairaanhoitovaltaisuutta ja liikelaitostumista <i>Pekka Virtanen</i>	314
35	Päihdepalvelut <i>Airi Partanen</i>	320

IV TERVEYSPOLIITTISIA INTRESSI- JA ETURYHMIÄ 327

36	Eduskuntapuolueiden terveystoliittiset linjaukset 2000-luvulla <i>Arttu Saarinen</i>	328
37	Sosiaali- ja terveysjärjestöt terveystoliittisina toimijoina <i>Pirjo Koskinen-Ollonqvist & Mervi Aalto-Kallio</i>	338
38	Potilasjärjestöjen muuttuva rooli <i>Hanna Toiviainen</i>	348
39	Terveydenhuollon ammattiryhmien terveystoliittiset näkemykset <i>Mikko Jauho</i>	357

V TERVEYSPOLITIIKAN KANSAINVÄLINEN TOIMINTAKENTTÄ JA TERVEYTEEN VAIKUTTAVA TOIMINTA 373

40	Kansainvälinen ja globaali terveystoliittikka – toimijat, asialistat ja politiikka <i>Meri Koivusalo & Eeva Ollila</i>	374
41	Euroopan unioni ja kansallinen terveystoliittikka <i>Meri Koivusalo & Eeva Ollila</i>	390
42	Sosiaali- ja terveysalan lähialueyhteistyö <i>Pauliina Aarva & Mikko Vienonen</i>	409
43	Terveysalan kehitysyhteistyö <i>Marja Anttila</i>	414

Lopuksi: terveystoliittikka edistää, ehkäisee, suojelee ja hoitaa *Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo* 419

Kirjoittajat 426

Johdanto

Käsillä olevan kirjan päätarkoituksena on esitellä terveyspolitiikkaa *toimintana*, jolla edistetään terveyspolitiikan julkilausuttuja tavoitteita. Terveyspolitiikalla vaikutetaan olennaisesti kansanterveyteen sekä yksilöiden terveyteen ja sairauksiin. Yhteiskunnassa tapahtuu jatkuvasti muutoksia, joilla on välillisiä ja välittömiä vaikutuksia väestön terveyteen. Sen vuoksi onkin tärkeää muistuttaa yhä uudelleen terveyspoliittisten tavoitteiden pääsisällöistä. Väestön mahdollisimman hyvä terveys ja sen mahdollisimman tasainen jakauma on muotoiltu Suomen terveyspolitiikan tavoitteiksi jo 40 vuotta sitten. Tässä teoksessa kartoitetaan, millä toimilla terveyspolitiikka on näihin tavoitteisiin pyrkinyt vastaamaan.

Kirjan keskeisenä pyrkimyksenä on tehdä terveyspoliittisesta toiminnasta *näkyvää*. Kirjan luvuissa avataan ”terveyspolitiikan sisäistä elämää” analysoimalla millä toimilla, keinoilla ja menetelmillä eri alojen ja tasojen toimijat edistävät terveyspolitiikan tavoitteita. Kirjoituksissa käsitellään myös esteitä ja ongelmia, joiden vuoksi tavoitteita ei aina ole saavutettu. Ne voivat liittyä terveyspolitiikassa vaikeasti ratkaistaviin kysymyksiin, kuten sosioekonomisiin terveyseroihin tai intressiristiriitoihin, joihin törmätään silloin kun vastakkain ovat taloudelliset edut ja terveyden edistäminen. Terveyspolitiikka kytkeytyy osaksi yhteiskuntapolitiikkaa ja myös kansalliset rajat ylittävää päätöksentekoa, joissa punnitaan terveysintressien ja muiden intressien välistä suhdetta ja terveysalan liikkumavaraa.

Kirjan luvuissa terveyspolitiikka paikallistetaan osaksi monialaista ja muuttuvaa yhteiskunnallista toimintaympäristöä. Terveydenhuollon lisäksi valotetaan laajasti myös terveyspolitiikan muita alueita ja tasoja. Käsitys terveyspolitiikan monitahoisesta alueesta pohjautuu lähtökohtaan, jonka mukaan väestön terveyttä määrittävät terveydenhuollon toimien lisäksi olennaisesti elinolosuhteet sekä muut yhteiskunnalliset ja taloudelliset tekijät. Kansallisen tason lisäksi huomioon on otettava aluetaso ja kuntataso, ja enenevästi myös EU toimintaympäristönä sekä globaali taso. Terveyspolitiikka ei ole vain terveyshallinnon tai ylipäätään julkishallinnon toimintaa. Sen vuoksi kirjassa kuvataan julkishallinnollisten toimijoiden lisäksi kolmatta sektoria eli järjestöjä. Keskeisiä toimijoita ovat myös terveydenhuollon vahvat ammattiryhmät ja poliittiset puolueet. Eduskuntapuolueiden terveyspoliittisilla kannanotoilla on lisäksi aina oma kiinnostavuutensa.

Terveyttä edistetään usein parhaiten erilaisilla yhteiskuntapoliittisilla toimilla ja myös niin sanotulla intersektoriaalisella eli eri hallinnonaloja koskettavalla ter-

veyspolitiikalla. Kirjan lukujen ote terveystieteeseen poikkeaa sekä tavanomaisesta tutkimuskirjallisuudessa esitetystä tarkastelutavasta että hallinnollispoliittisesta käytännöstä, joissa pääkiinnostuksen kohteena on usein terveystieteiden operatiivinen taso eli terveydenhuolto. Jos terveystieteen rajataan vain terveydenhuollon toimintaan, keskustellaan yleensä lähinnä sairauksien, tautien ja vammojen hoidosta sekä niiden ehkäisystä terveydenhuollon osalta. Tämän kirjan tavoitteena on kuitenkin selvittää myös muiden keskeisten toimien ja toimijoiden rooleja sekä monialaisen, pitkäjänteisen yhteistyön merkitystä.

Suomessa ei ole tehty laaja-alaista terveystieteen käsittelevää tietokirjaa useaan vuosikymmeneen. Tällainen laajasti terveystieteen käsittelevä teos oli Kari Puron *Terveystieteen perusteet*, joka ilmestyi vuonna 1973. Harvalukuiset myöhemmät aiheita käsittelevät kirjat ovat sisällöltään suppeampia. Käsillä oleva kirja avaa yli viidenkymmenen asiantuntijan voimin terveystieteen laajaa kirjoa. Kirjoittajissa on mukana monia pitkän linjan terveystieteen tutkijoita ja vaikuttajia. Heidän kirjoituksistaan välittyy erityisen selvänä terveyden puolesta tehtävän pitkäjänteisen, määrätietoisen toiminnan tarve ja arvo.

Kirja on jaettu viiteen osaan. Kussakin osassa on useita perusteellisia katsauksia ja tarkasteluja keskeisistä terveystieteellisistä kysymyksistä. Niitä täydentämään on pyydetty lyhyet ja tiiviit artikkelit, jotka puolestaan keskittyvät johonkin terveystieteen erityiskysymykseen. Näin lukija saa tarkasteltavakseen terveystieteen ikään kuin viuhkana, jossa politiikan eri osa-alueet pyrkivät yhdessä ylläpitämään ja edistämään samaa päämäärää, kansanterveyttä.

Terveystieteen sisältöä ja keskeisiä käsitteitä taustoitetaan erityisesti kirjan alkuosassa. Käsitteellisen ja historiallisen pohdinnan tavoitteena on selkiyttää kuvaa terveystieteen moniulotteisesta kokonaisuudesta sekä siihen sisältyvistä erilaisista tulkinnoista. Tämä on tärkeää, koska käsitteiden erilainen ymmärrys heijastuu käytännön toimintaan erilaisina lähestymistapoina. Tähän liittyvästi käydään läpi kansanterveyden, terveystieteen sekä terveyden edistämisen erilaisia painotuksia ja tulkintoja sekä selvitetään, miten sosiaaliset ilmiöt määrittävät terveyttä. Kansanterveyden kehityssuuntia ja terveyden jakautumista kuvataan eri osoittimien valossa ja esitellään erikseen terveyteen liittyviä tietojärjestelmiä, jotka ovat välttämättömiä terveystieteellisen toiminnan kehittämisessä. Samoin omassa luvussaan kuvataan sairauksien, sairauksien riskitekijöiden ja sairauden kokemusten kulttuurista jäsentyneisyyttä.

Toisessa osassa luodaan katsaus suomalaisen terveystieteen kehittämiseen ja sen kansainvälisiin yhteyksiin. Esiin nostetaan suomalaiselle yhteiskunnalle ominaisia piirteitä, kuten kansallisen tietohallinnon merkitys kuntien kannalta, erilaiset terveystieteen konkreettiset kokeiluohjelmat sekä aluetason terveystieteellinen toiminta. Lisäksi kuvataan terveyden, työsuojelun, kuntoutuksen sekä ikääntymistieteiden terveystieteellisiä ulottuvuuksia. Samoin tässä osassa kuvataan kansanterveyden kehittämisessä historiallisesti merkittäviä mutta edelleen tärkeitä ympäristöterveyden ja infektio- ja tartuntatauteihin liittyviä terveystieteellisiä toimia. Oman

osansa saa terveydenhuoltopolitiikka ja erikseen tarkemmin lääkepolitiikka. Omana kokonaisuutenaan on terveyspolitiikan olennainen osa, mielenterveyden politiikka. Suomi on kansainvälisestikin profiloitunut *terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan puolestapuhujana eli siinä, miten terveysnäkökulma otetaan huomioon myös muussa kuin perinteisesti terveyteen liitettyssä toiminnassa. Tässä yhteydessä esitellään muun muassa sekä hyvin onnistuneita että myös huonommin menestyneitä pyrkimyksiä edistää terveyttä alkoholi-, tupakka- ja ravitsemuspolitiikan alueilla. Viimeisenä pohditaan terveyspolitiikassa vaikeaa kysymystä, sosiaaliryhmittäisiä terveyseroja ja niiden vähentämiseen liittyviä mahdollisuuksia ja hankaluuksia.

Kolmas osa keskittyy palveluihin ja ennalta ehkäisevään työhön. Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisujen kuvauksen ohella pohditaan terveyspolitiikan tavoitteiden toteutumista terveydenhuollon ja suun terveydenhuollon osalta. Samoin pohditaan priorisoinnin ja terveydenhuollon menetelmärviöinnin merkitystä terveydenhuoltopolitiikan välineinä. Toisena painopisteenä terveyspalveluiden järjestämisen ja toiminnan ohella on ennaltaehkäisevä työ, jota kuvataan erityisesti lääkärin ja terveydenhoitajan työn kautta. Tämän jälkeen esitellään iäkkäiden ihmisten palveluja, mielenterveyspalveluja, päihdepalveluja ja työterveyshuoltoa terveyspolitiikan näkökulmasta.

Kirjan neljäs osa tarkastelee erilaisia terveyspolitiikan kentällä vaikuttavia ja toimivia intressiryhmiä. Näitä ovat eduskuntapuolueet, ammattiryhmät, sosiaali- ja terveysjärjestöt sekä potilasjärjestöt.

Viides osa kuvaa terveyspolitiikan kansainvälistä ja ylikansallista toimintakenttää. Aluksi esitellään kansainvälisen terveyspolitiikan arvoperustaa, alan toimijoita sekä sitä, miten erilaiset terveyspoliittiset asiat päätyvät kansainvälisille asialistoille ja politiikassa eteenpäin vietäviksi. Sen jälkeen selvitetään Euroopan unionin harjoittamaa terveyspolitiikkaa ja sen merkitystä kansalliselle terveyspolitiikalle. Lopuksi kuvataan lähialueyhteistyötä ja kehitysyhteistyötä suomalaisen terveyspolitiikan näkökulmasta. Kirjan loppuluvussa vedetään yhteen terveyspolitiikan keskeisiä kysymyksiä ja pohditaan terveyspolitiikan aukkoja.

I osa

Terveyspolitiikan
perusta

1 Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja

Terveyspolitiikan, kansanterveyden ja terveyden edistämisen sisältöalueet ovat osin päällekkäisiä, mutta niillä on myös oma historiansa. Terveyspolitiikasta alettiin Suomessa puhua vasta 1960-luvulla, ja terveyden edistäminen nousi terveystieteelliseen keskusteluun nykymuotoisena myöhemmin. Kansanterveys on vanhempaa perua. Tässä luvussa käydään läpi näiden alueiden käsitteisisältöjä ja kehitystä sekä niiden merkitystä terveystieteiden käytännölle ja tutkimukselle lähtien liikkeelle vanhimmasta, kansanterveyden käsitteestä.

Kansanterveydellä viitataan tieto- ja toimintakokonaisuuteen, joka pyrkii edistämään kollektiivisesti väestön terveyttä (population health) (Baum 2002, 14; Institute of Medicine 2002; Baker ym. 2005; Munthe 2008, 41). Kansanterveyden määritelmässä painotetaan kollektiivista toimintaa väestön terveyteen vaikuttamisessa, eikä siten kyse ole yksilöiden terveyden kohentamisesta (Leppo 1985, 2245; Medin 2005, 202; viittaus Nijhuis & Van der Masen 1994).

Kansanterveyden perustana pidetään ympäristöhygienia-ajattelua 1800-luvulla (Webster & French 2002, 6; Harjula 2007; ks. myös Mussalo-Rauhamaa tässä teoksessa, luku 14). Ensimmäisessä vaiheessa huomiota kiinnitettiin tarttuviin tauteihin ja ympäristön terveellisyyteen, toisessa vaiheessa ei-tarttuviin tauteihin ja bakteriologiaan. Kolmannessa vaiheessa painopisteenä oli kasvatus ja henkilökohtainen terveystieteellinen neuvonta (Berridge 2010, 14). Klassisessa kansanterveyden määritelmässä viitataan sekä tiedeperustaan että toimintatapaan, jolla ehkäistään tauteja, pidennetään elinikää ja edistetään terveyttä yhteiskunnan organisoiduilla toimilla (Winslow 1920; sit. Baggott 2000). Kansanterveyden edistämiseen kuuluu tämän mukaan olennaisesti myös *toiminnallinen* puoli, ei vain terveyden sisällöllinen määrittely. Tähän on syytä kiinnittää huomiota, sillä toiminnallinen puoli jää usein vähälle huomiolle kansanterveyttä ja sen saavuttamista koskevassa keskustelussa. Tätä on myös luonnehdittu ainaiseksi jännitteeksi kansanterveystieteen (*science*) ja kansanterveyden käytännön (*practice*) välillä, jälkimmäisen häviöksi (Hunter 2007, 36). Tiedollisen puolen korostaminen toiminnan kustannuksella näkyy esimerkiksi siinä, että kansanterveyttä usein käsitellään kirjallisuudessa tautien tai sairauksien luettelonomaisena kuvauksena, mutta käytännön toimenpiteet jäävät puuttumaan.

Kansainvälisessä keskustelussa englanninkielisellä kansanterveys-käsitteellä ei

vaikuta olevan yhteistä käsitesisältöä. Esimerkiksi Charles Webster ja Jeff French (2002, 5–7) toteavat sen sisältävän sekaannusta, kilpailevia intressejä ja omaleimaisia tulkintoja historiallisesta kehityksestä. He myös liittävät kansanterveyden terveyden edistämiseen (*health promotion*) (mts. 6). Myös muussa eurooppalaisessa keskustelussa on erilaisia tulkintatapoja. Kansanterveyden katsotaan tiedon alana kuuluvan ”terveystieteisiin” tai ”terveyden edistämiseen” (Kaiser & Mackenbach 2008).

Tiedon, tieteen ja toiminnan kattavalle public health -käsitteelle ei ole Suomesakaan yksiselitteistä vastinetta tai käännöstä, ja siksi näiden käsitteiden sisältöä on tarpeen eriyttää. Suomalaisessa keskustelussa kansanterveys-käsitteellä on viitattu kansanterveystieteeseen, kansanterveystyöhön¹ tai kansanterveyteen. Toiminnalliseen puoleen viittaavan kansanterveystyön voi ajatella sisältyvän nykykielen mukaisen terveyspolitiikka-käsitteen alle (vrt. Harjula 2006), ja siihen voi sisältyä myös kunnalliseen terveydenhuoltotoimintaan viittaava kansanterveystyö. Lisäksi voi olla syytä erottaa toisistaan kansanterveystiede ja kansanterveyden tila (jota kuvataan eri osoittimilla esimerkiksi osana kansanterveystiedettä). Kansanterveystiede on kiinnostunut kokonaisia ihmisryhmiä koskettavista terveystieteistä (Nissinen ym. 1994, 13).² Modernia kansanterveystiedettä on luonnehdittu monitieteiseksi: siinä nojaututaan muihin tieteenaloihin, esimerkiksi kliiniseen lääketieteeseen, fysiologiaan ja terveyden sosiologiaan (Kauhanen ym. 1998, 11–12).

Kansanterveydellisen toiminnan historiallisena taustana on terveydenhoito hygieniana³ (esim. Rantasalo 1990) ja sosiaalilääketieteellinen tutkimusperinne⁴ (Kariisto ym. 1990). Suomessa oppialaa nimettiin hygieniaksi 1800-luvun puolivälissä (Vuorinen 2006, 87) ja Helsingin yliopistossa se nimettiin kansanterveystieteeksi vuonna 1971 (Rantasalo 1990, 252). Suomessa on 1800-luvun ja 1900-luvun alun vaiheita kuvattu yleisen hygienian, sosiaalhygienian ja yksilökohtaisen hygienian kaudeksi. Pääsisältönä oli valistus, terveellisen ympäristön korostaminen, asunto-

1 Matti Rimpelä (2010, 12) toteaa kansanterveys-käsitteen sisältävän sekä väestön terveyden tutkimisen että toiminnan sen edistämiseksi. Tällöin käsitteellä voi katsoa olevan myös yhteys terveyspoliittiseen toimintaan: kansanterveys toimintana on terveyspolitiikan harjoittamista. Rimpelän mukaan kansanterveystyö-käsite voisi korvata public health -käsitteen, mutta hän huomauttaa kansanterveystyön tarkoittavan kansanterveyslain mukaan yksilöön kohdistuvaa perusterveydenhuoltoa. Kansanterveyslaissa kansanterveystyö tarkoittaa yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen (ks. myös Kauhanen ym. 1998, 13). Kansanterveyslaissa kansanterveystyö ei koske kansallista toimintaa muuta kuin johtamisen, ohjauksen ja valvonnan mielessä.

2 Aulikki Nissinen ja hänen työtoverinsa (1994, 14) viittaavat WHO:n määrittelytapaan, jonka pohjalta he tulkitsevat kansanterveystieteen public health -käsitteen synonyymiksi. Kansanterveystyö määritellään terveyspolitiikan toimintalohkoksi, joka painottuu väestötason terveyden edistämiseen (mts. 19). Heidän mukaansa kansanterveystyön strateginen päämäärä on kansanterveyden edistäminen (*health promotion*) ja tärkein väline on terveyspolitiikka (mt.).

3 Hygienia on määritelty ennaltaehkäiseväksi terveydenhoito-opiksi (Harjula 2006, 102).

4 Nissisen ja työtovereiden mukaan (1994, 15; ks. myös Berridge 2010, 22) sosiaalilääketiede (*social medicine*) oli aikaisemmin synonyymi koko kansanterveystieteelle ja sillä ymmärrettiin terveystiedettä, joka paneutuu sosiaalisten tekijöiden selvittelyyn väestötason terveystieteissä (mt.). Ranja Aukee (2007, 179) puolestaan arvioi, että sosioekonominen terveystutkimus on korvaamassa sosiaalilääketieteen.

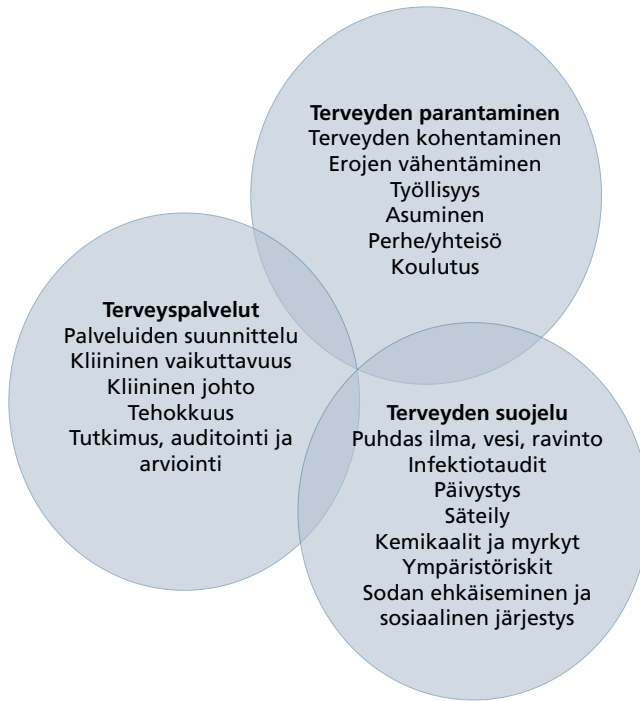
olojen kohentaminen sekä vesi- ja viemäriverkoston rakentaminen. Sosiaalihygieniä korosti yhteiskunnallisten olojen yhteyttä terveyteen (Harjula 2007, 36). Hygieniä-idean leviämisen alkuna pidetään vuoden 1832 piirilääkärijohtosääntöä, joka edellytti viranhaltijoiden tarkkailevan terveyteen vaikuttavia epäkohtia (mts. 17). Kunnanlääkäreiden rooli oli tässä keskeinen, ja heistä tuli ehkäisevän terveydenhuollon johtajia (Kaprio 1990,194). Leo Kaprio (mt.) luonnehtii tätä kehitystä osana preventiivisen lääketieteen historiaa. Kansanterveysajattelun uranuurtaja Konrad ReijoWaara (alk. Relander) korosti ehkäisevää terveydenhoitoa potilashoidon ohella (Karisto & Lahelma 1992, ix). Antti Kariston ja Eero Lahelman mukaan (mts. vii) elinolojen ja terveyden yhteyttä korostava suuntaus eli kultakauttaan 1800–1900-lukujen vaihteessa, minkä jälkeen kiinnostus kohdistui tautispesifiin tutkimukseen ja biolääketieteeseen. Hygieniä oli kuitenkin painopisteenä suomalaisessa terveystieteessä 1940–1950-luvulle saakka (Harjula 2007, 39).

Käsitteitä käytetään siis vaihtelevasti ja voi jopa kysyä, vaikeuttaako käsitteiden moninaisuus selkeän kuvan muodostamista kansanterveydestä ja siihen vaikuttamisesta. Esimerkiksi Rimpelä (2005, 59) on todennut, että Ottawan terveyden edistämisen julistuksen (1986) jälkeen Suomessa käytettiin terveyden edistämisen (health promotion) käsitettä kansanterveyden ja terveystieteiden sijasta, mutta toiminnan sisältö pysyi kuitenkin ennallaan.

Kapea ja laaja kansanterveys

Kapeasti ymmärrettyä kansanterveydellä viitataan tautien vallitsevuuteen ja tarttuvien tautien vähentämiseen (Keleher & Macdougall 2009, 5). Kansanterveys pelkistyy (kansan)sairauksien hoitoon ja terveydenhuoltoon. Tavallista on tällöin luottaa traditionaaliseen lääketieteelliseen tietoperustaan (Bryant 2002, 90). Kansanterveys-tutkijoiden on todettu tutkivan usein enemmänkin mikrotason julkisia politiikkoja, kuten terveyttä eri areenoilla (esimerkiksi koulussa), ja kiinnittävän vähän huomiota makro- ja mesotason ilmiöihin (Hudson & Lowe 2004; Bonnefoy ym. 2007, 63).

Kansanterveyden alueen laajaan määritelmään on sisällytetty kolme aluetta: terveyden parantaminen, terveystalvet ja terveyden suojele (kuvio 1).



Kuvio 1. Kansanterveyden alueita

Lähde: Gray 2007; viittaus Griffiths ym. 2005

David Bettcherin ja kollegoiden (1998) tutkimuksessa, joka koski 67:ää WHO:n jäsenmaata, nähtiin kansanterveysalan (public health) ydintehtäviksi 1) terveystilanteen seuranta, 2) ympäristön suojele, 3) terveyden edistäminen, 4) tarttuvien ja eirtarttuvien tautien ehkäisy ja valvonta, 4) kansanterveyslainsäädäntö ja säädökset, 5) työterveys, 6) kansanterveyttä koskevat palvelut, 5) johtaminen ja 6) haavoittuvien ja riskiväestöjen hoito. Samoin Iain Crombien ja hänen työtovereittensa (2003) katsauksessa 14 maan kansanterveyspolitiikasta hahmottuu alueen laajuus. Siihen voi liittyä myös vaara, että politiikka-aloitteet heikentyvät, jos kaikkiin alueisiin pyritään vaikuttamaan. Osa-alueiden keskinäistä suhdetta ja osuutta kansanterveyteen vaikuttamisessa on harvoin pohdittu. David J. Hunter (2007, 34–35) toteaa, että ongelmana kansanterveyden edistämässä voi olla se, ettei sen ydintä ja moninaisia rooleja ymmärretä selkeästi.

Kansanterveydestä käydyssä erityisesti englanninkielisessä keskustelussa esiintyy myös käsite *uusi kansanterveys* (joka ei juuri ole ollut käytössä Suomessa). Käsite lähenee terveyden edistämistä, jossa painopiste on aiempaa enemmän terveyden determinanteissa (määrittäjissä), ei vain tautien hoidossa tai sairauksien ehkäisyssä (McQueen 2007, 37–38; Jong-wook 2005, 1005). ”Uudella kansanterveydellä” on kuitenkin juurensa jo 1800-luvun kansanterveydessä (fyysisen infrastruktuurin parantamisessa ja hygieniassa) (Baum 2002, 30). Uuden kansanterveyden lähestymis-

tavassa monet terveysongelmat, kuten terveyteen vaikuttavat elintavat, nähdään pikemminkin sosiaalisina kuin yksilöllisinä ja terveyspolitiikan lähtökohtana on kehittää ”terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa” (Ashton & Seymour 1988, 21).

Kansanterveyteen vaikuttavat sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset ja ympäristölliset tekijät (Griffiths ym. 2005, 908). Tehokkaan kansanterveyslähestymistavan tulee

- ▶ olla väestölähtöinen (population based)
- ▶ painottaa kollektiivista vastuuta terveydestä, terveyden suojelusta ja tautien ehkäisystä
- ▶ tunnistaa valtion avainrooli, joka liittyy sosioekonomisiin laajoihin terveyden ja tautien determinantteihin
- ▶ olla monitieteinen lähtökohdiltaan ja sisältää sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä
- ▶ painottaa kumppanuutta kaikkien niiden kanssa (yksilöt, yhteisöt, vapaaehtoisryhmät, liike-elämä), jotka vaikuttavat väestön terveyteen (mt.).

Käytännössä kansanterveyden eri lähestymistavat voivat kilpailla keskenään. Tämä näkyy hyvin Robert Beaglehole ja Ruth Bonita (2004, 252) erittelyssä laajasta ja kapeasta kansanterveydestä (taulukko 1).

Taulukko 1. Kaksi kansanterveysalan (public health) suuntaa

Luonnehdintoja	Laaja	Kapea
Terveyden määritelmä	Perustuu WHO:n perustamis-sopimukseen	Ei sairautta
Teoriapohja	Sosiaalis-rakenteellinen	‘Elämäntyö’
Motivaatiopohja	Erot terveydessä: köyhyyden vähentäminen terveyden parantamiseksi; kestävä kehitys	Yksilölliset tautiriskit
Kansanterveyttä koskevia päätoiminta-alueita	Kansanterveyttä koskevien tieteid- ten ytimen toimintapolitiikkaan ja ohjelmiin	Kustannusten hallinta; tautien ehkäisy erityisesti riskiryhmillä
Epidemiologian asema	Useita metodeja; osallistuva tutkimus	Painotus tekniikoihin ja kliiniseen ja molekyyli-epidemiologiaan
Etuja	Mahdollisia pitkän aikavälin globaaleja hyötyjä	Lyhyen tähtäimen hyötyjä
Haittapuolia	Epäonnistumisen riski johtuen asiantuntemuksen laajuudesta	Ei tarttumapintaa perustavanlaatuisiin globaalien terveyden uhkien

Lähde: Beaglehole & Bonita 2004, 252

Eroja on terveyden määritelmän lisäksi myös peruslähestymistavassa, toimintojen suuntaamisessa ja esimerkiksi epidemiologian aseman määrittelyssä. Monet näistä kysymyksistä ovat edelleen kriittisen kansainvälisen keskustelun kohteena (esim. Wing 1994; McMichael 1999, 888).

Kansanterveyttä ja politiikkaa (politics) sosiaalisena toimintana on perinteisesti usein tarkasteltu toisistaan erillisinä maailmoina (McKinlay & Marceu 2000, 762). Viimeaikaisessa keskustelussa terveyden poliittiselle luonteelle on esitetty lisäperusteluja. Clare Bambra työtovereineen (2003) näkee terveyden olevan poliittista, koska

- ▶ terveys on epätasaisesti jakautunut
- ▶ terveyden determinantteihin voidaan vaikuttaa poliittisilla interventioilla ja ne ovat riippuvaisia poliittisesta toiminnasta
- ▶ terveyden kohentaminen vaatii päämäärätietoista yhteiskunnallista pyrkimystä
- ▶ terveys on kansalaisuuden osa ja osa ihmisoikeuksia
- ▶ kohtaamme maailmanlaajuisia monimutkaisia sosiaalisia, taloudellisia, ekologisia ja eettisiä kriisejä, jotka vaikuttavat kaikkiin ihmisiin ja myös sairauksiin ja vältettävissä oleviin kuolemiin.

Selvimmän terveyden poliittinen luonne saattaa näkyä terveydenhuoltopolitiikassa, johon liittyy terveysnäkökohtien ohella erilaisia taloudellisia ja poliittisia intressejä ja terveyspalveluiden kaupallistamista. Voi jopa sanoa, että politisoituminen on lisääntynyt, koska kansanterveyttä pyritään yhä enemmän edistämään hoidollisten ja muiden traditionaalisten lähestymistapojen lisäksi useita eri hallinnonaloja koskevilla terveyspoliittisilla toimilla, joihin saattaa liittyä ristiriitaisia intressejä (ks. esim. Melkas tässä teoksessa, luku 19).

Terveyspolitiikka kansanterveyden edistäjänä

Terveyspolitiikan käsitteellä samoin kuin kansanterveyden käsitteellä viitataan sekä toimintaan että tietopohjaan ja tutkimukseen. Terveyspolitiikan pyrkimyksenä on vaikuttaa väestön terveyteen ”kansanterveyttä edistävästi, terveysvaaroja torjuen tai sairauksia hoitaen” (Leppo 2003, 899). Terveyspolitiikan alue määritellään yleensä suomalaisessa terveyspolitiikkaa käsittelevässä kirjallisuudessa laajasti. Esimerkiksi Tapani Purola (1979, 105) toteaa, että ”terveyspoliittiseksi toiminnaksi voidaan ymmärtää kaikkea sellaista toimintaa, joka asettaa terveyden keskeisimmäksi arvolähtökohdaksi ja korostaa sen edistämisen, suojelun ja palauttamisen näkökohtia eli terveysintressiä kaikilla yhteiskunnallisen toiminnan alueilla”. Merkilläpantavaa on, että Suomessa kiinnitettiin huomiota terveyden tason parantamisen lisäksi epätasaisen jakautumisen ongelmiin jo 1970-luvulla (Talousneuvosto 1972; Puro 1973, 262), mitä muualla ei tuohon aikaan juuri tehty. Purola (1981, 75) pelkistää sosioekonomisten terveyserojen ongelmaa toteamalla, että ”sama tauti voi johtaa aivan erilai-

seen haitan tilaan esim. siitä riippuen mikä on ihmisen ammatti ja ammattiasema tai mitkä ovat esim. luokka-aseman kompensatoriset mahdollisuudet”. Tämä on edelleen terveyspolitiikan ”kestoaihe” sekä kansallisvaltioiden tasolla että myös kansainvälisessä toiminnassa (WHO, EU) (ks. myös Sihto & Palosuo tässä teoksessa, luku 23).

Suomessa terveyspolitiikka-käsite omaksuttiin 1960-luvulla. Sitä ennen käytettiin terveyden- ja/tai sairaanhoidon tai kansanterveystyön käsitettä (Harjula 2007, 9). Suomalaisessa keskustelussa terveyspolitiikkaa on perinteisesti pidetty osana sosiaalipolitiikkaa, sosiaalipolitiikan ”lohkona” (Raunio 1990). Terveyspolitiikan aluetta käsiteltiin tällöin olennaisilta osiltaan terveydenhuoltopolitiikkana (Waris 1978) ja terveydenhuollon alueena (Vauhkonen ym. 1978; Anttonen & Sipilä 2000; Raunio 2003), vaikka saatettiin käyttää terveyspolitiikka-käsitettä⁵. Tämä voi heijastaa sitä, että käytännössä painopisteenä oli usein terveydenhuolto. Samalla se voi merkitä sitä, että terveyspolitiikka palautetaan operatiiviseen tasoon eli käytännössä sairauksien hoitamiseen.

Terveyttä on tarkasteltu myös hyvinvoinnin osatekijänä (Purola 1979, 105; Karisto 1984). Purolan (1986a, 3–4) mukaan terveyttä hyvinvoinnin osana on tarkasteltava fyysisen, tajunnallisen ja sosiaalisen näkökulmasta. Samalla terveyspolitiikka on alettu myös nähdä intersektoriaalisena ja samalla on pohdittu terveyden ulottuvuuksia ja saavuttamisen ehtoja ja rajoja laajemminkin yhteiskunnassa (Purola 1979, 105–109). Myös uusimmassa kirjallisuudessa terveyspolitiikka on liitetty osaksi hyvinvointipolitiikkaa (Niemi 2010, 35), jossa tehdään terveyteen vaikuttavia päätöksiä. Terveyspoliittinen tutkimus näyttää kuitenkin paljolti eriytyneen erilliseksi terveystutkimukseksi, jossa terveyttä ei tarkastella osana yhteiskuntatieteellisesti orientoitunutta hyvinvointitutkimusta vaan pikemminkin epidemiologian tapaan⁶.

Terveyspolitiikka kapeasti ja laajasti

Terveyspolitiikan *kapeassa* määrittelyssä painottuu usein vain terveydenhuolto sekä Suomessa että muualla. Terveyspolitiikka näin ymmärrettynä pelkistyy operatiiviseen tasoon ja keskittyy hoidon ja terveydenhuollon kysymyksiin ja tutkimukseen (ks. Purola 1987, 3–11). Terveyspolitiikkaa koskevat odotukset ja vaatimukset lähtevät tällöin terveydenhuollollisista vaateista, esimerkiksi voimavarojen lisäämises-

5 Minna Harjula (2007, 9) on kiinnittänyt huomiota terveyspolitiikka-käsitteen vaihtelevaan käyttöön. Terveyspolitiikka-käsitteen käyttäminen heijastaa hänen mukaansa terveyspolitiikan tehtävien, merkityksen tai mahdollisuuksien hahmottamisen muutoksia.

6 Karisto (1984, 1) arvioi lähes 30 vuotta sitten, että terveyspolitiikka sosiaalipolitisoituu. ”Terveyspoliittisen suunnittelun keskeiset kysymykset eivät tällöin koske vain tautien torjuntaohjelmia ja terveyspalvelujen tuotannon tehokkaimman järjestämisen tapaa, vaan lähtökohdaksi tulee keskustelu niistä päämääristä, joita halutaan edistää ja niistä sosiaalisista rakenteista, jotka ovat päämäärän saavuttamisen tiellä.” (Mt.) Terveyspoliittinen tutkimus osana sosiaalipolitiikan oppiainetta on nykyään kuitenkin vähäistä.

tä, eivätkä muista kansanterveydellisistä arvoista (mt.). Keskeisenä voi pitää terveydenhuollon ja muun terveyspoliittisen toiminnan välistä jännitettä. Hoidollisen tai terveydenhuollollisen lähestymistavan arvojen painottaminen voi osin johtua siitä, että käytännössä terveyspolitiikkaa ohjaava poliittinen taso on eri maissa tosiasiallisesti kiinnostunut nimenomaan terveydenhuollosta (esim. Berkeley & Springett 2006, 184) ja professionaaliset intressit kohdistuvat usein myös siihen (mts. 185). Myös niin sanottu suuri yleisö mieltää usein terveyspolitiikan koskevan vain terveydenhuoltoa ja pääsyä palveluiden piiriin. Vaikeus vaikuttaa muihin kuin välittömiin (hoidollisiin, yksilöllisiin) terveyteen vaikuttaviin tekijöihin voi merkitä keskittymistä vain juuri terveydenhuoltoon (Berkman 2011, 547). Steven Lewis työtoverineen (2000) toteaa, että palvelujärjestelmä pyrkii kasvamaan olemalla luonnostaan ekspansiivinen ja että terveydenhuolto aina voittaa taistelun voimavaroista. Palvelujärjestelmä on ensi sijassa ”sairauspalvelua” (sickness service) (Baggott 2005, 229), ei terveysongelmien ehkäisemiseen panostavaa. Myös Suomessa on nähtävissä, että esimerkiksi hallinnollis-poliittisen toiminnan sisällä nimenomaan poliittinen kiinnostus kohdistuu terveyspalvelujärjestelmän toimintaan, erityisesti palvelujen järjestämistapoihin, hoitoon pääsyyn, rahoitukseen ja kustannusten minimoimiseen. Vaikka eri maissa ongelmaksi koetaan terveydenhuollon kustannusten nousu, ei suuntaa saada käännytyksi ehkäisevän terveyspolitiikan suuntaiseksi. On arvioitu, että esimerkiksi Euroopassa keskimäärin vain noin kolme prosenttia terveydenhuoltomenoista kohdistuu kansanterveysohjelmiin ja ehkäisytoimintaan (OECD 2010).

Terveyspolitiikan laajassa määrittelyssä tarkastellaan palvelujärjestelmän lisäksi muitakin terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Terveyttä koskevassa sosiaalis-ympäristöllisessä lähestymistavassa viitataan yksilöllisiin, fysiologisiin, käyttäytymiseen liittyviin ja psykososiaalisiin riskitekijöihin, mutta myös riskiolosuhteisiin (esim. Labonte 1992). Tästä käytännöllisenä ilmauksena Suomessa on ”Terveys kaikissa politiikoissa” -lähestymistapa (ks. Melkas tässä teoksessa, luku 19).

Terveyspolitiikan monitasoisuuden vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota sekä suunnittelun että toiminnan eri tasoihin. Suunnittelun strategisella tasolla pyritään määrittelemään toiminnan päämäärät ja normatiivisella tasolla suunta, johon pitäisi mennä. Operatiivinen suunnittelun taso koskee tuotannollis-operatiivista toimintaa, joka liittyy sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn. Strategis-normatiivisen toiminnan taso korostuu silloin kun terveyspolitiikka luetaan osaksi julkista politiikkaa. (Puro 1986b.)

Toiminnan tasoja ovat rakenteellinen taso, esimerkiksi koulutusjärjestelmä ja tulonjako (englanninkielisessä kirjallisuudessa näihin viitataan usein *upstream*-tasona), välittävä taso (välilliset tekijät), esimerkiksi elintavat saatetaan ymmärtää tämän tason tekijöinä (*midstream*-taso) ja välitön suoraan terveyteen liittyvä, esimerkiksi hoidollinen toiminta (*downstream*-taso) (esim. Keleher & MacDougall 2009, 8). Terveyspolitiikan kannalta keskeinen viime aikoina esille nostettu strateginen kysymys on, miten ”kauempana” oleviin (upstream-tason tai distaalisiin) sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin, taloudellisiin ja myös poliittisen tason tekijöihin voidaan vaikut-

taa terveystoliittisessa toiminnassa (ks. myös Palosuo & Lahelma tässä teoksessa, luku 2).

David Hunter (2003, 3, 14) kritisoi sitä, että hallituksilla on tapana viitata rakenteellisen terveystoliitiikan kysymyksiin, mutta toiminta lähtee aina terveystalvelujärjestelmästä keskittyen sairauksiin ja enimmäkseen akuutin hoidon turvaamiseen. Tämä siitä huolimatta, että terveystoliittisessa ajattelussa on jo pitkään todettu terveyteen vaikuttavien tekijöiden olevan pääosin ”terveyssektorin” ulkopuolella. Kyse on siitä, miten murtaa traditionaalisia terveystoliitiikan painotuksia ja miten vastata ajassa oleviin terveystoliitiikan haasteisiin, kuten esimerkiksi sosioekonomisiin terveyseroihin.

Kanadalaiset tutkijat Barbara Legowski ja Lindsey McKay (2000) ovat eritelleet vaikeutta saada ylipäätään terveystoliitiikkaa politiikan asialistalle. Heidän mukaansa

- ▶ terveystoliitiikan esteenä on, että terveydenhuolto hallitsee ja syrjäyttää preventiiviset pyrkimykset ja huomion kiinnittämisen väestön terveyteen
- ▶ jaot terveyden edistämisen, väestön terveyden, kansanterveyden ja terveydenhuollon ”kannattajien” välillä ovat jatkuneet koko ajan ja osoittavat tuskin laantumista
- ▶ yritykset vaikuttaa esimerkiksi työllisyyteen, asumiseen ja koulutukseen on leimattu ”terveysimperialismiksi”, ja esteitä löytyy myös muiden sektorien halukuudessa tehdä yhteistyötä terveystalvelkysymyksissä, siitä huolimatta että sektorien välinen toiminta on tutkimustulostenkin perusteella todettu välttämättömäksi.

Nämä seikat ovat myös suomalaisessa ympäristössä huomionarvoisia.

Terveytpoliitiikan toimijoita ovat julkisen lisäksi yksityiset ja vapaaehtoiset organisaatiot. Maailman terveystjärjestö (WHO 1999) painottaa julkisen vallan, erityisesti valtiotvalan ja hallituksen, toimintaa terveystoliitiikassa. Hyvinvointivaltiollisessa toiminnassa onkin perinteisesti lähdetty siitä, että valtio on vahva toimija. Hallituksen ydintehtäviä on tehdä, mutta myös toimeenpanna politiikkaa (Alvarez-Rosete 2008, 213). On kuitenkin merkkejä siitä, että valtion rooli supistuu ja siitä tulee vain yksi osapuoli (partneri, partnership-ajattelu) muiden joukossa. Esimerkiksi Suomen Terveys 2001 -kansanterveysohjelmassa sosiaali- ja terveystministeriön rooliksi mainitaan vain koordinointi ja seuranta (STM 2001, 5). Julkisen vallan rooli voi vähentyä myös kuluttajalähtöisyyden (konsumerismi) korostamisen myötä erityisesti terveystalveluiden osalta, kun palveluiden järjestämisvastuuta siirretään yhä enemmän yksityisille palvelutuottajille.

Terveytpoliitiikkaa ei määritä vain valtiollinen toiminta, vaan siihen luovat paineita globaalit tekijät ja ylikansalliset organisaatiot (ks. Koivusalo & Ollila tässä teoksessa, luku 40), mikä osaltaan kaventaa valtion päätösvaltaa ja vaikutusmahdollisuuksia terveystoliitiikassa (ks. myös Melkas tässä teoksessa, luku 19). Globaalien

ilmiöiden seuraamukset terveyteen ja terveystalouteen eivät myöskään tunne rajoja (Baggott 2007, 198–199). Näitä ovat esimerkiksi:

- ▶ ilmaston ja ympäristön muutokset
- ▶ pakolaisuus ja siirtolaisuus
- ▶ kansainvälisen liikkuvuuden lisääntyminen
- ▶ teknologian muutokset
- ▶ uusien ja resistenttien tautien uhka
- ▶ pääoman ja taloudellisen vallan keskittyminen
- ▶ kaupan liberalisointi, yksityistäminen ja sääätely
- ▶ syvenevä eriarvoisuus maiden sisällä ja välillä.

Näistä seuraa tehtäviä terveystalouteen, jonka tulee puuttua infektio- ja tautien lisääntymiseen, kroonisiin tauteihin, sairastavuuden lisääntymiseen köyhyyden ja eriarvoisuuden seurauksena ja lisääntyviin ympäristön tuottamiin terveysuhkiin (mts. 199).

Terveyspolitiikan kehitysvaiheita

Terveyspolitiikan kehitystä on hahmoteltu samaan tapaan kuin kansanterveyden historiallista kehitystä (ks. esim. Awofeso 2004, 706). Näitä kehitysvaiheita on kuvattu WHO:n niin kutsutussa terveyden edistämisen liikkeessä (movement) perusterveydenhuollon vaiheena (1970-luvulta alkaen), elämäntyyli- ja elämäntilanteiden vaiheena (1980-luvulla) sekä uuden kansanterveyden ja ekologisen kansanterveyden vaiheena (1980-1990-luvuilla) (ks. McPherson 1992, 120). Muitakin vaihteluvaihteluita on tehty. Esimerkiksi Phil Hanlonin ja kollegoiden (2011) ryhmittelyssä Ison-Britannian osalta ”kolmannen aaltoon” (1940–1980) luetaan perusterveydenhuolto ja myös hyvinvointivalttiollisten toimintojen lisääntyminen. ”Neljännen aaltoon” (1960–2000) kuuluu edelleen terveydenhuollollisten toimenpiteiden painottuminen ja myös elintapa- ja riskitekijäpainotteisuus. ”Viidettä aaltoa” luonnehtivat väestön lihavuus, terveysserot ja yhdessäolo-ongelmat, kuten mielenterveyden häiriöt.

Mainittu WHO:n piirissä vaikuttanut liike on painottunut terveyden edistämiseen, ja tämän liikkeen periaatteita on esitelty asiakirjoissa ja suosituksissa (Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997). Niitä voi pitää myös pyrkimyksenä vaikuttaa WHO:n jäsenmaiden terveystalouteen ajatteluun. Vaiheita voi tarkastella jatkumona, jossa eri vaiheet eivät sulje pois toisiaan.

Terveyden edistämisen merkkipaaluksi voi pitää Ottawan julistusta (1986), jonka mukaan ”*terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen*”. Ottawan julistuksen on katsottu ohjaavan terveyden edistämistä yksilöihin suuntautuvasta terveystalouttamallaista ”sosioekologiseen” terveyden edistämiseen, joka kiinnittää huomiota terveyden ra-

kenteellisiin determinantteihin (Porter 2006, 73). Terveyden edistäminen nähdään avainpiirteenä väestön terveyden edistämässä (McQueen 2007, 25). Kun perinteisessä terveysajattelussa on taipumus kohdistaa huomio spesifeihin tauteihin ja riskitekijöihin, uudessa lähestymistavassa otetaan huomioon näiden sosiaalinen ”perusta” (Nettleton 1996, 232–233). Terveyden edistämisestä puhutaan myös kolmantena kansanterveyden vallankumouksena. Sen merkitystä perustellaan kansanterveyden muutoksilla, epidemiologisella siirtymällä, jossa pääpaino (erityisesti teollistuneissa tai niin sanotuissa kehittyneissä maissa) on ei-tarttuvilla taudeilla. Sen mukaan:

1. tautitaakka on siirtynyt kroonisiin tauteihin
2. tautien syyt ovat löydettävissä elämäntyyleistä ja sosiaalisesta kontekstista ja biolääketieteellisellä toimintamallilla on vakavia rajoituksia
3. on yhä lisääntyvässä määrin hyväksytty se, että terveysinterventioiden tulee vaikuttaa kontekstuaalisiin tekijöihin, kuten köyhyyteen, terveyden lukutaitoon ja sosiaaliseen pääomaan (McQueen 2007, 26).

”Liikkeen” uusimpana vaiheena voi nähdä WHO:n komission työn terveyden sosiaalisista määrittäjistä (CSDH 2008). Siinä pyritään identifioimaan järjestelmällisesti yhteiskunnallisia tekijöitä, joilla on merkitystä väestön terveyden epätasaisessa jakautumisessa. Tavoitteiksi asetetaan terveyden edellytysten turvaaminen ja sitä kautta terveyteen liittyvän eriarvoisuuden vähentäminen. Huomiota kiinnitetään yhteiskunnallisiin riskeihin ja niitä tuottaviin olosuhteisiin, joihin julkisella politiikalla voidaan pyrkiä vaikuttamaan. Ehdotukset ovat paljolti yhteiskunta- ja talouspoliittisia. Komission työ painottaa julkisen politiikan merkitystä terveyden edellytysten luomisessa ja terveydellisen eriarvoisuuden vähentämisessä (ks. myös tässä teoksessa Palosuo & Lahelma, luku 2).

Tämän ”liikkeen” pohjalta olisi siis pääteltävissä, että terveyspolitiikan kehityksen valtavirtaa on – tai pikemminkin tulisi olla *uuden kansanterveyden ja terveyden edistämisen* -vaihe. Näitä termejä käytetään usein synonyymeinä (de Leeuw 1989a, 40–41). Edellisten lisäksi käytössä on myös *ekologisen kansanterveyden* käsite, jolla korostetaan ympäristön (sosiaalinen, fyysinen) merkitystä terveydessä (esim. McLaren & Hawe 2005, 9).

Mitä on terveyden edistäminen?

Terveyden edistämistä käytetään usein yleisenä käsitteenä, joka kattaa kaiken terveyteen liittyvän toiminnan (terveyden suojelun, ehkäisevän ja edistävän toiminnan) (de Leeuw 1989a, 4). Alun perin terveyden edistämisen käsitettä käytettiin Pohjois-Amerikassa kuvaamaan elintapoihin ja terveyteen liittyvän käyttäytymisen muutostarvetta, ja WHO kehitti edelleen käsitettä laajentaen sen sisältöä (de Leeuw 1989a, 21). Ottawan julistuksessa painotetaan tarvetta suunnata terveystalvituksia enemmän

terveyttä edistäviksi. Terveyden edistämisen ja uuden kansanterveyden käsitemäärittelyt ovat usein hankalia monimerkityksellisyyden ja päällekkäisyyden vuoksi (de Leeuw 1989b, 14).

Voi myös kysyä, mitä terveyden edistämisen käsite tuo terveystalouteen. Suomalaisessa keskustelussa terveyden edistämisen on tulkittu olleen osa terveystaloutta jo ennen kansainvälistä kehitystä (ks. Rimpelä 1994, 19). Harri Vertion (2003, 37–38) arvion mukaan terveyskasvatuksen sisältö 1980-luvun puolivälissä Suomessa oli huomattavan lähellä sitä, mitä kansainvälisesti nimitettiin terveyden edistämiseksi. Myös Elina Savola ja Pirjo Koskinen-Ollonqvist (2005, 176–18) liittävät terveyden edistämisen tavoitteellisena toimintana jo vuoden 1972 kansanterveyslakiin, terveystalouteen ja terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden nimeämiseen.

Uutta kansanterveyttä tai siihen läheisesti liittyviä käsitteitä tulkitaan eri lailla riippuen arvoista, filosofioista, ideologiasta, puhettavasta ja kielestä sekä eri maiden sosiaalisesta ja taloudellisesta järjestelmästä (Davies 2001, 64). Epäselväksi terveyden edistämisen käsitteen tekee se, että eri ammattiryhmät ja tieteenalat painottavat sitä eri tavalla (vrt. Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8, 43–46; ks. myös Vainiomäki & Rautava tässä teoksessa, luku 30). Tämän vuoksi myös käytännön lähestymistavat ja painotukset vaihtelevat.

Kun terveyden edistäminen kohdistuu terveyteen liittyviin riskitekijöihin, tämän on nähty johtuvan terveyden edistämisen historiallisista juurista, jotka pohjautuvat epidemiologiaan ja terveyskasvatukseen (Frohlich & Poland 2007, 47). Terveyden edistämiseen liittyvät interventiotkin kohdistuvat tällöin riskitekijöitä (esim. fysiologiset tekijät) tuottavan käyttäytymisen muuttamiseen (downstream-taso, proksimaalinen lähestymistapa). Väestöä koskevat interventiot (midstream) ja rakenteelliset, esimerkiksi julkista politiikkaa koskevat (upstream) lähestymistavat ovat jääneet vähemmälle. Thomas Abel (2007, 62–64) toteaa, että elämäntyyli ovat sosiaalisesti rakentuneita ja ne toimivat erottelun välineenä. Samalla ne heijastavat vallan epä tasaista jakautumista eri ryhmien välillä, mikä osaltaan ylläpitää yhteiskunnallista sosiaalisista eriytymistä. Elämäntyyli ei ole siis vain yksilöllistä valintaa, vaan siihen kietoutuu yhteiskunnan rakenteellisia ja kulttuurisia tekijöitä.

Nämä pohdinnat liittyvät terveyden edistämisen ja sosioekonomisten terveyserojen väliseen suhteeseen (ks. myös Sihto & Palosuo tässä teoksessa, luku 23). Tämä on esillä painokkaasti sekä Ottawan julistuksessa (1986) että Adelaiden kokouksen suosituksissa terveyttä edistävästä yhteiskuntapolitiikasta (1988). Valery Ridde työtovereineen (2007, 14) kritisoi sitä, etteivät ”terveyden edistäjät” ole laaja-alaisuutta lupaavasta suuntautumisestaan huolimatta toimineet käytännössä kuitenkaan eri tavalla kuin esimerkiksi epidemiologisesti orientoituneet kollegansa. Olisikin tarpeen pohtia, mitä terveyden edistäminen voi käytännössä edellyttää eri väestöryhmien osalta. Miten esimerkiksi vältetään se, että terveys kohenee vain niillä ryhmillä, joilla se on muutenkin hyvä, mutta ei niillä, joilla se olisi kaikkein eniten tarpeen. Suomalaisessa keskustelussa tähän on jo kiinnitetty huomiota. Terveystalouden neuvottelukunta esitti vuonna 1991 kannanoton ”Terveellisten elintapojen edistä-

minen riskialtteinmissa väestöryhmissä” (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1991). Myös Suomen terveyden edistämisen politiikkaa arvioiva kansainvälinen arviointiryhmä (STM 2002, 44) esitti, että ”terveyden epätasa-arvon vähentäminen nostetaan keskeiseksi kehittämisen ja toimeenpanon kohteeksi”.

Terveyden edistämistä on jaoteltu yhtäältä kollektiiviseen terveyden edistämiseen ja toisaalta yksilölliseen terveysneuvontaan (Beattie 1991, 167). Barb Mouy ja Ali Barr (2006, 193) liittävät nämä kilpaileviin terveysparadigmoihin, joita *individualistisen* (terveys yksilöllisenä velvollisuutena) ja *rakenteellisen* (terveys poliittisena liikkeenä) lisäksi voivat olla *utilitaristinen* (terveys julkisena hyvänä ja valtion voimavarana), ja *itseisarvoinen* lähestymistapa (terveys ihmisoikeutena ja yksilöllisenä voimavarana). Esimerkiksi Suomen Terveys 2015 -ohjelmassa voi havaita utilitaristisia perusteita (ks. esim. Terveys 2015 kansanterveysohjelma, STM 2001, 15; toimintalinja 4).

Hallitseva terveyden edistämiseen liittyvä keskustelutraditio on yleensä ollut käyttäytymiseen liittyvä ja individualisoiva, mihin myös kansainvälisessä keskustelussa on viitattu (Baum & Harris 2006, 163; vrt. Berkeley & Springett 2006). Suomessa on pohdittu, olisiko huomiota kiinnitettävä yksilöön, lähiyhteisöön, rakenteellisen tason tekijöihin tai näihin kaikkiin (vrt. Pietilä 2010, 275). Vertio (2003, 29) toteaa, että ”terveyden edistäminen on painotetusti yhteisön terveyden edellytyksiin vaikuttavaa toimintaa. Se lähestyy terveyttä kaksisuuntaisesti: yksilön ja yhteisön näkökulmasta samaan aikaan”. Vaarana ovat kuitenkin ”terveyden edistämisen sudenkuopat”, mikä tarkoittaa sitä, että terveyden edistäminen kohdistetaan yksilöihin taloudellisten ja sosiaalisten ongelmien ratkaisemisen kustannuksella (Vertio 1991, 24).

Terveyden edistämiseen liittyvässä keskustelussa pyritään nostamaan esille sosiaalista mallia, joka koskettaa kaikkia elämän aspekteja ja voisi myös muuttaa terveyden edistämisen käytäntöä (Potvin & McQueen 2007, 18). ”Sosiaalinenkin” tulkitaan eri lailla eri keskustelukuluttuureissa tai tieteenaloilla. Esimerkiksi Sara Putnam ja Sandro Galea (2008, 276) toteavat, että sosiaaliset tekijät, jotka koskevat yksilöiden välisiä suhteita tai henkilökohtaisia verkostoja, ovat aika kaukana päätöksentekijöiden vaikutusmahdollisuuksista ja siten niillä on rajoitettu merkitys terveyspolitiikassa. Väestötason sosiaalisilla tekijöillä, tauteihin vaikuttavilla ”perustavilla syillä”, kuten esimerkiksi verotuspolitiikalla, voi olla suurempaa merkitystä julkisessa politiikassa. Nämä voivat vaikuttaa terveyteen monien mekanismien kautta (mt.). Tällöin pyritään integroituun lähestymistapaan, jossa tavoitteena on yhdistää riskitekijät ja sosiaaliset olosuhteet (Pelikan 2007, 93). Vaikka terveyden edistämisen tulisi olla lääketieteellistä välttävää, on huomautettu, että terveyden edistämiseen äärimmillään voi sisältyä taipumus tunkeutua jopa enemmän ihmisten maailmaan kuin lääketieteen on väitetty tekevän (Kelly & Charlton 1995, 88).

Niyi Awofeson (2004, 708) mukaan nykymuotoisella terveyden edistämisellä ei pystytä ratkaisemaan terveysongelmia, kuten esimerkiksi terveyseroja, ja tarvittaisiin uusi ”uuden” kansanterveyden toimintasuunnitelma. Terveyden edistäjiä on

arvosteltu liian vähäisestä huomion kiinnittämisestä toimintapolitiikan muutokseen ja toimeenpanoon (Catford 2006, 1–2). Jo kaksi vuosikymmentä sitten todettiin puuttuvan kuvausta siitä, miltä uusi terveyden edistäminen näyttää käytännössä (Poland 1992, S31; vrt. Ziglio ym. 2000, 148). Tämä kysymys on edelleen ajankohtainen.

Näkökulmia ”uuden” kansanterveyden ja terveyspolitiikan tutkimukseen

Uuden kansanterveyden tai terveyden edistämisen ”liike” on aktivoitunut myös keskustelua uusista tutkimuksellisista lähtökohdista perinteisten lisäksi. David McQueen (2007, 37–38) on analysoinut kansanterveystutkimuksen traditioita, joita hän nimittää lääketieteelliseksi (medical public health) ja sosiaalseksi kansanterveydeksi (social public health). Nämä eivät hänen mukaansa ole välttämättä ristiriidassa keskenään, mutta johtavat erilaisiin tulkintoihin kansanterveydestä. Sosiaalisessa kansanterveydessä tiedeperusta laajenee esimerkiksi sosiologiaan, politiikan tutkimukseen ja taloustieteeseen (mts. 38).

Lääketieteellisen perinteen suunta tuntuu pitävän epidemiologiaa kansanterveyden perustieteenä. Se tarkastelee kausaatiota lineaarisena ja hakee näyttöä, joka pohjautuu mieluiten koeasetelmiin. Näitä pidetään usein luotettavan tutkimuksen kultaisena standardina, jota on pyritty tuomaan myös terveyspolitiikan normiksi (Hunter 2003, 8) siitä huolimatta, että tällaisia menettelyjä ei voida käyttää esimerkiksi laajemman terveyspolitiikan kysymyksissä. Tutkimuksen kohde muodostuu myös terveyspolitiikan kannalta liian kapeaksi. Anthony McMichaelin (1999, 891) mukaan olennaista on, ymmärretäänkö kollektiiviset ”upstream”-tason tekijät osana kausaaliketjua, joka johtaa tautiin tai sairauteen. Myös epidemiologian tiedeluonnetta on kyseenalaistettu ja pidetty sitä pikemminkin tekniikkana, ei tapana ymmärtää (mts. 888).

Perinteisen epidemiologian ja kansanterveystutkimuksen kritiikki on saanut ilmaisunsa erityisenä niin sanottuna Leedsin julistuksena (The Leeds Declaration 1993). Sen tavoitteena on ymmärtää ja pyrkiä uudella tavalla ratkaisemaan kansanterveysongelmia. Julistuksessa kiinnitetään huomiota eri tason tekijöihin, otetaan kantaa maallikkokäsityksiin terveydestä sekä halutaan laajentaa terveystutkimuksen metodologisia ja metodisia lähtökohtia kuten myös kansanterveystutkimuksen tiedeperustaa (Dean 1994; Long 1993; Long & Eskin 1994–95).

2010-luvulla on käyty vastaavan tyyppistä keskustelua, joka liittyy erityisesti sosioekonomisia terveyseroja koskevaan tutkimukseen ja WHO:n komission työhön terveyden sosiaalisista määrittäjistä. Keskustelussa viitataan ”kolmannen aallon” tutkimustarpeeseen ja metodologiaan (WHO 2009, 5). Siinä viitataan myös ongelman kuvaamisen ja dokumentoinnin lisäksi tarpeeseen tutkia sitä, miten terveyseroja voitaisiin vähentää (mts. 16). Tätä nimitetään tutkimuksen kohdentumisena ongel-

matilasta (problem space) ratkaisemisen tilaan (solution space) (mts. 16). Tutkimuskiinnostuksen kohteeksi asetetaan myös terveystieteiden käytännön toiminta.

Terveystieteiden analyysin tarve ja sen lähestymistapoja

Terveystutkimuksen kritiikki on koskenut pääasiassa traditionaalisen pidetyn lääketieteellisen-epidemiologisen terveystutkimuksen rajoituksia. Keskusteluissa on usein jäänyt lähes huomiotta terveystieteiden analyysin tarve (health policy analysis), toisin sanoen terveystieteiden liittyvän sisällön, toiminnan ja prosessien arviointi (esim. Macdonald ym. 1996, 369). Uudenlaisen tutkimuksen tarvetta on perusteltu paremmalla teoreettisella⁷ ja tietoteoreettisten lähtökohtien huomioonottamisella verrattuna traditionaaliseen terveystieteiden analyysiin (esim. O'Neill & Pederson 1992; Bonnefoy ym. 2007; Breton & de Leeuw 2010; Breton ym. 2008).

Policy-analyysi on määritelty lähestymistavoiksi, metodeiksi, metodologioiksi ja tekniikoiksi, joilla voidaan edistää erillisiä politiikkapäätöksiä (Walt & Gilson 1994, 358; viittaus Dror 1993). Uusimmassa terveystieteiden kirjallisuudessa policy-analyysi on jaettu kahteen lähestymistapaan (Bonnefoy ym. 2007, 53). Ensinnäkin analyysiin politiikkaa varten (analysis *for* policy – allev. MS), jota luonnehditaan tekniseksi ja taloudelliseksi informaatioksi päätöksentekoa varten sekä seurannaksi ja arvioinniksi. Toinen lähestymistapa on politiikka-analyysi (analysis *of* policy – allev. MS), joka kohdistuu prosesseihin ja arvoihin, jotka vaikuttavat politiikkojen syntyyn, tarkoitukseen, laatuun ja toimeenpanoon.

Analyyysi toimintapolitiikkaa⁸ varten (analysis for policy)

Keskeinen osa terveyden liittyvästä policy-analyysistä⁹ kohdistuu mittaamiseen ja arviointiin (evaluaatioon) politiikan vaikutuksista (effects, impacts) ja tuloksista (outcomes). Kysymyksenasettelu lähtee yleensä siitä, onko tavoitteita saavutettu, siis tulosevaluaatiosta, mutta ei etene siihen, *kuinka* niihin on päästy (tai ei ole päästy) (vrt. Sanderson 2000, 440). Arviointitieto on tällöin välineellistä. Tätä voi pitää päätöksentekijän näkökulmana, ylhäältä-alas (top-down) -mallia noudattavana ja samalla rationaalis-lineaarisen päätöksentekomallin mukaisena. Perustavana oletuksena on, että politiikka etenee lineaarisesti tavoitteesta ja keinoista toteuttamiseen

7 Oma lukunsa on terveyden edistämistä käsittelevien tutkimusten heikko teoriapohja (ks. Breton & De Leeuw 2010).

8 Policy-sanalle on vaikeaa löytää täsmällistä suomennosta, mutta tässä siitä käytetään nimitystä toimintapolitiikka, joka viittaa julkisen sektorin politiikkaan, ks. termivaihtoehtoista tarkemmin Sinkkonen ja Kinnunen (1994, 46–47).

9 Policy-analysis on suomennettu policy-analyysiksi (Sinkkonen & Kinnunen mt., Liite 1/2).

ja evaluaatioon (Spicker 2006, 33–34). Kyseessä on nimenomaan tulosevaluaatio, ei prosessievaluaatio (ks. jäljempänä).

Lähestymistapa rajautuu siis jo lähtökohtaisesti politiikan, hankkeiden tai projektien yhteen osa-alueeseen eli tulosten seurantaan. Tällöin ei olla kiinnostuneita itse politiikasta tai asetetuista tavoitteista. Niitä pidetäänkin usein riippumattomina muuttujana (Bernier & Clavier 2011, 111), eli käytännössä ne otetaan usein annettuina. Esimerkiksi terveyden edistämistä koskevan tutkimuksen arvioinnissa (esim. Breton & de Leeuw 2010, 83, 88) on havaittu, että itse policy-sanakin jää usein käsitteellistämättä tai siihen viitataan vain sanoilla ”laki” tai ”suunnitelma”.

Onkin todettu, että silloin kun terveyspolitiikan tutkimus vain ”seuraa” (tai tekee evaluatiivista tutkimusta), se määrittyy helposti aputieteeksi (ks. Lehto ym. 2006). Aputiede ”ottaa politiikan ja sen kontekstin valmiiksi annettuna ja keskittyy vain teknisesti arvioimaan, missä määrin julkilausutut politiikan tavoitteet toteutuvat” (mts. 86). Arvioimatta jää siis substanssi, ei siis kysyttyä, onko tavoite tai kokonainen jotakin ongelmaa koskeva politiikka tai ohjelma asetettu lähtökohtaisesti esimerkiksi sisällöllisesti ”oikein” (ns. *ex-ante*, ennalta arvioinnin -näkökulma). Poliitiikan substanssin arvioiminenkin on tarpeen sen vuoksi, että politiikat ovat usein vajavaisia sekä sisältöjen, tavoitemuotoilun että toimeenpanon osalta ja tällä voi olla jo lähtökohtaisesti vaikutusta tulokseen. Poliitiikan tutkimuksen traditiossa, (jossa ei tavallisesti tarkastella terveyspolitiikkaa eikä terveyspoliittinen tutkimus myöskään liiemmästi hyödynnä politiikan tutkimuksen lähestymistapoja), erityisesti toimeenpanotutkimuksessa onkin kiinnitetty huomiota siihen, että politiikka (substanssi) määrittää toimeenpanoa ja tätä kautta tuloksia (esim. Wolman 1981). Wolman (mt.) liittyy lisäksi politiikan sisällön ja toimeenpanon toisiinsa toteamalla, että tapa, jolla ongelmaksi katsottu asiointi on käsitteellistetty, vaikuttaa sekä tavoitteisiin että toteuttamiseen (mts. 436). Toimeenpano voi myös muuttaa tai estää toivottua vaikutusta (Spicker 2006, 34). Toimeenpano käytännöllisenä toimintana määrittää viime kädessä myös tuloksia (joko positiivisia tai negatiivisia). Nämä seikat kuvaavat sitä, että tuloseurannan lisäksi olisi tarpeen kiinnittää huomiota koko politiikkaketjuun.

Kun tulokseen painottuvassa analyysissä näyttöä ei vaadita politiikan tai ohjelmatavoitteen ”oikeellisuudesta” (eli substanssin sisältöä ei arvioida), toimeenpanon tavoista tai muista politiikkaa määrittävistä seikoista, tätä voi pitää hämmästyttävänä siksikin, että terveydenhuoltotutkimuksen piirissä ja myös terveyspolitiikan alueella käydään keskustelua näyttöön perustuvasta toiminnasta. Terveyspolitiikka toimintana jää kuitenkin usein näkymättömäksi eikä sen arviointia esimerkiksi tavoitteiden osalta pidetä merkityksellisenä. Tämä voi heijastua myös käytännön terveyspolitiikan arviointiin. Esimerkkinä voi mainita Sara Allinin ja työtovereiden (2004) katsauksen kahdeksan maan kansanterveyspolitiikasta. Sen esipuheessa (Lepo 2004) viitataan kansanterveyttä koskevan päätöksenteon monimutkaisten mekanismien tutkimuksen puutteellisuuteen yleensä. Terveyspolitiikkaa analysoidaankin useimmiten vain tunnuslukujen avulla, mutta tuloksen saavuttamisen liittyvä analyysi jää käsittelemättä. (Terveys)politiikan näkymättömyys näkyy myös vähäisenä

kiinnostuksena itse politiikan tekemisen ”malleihin” (ks. tässä teoksessa Sihto & Palosuo, luku 23).

Toimintapolitiikan analyysi (analysis of policy)

Toimintapolitiikan analyysissä (analysis of policy) kiinnitetään huomiota sekä politiikan sisältöön, prosesseihin että arvoihin, jotka vaikuttavat politiikkojen syntyyn, tarkoitusperiin, laatimiseen ja toimeenpanoon (Bonney ym. 2007). Kiinnostus laajenee niin kutsuttujen ”tosiasioiden”, eli lopputuotosta koskevien tietojen tuottamisesta arvoihin, suositeltaviin toimintatapoihin ja politiikkaprosessiin (O’Neill & Pederson 1992, 28). Tämä analyysisuuntaus pyrkii täydentämään ja paikkaamaan edellä kuvatun analysis for policy -lähestymistavan puutteita ja nostamaan esille politiikka-prosessin merkitystä. Puutteeksi on nähty erityisesti käytännön politiikkaprosessin osien (ongelman identifiointi, politiikan muotoilu, politiikan seuranta, politiikan implementointi, politiikan uudelleenmuotoilu) vähäinen ymmärrys (Buse ym. 2005, 13). Kathy Flitcroft työtovereineen (2011, 1040) kiinnittää huomiota päätöksenteon mustaan laatikkoon, jota voi tarkastella sen kautta, mitä tapahtuu politiikkaprosessissa ja institutionaalisessa päätöksenteossa. Tällä ”mustan laatikon”, kuten toimeenpanon analyysillä valaistaan politiikan toteuttamisen prosesseja ja pyritään selvittämään, miksi se, mitä syntyy, ei ole aina yhdenmukainen sen kanssa, mitä alun perin tavoiteltiin (mt.).

Christopher Weible työtovereineen (2012, 3) kuvaa politiikkaprosessin politiikan muutoksen, kehityksen sekä toimijoiden, tapahtumien ja kontekstien tutkimisena. Toimintapolitiikan eri osia voidaan tarkastella myös ongelman määrittelyn, agendan asettelun, politiikan muotoilun, tehtyjen päätösten, toimeenpanon ja evaluaation osalta, siis perinteisen politiikkasyklin (policy cycle) mukaan (Nutley & Webb 2000, 15). Kriittisessä keskustelussa on huomautettu, että analyysia ei tule rajoittaa pelkästään traditionaalisen politiikkasyklin tutkimiseen. Tätä politiikan ”kulun” tulkintaa on pidetty liian yksinkertaisena (esim. Burton 2006; Glouberman 2001, 39–40). Poliittikkaa ja sen tutkimusta ei tulisikaan käsittää vain muotoiluvaiheesta toimeenpanoon tapahtuvana toimintana (Bonney ym. 2007, 73), vaan liittämällä toisiaan seuraavina vaiheina. Poliitiikan kulku saatetaan tulkita usein vain hallinnollisena prosessina ottamatta huomioon valtakysymyksiä ja erilaisia intressejä, jotka ovat myös liikkeellepanevia voimia (Hunter 2003, 123). Myös Sophia Everett (2003, 66) kiinnittää huomiota ”valtapeliin” toteamalla, että se määrittää tosiasiallisesti politiikan sisältöä, pääsyä agendalle ja toimeenpanoa. On myös täsmennetty, että huomion kiinnittämien politiikan sisältöön ei tarkoita vain muodollisten, esimerkiksi hallituksen, asiakirjojen tutkimista. Se voi tarkoittaa myös esitettyjen tai ei-esitettyjen tavoitteiden ja ongelman uudelleenmäärittelyn tutkimusta (Bernier & Clavier 2011, 111–112).

Kirjallisuudessa käytetään myös nimitystä *analysis of policy process* (politiikka-

prosessien tutkimiseen ja arvioimiseen keskittyvä analyysi). Sen voi lukea osaksi toimintapolitiikan analyysin perinnettä. Prosessien tutkimuksen Gill Walt työtoverineen (2008, 309; viittaus Gilson & Raphaely 2008) pelkistävät kysymykseen ”*mikä selittää, mitä tapahtui?*”, sen sijaan että kysytään vain ”*mitä tapahtui?*”. Menetelmällisesti kyse on usein prosessievaluuatiosta, jossa tarkastellaan, miten toimintojen sarja on kehittynyt jonkin ohjelman tai politiikan toteuttamisessa (esim. Phillips 1994), toisin sanoen toimiiko ohjelma, tavoite tai politiikkaa ideansa mukaan. Prosessievaluuatiolla on merkitystä erityisesti poliittis-hallinnollisen toiminnan kannalta ja myös terveyden edistämisessä (esim. Macdonald ym. 1996). Se voi olla päätöksentekijälle oppimisprosessi, miten parantaa omaa toimintaa. Prosessievaluuatiota kuten myös edellä käsitellyn tulosevaluuatiota rajoittuneisuutena voi pitää sitä, että se ottaa usein annettuna arviointitehtävän, siinä ei oteta useinkaan kantaa evaluoitavan ohjelman, politiikan tai hankkeen sisältöön, joka jo sinällään voi vaikuttaa tulokseen esimerkiksi siten, että toimeenpanijat eivät tiedä, miten esimerkiksi vajavaisesti asetettuja ja ohjelmatavoitteita toimeenpannaan, ja siksi tulos on heikko.

Yhteenvetoa

Terveyspolitiikkaa, kansanterveyttä ja terveyden edistämistä koskevat käsitteet tulkitaan sekä tieteellisessä keskustelussa että käytännön toiminnassa monin osin päällekkäisin tavoin. Esimerkiksi terveyden edistäminen saattaa puhetapana korvata kokonaan hierarkkisesti ylemmän tason terveyspolitiikka-käsitteen, mihin on viitattu Suomen osalta (Rimpelä 2005).

Terveyspolitiikka käytännöllisenä toimintana on yllättävän harvoin tutkimuskohteena, ja se on jäänyt ehkä osin senkin takia usein näkymättömäksi. Terveyspolitiikkaa ei tavallisesti lueta erilaisissa terveyteen vaikuttavien tekijöiden malleissa terveyden determinantiksi, siis lopputulokseen eli terveyteen vaikuttavaksi (ks. myös Palosuo & Lahelma, tässä teoksessa, luku 2). Poikkeuksellisenä voi pitää toimintapolitiikan huomioimista myös terveyttä määrittäväksi WHO:n komission (CSDH 2008) raportissa, jossa sosioekonomiseen ja poliittiseen kontekstiin, politiikka-alueiden esittelyn (makroekonomiaa koskevat politiikat, sosiaalipolitiikka ja julkinen politiikka, jolla yhteytensä terveyteen) lisäksi mainitaan hallintatapa (governance). Vaikka hallinta voi olla ongelmallinen käsite ja lähestymistapa, koska sen arvioidaan viittaavan julkisen vallan merkityksen vähentämiseen (ks. esim. Peters 2002, 155) (mikä on ristiriidassa WHO:n komission raportin lähestymistavan kanssa, jossa korostetaan juuri julkisen vallan toimintaa), se nostaa kuitenkin toimintapolitiikan terveyspolitiikkaa koskevan substanssitetämyksen rinnalle. Siinä nähdään terveyteen vaikuttava poliittinen ja hallinnollinen *toiminta* merkityksellisenä, eikä vain terveyteen vaikuttavat sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät. Myös Christopher Potter ja Jennifer Harries (2006, 843) näkevät terveyspolitiikan ja julkisen hal-

linnon toiminnan yhdessä muiden kontekstuaalisten tekijöiden kanssa merkityksellisenä terveyspolitiikan tehokkuuden kannalta.

Terveyspolitiikassa terveyteen vaikuttavien tekijöiden osalta ongelmana näyttää olevan tietty jännite siinä, mihin terveyteen (ja terveyseroihin) vaikuttaviin tekijöihin tulisi kiinnittää huomiota. Michael Kelly ja hänen työtoverinsa (2006) ovat todenneet, että huomiota tulisi kiinnittää moniin välittömiin, välittäviin ja kauempana oleviin tekijöihin. Lähestymistavat kilpailevat: eri professionaaliset ryhmät voivat tulkita ja painottaa näiden tekijöiden merkitystä eri tavoin. David Mechanic (2007, 533) kutsuu tätä dialektiseksi jännitteeksi terveyttä ja sairautta koskevissa näkemyksissä.

Terveyspolitiikan laaja alue saattaa vaikeuttaa täsmällisen kuvan saamista terveyspolitiikan kokonaisuudesta. Terveyspolitiikan ymmärrys näyttää usein hallinnollis-poliittisessa keskustelussa painottuvan terveydenhuoltoon ja yksilöiden hoitoon. Tätä operatiivisen tason painotusta tukee myös terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusperinne, jossa tavallisesti laajemman terveyspolitiikan tarkastelu rajautuu ulos. Kun terveydenhuoltotutkimus painottuu terveystuotosten (outcome) tarkasteluun ja sen mukaisten metodien käyttämiseen, mikä sivuuttaa muita terveyspolitiikan osa-alueita, voi tästäkin osin johtua se, että terveyspolitiikan policy-analyttinen tutkimus on Suomessa ollut vähäistä.¹⁰ Tätä puutetta ei ole julkilausuttu suomalaisessa keskustelussa. Sen sijaan keskeinen eurooppalainen kansanterveysjärjestö (European Public Health Association) on kiinnittänyt huomiota kansanterveystutkimuksen ja toimintapolitiikan/käytännön väliseen tietokuiluun (ks. Noack 2006, 336).

Policy-analyttisen tutkimuksen tarve on ilmaistu siis selvästi kansainvälisessä terveyspolitiikkaa koskevassa keskustelussa. Tutkimusta tarvitaan terveyspolitiikan sisällöstä, terveyspolitiikan ”kulkuun” ja toteuttamiseen vaikuttavista prosesseista. On selvää, että tämä vaatii terveystutkimuksen metodivalikoiman laajentamista. Perinteinen epidemiologisesti painottuneen terveystutkimukseen metodi ei ole riittävä terveyspolitiikan laajempien kysymysten tarkasteluun, eikä sen menetelmä ole siihen tarkoitettukaan. Nämä menetelmät eivät myöskään tavoita terveyshallinnon ”sisäistä maailmaa”, terveyspolitiikan institutionaalista toimintaa ja prosesseja. Keskeistä on edistää monitieteistä otetta ja oppia uusia metodisia lähestymistapoja perinteisten rinnalla. Tutkimusmetodin ei tule määrittää, mitä tutkitaan, vaan tutkimuskysymyksen tulee määrittää metodeita, jotka sopivat siihen.

Kansainvälisessä keskustelussa terveyspoliittista tutkimusta on pyritty edistä-

10 Terveyspolitiikan alueen policy-analyttisistä tutkimuksista Suomessa voi esimerkkeinä mainita seuraavia: Marita Sihton tutkimus (1997), jossa arvioidaan Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanoa terveydenhuollossa; Ilpo Helenin ja Mikko Jauhon (2003) toimittama teos, jossa tarkastellaan lähinnä historiallisesti terveydenhoidon ja terveydenhuollon kysymyksiä ”terveyskansalaisuuden” näkökulmasta; Hannele Palosuon ja työtovereiden (2004) teos, joka esittelee ja arvioi sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen liittyviä poliittikkoja Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa ja jossa pohditaan näiden soveltuvuutta myös suomalaisessa terveyspolitiikassa; Meri Koivusalon ja kollegoiden (2009) teos, joka tarkastelee terveydenhuollon muutossuuntaa markkinaperustaiseksi ja kuluttajakansalaisen roolia osana muuttuvaa toimintaympäristöä.

mään myös erilaisilla viitekehyksillä. Nancy Milion (1991, 7) ekologisessa politiikan tutkimuksen viitekehyksessä tarkastellaan politiikan sisältöä koskevia valintoja, mutta kohteena on myös politiikkaprosessi ja *miten*-kysymys, johon vastaaminen edellyttää prosessorientoitunutta informaatiota, joka tuottaa tietoa päätöksentekijöille ja vie politiikkaa eteenpäin. Tutkimuksen eri ulottuvuuksiksi on hahmoteltu esimerkiksi terveyspolitiikkakolmiota (the health policy triangle), jossa sisältö, konteksti, toimijat ja prosessi ovat tärkeitä ulottuvuuksia ja vuorovaikutuksessa toisiinsa (Walt & Gilson 1994, 354). Myös John W. Kingdonin (1984) mallissa onnistuneen politiikan edellytyksistä viitataan kolmeen ehtoon (streams), joihin tulisi kiinnittää huomiota, – itse ongelman käsitteellistämiseen, esitettyihin ratkaisuihin ja poliittisesti mahdollisiin ratkaisuihin puuttua ongelmaan.

Lähteet

- Abel, Thomas (2007) Cultural capital in health promotion. In: McQueen, David V. & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas. Health and modernity. The role of theory in health promotion. New York: Springer, 43–73.
- Allin, Sara & Mossialos, Elias & McKee, Martin & Holland, Walter (2004) Making decisions on public health: a review of eight countries. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Alvarez-Rosete, Arturo (2008) The state in public health, role of. In: Kris Heggenhougen (Editor-in-Chief) International Encyclopedia of Public Health. Oxford: Academic Press, 211–218.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Ashton, John & Seymour, Howard (1988) The new public health. Milton Keynes: Open University Press.
- Aukee, Ranja (2007) Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 44(3), 179–190.
- Awofeso, Niyi (2004) What's new about the "new public health"? American Journal of Public Health 94(5), 705–709.
- Baggott, Rob (2000) Public health. Policy and politics. United Kingdom: Macmillan Press.
- Baggott, Rob (2005) From sickness to health? Public health in England. Public Money & Management 25(4), 229–236.
- Baggott, Rob (2007) Understanding health policy. Bristol: The Policy Press and the Social Policy Association.
- Baker, Elisabeth & Metzler, Marilyn M. & Galea, Sandro (2005) Addressing social determinants of health inequities: learning from doing. American Journal of Public Health 95(4), 553–555.
- Bambra, Clare & Fox, Debbie & Scott-Samuel, Alex (2003) Towards a new politics of health. Politics of Health Group. Discussion paper no. 1.
- Baum, Fran (2002) The new public health. Australia: Oxford University Press.
- Baum, Fran & Harris, Liz (2006) Equity and the social determinants of health. Health Promotion Journal of Australia 17(3), 163–165.
- Beaglehole, Robert & Bonita, Ruth (2004) Public health at the crossroads. Achievements and prospects. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beattie, Alan (1991) Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. In: Cabe, Jonathan & Calnan, Michael & Bury, Michael (eds.) The sociology of the health service. London: Routledge, 162–202.
- Berkeley, Dina & Springett, Jane (2006) From rhetoric to reality: barriers faced by health for all initiatives. Social Science & Medicine 63(1), 179–188.
- Berkman, Lisa F. (2011) Unintended consequences of social and economic policies for population health: towards a more intentional approach. European Journal of

- Public Health 21(5), 547–549.
- Bernier, Nicole F. & Clavier, Carole (2011) Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health Promotion International* 26(1), 109–116.
- Berridge, Virginia (2010) Historical and policy approaches. In: Thorogood, Margaret & Coombes, Yolande (eds.) *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford: Oxford University Press, 11–23.
- Bettcher, David & Sapire, Steve & Goon, Eric H. T. (1998) Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Statistics Quarterly* 51(1), 44–54.
- Bonnefoy, Josiane & Morgan, Anthony & Kelly, Michael. P. & Butt, Jennifer & Bergman, Vivian et al. (2007) *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Facultad de medicina, Universidad del Desarrollo, Chile & NHS National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Breton, Eric & Leeuw de, Evelyne (2010) Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promotion International* 26(1), 82–90.
- Breton, Eric & Rickard, Lucie & Gagnon, France & Jacques, Marie & Bergeron, Pierre (2008) Health promotion research and practice require sound policy analysis models: The case of Quebec's tobacco act. *Social Science & Medicine* 67(11), 1679–1689.
- Bryant, Toba (2002) Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International* 17(1), 89–98.
- Burton, Paul (2006) Modernising the policy. Making policy research more significant? *Policy Studies* 27(3), 173–195.
- Buse, Kent & Mays, Nicholas & Walt, Gill (2005) *Making health policy*. Milton Keynes: Open University Press.
- Catford, John (2006) Creating political will: moving from the science to the art of health promotion. *Health Promotion International* 21(1), 1–2.
- Crombie, Iain K. & Irvine, Linda & Elliott, Lawrence & Wallace, Hilary (2003) *Understanding public health policy. Learning from international comparisons. A report of NHS Health Scotland*. University of Dundee, section of public health, division of community health sciences & school of nursing and midwifery.
- CSDH (2008) *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Davies, John K. (2001) Back to the future: prospects for healthy public policy. *Public Health Medicine* 3(2), 62–66.
- Dean, Kathryn (1994) Creating a new knowledge base for the new public health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48(3), 217–219.
- Everett, Sophia (2003) The policy cycle: Democratic process or rational paradigm revisited. *Australian Journal of Public Administration* 62(2), 65–70.
- Flitcroft, Kathy & Gillespie, James & Salkeld, Glenn & Carte, Stacy & Trevena, Lyndal (2011) Getting evidence into policy: The need for deliberative strategies. *Social Science & Medicine* 72(7), 1039–1046.
- Frohlich, Katherine L. & Poland, Blake (2007) Points of intervention in health promotion practice. In: O'Neill, Michel & Pederson, Ann & Dupere, Sophie & Rootman, Irwin (eds.) *Health promotion in Canada – critical perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 46–60.
- Glouberman, Sholom (2001) *Towards a new perspective on health policy*. Canadian Policy Research Networks Inc, NO. H/03.
- Gray, Selena (2007) The contribution of health services to public health. In: Orme, Judy & Powell, Jane & Taylor, Pat & Gray, Melanie (eds.) *Public health for the 21st century. New perspectives on policy, participation and practice*. Milton Keynes: Open University Press, 118–134.
- Griffiths, S. & Jewell, T. & Donnelly, P. (2005) Public health practice: the three domains of public health. *Public Health* 119 (10), 907–913.
- Hanlon, Phil & Carlisle, Sandra & Hannah, Margaret & Reilly, David & Lyon, Andrew (2011) Making the case for a 'fifth wave' in public health. *Public Health* 125(1), 30–36.
- Harjula, Minna (2006) *Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla: muuttuvat uhkat ja ratkaisut. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43(2), 101–110.
- Harjula, Minna (2007) *Terveysten jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.
- Helen, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus.

- Hudson, John & Lowe, Stuart (2004) Understanding the policy process. Analysing welfare policy and practice. Bristol: Polity Press.
- Hunter, David J. (2003) Public health policy. Polity Press & Blackwell Publishing Inc.
- Hunter, David J. (2007) Public health policy. In: Orme, Judy & Powell, Jane & Taylor, Pat & Gray, Melanie (eds.) Public health for the 21st century. New perspectives on policy, participation and practice. Milton Keynes: Open University Press, 24–41.
- Institute of Medicine (2002) The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academies Press.
- Jong-wook, Lee (2005) Public health is a social issue. *Lancet* 365(9464), 1005–1006.
- Kaiser, Sanja & Mackenbach, Johan (2008) Public health in eight European countries: an international comparison of terminology. *Public Health* 122(2), 211–216.
- Kaprio, Leo (1990) Suomen preventiivisen lääketieteen historia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27(3), 188–205.
- Karisto, Antti (1984) Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairauksista hyvinvoinnin vajeena. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja* M:46. Helsinki.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (1990) 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä – Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* (27)(3), 206–220.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero (1992) Konrad Reijo Waara – kansanterveystyön tulisielu ja tutkija. Teoksessa *Terveyshoidollisia tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripiiristä. Terveystyön vaikuttavien olosuhteiden ja tapojen ynnä yleisen terveyskannan valaisemiseksi Haapaveden kunnassa. Akademinen väitöskirja, Konrad Helander. Näköispainos (alkup. Kuopio 1892)*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kauhanen, Jussi & Myllykangas, Markku & Salonen, Jukka T. & Nissinen, Aulikki (1998) *Kansanterveystiede*. Helsinki: WSOY.
- Kelleher, Helen & Macdougall, Colin (2009) Understanding health. In: Keleher, Helen & Macdougall, Colin (eds.) *Understanding health. A determinants approach*. Australia & New Zealand: Oxford University Press, 3–16.
- Kelly, Michael & Charlton, Bruce (1995) The modern and the postmodern in health promotion. In: Bunton, Robin & Nettleton, Sarah & Burrows, Roger (eds.) *The sociology of health promotion, Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. London: Routledge, 78–90.
- Kelly, Michael & Bonnefoy, Josiane & Morgan, Antony & Francis, Florentino (2006) The development of the evidence base about the social determinants of health. World Health Organisation, Commission of Social Determinants of Health, Measurement and Evidence Knowledge Network. (http://www.who.int/social-determinants/resources/mekn_paper.pdf)
- Kingdon, John W. (1984) *Agendas, alternative and public policies*. Glenview and London: Scott, Foresman & Co.
- Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009) (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutokset terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Labonte, Ronald (1992) Heart health inequalities in Canada: Models, theory and planning. *Health Promotion International* 7(2), 119–127.
- Leeuw, Evelyne de (1989a) Health policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands. Maastricht: Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek & Stichting Het Scholten-Corde Fonds.
- Leeuw, Evelyne de (1989b) The sane revolution. Health promotion: backgrounds, scope, prospects. Assen/Maastricht: Van Corcum.
- Legowski, Barbara & McKay, Lindsey (2000) Health beyond health care: twenty-five years of federal health policy development. Canadian Policy Research Networks Discussion Paper No H/04. (<http://www.cprn.org>)
- Lehto, Juhani & Ashorn, Ulla & Solin, Pia & Tervonen-Concalves, Leena (2006) *Terveyspolitiikan tutkimuksesta tiedettä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43(2), 85–88.
- Leppo, Kimmo (1985) Mitä on kansanterveys ja miten sitä edistetään? *Duodecim* 23, 2245–2247.
- Leppo, Kimmo (2003) Ehkäisevä työ ja terveyspolitiikan prioriteetit. Teoksessa *Koskenvuo, Kimmo (toim.) Sairauksien ehkäisy*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 899–904.
- Leppo, Kimmo (2004) Foreword. In: Allin,

- Sara & Mossialos, Elias & McKee, Martin & Holland, Walter (2004) Making decisions on public health: a review of eight countries. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 9–10.
- Lewis, Steven & Saulnier, Marcel & Renaud, Marc (2000) Reconfiguring health policy: simple truths, complex solutions. In: Albrecht, Gary L. & Fitzpatrick, Ray & Scrimshaw, Susan C. (eds.) *The handbook of social studies in health & medicine*. London: Sage Publications, 509–523.
- Long, Andrew F. (1993) Understanding health and disease: towards a knowledge base for public health action. Report of workshop. Leeds: Nuffield Institute for Health.
- Long, Andrew & Eskin, Frada (1994–95) The new public health: changing attitudes and practice. *Medical Principles and Practice* 4(3), 171–178.
- Macdonald, G. & Veen, C. & Tones, K. (1996) Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research* 11(3), 367–376.
- McKinlay, John & Marceau, Lisa (2000) US public health and the 21st century: diabetes mellitus. *Lancet* 356(9231) 757–762.
- McLaren, Lindsay & Hawe, Penelope (2005) Ecological perspective in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(1), 6–14.
- McMichael, Anthony J. (1999) Prisoners of the proximate: Loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *American Journal of Epidemiology* 149(10), 887–897.
- McPherson, Patricia D. (1992) Health for all Australians. In: Gardner, Heather (ed.) *Health policy, development, implementation, and evaluation in Australia*. Churchill Livingstone.
- McQueen, David V. (2007) Critical issues in theory for health promotion. In: McQueen, David V. & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas *Health and modernity*. New York: Springer, 37–38.
- Mechanic, David (2007) Population health challenges for science and society. *The Milbank Quarterly* 85(3), 533–559.
- Medin, Jennie (2005) Hälsa, folkhälsa och intervention. *Socialmedicinsk tidskrift* 82(3), 198–209.
- Milio, Nancy (1991) Making health public policy: developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. In: Badura, Bernhard & Kickbusch, Ilona (eds.) *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 7–27.
- Mouy, Barb & Barr, Ali (2006) The social determinants of health: is there a role for health promotion foundations. *Health Promotion Journal of Australia* 17(3), 189–95.
- Munthe, Christian (2008) The goals of public health: an integrated, multidimensional model. *Public health ethics* 1(1), 39–52.
- Nettleton, Sarah (1996) *The sociology of health & illness*. Cambridge: Polity Press.
- Niemelä, Pauli (2010) Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa Niemelä, Pauli (toim.) *Hyvinvointipolitiikka*, WSOYpro, 16–36.
- Nissinen, Aulikki & Kauhanen, Jussi & Myllykangas, Markku (1994) *Kansanterveys-tiede*. Helsinki: WSOY.
- Noack, R. Horst (2006) President's column: How can we reduce the knowledge gap between public health research and policy/practice? *European Journal of Public Health* 16 (3), 336.
- Nutbeam, Don (1998) Health promotion glossary. World Health Organisation, Geneva, 1–2. <www.who.int/hpr/archive/docs/glossaryu.html>
- Nutley, Sandra & Webb, Jeff (2000) Evidence and the policy process. In: Davies, Huw T. O. & Nutley, Sandra M. & Smith, Peter C. (eds.) *What works? Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol: Policy Press, 13–41.
- OECD (2010) *Health at glance: Europe 2010*, OECD Publishing. (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en)
- O'Neill, Michel & Pederson, Ann P. (1992) Building a methods bridge between public policy analysis and healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health*, supplement 1, S25–S30.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva (2004) Eriarvoisuus ja terveystoiminta. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Helsinki: Edita Prima.
- Pelikan, Jürgen (2000) Understanding differentiation of health in late modernity by use of sociological systems theory. In: McQueen, David V. & Kickbusch, Ilona

- & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas: Health and modernity. The role of theory in health promotion. New York: Springer, 74–102.
- Peters, BG (2002) The changing nature of public administration: from easy answers to hard questions. *Asian Journal of Public Administration* 24 (2), 153–183.
- Phillips, Ceri (1994) Evaluating health and social care. London: Macmillan.
- Pietilä, Anna-Maija (2010) Teorioista toimintaan. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija (toim.) *Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan*. WSOYpro, 274–277.
- Poland, Blake D. (1992) Learning to 'walk our talk': the implications of sociological theory for research methodologies in health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, supplement, S31–S46.
- Porter, Christine (2006) Ottawa to Bangkok: changing health promotion. *Health Promotion International* 22(1), 72–79.
- Potter, Christopher C. & Harries, Jennifer (2006) *Bulletin of the World Health Organization* 84(11), 843.
- Potvin, Louise & McQueen, David V. (2007) Modernity, public health, and health promotion. A reflexive discourse. In: McQueen, David V. & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas. *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York: Springer, 12–20.
- Puro, Kari (1973) *Terveyspolitiikan perusteet*. Helsinki: Tammi.
- Purola, Tapani (1979) Terveydenhoitoon liittyvät muut yhteiskuntapolitiittiset toiminnot. Teoksessa Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku (toim.) *Kansanterveystiede III*. Helsinki: Lääketieteen kandidaattiseura, 105–109.
- Purola, Tapani (1981) Väestön terveydentilaa säätelevien tekijöiden rakenne ja analyysi. Teoksessa Eikkinen, Eino & Ahlström & Anttinen, Erik & Pyörälä, Kalevi & Pili-Sihvola, Aino-Sisko (toim.) *Tutkimus ja kansanterveys 1980*. Suomen Akatemian julkaisuja 3 /1981. Helsinki, 66–80.
- Purola, Tapani (1986a) Terveyttä kaikille vuonna 2000 – syrjäytymisen ongelma. *Kuntoutus* (1): 3–4.
- Purola, Tapani (1986b) Terveydenhuollon ja terveydenhuoltotutkimuksen arvosidonnaisuus. Teoksessa Heinonen, Olli P. & Aromaa, Arpo & Heikkinen, Eino & Klaukka, Timo & Rimpelä, Matti & Tuomisto, Jouko & Rajjas, Tellervo (toim.) *Tutkimus ja kansanterveys: suuntauksia 1980-luvulla, osa 1. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 57*, 1–11.
- Purola, Tapani (1987) Vaikuttavuuden arvioinnista sosiaalihuollossa. – Näkökohtia suunnittelun ja evaluaation tasoista ja tavoista. Teoksessa Purola, Tapani & Urponen, Kyösti & Sintonen, Harri. *Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuuksista ja menetelmistä sosiaalihuollossa*. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 18/1987. Helsinki, 2–33.
- Putnam, Sara & Galea, Sandro (2008) Epidemiology and macro-social determinants of health. *Journal of Public Health Policy* 29(3), 275–289.
- Rantasalo, Ilari (1990) Hygieniasta kansanterveystieteeseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27(2), 252–253.
- Raunio, Kyösti (2003) *Sosiaalipolitiikan lähtökohdat*. Helsinki: Gaudeamus.
- Ridde, Valery & Guichard, Anne & Houeto, David (2007) Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. *Promotion & Education*, supplement 2, 12–16.
- Rimpelä, Matti (1994) Terveyden edistäminen ja terveystieteet – poimintoja kansainvälisestä kirjallisuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31 supplementti, 5–22.
- Rimpelä, Matti (2005) *Terveyspolitiikan uusi kieli*. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(1), 54–62.
- Rimpelä, Matti (2010) Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 11–44.
- Sanderson, Ian (2000) Evaluating in complex policy systems. *Evaluation* 6(4), 433–454.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo (2005) Terveyden edistäminen esimerkein. *Käsitteitä ja selityksiä*. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus
- Sihto, Marita (1997) *Terveyspolitiittisen ohjelman vastaanotto*. *Tutkimus Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa*. *Tutkimuksia* 74. Helsinki: Stakes.
- Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen, Juha (1994) *Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Kuopio.
- Spicker, Paul (2006) *Policy analysis for practice. Applying social policy*. Bristol: Policy Press.

- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4, Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002) Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämishdotukset. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän raportti. Selvityksiä 2002:18. Helsinki.
- Talousneuvosto (1972) Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti, Helsinki.
- Raunio, Kyösti (1990). Sosiaalipolitiikan lähtökohdia. Turun yliopiston täydennyskeskus. Turun yliopisto.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta (1991) Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Terveellisten elintapojen edistäminen riskialteimissa väestöryhmissä. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 3/1991. Helsinki.
- The Leeds Declaration (1993) Leeds: Nuffield institute for health, University of Leeds.
- Vertio, Harri (1991) Terveiden edistäminen – valintojen virta. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö & Suomen Syöpäyhdistys.
- Vertio, Harri (2003) Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Vauhkonen, Onni & Laurinkari, Juhani & Bäckman, Guy (1978) Suomalaista terveyspolitiikkaa. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. Helsinki: WSOY.
- Vuorinen, Heikki (2006) Tautinen Suomi 1857–1865. Tampere: Tampere University Press.
- Walt, Gill & Gilson, Lucy (1994) Reforming health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9(4), 353–370.
- Walt, Gill & Shiffman, Jeremy & Schneider, Helen & Murrays, Susan M. & Brugh, Ruairi (2008) ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning* 23(5), 308–317.
- Waris, Heikki (1978) Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka. Helsinki: WSOY.
- Webster, Charles & French, Jeff (2002) The cycle of conflict: the history of the public health and health promotion movements. In: Adams, Lee & Amos, Mary & Munro, James (eds.) *Promoting health. Politics and practice*. London: Sage Publications, 5–12.
- Weible, Christopher M. & Heikkilä, Tanya & deLeon, Peter & Sabatier, Paul (2012) Understanding and influencing the policy process. *Policy Sciences* 45(1), 1–21.
- WHO (World Health Organization) (1999) Health21 – the health for all policy framework for the European Region. World Health Organization for Regional Office in Europe. *European Health for All Series*, no. 6. Copenhagen.
- WHO (World Health Organization) (2009) Priorities for research on equity and health: innovations for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward. Discussion paper – 9 September 2009. Geneva.
- Wing, Steve (1994) Limits of epidemiology. *Medicine & Global Survival* 1(2) 74–86.
- Wolman, Harold (1981) The determinants of program success and failure. *Journal of Public Policy* 1 (4), 433–464.
- Ziglio, E. & Hagard, S. & Griffiths, S. (2000) Health promotion development in Europe: Achievements and challenges. *Health Promotion International* 15(2), 143–154.

2 Terveyden sosiaaliset määrittäjät

Terveyspolitiikan tavoitteena on pitää huolta väestön hyvinvoinnista edistämällä terveyttä ja sen edellytyksiä sekä torjumalla sairauksia ja hoitamalla niitä. Terveyspolitiikan suunnittelun ja toteuttamisen ehtona on riittävä tietopohja siitä, mitkä tekijät määrittävät terveydentilaa ja sairauksia sekä miten näiden taustatekijöihin voidaan vaikuttaa yhteiskunta- ja terveyspolitiikan tai muun politiikan keinoin.

Terveyden sosiaalisilla determinanteilla eli määrittäjillä tarkoitetaan laajimmillaan niitä sosiaalisia ja taloudellisia oloja, jotka olennaisella tavalla muovaavat yksilöiden ja ryhmien terveyttä (Marmot & Wilkinson 2006). Elinolojen vaikutukset terveyteen ilmenevät selvästi terveyden jakaumassa siten, että sosiaaliluokkien tai sosioekonomisten ryhmien välillä on merkittäviä kuolleisuus- ja terveyseroja. Väestön terveyden vaihtelu sosioekonomisen aseman tai sosiaaliluokan mukaan onkin yksi johdonmukaisimmista terveyden sosiaalista määräytymistä osoittavista tutkimustuloksista (Cockerham 2007; Lahelma & Rahkonen 2011). Terveyden *sosiaalisia determinanteja* koskeva puhetapa vakiintui terveystutkimuksessa ilmeisesti vasta 1990-luvulla Englannissa (ks. Raphael 2008), vaikka terveyden ja sairauksien determinanteista ja myös terveyden rakenteellisista determinanteista on kirjoitettu paljon aikaisemminkin. Maailman Terveysjärjestön (WHO) terveyden sosiaalisiin determinantteihin kohdistuva maailmanlaajuinen terveystutkimusaloite (CSDH 2008) on virittänyt runsaasti terveyden sosiaalista määräytymistä koskevaa tutkimusta, keskustelua ja toimenpide-ehdotuksia 2000-luvulla. Terveyden yhteiskunnallinen ja taloudellinen merkitys on saanut lisää painoarvoa vauriissa maissa ja myös Euroopan unionissa (esim. Skalli ym. 2006; Palola 2009; Euroopan komissio 2011) muun muassa siksi, että väestöt ikääntyvät, huoltosuhde muuttuu epäedullisemmaksi ja terveysmenot kasvavat sekä siksi, että työvoiman terveyden ja työkyvyn ylläpidosta on tullut entistä tärkeämpi taloudellisen kilpailukyvyn ehto.

Tässä luvussa kuvaamme terveyden sosiaalisia määrittäjiä ajankohtaisen tutkimuksen ja terveystutkimuksen keskustelun valossa. Taustaksi tarkastelemme yleisiä terveyden käsitteeseen ja mittaamiseen liittyviä kysymyksiä. Tämän jälkeen pohdimme terveyden sosiaalisia määrittäjiä ja niiden asemaa ja merkitystä terveys- ja yhteiskuntapolitiikan tavoitteenasettelun näkökulmasta.

Mikä terveys?

Terveyteen liittyy monenlaisia ja monentasoisia intressejä, jotka heijastuvat terveyden määritelmiin ja terveystieteisiin. Terveyttä voidaan filosofisessa katsannossa pitää jokaista ihmistä (ja elollista olentoa) koskettavana modaliteettina eli olemisen tapana tai laatuna, mutta terveyden käsite on myös yleistettävissä väestöihin ja sovellettavissa yhteisöjen toiminnan kuvaukseen. Terveys on ilmiönä lääke- ja terveystieteiden lisäksi monen muun tiedon- ja tieteenalan kiinnostuksen kohde. Lisäksi terveys on yhteiskunnallisen merkityksensä vuoksi hallinnon ja politiikan intressialuetta. Terveyteen liittyy myös vahvoja kaupallisia intressejä, ja terveyden ympärille kytkeytyy kasvava maailmanlaajuinen teollinen ja palvelutuotanto (esim. Blaxter 2010; Koivusalo & Hakkarainen 2011). Ilona Kickbuschin (2007, 151) ilmaisu käyttäen terveyden territorio on laajentunut. Terveyspolitiikan kannalta erilaiset terveystieteet ja terveyteen liittyvät intressit ovat keskeisiä, sillä terveystieteissä joudutaan eri tavoin ottamaan kantaa näitä intressejä edustavaan laajaan toimijoiden joukkoon.

Terveyden ja sairauden luonnetta ja sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä on vuosikymmenien ajan pohdittu muun muassa terveystieteissä, hyvinvointitutkimuksissa, antropologiassa ja filosofiassa Suomessa ja muissa maissa (esim. Allardt 1976; Karisto 1984; Purola 2000; Blaxter 2010; Susser ym. 1985; Field & Taylor 1998; Patrick & Scambler 1982; Helman 2000; von Wright 2001; Nordenfelt 2007; Cockerham 2007; Ashorn ym. 2010). Terveystieteissä tarkasteluissa ei usein kuitenkaan juuri pohdita itse terveyden käsitettä, vaan terveyttä pikemminkin käsitellään ”annettuna” kategoriana, jota kuvataan esimerkiksi lääketieteen, terveydenhuollon ja sosiaaliturvajärjestelmän toiminnan sekä terveystilastojen välittämän tiedon pohjalta. Tällöin terveyttä luonnehditaan enemmän tai vähemmän implisiittisesti sellaisilla käsitteillä ja ilmentymillä kuin huono terveys, sairaudet ja taudit, työ- ja toimintakyvyn vajeet, vammat ja kuolema. Terveystieteiden kiinnostuksen kohteena on erityisesti kansanterveys eli koko väestön ja sen keskeisten osaryhmien terveys, jota käytännössä selvitetään kuitenkin yksilöiltä kootun tiedon pohjalta.

Hyvinvointitutkimuksissa terveyttä pidetään usein keskeisimpänä hyvinvoinnin ja elintason osatekijänä (Purola 1971; Allardt 1976, 39–40; Karisto 1984, 42). Kansalaisten arvovalinnoissa terveys onkin väestökyselyjen mukaan tärkeimpiä arvoalueita ja sen asema on entisestään vahvistunut (Suhonen 2007). Terveyden suhde laajempaan hyvinvointiin on kahtalainen: se on itsessään hyvinvoinnin osoitin, mutta myös voimavara, jonka avulla yksilöt kykenevät osallistumaan yhteisön toimintaan ja hankkimaan ja ylläpitämään hyvinvointiaan sekä sen kannalta tärkeitä resursseja, kuten tuloja ja koulutusta (Allardt 1976; Karisto 1984). Terveys on myös kulttuurinen merkityksenantaja, jopa siinä määrin, että se saattaa tarjota nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa kiinnekohtia identiteetin muodostamiselle ja käyttäytymisvalinnoille (Karisto & Lahelma 2005; Vaskilampi 2010). Elintason parantamisessa ja koulutuksen myötä terveystietoisuus on lisääntynyt ja hyvästä terveydestä

on voinut tulla jopa eräänlainen elämäntapaihanne (Karisto 1984, 56). Toisaalta elämäntyyli on monimuotoistunut ja terveyteen liittyvä kulutuskäyttäytyminen on tullut entistä epäjohdonmukaisemmaksi (Karisto & Lahelma 2005). Nämä ilmiöt lienevät osaltaan lisänneet terveystieteen laajentumista.

Terveyden määrittelyn historiallinen ja kulttuurinen vaihtelu vahvistaa käsityksen terveydestä itsessään moniaineisena sosiaalisena konstruktiona (Manderbacka 1998; Blaxter 2010; Honkasalo 2000). Terveyttä koskevat käsitykset, myös arkielämänsä, muuttuvat nykyaikana lääketieteellisen ja muun terveystiedon myötä sekä median vaikutuksesta. Lääketieteellistä taudinmäärittystä pyritään yhdenmukaistamaan, mutta tautikäsitteet vaihtelevat kuitenkin eri maiden ja kulttuurien välillä ja terveydenhuollon erilaisissa perinteissä. Samoja tautinimikkeitä, esimerkiksi verenväritautia, saatetaan tulkita eri tavoin jopa saman tieteellisteknisen kulttuurin piiriin kuuluvissa Euroopan maissa (Helman 2000, 218–221).

Suurin osa terveyden määrittämisestä rakentuu elimistön normaalia toimintaa koskeville käsityksille ja taudin tai sairauden puuttumista koskeville ajatuksille (von Wright 2001; Blaxter 2010). Erityisesti biolääketieteellisen tarkastelutavan mukaan terveys määritellään fysiologiseksi normaalitilaksi tai tasapainon alueeksi, josta poikkeavia ja mittauksissa havaittavia arvoja tulkitaan sovitujen kriteerien avulla patologisiksi. Biolääketieteellisessä mallissa patologisten muutosten aiheuttajia ovat tyypillisesti fyysiset tai biokemialliset taudin aiheuttajat ja nykyään usein perimä (esim. Cockerham 2007). ”Normaali” tarkoittaa terveyden yhteydessä myös tilastollista normaaliutta, jolla viitataan ilmiön yleisyyteen ja tavallisuuteen (ks. Karisto 1984). Aikuisikäisten ihmisten täyttä hyvää terveyttä voidaan kuitenkin tilastollisessa merkityksessä pitää jokseenkin epänormaalina tilana, sillä väestötutkimuksissa jopa yli puolet keski-ikä ylittäneistä aikuisista raportoi jonkin pitkäaikaissairauden ja lisäksi suuri osa aikuisista raportoi erilaisia oireita (Blaxter 2010; Manderbacka 2005, 132). Terveys ja sairaus eivät olekaan toisiaan tarkkarajaisesti poissulkevia tiloja, vaan ne vaihtelevat jatkuvasti ja myös sulautuvat toisiinsa (Blaxter 2010, 21–22; Karisto 1984). Ihminen voi olla terve olematta sairas, mutta sairaus tai sairaana olominen edellyttää vähintäänkin jotain minimimäärää terveyttä, jonka varassa voi elää ja myös parantua (Pelikan 2007, 78–79).

Terveyden ymmärretään usein pääosin negatiivisena terveytenä eli sairauden poissaolona, mutta terveyttä on myös pyritty luonnehtimaan sen positiivisen ilmenemisen kautta. Arkikielessä ilmaus ”terve” onkin sisällöltään myönteinen. Suomalainen filosofi Georg Henrik von Wright (1916–2003) analysoi terveyttä yhtenä hyvänä lajina, jonka erityisluonteena on, että negatiivinen puoli loogisesti edeltää positiivista puolta (von Wright 2001): jos ihmisessä ei ole mitään vikaa, hän on terve. Erik Alldredge (1976, 42) viittaa samansuuntaisesti terveyden absoluuttiseen arvoon tulkittessaan terveyttä puutostarpeena, jonka tyydyttymisessä on kylläntymisraja: ”Ei voi olla kylläisempi kuin kylläinen eikä terveempi kuin terve.” Tällaisissa katsannoissa terveyden sisällön positiiviset lisäluonnehdinnat ovat toissijaisia, sillä terveys ilmentää itsessään täydellistä omalajistaan hyvää. Ihmiset antavat kuitenkin terveydelle

myös muita kuin sairauden puuttumista kuvaavia sisältöjä. Tällaisia ovat esimerkiksi hyvä kunto, hyvinvoinnin kokeminen, toimintakyky, energisuus ja hyvät ihmissuhteet (Manderbacka 1998; Blaxter 1990; 2010).

Positiivisen terveyden on tehnyt tunnetuksi Maailman Terveysjärjestön peruskirjaan kiteytetty luonnehdinta terveydestä täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, ei vain sairauden tai vaivan puuttumisena (WHO 1948). Tämän WHO:n laajan terveyskäsitteen on nähty edustavan terveyden sosiaalista mallia (Blaxter 2010). WHO:n näkemys terveydestä oli aikanaan varsin radikaali tuodessaan biologisten tekijöiden rinnalle terveyden psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet (esim. Karisto 1984). WHO:n muotoilu ei kuitenkaan ole ongelmaton, ja vuosikymmenien mittaan sitä on arvosteltu muun muassa ”täydellisen” ja kaikinpuolisen hyvinvoinnin vaatimuksesta, jota on pidetty paitsi epärealistisena myös medikalisoivana, lääketieteen aluetta kohtuuttomasti laajentavana (Huber ym. 2011).

Positiivisesta terveyskäsitteestä saatetaan puhua myös silloin, kun painotetaan terveysorientaatiota sairausorientaation sijasta. Tästä näkökulmasta positiivisen terveyden käsitteistöön voidaan lukea Aaron Antonovskyn salutogeeninen terveysmalli (ks. Antonovsky 1994; myös Bäckman 1989; Volanen 2011; Virtanen 2010), joka kuitenkin on enemmänkin terveenä pysymisen tai terveyden synnyn selitysmalli kuin terveyden positiivisten sisältöjen kuvaus. Kun patogeneettinen lääketiede etsii yleensä tietyn taudin spesifejä riskitekijöitä ja syitä, salutogeneesin keskiössä ovat (kokonainen) ihminen systeeminä ja hänen yleistä kestäkykyänsä palvelevat voimavarat. Mallin keskeinen teoreettinen käsite on *koherenssin tunne* (sense of coherence, SOC). Jürgen Pelikan (2007, 78–80) on terveyden positiivista ja negatiivista olemuspuolta pohtiessaan todennut, että vaikka terveys ja sairaus eivät ole toistensa vastakohtia, on käytännön syistä kuitenkin aiheellista tarkastella positiivista terveyttä ja sairauksia erikseen, koska sairauksien riskitekijät ja terveyttä edistävät resurssitekijät eivät välttämättä ole samoja.

Positiivisen terveyden tutkiminen voi kuitenkin olla ongelmallista muun muassa siksi, että normaalitilaksi tai tasapainotilaksi määritellylle terveydelle ei tarvitse olla erityisiä syitä (Karisto 1984, 59). Käsitteellisesti onkin yksinkertaisempaa tutkia terveyttä sen vajeiden eli sairauksien ja sairastavuuden kautta, ei-terveytenä, jolloin terveyden puutoksia voidaan tunnistaa ja etsiä niille syytekijöitä (ks. Karisto 1984, 59). Tapani Purola on kehittänyt WHO:n positiivisen terveyden käsitettä vastaavan negatiivisen tarkastelutavan mukaisen sairauden systeemisen mallin, jossa sairauksia tarkastellaan psykofyysisinä, sosiaalisina ja kokemuksellisinä tiloina ja samalla ihminen kytketään sekä yleisen luonnonjärjestelmän että yleisen sosiaalisen järjestelmän osaksi (Purola 1971; Purola 2000). Tämän kansainvälisesti tunnetun niin sanotun *Purolan mallin* avulla on tutkittu sairauskäyttäytymistä, sairastavuutta ja hoitoon hakeutumista. Mallin avulla voidaan tarkastella terveyteen ja sairastamiseen liittyvää toimintakykyisyyttä ja tätä kautta kytkeä terveys ja sairaus yhteiskunta- ja

terveyspoliittisesti keskeisiin tavoitteisiin ja sosiaalipoliittisiin käytäntöihin (Puro-la 2000).

Läketieteellisesti diagnosoituja sairauksia nimitetään usein *taudeiksi* (*disease*), jotka on ryhmitelty kansainväliseen tautiluokitukseen (ICD). *Sairaus* (*illness*) on terveys sosiologisessa kirjallisuudessa laajempi sairastumista ja sairastamisen kokemista kuvaava käsite. Taudin ja sairauden käsitteille ei suomen arkikielessä kuitenkaan välttämättä tehdä merkityseroa¹. Talcott Parsonsin (1951) luomassa terveys-sosiologian perinteessä on analysoitu lisäksi sairaan roolia ja sairautta sosiaalista osallistumista haittaavana tilana (*sickness*): sairaus voi estää henkilön työskentelyn tai arkitöimet ja antaa hänelle oikeuden olla osallistumatta tavanomaisiin velvoitteisiinsa. Tämä terveyden funktionaalinen ja sosiaalinen käsitteellistämistapa (Blaxter 1990) ilmaisee terveyden yhteiskunnallisesti ja yhteiskuntapoliittisesti keskeisen merkityksen. Sairaus kytkeytyy paitsi sosiaalisiin normeihin myös sosiaalipoliittisiin etuuksiin (kuten palkallinen sairausloma, kuntoutus) tai muihin yhteiskunnallisesti hyväksytyihin määräaikaisiin tai pysyviin vapautuksiin tavanomaisista velvoitteista (ks. myös Vaskilampi 2010).

Terveys ja sairaus sekä terveen ruumiin ja mielen ominaispiirteet, rajautuminen ja käsitteellistäminen ovat jatkuvassa muutostilassa, kun esimerkiksi varaosia tai korvaavia osia ja siirännäisiä koskeva teknologia sekä geneettinen ja kemiallinen manipulointi kehittyvät ja niiden käyttö yleistyy (esim. Blaxter 2010; Helman 2000). Terveen ja sairaan rooleja määritellään myös uudestaan tehokkuutta edellyttävän yhteiskunnan tarpeiden mukaisesti (Vaskilampi 2010, 75).

Terveyden määrittelytapoja

(Mildred Blaxterin, 2010, mukaan)

- 1) terveys sairauden puuttumisena,
- 2) tauti poikkeavuutena,
- 3) terveys tasapainona tai homeostaasina,
- 4) terveys toimintana (funktiona),
- 5) terveys tilana tai statuksena,
- 6) terveys biomedikaalisena organismin toimintana,
- 7) terveys sosiaaliseen ympäristöön ja suhteisiin liittyvänä ilmiönä.

¹ Tauti- ja sairauskäsitettä ei käytetä johdonmukaisesti tämän jaottelun mukaisesti edes alan kirjallisuudessa, sillä käsitteiden käyttöön liittyy monia arkikielen konventioita (ks. kuitenkin Kokko 1990).

Terveydelle ei siten ole yhtä ainoaa kattavaa määritelmää (Blaxter 2010). Usein terveydestä on tyydyttävä puhumaan terveydellisen ulottuvuuden mielessä. Tämä ulottuvuus kattaa kaikki terveyden tilat ja kokemukset ihannearvoisesta täydestä terveydestä terveyden puuttumiseen, jota äärimmillään ilmaisee elämää ylläpitävien toimintojen lakkaaminen (Karisto 1984; Lahelma 2006). Negatiiviset tilat ovat kuitenkin usein terveystutkimuksen, terveyspolitiikan ja hoitotoimien keskiössä, sillä sairauksia ja niiden syitä voidaan tunnistaa ja torjua. Tämä ei tarkoita sitä, ettei hyvän terveyden ehtoja ja edellytyksiä voitaisi tutkia, vaan sitä, että teoreettisista ja käytännöllisistä syistä terveys usein määritellään ja tulkitaan negatiivisen terveyskäsitteen eli sairaustilojen avulla.

Yksilön terveydestä kansanterveyteen

Terveydentilan ja sairauksien tutkimisen ja kirjaamisen tavat ja mahdollisuudet vaikuttavat osaltaan siihen, mitä terveyspolitiikan sisältö on ja mihin terveyspoliittinen ohjaus voi kohdistua. Kansanterveyden kuva koostetaan yksilötason terveyttä koskevista tiedoista, silloinkin kun yksilötason terveyden voi päätellä kuvastavan myös yhteisötason terveyttä. Tällaisesta yhteisöterveydestä voisi ajatella olevan kyse muun muassa mielenterveyden häiriöissä ja esimerkiksi itsemurhissa, joiden yleisyyteen aina vaikuttavat yhteisön sosiaaliset normit ja vuorovaikutuksen tavat. Ryhmätason terveystiedoissa terveyden moniulotteisuus kuitenkin helposti ja ehkä väistämättäkin kapeutuu, sillä terveyden kokemuksellinen puoli ja merkitykset arkielämälle jäävät vähälle huomiolle. Se mitä ja miten ryhmätason terveystietoa kootaan, herättää samalla kysymyksiä taustalla vaikuttavista terveyden määrittäjistä. Kun tutkitaan sairastuvuutta väestöryhmissä eli uusien sairaustapausten ilmaantumista (*insidenssiä*), herää kysymys sairauksien ilmaantumisen sosiaalisista syistä. Sairauksien esiintyminen eli sairastavuus (*prevalenssi*) puolestaan ilmentää ilmaantuvuuden lisäksi myös sairauden kulkua. Sairastavuus on siten erityisen moniaineksinen mittari terveyspoliittisen vaikuttamisen keinojen näkökulmasta. (Starfield 2007, 1356.)

Kansanterveyden raportoinneissa harvoin pohditaan terveyden käsitteisisältöjä tai mittaamistapojen terveyspoliittisia seuraamuksia ja keskeiset kansanterveysongelmat esitetään terveydenhuoltojärjestelmän kirjaamisperinteisiin ja hallinnon käytäntöihin perustuvasti. Vuoden 1996 kansanterveyskertomus eduskunnalle (s. 20) toteaa kansantaudeilla tarkoitettavan ”niitä sairauksia, jotka yleisyytensä ja seuraamustensa ansiosta aiheuttavat eniten haittaa väestössä”. Haitan luonnetta ja ilmenemistä ei tarkemmin määritellä. Positiivisen terveyden kuvausta ei väestöä koskevissa raporteissa yleensä varsinaisesti ole yritetty tehdä, sillä soveltuvia mittareita ei juuri ole eikä käsitteopohjastakaan ole riittävää yksimielisyyttä (ks. Blaxter 2010, 25). Silloinkin kun terveyden osoittimena käytetään niin sanottua koettua terveyttä, jossa henkilö arvioi itse yleisen terveydentilansa erittäin hyvästä terveydestä erittäin huonoon ulottuvalla asteikolla, on kiinnostuksen kohteena tavallisesti huonon

terveyden puoli. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien arvioimisessa käytetään kuitenkin positiivisia kykenemiseen ja suoriutumiseen liittyviä ulottuvuuksia (esimerkiksi kävely, juokseminen, portaiden nouseminen, kaupassakäynti, arkiasioista suoriutuminen, näkökyky ja kuulo). Tällaisia kykyjä voidaan ehkä kuitenkin pitää pikemminkin terveyden määrittäjinä tai terveyden mahdollistamina toimintoina kuin terveytenä sinänsä.

Suomen kansanterveydestä raportoidaan hallinnollisessa nykykäytännössä neljän vuoden välein eduskunnalle tehtävässä sosiaali- ja terveystietokertomuksessa, johon kootaan ajantasaisia ja keskeisiä kehityskulkuja ja uhkakuvia luotaavaa tietoa (esim. STM 2006; STM 2010). Tarkemmin väestön terveyttä kuvataan raportissa *Suomalaisten terveys*, joka on ilmestynyt vuonna 1996 ja 2005. Tilastoviranomaiset ja tutkimuslaitokset yhteistyössä yliopistojen kanssa julkaisevat lisäksi väestön terveyttä koskevia tilastoja, katsauksia ja raportteja (tietopohjasta ks. Gissler & Martelin tässä teoksessa, luku 5). Terveyden sosiaalisten determinanttien seurantaan varten on tehty suomalaisten sosioekonomisia terveyseroja koskeva katsaus (Palosuo ym. 2007).

Kansanterveyden tai väestön terveyden kuvauksessa suurina pääluokkina ovat krooniset kansantaudit, tartuntataudit (joita vuoden 1996 kansanterveyskertomuksessa ei yleisyydestään huolimatta pidetty varsinaisina kansantauteina) sekä tapaturmat ja vammat. Vuonna 2005 ilmestyneessä Suomalaisten terveys -raportissa kansanterveyden pääalueet kuvattiin tautiluokituksen pääluokkien ilmaisemien sairastavuus- ja vammatiетоjen kautta seuraavassa järjestyksessä: verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, osteoporoosi, mielenterveyden ongelmat, itsemurhat, syöpätaudit, tarttuvat taudit, krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti, allergiat ja astma, diabetes, dementia, näkövammat, kuulovammat, hammassairaudet, koti-, liikunta- ja muut vapaa-ajan tapaturmat, liikennetapaturmat, työtapaturmat sekä ammattitaudit ja työhön liittyvät terveysvaarat (Aromaa ym. 2005). Pääluokat saattavat raporteissa hieman vaihdella, kun sairastavuuden yleisyydessä ja väestörakenteessa tapahtuu muutoksia. Yleisiä sairauksia tai vaivoja saattaa kuitenkin myös jäädä puuttumaan tällaisista kansanterveyden kuvista. Oheisesta luettelosta ei esimerkiksi löydy yleistä päänsärkyä tai lisääntymiselimiin liittyviä vaivoja, jotka kuitenkin aiheuttavat runsaasti (erityisesti naisten) terveydenhuollon käyntejä. Lisäksi Suomalaisten terveys -kirjassa on kuvattu terveyteen vaikuttavia elintapoja, joita tavallisesti pidetään terveyden määrittäjinä, mutta toisinaan myös terveydentilan kuvaajina. Näitä olivat vuonna 2005 ruoankäyttö, liikunta, seksuaaliterveys, uni ja lepo, lihavuus, tupakointi, alkoholin käyttö ja huumeiden ja lääkkeiden käyttö huumaustarkoituksessa (Aromaa ym. 2005).

Eri tietojen perusteella kansanterveydestä piirtyy hieman erilainen kuva. Kuolleisuustietojen valossa suurimmat pääluokat ovat sydän- ja verenkiertoelinten taudit ja kasvaimet, jotka heijastavat myöhemmän iän tappavia tauteja, sekä väkivaltaiset kuolemat, jotka koskevat erityisesti nuoria ja työikäisiä miehiä. Työikäisten terveyttä luonnehtivat työkyvyttömyyseläkkeiden perusteella suurimpina pääluokkina tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt. Väestötutkimusten

sairastavuustietojen perusteella suuriin tautiryhmiin kuuluvat myös allergiat ja astma, krooniset hengityselinten sairaudet ja diabetes. (Aromaa ym. 2005.)

Kansanterveyden kuvauksen perustana olevaa lääketieteellistä tutkimusta ohjaa suurelta osin biolääketieteellinen sairausmalli, joka tulkitsee sairauden biokemiallisen taudinaiheuttajan seurauksena. Malli on soveltunut hyvin tartuntatautien selvittämiseen, mutta se soveltuu huonosti yhä yleisempien ei-tarttuvien kroonisten kansantautien kuvaamiseen, joiden taustalla vaikuttavat moninaiset ympäristö- ja käyttäytymistekijät (esim. Cockerham 2007, 6; Beaglehole ym. 2011). Suomessa on kuitenkin jo pitkään painotettu laaja-alaisemman mallin mukaisesti ravitsemustekijöiden suurta merkitystä sydän- ja verisuonitautien taustalla.

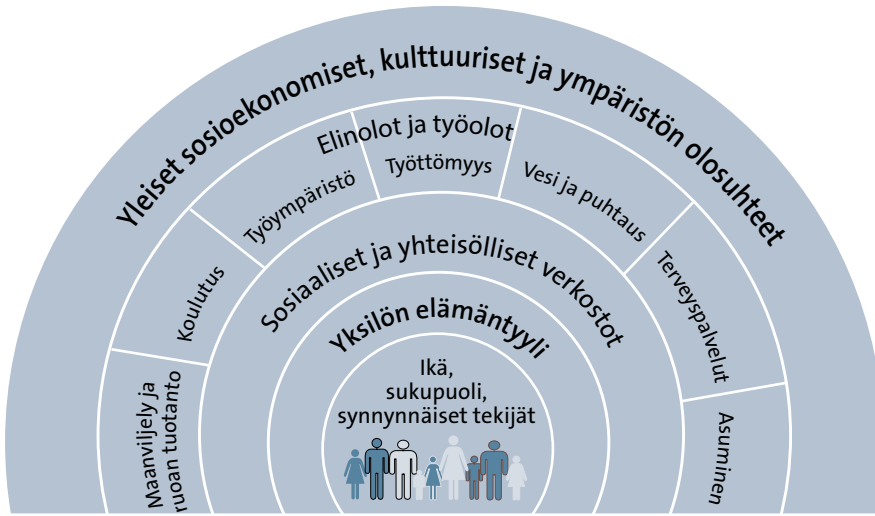
Terveyden määrittäjät

Biologis-sosiaaliset ja sosiodemografiset tekijät

Göran Dahlgren ja Margaret Whitehead (1991; 2006) ovat esittäneet yleisen niin sanottuna sateenkaarimallina tunnetun kehikon eri tasoilla vaikuttaville terveyden määrittäjille (kuvio 1). Kehikko muotoiltiin Maailman Terveysjärjestön piirissä eri hallinnonalojen kansanterveystoiminnan jäsentämiseksi jo 1980-luvulla (ks. Dahlgren 1990). Terveys tarkoittaa tässä terveydellistä ulottuvuutta, jolloin kyse voi olla sekä terveyden edellytyksistä että sairauksien syytekijöistä. *Ei-terveyden* puolella on siten sairastamisen ja sen riskitekijöiden koko historiallisesti muutuva ilmiökenttä². Tällaisen mallin perusteluna on etiologinen ja epidemiologinen tutkimustieto, joka osoittaa kuolleisuudella ja eri kansantaudeilla olevan yleisiä ja yhteisiä sosiaalisia ehtoja ja riskitekijöitä (ks. esim. Laaksonen ja Silventoinen 2011). Terveyden edellytykset ovat vastaavasti monelta osin yleisiä ja yhteisiä, joskaan sairauksien riskit ja terveyden edellytykset eivät välttämättä ole samoja tekijöitä. Kuviossa erottuvat terveyden eritasoiset määrittäjät *proksimaalisiksi* kutsutuista lähempänä yksilöä olevista tekijöistä *keskitason* tekijöihin ja edelleen yleisempiin *distaalisiksi* kutsuttuihin yhteiskunnallisiin ja rakenteellisiin tekijöihin. Yksilöllisiin määrittäjiin kuuluvat geneettiset ja biologiset tekijät. Näihin kytkeytyvät ikä ja sukupuoli, jotka periaatteessa ovat annettuja ja pääosin ei-muutettavissa olevia demografisia ja biologis-sosiaalisia terveyden määrittäjiä.

Terveydentila, sairastavuus ja kuolleisuus vaihtelevat erittäin paljon ikäryhmien välillä. Tämä ilmentää iän yhtäaikaista biologista ja sosiaalista luonnetta terveyden määrittäjänä. Yhtäältä elimistö rappeutuu, toisaalta fyysisen ja sosiaalisen ympäristön altistukset kasautuvat iän karttuessa. Lapsia ja nuoria on totuttu pitämään ter-

² Useimmiten yleisissä malleissa ajateltaneen teollistuneita yhteiskuntia, joissa krooniset sairaudet ovat valitsevia ja tappavat infektiotaudit harvinaisia, kiinnittämättä huomiota lähes kaikkia ihmisiä ajoittain vaivaaviin yleisiin infektioihin tai muihin tavallisiin vaivoihin, jotka aiheuttavat runsaasti arkielämän haittoja ja ovat merkittävä joskin verrattain vähän tutkittu osa terveyden sosiaalista ja taloudellista ilmiökenttää.



Kuvio 1. Terveiden määrittäjien sateenkaarimalli (Dahlgren & Whitehead 1991, 2006)

veinä, ja heillä esiintyykin muita ikäryhmiä vähemmän lähes kaikkia pitkäaikaisia sairauksia lukuun ottamatta allergioita (ks. Haahtela 2005). Imeväisikäisten ja pikkulasten kuolleisuus on Suomessa erityisen vähäistä. Kuitenkin 7–14-vuotiaista lapsista jo yli 20 prosentilla on vanhempien ilmoituksen mukaan jokin pitkäaikainen sairaus (tieto koskee vuosia 1995–96) ja lisäksi lasten psykososiaalisten terveysongelmien on arveltu lisääntyneen (Rajantie & Perheentupa 2005, 299). Pikkulapsien on todettu sairastavan 5–10 hengitystietulehdusta vuosittain, ja 70 prosenttia lapsista on toiseen ikävuoteen mennessä sairastanut keskikorvantulehduksen (Leinikki 2005, 202–203). Nuorista 15–24-vuotiaista alle 10 prosentilla oli vuosien 1995–96 tietojen mukaan jokin pitkäaikainen sairaus. Nuoruusiästä lähtien pitkäaikaissairastavuus lisääntyy siten, että 75 vuoden iän saavuttaneista jo noin 90 prosentilla on jokin pitkäaikaissairaus (Manderbacka 2005).

Myös naisten ja miesten välillä on merkittäviä terveyseroja. Elinajanodote osoittaa terveyden kokonaiskertymää, ja se oli vuonna 2009 Suomen miehillä 6,6 vuotta lyhyempi kuin naisilla. Ero on Länsi-Euroopan suurimpia. Sukupuolten välisen eron vaihtelu maiden välillä osoittaa, ettei kyse voi olla vain biologisesta määräytymisestä vaan miesten ja naisten erot johtuvat myös sosiaalisista oloista ja muusta elinympäristöstä sekä elintavoista. Suomalaisten miesten elinajanodotetta lyhentävät erityisesti suuri sydän- ja verisuonitautikuolleisuus sekä kuolleisuus onnettomuuksiin ja väkivaltaan. Ulkoisissa kuolinsyissä on usein alkoholi tavalla tai toisella myötävaikuttavana tekijänä. Ikä ja sukupuoli otetaan monin tavoin huomioon terveydenhuoltojärjestelmässä ja sosiaaliturvajärjestelmässä.

Sosiodemografisiin terveyden määrittäjiin kuuluvat myös siviilisäätö ja vastaa-

vat läheissuhteet sekä alue ja asuin ympäristö. Terveystila, sairastavuus ja kuolleisuus vaihtelevat eri siviilisäätiryhmien välillä siten, että kuolleisuus ja sairastavuus ovat suurempia erityisesti naimattomilla ja yksinäisillä miehillä verrattuna naimisissa oleviin, mutta sama pätee vähemmässä määrin myös naisiin (Martelin ym. 2005). Siviilisäätö on terveyden sosiaalinen määrittäjä, johon ei voi kovin hyvin vaikuttaa terveyspolitiikan keinoin, mutta yhteiskuntapolitiikka voi kuitenkin tukea perheen perustamista ja perhe-elämää samoin kuin perheen ja työn yhdistämisen edellytyksiä sekä yksinäisten ihmisten osallisuutta. Terveys vaihtelee myös eri alueiden väestöjen välillä. Perinteisesti itäsuomalaisten sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on ollut suurempaa kuin länsisuomalaisten. Ero on kuitenkin kaventunut muun muassa Pohjois-Karjala-projektin esille nostamien determinanttien ja terveystoimien toimien seuraamuksena (ks. Laatikainen ym. tässä teoksessa, luku 9).

Terveyden sosiaaliset määrittäjät

Dahlgrenin ja Whiteheadin terveyden sateenkaarimallia (kuvio 1) voidaan lukea erityisesti terveyden *sosiaalisten* determinanttien kuvausmallina, kun otetaan huomioon, että myös biologiset ja geneettiset tekijät saavat ilmiänsä aina jossakin yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä kokonaisuudessa. Terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskeva ajattelutapa ei sinänsä ole uusi, sillä yhteiskunnan rakenteen ja sosiaalisen ympäristön vaikutuksista terveyteen ja terveydenhuollon saatavuuteen on tehty havaintoja antiikin ajoista lähtien (Rosen 1972, 31). Systemaattisempia havaintoja ja tilastollisia raportteja elinolojen ja työolojen vaikutuksesta terveyteen ja kuolleisuuteen alkoi kertyä Englannissa jo 1600-luvulla, Saksassa 1700–1800-luvuilla ja Ranskassa 1800-luvun alkupuolella (Susser ym. 1985, ix; Rosen 1972; Birn 2009; Vuorinen 2011). Myös Suomessa elinolojen, työn ja ravitsemuksen yhteyttä terveyteen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen tutkittiin jo 1800-luvulla (Karisto ym. 1992; Vuorinen 2011).

Terveyden sosiaalisista määrittäjistä puhutaan kirjallisuudessa yleisesti myös terveyden sosiaalisina taustatekijöinä tai edellytyksinä ja sairauksien sosiaalisina syinä. *Determinantti* sisältää käsitteellisesti oletuksen syy-yhteydestä eli kausaliteetista. *Sosiaalinen*-määre puolestaan viittaa eritasoisiin ilmiöihin. Perusmerkityksessään sosiaalisella tarkoitetaan ihmisten väliseen *vuorovaikutukseen* ja sen organisoitumiseen liittyviä säännönmukaisuuksia, mutta sillä tarkoitetaan usein myös ryhmätason sekä yhteiskunnan *rakenteen* tuottamia säännönmukaisuuksia (englanniksi eroa ilmaistaan toisinaan termeillä *social* ja *societal*, ks. esim. Starfield 2006).

Laajimmillaan sosiaalinen sisältää talouden ja kulttuurin ja joskus myös poliittisen järjestelmän ja toiminnan merkitysulottuvuudet³. *Sosiaalisilla* tai *yhteiskun-*

³ *Sosiaalisella* on lisäksi muitakin käyttötapoja ja vivahteita, jotka voidaan johtaa latinan kantasanojen *socius* (mm. kumppani) ja *societas* (mm. yhdyskunta, liitto) perusmerkityksistä ja joilla viitataan myös auttamiseen ja yhteisvastuuseen (Helne 2003, 68).

nallisilla rakenteilla viitataan vastaavasti yhtäältä vuorovaikutuksen rakentumiseen ennustettavalla tavalla tiettyjen pysyvien ja toistuvien säännönmukaisten muotojen kautta, toisaalta sosiaalisiin jakoihin, jotka ilmenevät yhteiskunnan luokka- ja kerrostumarakenteena tai muina yhteiskunnallisesti merkittävänä rakenteina (Ruona-vaara 2004, 97–98). Sosiaaliset rakenteet ja ryhmien eriytyminen syntyvät yhteiskunnallisissa prosesseissa, joissa jaetaan valtaa, taloudellisia, poliittisia, kulttuurisia ja muita voimavaroja (Allardt 1983). Terveys on yksi tällaisen jakoprosessin osatekijä. Se on sekä resurssi, joka on tarpeen muiden resurssien hankkimisessa, että lopputulos, johon muiden resurssien epätasainen jako vaikuttaa.

Dahlgrenin ja Whiteheadin sateenkaarimalli yhdistää eritasoiset terveyteen vaikuttavat tekijät ja osa-alueet lähtien yksilön psykofyysistä olemusta koskevista tekijöistä moniaineisempiin sosiaalisiin vuorovaikutustekijöihin ja yhteiskunnallisiin rakenteisiin asti. Elämäntyyli ja niihin liittyvät käyttäytymismuodot terveyttä kuluttavine ja edistävine elintapoineen ovat kytköksissä sosiaalisiin ja kulttuurisiin arvoihin ja normeihin, jotka puolestaan vaihtelevat eri yhteiskuntaluokissa, ikä- ja sukupuoliryhmissä, etnisissä ryhmissä, perheissä, lähiryhmissä sekä erilaisissa verkostoissa, joihin yksilöt kiinnittyvät. Elinolot ja työolot ovat keskeisimpiä terveyteen vaikuttavia sosiaalisia ja rakenteellisia määrittäjiä. Näihin kuuluvat ansiotyöhön osallistuminen tai työn puuttuminen, koulutus ja sen antamat tiedolliset ja henkiset resurssit, tulotaso ja muut aineelliset resurssit, asuminen ja asuinympäristön fyysiset ominaisuudet sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä. Näiden kaikkien ympäristönä ovat talouden, tuotannon ja työmarkkinoiden sekä kulttuurin institutionaaliset ja osin ylisukupolviset makrorakenteet.

Väestöryhmien väliset terveyserot syntyvät monien tekijöiden yhteisvaikutuksena. Sosioekonomisiin terveyseroihin kohdistuvan tutkimuksen perusteella voidaan erottaa kolme pääasiallista syiden ryhmää: 1) aineelliset tekijät, 2) elämäntyyli ja terveystyöskäyttöminen sekä 3) psykososiaaliset tekijät (Rahkonen & Lahelma 2005). Nämä tekijäryhmät sisältyvät myös terveyden sateenkaarimalliin, joskaan mallissa ei tarkemmin eritellä näihin liittyviä vaikutusketjuja. Esimerkiksi psykososiaaliset tekijät välittyvät terveyteen ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa, käyttäytymismalleissa ja erilaisina stressitekijöinä. Terveyseroja tutkittaessa keskeinen linkki on eri kausaalitekijöitä yhdistävä sosioekonominen asema, joka sitoo yksilön yhteiskunnan rakenteisiin ja ylisukupolvisiin perinteisiin.

Terveyden sosiaalisiin määrittäjiin kohdistuva epidemiologinen tutkimus on käytännössä lähellä sosioekonomisten terveyserojen tai terveyden eriarvoisuuden⁴ tutkimusta, etenkin silloin kun huomion kohteena on yleensä yhteiskunnassa val-

⁴ Terveyden eriarvoisuuden ja sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksen yhteydessä käytetään englanninkielisessä kirjallisuudessa useita terveysero-ilmauksia, joista osassa painotetaan eriarvoisuutta (*inequality*), osassa epäoikeudenmukaisuutta (*inequity*) ja osassa puhutaan neutraalisti eroista (*difference, disparity*); esimerkiksi *health inequalities, social inequalities in health, health equity, health inequity, social disparities in health, socio-economic differences in health*.

litseva sosiaalinen eriarvoisuus (Marmot & Wilkinson 2006). Terveyden sosiaalisia determinantteja koskevan yleisen keskustelun on tosin myös arveltu hämärtävän sosioekonomisen aseman terveysvaikutuksia koskevaa tutkimusta ja tulkintaa (Regidor 2006). Sosioekonomista asemaa ei voida havaita ja tavoittaa suoraan, vaan sitä tarkastellaan tutkimuksissa tavallisesti koulutuksen, tulojen tai ammattiaseman avulla. Nämä voidaan tulkita itsessään sosiaalisiksi determinanteiksi, jotka välittävät yhteiskunnallisten rakenteiden yksilöön saakka ulottuvia vaikutuspolkua. Sosioekonomisen aseman kuvaajat ovat osin päällekkäisiä ja osin itsenäisiä sosiaalisia resurssitekijöitä, joista kukin noudattaa hierarkkista kerrostumajakoa ja joilla on sekä yhteistä että omaa erillistä vaikutusta terveyteen (Lahelma ym. 2004). Sosiaalista asemaa kuvaava sosiaaliluokka puolestaan ei ole puhtaasti hierarkkinen käsite, joskin sekin määritellään suhteessa työssä toteutuvaan (hierarkkiseen) valtaan ja hallintaan (Bartley 2003). Jos sosioekonomisen aseman, sosiaaliluokan ja sosiaalisten determinanttien väliset käsitteelliset suhteet jäävät selventämättä, voi myös jäädä epäselväksi, mihin terveyspoliittisia toimia tulisi tarkkaan ottaen kohdentaa (Regidor 2006).

Terveyden sosioekonomisen vaihtelun selityksiä on systemaattisesti analysoitu rakenteellisten ja aineellisten tekijöiden sekä käyttäytymis- ja elämäntyylikeijöiden lähtökohdista jo 1920-luvulta alkaen. Tutkimuksen kohteena on ollut yhtäältä sosioekonomisen aseman vaikutus terveyteen ja toisaalta terveyden vaikutus sosiaaliseen asemaan (Macintyre 1997; Lahelma ym. 2007). Viime vuosikymmeninä sosioekonomisia terveyseroja koskeva tutkimus on ollut yksi sosiaaliepideemiologian ja terveys sosiologian vireimpiä alueita.

Edellä mainitussa Dahlgrenin ja Whiteheadin terveyden sateenkaarimallissa ei mainita politiikkaa erillisenä terveyteen vaikuttavana tekijänä sen enempää harjoitetun politiikan tai toimintapolitiikan *policy*-merkityksessä kuin valtapolitiikan *politics*-merkityksessäkään. Malliin ei myöskään sisälly laajempaa maailmanjärjestelmää, joka enenevästi muovaa terveyden edellytyksiä. Globaali talous, työnjako, politiikka ja kulttuuri siivöityvät entistä suoremmin, nopeammin ja voimallisemmin kansallisvaltioiden ja jopa syrjäkylien yhteiskunnalliseen todellisuuteen (esim. Stuckler ym. 2011).

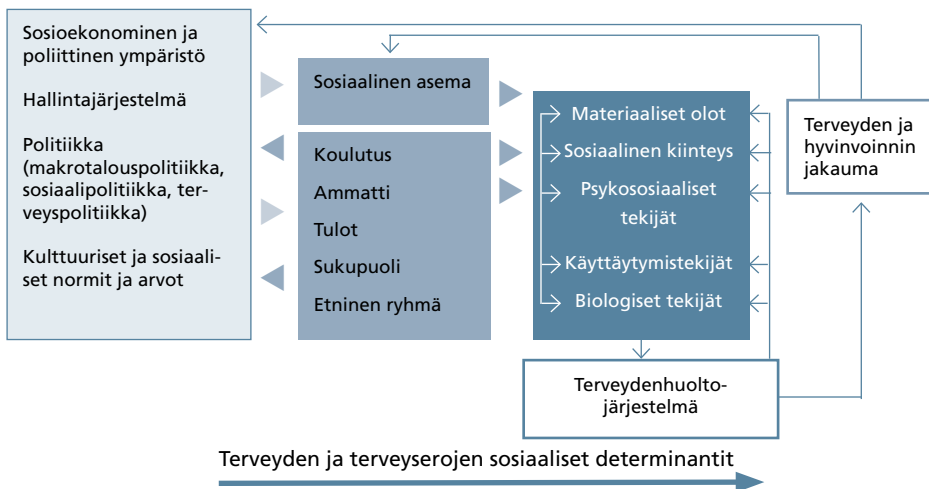
Terveyden sosiaaliset määrittäjät, hyvinvointi ja terveyspolitiikka

Terveyden sosiaalisten määrittäjien terveyspoliittinen painoarvo lisääntyi 2000-luvulla, kun Maailman Terveysjärjestön pääjohtaja Lee Jong-wook asetti vuonna 2005 arvovaltaisen kansainvälisen ryhmän (Commission on Social Determinants of Health) selvittämään keinoja maailman maiden välisten ja maiden sisäisten terveyserojen kaventamiseksi (CSDH 2008). Brittiläisen Sir Michael Marmotin johtama komissio ja sitä avustaneet kansainväliset asiantuntijaryhmät keräsivät laajan tausta-

aineiston, jossa osoitetaan sekä eri maiden väliset valtavat elinajanodotteen erot että maiden sisäiset suuret elinajan ja terveyden erot. Elinikä, kuolleisuus ja sairastavuus vaihtelevat samaan tapaan asteittain sosiaalisen aseman mukaan kaikissa maissa ja maanosissa ja vaihtelua aiheuttavat kaikkialla periaatteessa samanlaiset hyvinvointia ja terveyttä muovaavat sosioekonomiset hierarkiat.

Komission terveystarkastus on laaja-alainen, ja se painottaa terveyttä selvästi hyvinvoinnin tavoitearvona. Tämä poikkeaa esimerkiksi joistakin Euroopan unionin dokumenttien painotuksista, joissa terveys on rajattu lähinnä tuottavuutta ja taloudellista kestävyyttä palvelevaksi instrumentaaliseksi arvoksi (ks. Palola 2009). WHO:n komissio kiinnitti erityisesti huomiota arkisten terveyttä määrittävien tekijöiden taustalla vaikuttaviin yleisempiin rakenteellisiin syihin, ”syiden syihin” (ks. kuvio 2, sosiaalisen aseman ja sosioekonomisen ja poliittisen kontekstin tasot).

Loppuraportissa nostetaan näkyville politiikan taso, joka usein puuttuu epidemiologisista malleista ja saattaa jäädä vähälle huomiolle jopa terveyspolitiikan dokumenteissa. Komission mukaan terveyden epätasaista jakautumista tuottavat siten elinolosuhteet, eriarvoistava talous, puutteellinen sosiaalipolitiikka ja keuhko- ja keuhko-politiikka. Nämä muodostavat ”myrkyllisen yhdistelmän”, jonka tuloksena maailman väestön valtaosa ei pääse nauttimaan sellaisesta hyvästä terveydestä, joka ihmisille biologisesti olisi mahdollista. Komission pääsuositukset kohdistuvatkin ensinnä elinolojen parantamiseen ja toiseksi vallan, rahan ja muiden resurssien epäoikeudenmukaisen jakautumisen tasaamiseen. Kolmas pääsuositusalue koskee tiedollisia edellytyksiä: ongelmien tutkimisessa ja ymmärtämisessä ja terveyden seurannassa on edelleen paljon puutteita erityisesti maissa, joissa ei ole edes kunnollista väestötapahtumien rekisteröintiä. Komissio ehdottaa lisäksi harjoitetun politiikan ja muiden toimien vaikutusten arvioinnin kehittämistä.



Kuvio 2. WHO:n terveyden sosiaalisten määrittäjien viitekehys (CSDH 2008, kuvio 4.1, s. 43)

Epäoikeudenmukaisuuksien korjaamiseen eivät riitä pelkästään terveyssektorin toimet, vaan tarvitaan tasa-arvoista sosiaalipolitiikkaa, koulutuspolitiikkaa, talouspolitiikkaa ja elinkeinopolitiikkaa. Komission tarkastelutapa muistuttaa näiltä osin WHO:ssa aikaisemminkin painotettua terveystavoitteista yhteiskuntapolitiikkaa ja myös Suomen EU-puheenjohtajakautenaan ajamaa *Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies)* -toimintatapaa (Ståhl ym. 2006), johon komission raportissa myös viitataan. Utta on se, että politiikka itsessään asetetaan tärkeäksi terveyden sosiaalisiksi määrittäjäksi. Taloudellisten suhteiden ja poliittisen toiminnan muutoksia tarvitaan niin globaalisti, kansallisesti kuin paikallisestikin. Komission raportissa kiinnitetään kuitenkin vähemmän huomiota välittömämmin terveyttä ja kroonisia sairauksia määrittäviin proksimaalisiin tekijöihin, kuten elämäntyyliin ja terveyskäyttäytymiseen, jotka ovat olleet keskeisiä WHO:n aikaisemmissa terveyspoliittisissa linjauksissa.

WHO:n komission vaikutuksesta Euroopan alueella ja monissa yksittäisissä maissa on ryhdytty laatimaan selvityksiä terveyden sosiaalisista määrittäjistä ja terveyserojen kaventamisen mahdollisuuksista (Interim second report on social determinants of health..., 2011). Edelläkävijämaana erityisesti terveyserojen kaventamiseen pyrkivien ohjelmien kehittämisessä voidaan pitää Englantia, jossa terveyspolitiikkaa on niin sanotun uuden Labourin hallinnon kaudella yritetty ohjata eriarvoisuutta vähentävään suuntaan useilla peräkkäisillä kansanterveysohjelmilla sekä poikkihallinnollisella toiminnalla vuosina 1997–2010. Suomessa ensimmäinen terveyserojen kaventamista käsittelevä toimintaohjelma valmistui juuri ennen WHO:n komission loppuraporttia vuonna 2008 (STM 2008). Suomen toimintaohjelmassa korostetaan vaikuttamista köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen periaatteessa samaan tapaan kuin WHO:n raportissa. Lisäksi Suomen ohjelmassa halutaan parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista saatavuutta sekä edistää terveellisiä elintapoja etenkin niissä ryhmissä, joissa terveyttä vaarantavat elintavat ovat yleisimpiä.

Terveyden sosiaalisten määrittäjien ja syyketjujen tunnistaminen tutkimuksen keinoin on ollut tärkeä edellytys tasa-arvoisempaa terveyttä tavoittelevan terveyspolitiikan ohjelmien muotoilulle. Sosiaalisia määrittäjiä ja väestöryhmäeroja koskevassa tutkimuksessa on edelleenkin aukkoja, mutta soveltamiskelpoista tietoa terveyseroista ja niiden syistä on jo karttunut runsaasti. Terveyden tasa-arvoa edistävän muutoksen aikaansaamiseksi tällainen tutkimustieto ei kuitenkaan yksinään riitä. Terveyseroina ilmenevien hyvinvoinnin vajeiden ja yhteiskunnallisen epäoikeudenmukaisuuden vähentäminen edellyttää myös terveyspolitiikan ja muun politiikan vaikutusmekanismien tuntemista. Tähän kohdistuvaa tutkimusta on tehty toistaiseksi vain vähän. WHO:n komission työn viesti kuitenkin on, että jo nykyisen terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevan tiedon perusteella voidaan ja pitää viivyttelämättä ryhtyä terveyden eriarvoisuutta vähentäviin toimiin.

Lähteet

- Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.
- Allardt, Erik (1983) Sosiologia I. Helsinki: WSOY.
- Antonovsky, Aaron (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11(1), 11–18.
- Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (2005) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL, Stakes.
- Ashorn, Ulla & Henriksson, Lea & Lehto, Juhani & Nieminen, Paula (toim.) (2010) Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus.
- Beaglehole, Robert & Bonita, Ruth et al. (2011) Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 377(9775), 1438–1447.
- Birn, Anne-Emmanuelle (2009) Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Social Medicine* 4(3), 166–182.
- Blaxter, Mildred (1993, first published 1990) *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Blaxter, Mildred (2010) *Health*. Second edition. Cambridge: Polity Press.
- Bäckman, Guy (1989) Terveystutkimuksen uusista suuntauksista. Teoksessa Karisto, Antti & Takala, Pentti & Hellsten, Katri & Helminen, Ilmari & Massa, Ilmo (toim.) *Sosiaaliset riskit, tutkimus ja päätöksenteko*. Juhlakirja Tapani Purolan 60-vuotispäivän kunniaksi 14.11.1989. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki, 132–143.
- Cockerham, William C. (2007) *Social Causes of Health and Disease*. Bodmin, Cornwall: Polity Press.
- CSDH (2008) *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Dahlgren, Göran (1990) Investing in health promotion – developing healthy public policies. Background paper for the WHO Conference “Investment in Health”. Bonn, Federal Republic of Germany, 17–19 December 1990.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (2006) *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Studies on social and economic determinants of population health. No. 3. Copenhagen: World Health Organization.
- Euroopan komissio (2011) *Terveyserojen kaventaminen Euroopan unionissa*. Sosiaalinen Eurooppa. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisu-toimisto.
- Field, David & Taylor, Steve (eds.) (1998) *Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care*. Bodmin, Cornwall: Blackwell Science.
- Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. WHO Europe 2011. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf>
- Haahtela, Tari (2005) Allergiat ja astma. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL, Stakes, 216–221.
- Helman, Cecil G. (2000) *Culture, Health and Illness*. Fourth Edition (First edition 1984) Oxford: Butterworth, Heinemann.
- Helne, Tuula (2003) *Sosiaalipolitiikan perusteet*. Teoksessa Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi. *Sosiaalinen politiikka*. Helsinki: WSOY, 41–68.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2000) *Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti?* Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 53–73.
- Huber, Machteld & Knottnerus, J. André & Green, Lawrence et al. (2011) How should we define health? *British Medical Journal* 343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163
- Kansanterveyskertomus 1996. Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle kansanterveyden tilasta ja kehityksestä. Helsinki: Edita.
- Karisto, Antti (1984) *Hyvinvointi ja sairauden ongelma*. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. *Kansaneläkelaitoksen julkaisu M:46*. Helsinki.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero (2005) *Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö*. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen,

- Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL, Stakes, 50–53.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen Ossi (1992) *Suomalaisen terveys sosiologian juuret*. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) *Terveys sosiologia*. Helsinki: WSOY, 9–28.
- Kickbusch, Ilona (2007) *Health Governance: The Health Society*. In: McQueen, David M. & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas. *Health Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*, New York: Springer, 144–161.
- Koivusalo, Meri & Hakkarainen, Outi (2011) *Terveys kaupan*. Helsinki: Like.
- Krieger, Nancy (2008) *Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It?* *American Journal of Public Health* 98(2), 221–230.
- Kokko, Simo (1990) *Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua? Hanki ja jää*. Helsinki: WSOY.
- Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (2011) *Mitä on sosiaaliepideemiologia*. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus, 11–25.
- Lahelma, Eero (1992) *Terveydentila tutkimuksen kohteena*. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) *Terveys sosiologia*. Helsinki: WSOY, 191–208.
- Lahelma, Eero (2006) *Karkaako terveys sen määrittelijöiltä?* *Suomen Lääkärilehti* 61(7), 716–717.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2011) *Sosioekonominen asema*. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus, 41–59.
- Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Aittomäki, Akseli (2004) *Pathways between socioeconomic determinants of health*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(4), 327–332.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) *Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 25–41.
- Leinikki, Pauli (2005) *Tartuntataudit*. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL, Stakes, 200–211.
- Macintyre, Sally (1997) *The Black Report and beyond: what are the issues?* *Social Science & Medicine* 44 (6):723–745.
- Manderbacka, Kristiina (1998) *Keski-ikäisten käsitykset terveydestään*. Teoksessa Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.) *Elämänkaari ja terveys*. Helsinki: Gaudeamus, 119–127.
- Manderbacka, Kristiina (2005) *Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus*. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL, Stakes, 130–133.
- Marmot, Michael & Wilkinson, Richard (eds.) (2006) *Social Determinants of Health, 2nd Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Nordenfelt, Lennart (2007) *The concepts of health and illness revisited*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (1)5–10.
- Palola, Elina (2009) *Tervettä elämää Euroopassa – uuden vuosituhannen terveyspolitiikkaa*. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 156–176.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- Patrick, Donald L. & Scambler, Graham (eds.) (1982) *Sociology as Applied to Medicine*. Eastbourne, East Sussex: Baillière Tindall.
- Pelikan, Jürgen M. (2007) *Understanding Differentiation in Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory*. In: McQueen, David M. & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas.

- Health Modernity. The Role of Theory in Health Promotion, New York: Springer, 74–102.
- Purola, Tapani (1971) Tehtävä ja viitekehys. Teoksessa Purola, Tapani & Nyman, Kauko & Kalimo, Esko & Sievers, Kai. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:7. Helsinki: Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, 15–38.
- Purola, Tapani (2000) Puroalan mallin kolme vuosikymmentä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 37(1), 71–75.
- Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (2005) Terveys hyvinvointivaltiossa – Peter Townsedin tulkinta terveyden eriarvoisuudesta. Teoksessa Saari, Juhon (toim.) Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Helsinki: Gaudeamus, 280–299.
- Rajantie, Jukka & Perheentupa, Jaakko (2005) Lasten terveys. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Sepo & Teperi, Juhon (toim.) Suomalaisen terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL, Stakes, 298–316.
- Raphael, Dennis (2008) Getting serious about the social determinants of health: new directions for public health workers. *IUHPE – Promotion and Education* 25 (3) 15–20 <DOI: 10.1177/1025382308095650>
- Regidor, Enrique (2006) Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(10), 896–901.
- Rosen, George (1972) The evolution of social medicine. In: Freeman, Howard E. & Sol Levine & Leo G. Reeder (eds.) *Handbook of Medical Sociology*. Second Edition. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc., 30–60.
- Ruonavaara, Hannu (2004) Yhteiskunnan rakenteen näkökulma. Esimerkkinä luokkarakenne. Teoksessa Kantola, Ismo & Koskinen, Keijo & Räsänen, Pekka (toim.) *Sosiologisia karttalehtiä*. 3. täysin uudistettu laitos. Tampere: Vastapaino, 97–116.
- Skalli, Ali & Johansson, Edvard & Theodossiu, Ioannis (eds.) (2006) Are the healthier wealthier or the wealthier healthier? The European Evidence. The Research Institute of the Finnish Economy ETLA, Sarja B 219 Series. Helsinki: Taloustieto Oy.
- Starfield, Barbara (2006) Are social determinants of health the same as societal determinants of health? *Health Promotion Journal of Australia* 17(3), 170–173.
- Starfield, Barbara (2007) Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine* 64(7), 1355–1362.
- STM (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- STM (2006) Sosiaali- ja terveystietomus 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:4.
- Stuckler, David & Basu, Sanjay & Suhrcke, Marc & Coutts, Adam & McKee, Martin (2011) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet* 378(9786), 124–125.
- Suhonen, Pertti (2007) Suomalaisen eriytyvät ja muuttuvat arvot. Teoksessa Borg, Sami & Ketola, Kimmo & Kääriäinen, Kimmo & Niemelä, Kati & Suhonen, Pertti. *Uskonto, arvot ja instituutit. Suomalaiset World Values -tutkimuksissa 1981–2005*. Yhteiskuntatieteellisen tietoaarkiston julkaisuja 4, 2007. Tampereen yliopisto, 26–46
- Susser, Merwyn W. & Watson, William & Hopper, Kim (1985) *Sociology in Medicine*. Third Edition. USA: Oxford University Press.
- Vaskilampi, Tuula (2010), Talcott Parsons ja sairaan rooli. Teoksessa Ashorn, Ulla & Henriksson, Lea & Lehto, Juhani & Nieminen, Paula (toim.) *Yhteiskunta ja terveys*. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 61–76.
- Virtanen, Pekka (2010) Aaron Antonovsky, sitenkin terveys sosiologi? Teoksessa Ashorn, Ulla & Henriksson, Lea & Lehto, Juhani & Nieminen, Paula (toim.) *Yhteiskunta ja terveys*. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 148–156.
- Volanen, Salla-Maarit (2011) Sense of coherence. Determinants and consequences. Helsinki: Hjelt Instituuti, University of Helsinki. <<http://ethesis.helsinki.fi>>
- Vuorinen, Heikki (2011) Sosiaaliepideemiologian juuret. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) *Sosiaaliepideemiologia*. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus, 26–38.
- von Wright, Georg Henrik (1963) *The Varieties of Goodness*. London: Routledge & Kegan Paul. (Suomeksi: *Hyvän muunnelmat* [2001] Helsinki: Otava.)
- WHO 1948. Constitution of the World Health Organization.

3 Suomalaisen terveys, toimintakyky ja terveyserot

Suomalaisten terveys on useimpien keskeisten mittareiden mukaan parantunut huomattavasti viime vuosikymmeninä, mutta myös uhkia ja kielteisiä kehityskulkuja on nähtävissä. Tässä luvussa käsitellään suomalaisten terveyttä ja sen viimeaikaista kehitystä yleisillä terveysosoittimilla mitattuna. Koko väestöä koskevien tarkastelujen jälkeen käydään läpi tärkeimmät väestöryhmien väliset terveyserot.

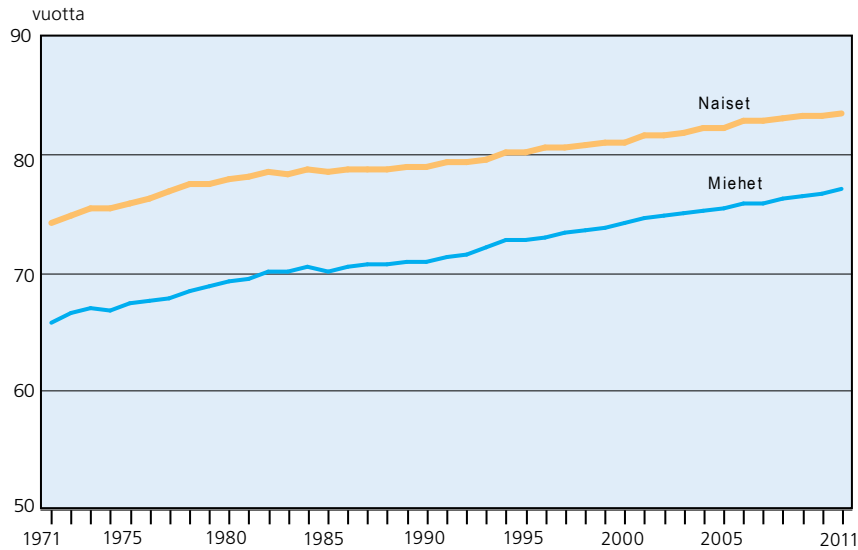
Kuolleisuus

Vuonna 2011 suomalaisten naisten keskimääräinen elinajan odote oli 83,5 vuotta eli yli yhdeksän vuotta pitempi kuin 1970-luvun alussa (kuvio 1). Miesten elinajan odote oli samana jaksona runsaalla yhdellätoista vuodella, 77,2 vuoteen. Suomalaisen keskimääräinen elinajan odote on lähentynyt muun läntisen Euroopan väestöjen elinajan odoteeseen, ja miestenkin elinajan odote on jo saavuttanut tanskalaisten tason. Maailman elinajan odotusta johtavassa Japanissa sekä naiset että miehet elävät keskimäärin runsaat neljä vuotta vanhemmiksi kuin Suomessa. (Tilastokeskus: Kansainvälisen tiedon taulukot/Terveys.)

Elinajan nopea piteneminen on johtunut siitä, että kuolleisuus on pienentynyt kaikissa ikäryhmissä. Kuolleisuuden suhteellinen pieneneminen on ollut nopeinta imeväisiässä. 1970-luvun alun tasosta imeväiskuolleisuus on supistunut viidesosaan eli alle kolmeen promilleen. Suomessa imeväiskuolleisuus onkin maailman pienimpiä ja noin kolmanneksen pienempi kuin EU:n keskiarvo. (Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/Väestö.)

Myös eläkeikäisten kuolleisuus on pienentynyt huomattavasti, kuten useimmissa muissakin maissa. Länsi-Euroopan kärkeen kuuluvissa maissa 65-vuotiaan jäljellä olevan elinajan odote on noin vuoden pitempi kuin Suomessa (Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/Väestö). Viime vuosikymmeninä vastasyntyneen elinajan odotteen kasvu on johtunut yhä enemmän kuolleisuuden pienenemisestä 65. ikävuoden jälkeen. Tulevaisuudessa keskimääräinen elinajan odote voi pidentyä merkittävästi ainoastaan vanhuskuolleisuuden vähentymisen ansiosta.

Kuolleisuuden pieneneminen aikuisiässä on suurelta osin seurausta sydän- ja verisuonitautien vähenemisestä, joka alkoi 1960-luvun lopussa. Esimerkiksi keski-



Kuvio 1. Vastasyntyneen elinajanodotteen kehitys Suomessa vuosina 1971–2011 sukupuolen mukaan

Lähde: Tilastokeskus/Kuolleet

ikäisillä tämän tautiryhmän aiheuttama kuolleisuus on nykyisin noin 40 prosenttia kaksi vuosikymmentä sitten vallinneesta tasosta. 1960-luvulla suomalaisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin, etenkin sepelvaltimotautiin, oli maailman suurimpia, mutta nykyisin lähestymme Länsi-Euroopan keskitasoa. Sydän- ja verisuonitautien vähentyminen on suurelta osin johtunut tupakoinnin ja epäterveellisten ruokatottumusten vähenemisestä sekä muun muassa kohonneen verenpaineen tehostuneesta hoidosta. Kärkeen on kuitenkin vielä matkaa: esimerkiksi sepelvaltimotautikuolleisuus on Suomessa yhä noin kaksin-kolminkertainen Välimeren maihin verrattuna (Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/ Terveys).

Tapaturmien aiheuttama kuolleisuus pieneni 1970-luvulta lähtien 1980-luvun puoliväliin saakka. Taloudellisen nousukauden aikana 1980-luvun jälkipuoliskolla se lisääntyi, mikä liittyi etenkin liikennekuolemiin. 1990-luvun alun lamavuosina tapaturmakuolleisuus kääntyi laskuun ja on sen jälkeen pysynyt suunnilleen samalla tasolla. Suomen tapaturmakuolleisuus on muihin EU-maihin verrattuna korkea, ja etenkin koti- ja vapaa-ajan tapaturmien aiheuttamat kuolemat ovat Suomessa yleisempiä kuin muissa Länsi-Euroopan maissa. Liikennekuolleisuus on sen sijaan EU:n pienimpiä. (Kuolemansyöt 2010.)

Alkoholikuolleisuuden eli alkoholiperäisiin tauteihin tai alkoholimyrkytykseen liittyvän kuolleisuuden muutokset ovat seuranneet melko tarkoin alkoholijuomien kokonaiskulutusta. 1970-luvun alusta vuoteen 2010 alkoholikuolleisuus yli kaksinkertaistui miehillä, naisilla suhteellinen lisäys oli vielä suurempi. Vuodesta 2003

vuoteen 2004 on nähtävissä erityisen nopea kasvu, joka liittyi alkoholin hinnanalennukseen ja saatavuuden helpottumiseen. Alkoholilla on myös merkittävä rooli tapaturmakuolleisuudessa: esimerkiksi vuonna 2010 viidennes muihin tapaturmiin kuin varsinaisiin alkoholi- tai lääkemyrkytyksiin kuolleista oli päihdyksissä. (Kuolemansyyt 2010.) Pitkäaikaisen runsaan alkoholinkäytön aiheuttamiin haittoihin viittaava kuolleisuus maksan kroonisiin sairauksiin oli Suomessa jaksolla 2005–2009 suurempi kuin EU-maissa keskimäärin (Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/Terveys). Kaikkiin alkoholiperäisiin syihin liittyvä kuolleisuus oli vuonna 2009 Suomessa kaikissa ikäryhmissä ja molemmilla sukupuolilla selvästi suurempi kuin Ruotsissa tai Norjassa (NOMESCO 2011).

Itsemurhakuolemien on havaittu vähenevän yhteiskunnallisesti vaikeina aikoina, kuten 1990-luvun laman aikaan, kun taas 1980-luvun taloudellisen nousukauden aikana itsemurhakuolleisuus lisääntyi, tapaturmakuolleisuuden tapaan. Muutokset ovat näkyneet etenkin miehillä. Vuonna 2010 itsemurhakuolleisuus oli pienempi kuin neljään vuosikymmeneen, mutta silti se on ollut viime vuosina lähes kaksinkertainen EU-maiden keskitasoon verrattuna. (Kuolemansyyt 2010.)

Sairastavuus

Ainakin yhtä pitkäaikaissairautta sairastavien osuus suurentui 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun nuorissa ikäryhmissä, väheni keski-ikäisillä ja pysyi ennallaan iäkkäillä (Sihvonen ym. 2008). Itse ilmoitettu sairastavuus heijastaa paitsi sairauksien yleisyyttä myös sitä, kuinka suuri osa tiettyä tautia sairastavista on tietoinen taudistaan. Kun terveydenhuolto ja sen peittävyys paranevat, yhä suurempi osa jotakin oiretta potevista osaa nimetä oireensa sairaudeksi ja lisäksi erilaisia oireettomia tiloja opitaan pitämään sairauksina tai niiden esiasteina. Tällainen kehitys saattaa hyvinkin edistää kansanterveyttä, mutta sillä on myös taipumus lisätä tiedossa olevaa sairastavuutta.

Useiden vakavien sairauksien osalta sairastavuus on pienentynyt. Esimerkiksi sepelvaltimotautia sairastaa yhä harvempi – etenkin työikäisten ryhmässä. Selkäsairaudet ja naisilla polvinivelrikko ovat olennaisesti vähentyneet 1970-luvun lopun tilanteeseen verrattuna. Suun terveys on kohentunut erittäin paljon varsinkin nuorissa ikäluokissa kattavan terveystarkkailun ansiosta. (Aromaa ym. 2002.) Myös nivelreuma näyttää vähenevän (Kaipiainen-Seppänen & Kautiainen 2006), samoin kuin monet huonoennusteiset syöpämuodot (Pukkala ym. 2011). Lisäksi monet infektioaudit ja niiden aiheuttamat vakavat seuraukset ovat vähentyneet paljolti rokotosohjelmien ja muiden ehkäisevien toimenpiteiden ansiosta (Leinikki 2005).

Valitettavasti kaikki taudit eivät kuitenkaan harvinaistu. Useimmat mielenterveyden häiriöt näyttävät olevan osapuilleen yhtä yleisiä kuin 1970-luvullakin. Masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt, ja työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään masennuksen takia aiempaa enemmän, mutta haastattelututkimusten mukaan va-

kavan masennuksen yleisyys näyttää säilyneen ennallaan eikä psyykinen oireilu ollut 2000-luvun alussa sen yleisempää kuin 1970-luvun lopussa (Aromaa ym. 2002).

Tietyt terveysongelmat ovat yleistyneet. Näistä tärkeimpiä ovat runsaan alkoholin käytön aiheuttamat terveyshaitat, allergiat ja astma, diabetes, iäkkäiden kaatumistapaturmat sekä naisilla rintasyöpä ja keuhkosityöpä ja muut tupakoinnin aiheuttamat taudit sekä miehillä eturauhassyöpä. Myös huumeidenkäyttö ja sen aiheuttamat terveyshaitat näyttävät olevan nopeasti lisääntymässä. (Aromaa ym. 2005b.)

Koettu terveys

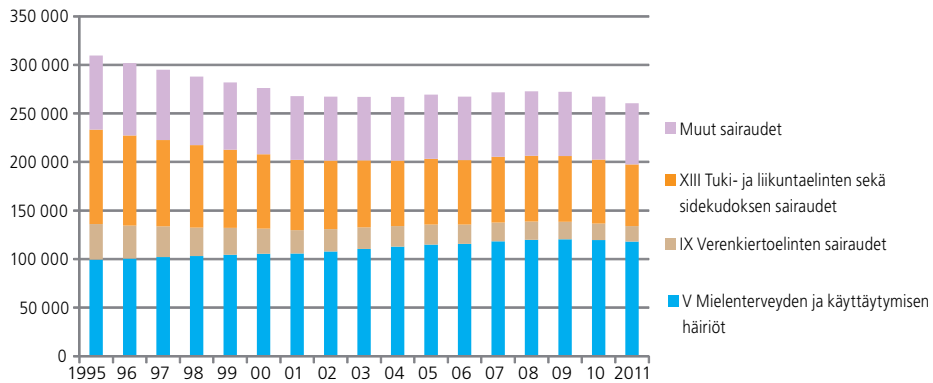
Kansanterveyden paraneminen ilmenee ulkopuolisiin arviointeihin perustuvien tietojen ohella myös ihmisten subjektiivisissa kokemuksissa. Kansalaisten ilmoittama käsitys terveydestään on parempi kuin ennen. Etenkin 55 vuotta täyttäneiden koettu terveydentila on viime vuosikymmenien aikana selvästi parantunut. Terveystään pitää hyvänä tai melko hyvänä kaksi kolmasosaa työikäisistä ja lähes puolet eläkeikäisistä suomalaisista. Huonoksi tai melko huonoksi terveytensä kokee runsas prosentti 15–24-vuotiaista, vajaat 15 prosenttia eläkeikää lähestyvistä ja noin viidesosa 80–84-vuotiaista. (Helakorpi ym. 2012; Laitalainen ym. 2010.)

Vaikka Suomessa kansalaisten koettu terveydentila on kohentunut, suomalaiset arvioivat terveytensä edelleen selvästi huonommaksi kuin muiden Pohjoismaiden asukkaat (OECD 2011).

Työ- ja toimintakyky

Viime vuosikymmeninä myös monet sairauksien ja tapaturmien aiheuttamat toimintakyvyn rajoitukset ovat harvinaistuneet. Vähentymisen varmasti osittain johtuu elinolojen kohentumisesta, jonka ansiosta joistakin tehtävistä suoriudutaan aiempaa vajaanmallakin toimintakyvyllä. Toisaalta suotuisa kehitys näkyy myös sellaisista tehtävistä suoriutumisessa, joihin ulkoisilla olosuhteilla ei ole merkittävää vaikutusta. Itse ilmoitetun toimintakyvyn kohentuminen voi johtua siitä, että yhä suurempi osa tutkituista selviytyy ainakin voimansa äärimmilleen pinnistään tehtävästä, josta suoriutumista tiedustellaan, mutta muutosta saattaa selittää myös itsenäisen suoriutumisen merkityksen korostuminen, lisääntynyt halu käyttää kaikkia voimavarojaan.

Työikäisillä keskeinen toimintakyvyn ulottuvuus on suoriutuminen ansiotyötä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus 16–64-vuotiaista on pienentynyt 1980- ja 1990-luvun taitteen runsaasta yhdeksästä prosentista 7,4 prosenttiin vuonna 2010. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä sydän- ja verisuonitautien takia myönnettujen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on vähentynyt, ja samalla mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden määrä on nopeasti kasvanut. Kaikista nykyisin voimassaolevista työkyvyttömyyseläkkeistä lähes puolet on myönnetty mielenter-



Kuvio 2. Kaikki työkyvyttömyyseläkkeensaajat Suomessa sairauspuuryhmän mukaan vuosina 1995–2011

Lähde: Eläketurvakeskus ja Kela 2011

veyden häiriöiden ja noin neljännes tuki- ja liikuntaelinvaivojen takia. (Kuvio 2) (Eläketurvakeskus ja Kela 2011; Aromaa ym. 2005a.)

Suomalaisten toimintakyky näyttää kohentuneen myös muilla tavoin. Vuonna 2011 aikuisväestön terveyskäyttämiskyselyjen mukaan 55–64-vuotiaista miehistä runsaat 60 prosenttia ja naisista 45 prosenttia arvioi kykenevänsä juoksemaan puolen kilometrin matkan, kun 1970- ja 1980-lukujen taitteessa tällaiseen arvioon päätyi vain reilu kolmannes tämänikäisistä miehistä ja neljännes naisista (Helakorpi ym. 2012). Tavallisista päivittäistoimista suoriutuvien osuus on suurentunut useimmissa ikäryhmissä. Kaikkein vanhimpien toimintakyvyn kehityksestä ei ole luotettavaa tietoa, mutta ainakin alle 80-vuotiaiden liikkumiskyky, itsestä ja kodista huolehtiminen, näkö ja kuulo sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky näyttävät kohentuneen ja avuntarve vähentyneen verrattaessa Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia vuosilta 2000–2001 vastaavilla menetelmillä koottuihin Mini-Suomi-terveys-tutkimuksen tietoihin vuosilta 1978–1980 (Aromaa ym. 2002). Vaikka toimintakyvyn ja avuntarpeen suotuisa kehitys jatkuisi, vakavasti toimintarajoitteisten ja apua tarvitsevien kansalaisten lukumäärä väistämättä kuitenkin kasvaa väestön vanhene-
misen takia (Koskinen ym. 2006).

Terveyserot

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteista jo pitkään. Siitä huolimatta erot ovat edelleen suuria. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimenpiteiden kannalta merkittävimpiä ovat sukupuolen, sosioekonomisen aseman, asuinalueen ja siviilisäädyn mukaiset erot.

Sukupuolten välisten terveyserojen merkittävin piirre ja suurin terveystoliittinen haaste on miesten ylikuolleisuus. Naisten ja miesten välinen kuolleisuusero ei enää ole Suomessa maailmanennätysluokkaa, vaikka miesten elinajan odote on yhä runsaat kuusi vuotta lyhyempi kuin naisten. Sukupuolten välinen elinajanodotteiden ero on pienentynyt kahdella vuodella 1970-luvun lopulta lähtien. Se on suurelta osin johtunut siitä, että kummallakin sukupuolella kuolemat ovat yhä selvemmin keskittyneet vanhimpiin ikäryhmiin, joissa miesten suhteellinen ylikuolleisuus on vähäisempää ja kuoleman takia menetettyjen elinvuosien määrä on pienempi kuin keski-ässä. Elinajan pituuden sukupuoliero on kuitenkin edelleen Suomessa suurempi kuin esimerkiksi Ruotsissa, Norjassa tai Tanskassa (noin 4 vuotta) tai EU:ssa keskimäärin (6 vuotta) mutta pienempi kuin Virossa, Liettussa tai Latviassa (noin 10 vuotta) (Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/Väestö).

Miesten kuolleisuus on kaikissa ikäryhmissä selvästi suurempi kuin naisten. Sukupuolten suhteellinen kuolleisuusero on suurimmillaan 20 ja 40 ikävuoden välissä. Ainakin puolet miesten ylikuolleisuudesta on seurausta siitä, että miehet ovat tupakoineet ja käyttäneet alkoholia paljon enemmän kuin naiset. Nämä terveystyötytymisen sukupuolierot ovat kuitenkin supistuneet, ja sen takia voidaankin olettaa sukupuolten välisen kuolleisuuseron pienenevän lähivuosikymmeninä. Naisten elinajan odotteeseen miehet eivät kuitenkaan yltäisi, vaikka tupakointi- ja juomatavat muuttuisivat samanlaisiksi, koska miesten suurempi kuolleisuus muun muassa tapaturmiin, väkivaltaan ja verenkiertoelinten sairauksiin näyttää johtuvan suurelta osin muistakin syistä.

Sairastavuudessa ja toimintakyvyn häiriöissä sukupuolten väliset erot ovat pääosin selvästi pienempiä ja osittain erisuuntaisia kuin kuolleisuudessa. Miehet joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle yleisemmin kuin naiset, mutta iän karttuessa naisilla on enemmän vaikeuksia liikkumista ja voimaa vaativissa toiminnoissa kuin miehillä (Aromaa ym. 2005a). Mitattiinpa toimintarajoitteita koetulla terveydellä, pitkäaikaissairauksilla tai perustoiminnoista selviytymisellä, naisilla oli 2000-luvun alun tietojen valossa odotettavissa ainakin hieman enemmän toimintarajoitteisia vuosia kuin miehillä. He myös elivät hieman suuremman osan elämästään pitkäaikaissairaina kuin miehet; toisaalta myös terveitä elinvuosia oli naisilla enemmän kuin miehillä. (Sihvonen ym. 2008.)

Sosioekonomisen aseman viittaa yleensä sekä hyvinvoinnin materiaalisiin ulottuvuuksiin, kuten tuloihin, omaisuuteen ja asumistasoon, että näiden aineellisten resurssien hankkimisen kannalta keskeisiin välineisiin, kuten ammattiin, asemaan työelämässä ja koulutukseen. Kaikilla näillä sosioekonomisilla tekijöillä on johdonmukainen ja selvä yhteys valtaosaan terveyden osoittimista. Eniten on tietoja terveyden vaihtelusta koulutuksen sekä ammattiin perustuvan sosiaaliryhmän mukaan. Suomessa sosiaaliryhmien terveyserot ovat poikkeuksellisen suuret, vaikka tuloerot ovat pienemmät kuin muissa OECD-maissa.

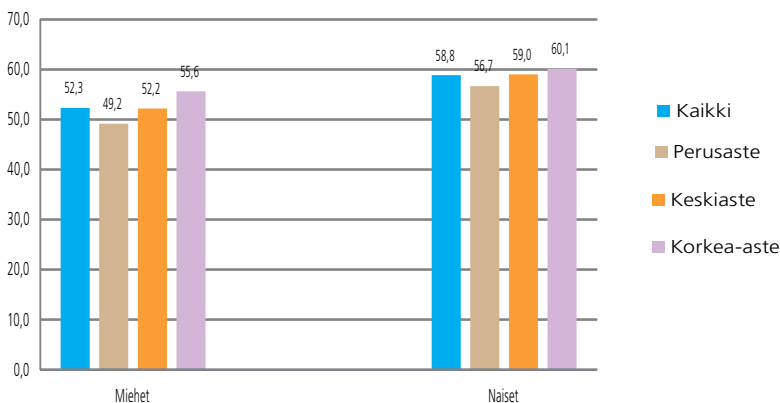
Jaksolla 2003–2005 keskimääräinen 35-vuotiaan miehen jäljellä oleva elinaika oli ylemmillä toimihenkilöillä 6,1 vuotta pitempi kuin työntekijöillä. Naisilla vas-

taava ero oli 3,3 vuotta. 1980-luvun alusta nämä elinaikojen erot olivat suurentuneet runsaalla yhdellä vuodella. Myös koulutusryhmien väliset elinajan odotteen erot kasvoivat. (Valkonen ym. 2007a.) Jakson 2007–2010 kuolleisuustietojen valossa 25-vuotias korkea-asteen koulutuksen saanut mies saattoi odottaa elävänsä noin 6,4 vuotta pitempään kuin samanikäinen perusasteen koulutuksen saanut mies; naisilla ero oli 3,5 vuotta (kuvio 3). Koulutusryhmien välinen ero oli molemmilla sukupuolilla suurempi kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa vastaava ero oli miehillä 4,6 vuotta ja naisilla 3,2 vuotta (kuvio 3).

Myös pieni- ja suurituloisten kuolleisuudessa on huomattava ero, ja kuolleisuus kasvaa tasaisesti tulojen pienentyessä. Ylimpään ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien välinen ero 35-vuotiaan elinajanodotteessa kasvoi miehillä 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen jaksolla 1988–2007. Tuloluokkien välinen ero kasvoi kyseisellä jaksolla selvästi enemmän kuin ammattiin perustuvien sosiaaliryhmien välinen ero. (Tarkiainen ym. 2011.) Terveyden eriarvoisuudessa ei siis ole kyse vain pienestä laitapuolen kulkijoiden ryhmästä, joka poikkeaa valtaväestöstä, vaan koko väestöä koskevasta ilmiöstä: mitä parempi sosioekonominen asema kansalaisella on, sitä todennäköisemmin hän elää pitkän terveen elämän.

Terveenä ja toimintakykyisenä elettyjen vuosien määrä vaihtelee koulutuksen mukaan vielä paljon enemmän kuin elinajan odote, koska sairastavuuden ja toiminnanvajavuuksien erot koulutusryhmien välillä ovat suuria. Esimerkiksi 1990-luvun puoliväliä koskevien laskelmien mukaan korkea-asteen koulutuksen saaneet miehet elävät terveenä peräti 10,9 vuotta ja naiset 8,4 vuotta pitempään kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneet, kun terveyden ja toimintakyvyn rajoitusten kokonaiskestoon lasketaan laitoshoido, haittaavat pitkäaikaissairaudet ja tilapäiset toimintakyvyn rajoitukset (Sihvonon 2005).

Sosioekonomisten terveyserojen syistä tunnetaan osa. Esimerkiksi tupakointi ja epäterveelliset juomatavat ovat yleisimpiä alimmissa sosiaaliryhmissä, ja nämä ter-



Kuvio 3. 25-vuotiaan elinajanodote koulutuksen ja sukupuolen mukaan Suomessa jaksolla 2007–2010

Lähde: Eurostat

veyskäyttäytymisen erot ovat viime vuosikymmeninä korostuneet. Työntekijät altistuvat myös monille työperäisille terveyshaitoille selvästi useammin kuin toimihenkilöt. Tällaiset erityiset vaaratekijät selittävät kuitenkin tutkimusten valossa vain osan sosioekonomisista terveyseroista. Onkin ilmeistä, että heikko sosioekonominen asema lisää monin tavoin lähes kaikkien sairauksien ja toimintakyvyn rajoitteiden ilmaantumista ja heikentää niiden ennustetta. Tutkimustulokset osoittavat, että ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat henkilöt saavat keskimääräistä useammin tehokkaaksi arvioitua hoitoa sairauksiinsa (ks. Manderbacka ja Keskimäki tässä teoksessa, luku 25). Lisäksi aikuisiässä havaittavien sosioekonomisten terveyserojen syyt löytyvät nykyisten olosuhteiden lisäksi jo lapsuudesta ja nuoruudesta. Lapsuuden elinolot ja vanhempien sosioekonominen asema näyttävät ennustavan sekä sosioekonomista asemaa että terveyskäyttäytymistä ja terveyttä aikuisiässä. (Lahelma ym. 2007.)

Yksi suomalaisen terveyspolitiikan tärkeimmistä tavoitteista on ollut *alueellisten terveyserojen* vähentäminen tarjoamalla laadukkaita terveystalv palveluja edullisesti maan kaikilla alueilla. Erityistä huomiota on kiinnitetty itä- ja pohjoissuomalaisen huonoon terveyteen. Lounais- ja Koillis-Suomen väestöjen väliset absoluuttiset terveyserot – esimerkiksi eri alueiden kuolleisuuslukujen erotukset tai tietystä sairaudesta kärsivien prosenttiosuuksien erotukset – ovatkin olennaisesti supistuneet sen ansiosta, että kuolleisuus ja sairastavuus ovat pienentyneet maan eri alueilla. Sekä kuolleisuuden että eräiden keskeisten sairauksien yleisyyden suhteelliset erot ovat kuitenkin säilyneet ennallaan, koska muutokset ovat olleet suunnilleen yhtä nopeita kaikkialla Suomessa.

Pohjanmaalla ja Ahvenanmaalla elinajan odote oli jaksolla 2009–2011 miehillä noin 80 vuotta ja naisilla yli 84 vuotta eli miehillä maailman elinaikatilastoa johtavan Japanin tasoa ja naisillakin yli vuoden koko Suomen arvoa suurempi. Toista ääripäätä edustavissa Itä-, Pohjois- ja Kaakkois-Suomen maakunnissa elinajan odote oli miehillä noin 4–5 vuotta ja naisilla noin kaksi vuotta lyhyempi kuin Pohjanmaalla tai Ahvenanmaalla asuvilla. (Kuolleet 2011.)

Itäsuomalaisten ylikuolleisuus länsisuomalaisiin verrattuna ilmenee aikuisiällä mutta ei lapsuudessa. Tärkein alue-erojen syy on verenkiertoelinten sairaudet, etenkin sepelvaltimotauti, jonka aiheuttama kuolleisuus on noin 1,5-kertainen Itä- ja Koillis-Suomen asukkailla verrattuna lounaissuomalaisiin. Lisäksi alkoholinkäyttöön liittyvät kuolemat sekä itsemurhat ja muut tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat ovat tavallisempia Itä- kuin Länsi-Suomessa. (Martelin ym. 2005.)

Myös sairastavuus on Itä- ja Pohjois-Suomessa suurempi kuin maan länsi- ja lounaisosissa. Muun muassa psykooseja esiintyy yleisimmin Pohjois- ja Itä-Suomessa ja vähiten Lounais-Suomessa (Suvisaari ym. 2012), ja verenkiertoelinten sairaudet ovat itä- ja pohjoissuomalaisilla keskimääräistä yleisempiä (Reunanen 2005). Sairastavuuden, kuten kuolleisuudenkin, itä-länsi-erot ovat kuitenkin yleensä vähäisempiä kuin sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot.

Joidenkin terveysongelmien suhteelliset alue-erot ovat merkittävästi vähenty-

neet. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus on pienentynyt kaikkein nopeimmin Itä- ja Pohjois-Suomessa, eivätkä nämä alueet enää poikkeaa muusta Suomesta yhtä paljon kuin aiemmin (Aromaa ym. 2005). Monissa sairauksien vauraan vaikuttavissa tottumuksissa Koillis- ja Lounais-Suomen välistä eroa ei enää ole tai se on olennaisesti pienentynyt. Koska myös elintasoerot näiden alueiden välillä ovat esimerkiksi 1900-luvun puoliväliin verrattuna selvästi supistuneet, voidaan olettaa, että Lounais- ja Koillis-Suomen väliset terveyserot tulevat vähenemään. Tällöin terveyden alue-eroissa saattaa korostua eräiden pääkaupunkiseudun alueiden sekä muiden maan eri puolilla sijaitsevien yksittäisten ongelma-alueiden huono terveystilanne.

Esimerkiksi Helsingin kaupungin eräissä keskisissä ja itäisissä kaupunginosissa 20-vuotiaan miehen jäljellä olevan elinajan odote oli jaksolla 1996–2005 vain 50 vuotta eli viisi vuotta pienempi kuin koko maassa keskimäärin ja kolmisen vuotta pienempi kuin Pohjois-Karjalassa ja Lapissa. Helsingin vauraimmissa kaupunginosissa 20-vuotiaan miehen jäljellä olevan elinajan odote oli peräti 59 vuotta eli neljä vuotta pitempi kuin koko maassa ja 1–2 vuotta pitempi kuin Ahvenanmaalla ja Pohjanmaalla. Huonon terveyden alueellisten saarekkeiden asema näyttää usein johtuvan suurelta osin runsaasta alkoholista ja muiden päihteiden käytöstä sekä tupakoinnista ja näiden terveyttä vaarantavien elintapojen taustalla olevista sosiaalisista tekijöistä. (Valkonen ym. 2007b.)

Naimisissa olevien terveys on lähes kaikilla mittareilla arvioiden selvästi parempi kuin muiden *siviilisäätyryhmien*. Siviilisäätyjen välinen kuolleisuusero on kasvanut huomattavasti viime vuosikymmeninä. Keski-ikäisten naimattomien, eronneiden tai leskeksi jääneiden miesten kuolleisuus on lähes kolminkertainen naimisissa oleviin miehiin verrattuna, naisilla noin kaksinkertainen. Erojen suuruutta havainnollistaa se, että kaikista 30–64-vuotiaiden suomalaisten kuolemista vältettäisiin runsas kolmasosa, jos muiden siviilisäätyryhmien kuolleisuus olisi ollut yhtä pieni kuin naimisissa olevien. (Martikainen ym. 2005.) Avoliitossa olevien 30–64-vuotiaiden kuolleisuus on lähes 70 prosenttia korkeampi kuin naimisissa olevien, mutta etenkin miehillä kuitenkin selvästi pienempi kuin yksinasuvien tai jonkun muun kuin puolison kanssa asuvien (Koskinen ym. 2007). Kuten sosioekonomiset terveyserot, myös siviilisäädyn tai perhemuodon mukaiset erot ovat useimpien osoittimien mukaan suuremmat miehillä kuin naisilla.

Siviilisäätyjen välisten terveyserojen arvioidaan johtuvan kahdesta syyryhmästä. Joissakin tapauksissa terveys voi vaikuttaa henkilön avioitumisen tai avioeron todennäköisyyteen, jolloin on kyse terveyden perusteella tapahtuvasta valikoitumisesta eri siviilisäätyryhmiin. Toisaalta avioliitto, parisuhde ja perhe tukevat terveyttä muun muassa tarjoamalla sosiaalista tukea ja edistämällä myönteistä kiinnittymistä sosiaaliseen ympäristöön sekä ohjaamalla terveellisiin elämäntapoihin. (Joutsenniemi 2007.)

Päätelmät

Suomalaisten terveys on viime vuosikymmeninä kohentunut monissa suhteissa. Kansainvälisessä vertailussa useimmat keskeiset terveysongelmat ovat kuitenkin edelleen Suomessa paljon yleisempiä verrattuna sellaisiin maihin, joissa nämä ongelmat ovat kaikkein harvinaisimpia. Jos suomalaisten sairastavuus ja kuolleisuus pienenisivät sille tasolle, joka on tässä suhteessa edullisimmassa asemassa olevissa maissa jo saavutettu, esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit, diabetes ja tapaturmat vähenisivät alle puoleen. Sairauksien ja toimintarajoitusten ehkäisymahdollisuuksia voidaan arvioida myös vertaamalla koko väestön tilannetta ylimpien sosiaaliryhmien jo saavuttamaan tasoon. Jos terveysongelmien yleisyys pienenesi koko väestössä sille tasolle, jonka korkea-asteen koulutuksen suorittaneet ovat jo saavuttaneet, useimmat keskeiset terveysongelmat vähenisivät 30–50 prosentilla. (Koskinen & Martelin 2007.)

Monet tärkeimmistä kansanterveysongelmista johtuvat suurelta osin tunnetuista ja ehkäistävissä olevista käyttäytymiseen ja ympäristöön liittyvistä vaaratekijöistä. Esimerkiksi tupakointi aiheuttaa suuren osan syövästä ja verenkiertoelinten taudeista, lihavuus aiheuttaa valtaosan diabetessairastavuudesta ja on – yhdessä liian vähäisen liikunnan kanssa – tärkeä toimintakyvyn rajoitusten syy. Liiallinen alkoholin käyttö aiheuttaa runsaasti erilaisia sosiaalisia ja terveyshaittoja sekä käyttäjälle itselleen että hänen läheisilleen. Myös monet haitat asuin- ja työympäristössä, kuten työelämän fyysiset, kemialliset ja psykososiaaliset altisteet, yhdyskuntailman pienhiukkaset ja melu, aiheuttavat suuren määrän terveysongelmia, jotka voitaisiin välttää.

Väestön terveys voi edelleen huomattavasti kohentua, mutta se edellyttää tähänastisten terveyttä edistävien toimenpiteiden tehostamista sekä uusia ratkaisuja väestön elinolojen, terveystottumusten ja terveyspalvelujen parantamiseksi. Terveyspolitiikalla on tässä kaksi päätehtävää. Ensinnäkin terveydenhuoltopoliittisilla ratkaisuilla voidaan edistää väestön terveyttä esimerkiksi tarjoamalla sairaanhoitopalveluja kaikille väestöryhmille niiden tarpeen mukaan sekä kehittämällä ehkäiseviä toimia niin, että erityisesti huonoimmassa asemassa olevat väestöryhmät pääsevät niistä osallisiksi. Palvelujen saatavuuden ohella on kehitettävä palvelujen sisältöjä kunkin väestöryhmän erityistarpeita mahdollisimman hyvin vastaaviksi. Terveyspolitiikan toinen tärkeä tehtävä on tukea ja sovittaa yhteen muiden yhteiskuntapolitiikan lohkojen toimintaa pyrittäessä terveyden edistämiseen. Väestön hyvä terveys ja sen tasa-arvoinen jakautuminen ei ole muiden politiikkojen päätavoite, vaan niille ensisijaista on niiden oman vastuu- ja toiminta-alueen myönteinen kehitys. Terveyspolitiikan erityisenä vastuuna on huolehtia siitä, että myös muiden politiikkojen piiriin kuuluvien toteutuneiden ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen tunnistetaan, suunniteltujen toimien vaikutuksia kyetään ennakoimaan ja että yhteiskuntapolitiittisia ratkaisuja kehitetään tämän arvioinnin perusteella. (Koskinen ym. 2002; Ståhl ym. 2006.)

Lähteet

- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo & projekti-ryhmä (2002) Terveiden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 103–125.
- Aromaa, Arpo & Gould, Raija & Hytti, Helka & Koskinen, Seppo (2005a) Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 134–148.
- Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (2005b) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Eläketurvakeskus, Kela (2011) Tilasto Suomen työeläkkeensaajista 2010. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos.
- Eläketurvakeskus: Tilastokanta/ Eläkkeensaajat / Kaikki eläkkeensaajat / Kaikki työkyvyttömyyseläkkeensaajat sairauspäryhmittäin. [viitattu: 11.7.2012] <<http://tilastot.etk.fi/?lang=3>>
- Eurostat: Life expectancy by age, sex and educational attainment (ISCED 1997) [viitattu: 11.7.2012]. <http://appsp.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpeduced&lang=en>
- Helakorpi, Satu & Holstila, Anna-Leena & Virtanen, Suvi & Utela, Antti (2012) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Raportti 45/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Joutsenniemi, Kaisla (2007) Living arrangements and health. Publications of the National Public Health Institute A 15/2007. Helsinki: National Public Health Institute.
- Kaipiainen-Seppänen, Oili & Kautiainen, Hannu (2006) Declining trend in the incidence of rheumatoid factor-positive rheumatoid arthritis in Finland 1980–2000. *Journal of Rheumatology* 33(11), 2132–2138.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (2007) Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. Teoksessa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Kansanterveyslaitoksen rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisymerkitys. Osa 2. Kansanterveyslaitos: Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyvaikutukset ja kustannusvaikutukset. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 78–92.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi (2006) Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. *Duodecim* 122(3), 255–256.
- Koskinen, Seppo & Joutsenniemi, Kaisla & Martelin, Tuija & Martikainen, Pekka (2007) Mortality differences according to living arrangements. *International Journal of Epidemiology* 36, 1255–1264.
- Koskinen, Seppo & Sihto, Marita & Keskimäki, Ilmo & Lahelma, Eero (2002) Terveystieteiden kaventaminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 45–64.
- Kuolemansyyt 2010. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.7.2012]. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_004_fi.html>
- Kuolleet 2011. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2529. 2011. Liitekuvio 3. Miesten ja naisten elinajanodote 0-vuotiaana maakunnittain keskimäärin vuosina 2009–2011. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.7.2012]. <http://www.stat.fi/til/kuol/2011/kuol_2011_2012-04-13_kuv_003_fi.html>
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutok-

- set 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: STM, 25–41.
- Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2010) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Raportti 30/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Leinikki, Pauli (2005) Tarttuvat taudit. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 200–211.
- Lönnqvist, Jouko (2005) Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 178–184.
- Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero (2005) Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 266–276.
- Martikainen, Pekka & Martelin, Tuija & Nihtilä, Elina & Majamaa, Karoliina & Koskinen, Seppo (2005) Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of changes in marital status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death. *Population Studies* 59(1), 99–115.
- NOMESCO: Health statistics for the Nordic countries 2011. <<http://nomesco-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/Helsstat%202011.pdf>>
- OECD (2011) Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2011-en
- Pukkala, Eero & Sankila, Risto & Rautalahti, Matti (2011) Syöpä Suomessa 2011. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 82. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys.
- Reunanen, Antti (2005) Verenkierroelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 153–163.
- Sihvonen, Ari-Pekka (2005) Toimintakykyiset elinvuodet. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 149–151.
- Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Aromaa, Arpo (2008) Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 51–63.
- Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (eds.) (2006) Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Suvisaari, Jaana & Perälä, Jonna & Viertiö, Satu & Saarni, Samuli J. & Tuulio-Henriksson, Annamari & Partti, Krista & Saarni, Suoma E. & Suokas, Jaana & Lönnqvist, Jouko (2012) Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 67(9), 677–683.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 66(48), 3651–3657.
- Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/Terveys [viitattu: 11.7.2012]. <http://pxweb2.stat.fi/database/Eurostat/ter/ter_fi.asp>
- Tilastokeskus: Eurostatin avaintaulukot/Väestö [viitattu: 11.7.2012]. <http://pxweb2.stat.fi/Databse/Eurostat/vrm/vrm_fi.asp>
- Tilastokeskus: Kansainvälisen tiedon taulukot/Terveys [viitattu: 11.7.2012]. http://pxweb2.stat.fi/Databse/Kansainvalisen_tiedon_tietokanta/ter/ter_fi.asp
- Tilastokeskus: StatFin / Väestö / Kuolleet [viitattu: 8.1.2013]. <http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/kuol/kuol_fi.asp>
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007a) Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa: Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki. STM, 44–64.
- Valkonen, Tapani & Martikainen, Pekka & Kauppinen, Timo & Tarkiainen, Lasse (2007b) Elinajanodotteen kehitys Helsingissä ja sen väestön osaryhmissä 1991–2005. *Tutkimuksia* 2007:10. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

4 Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskien tulkintaan

Terveyspolitiikan keinot kansalaisten hyvinvoinnin parantamiseksi ovat muuttuneet varsin perusteellisesti viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Hyvinvointivaltion rakennusvaiheessa kehitetyistä valtiollisen rakenteellisen säätelyn keinoista (esim. Puro 1973) on siirrytty kohti yhä markkinahakuisempaa palvelujärjestelmää, jossa kansalaiset ovat muuttumassa terveydestään vastuullisiksi palvelujen kuluttajiksi yksityistyvän terveydenhuollon piirissä. Markkinoiden logiikka edellyttää palveluita ja kuluttajia, jotka kohtaavat toisensa vapaisissa olosuhteissa (Hänninen 2009). Kuluttajien vapaus ja heidän autonomiansa ovatkin nousseet keskeisiksi terveyspolitiikan puhetavoiksi. Jotta autonomia ja valinta voisivat toteutua terveydenhuollossa, lääketieteellisen etiikan peruseriaatteissa pidetään yleisesti vähimmäisedellytyksenä, että ihmiset saavat riittävästi tietoa itseään koskevista päätöksistä. Ihmisten pitää lisäksi voida olla osallisina näissä päätöksissä, heidän saamansa tiedon tulee olla ”oikeaa” ja perusteltua ja tieto on esitettävä mahdollisimman ymmärrettävässä muodossa. Nämä kaikki ovat periaatteita, joista voidaan olla yhtä mieltä, mutta joiden toteutumisen ehdoista keskustellaan jatkuvasti. Yksi nykykeskustelun keskeinen taustoittaja on konsumerismi (esim. Clarke ym. 2007; Petersen 1997; ks. Koivusalo ym. 2009). Sen myötä henkilökohtainen valinta, autonomia ja riippumattomuus ovat laajentuneet kulttuuriseksi eetokseksi yhteiskuntaan. Suomessa terveydenhuolto on muuttunut markkinavetoiseksi ja konsumerismi on vahvistunut tilanteessa, jossa sosioekonomiset terveyserot ovat kasvamassa (Palosuo ym. 2007). Sosiaalisen eriarvoisuuden ja terveyserojen vähentäminen todetaan muun muassa uusimman Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste 2012–2015) perusteissa keskeiseksi terveyspolitiikan tavoitteeksi.

Kulloinenkin tilanne vaikuttaa autonomian ja valinnan toteutumiseen. Ne toteutuvat osin tai eivät lainkaan elämäntilanteissa, joissa ihmisten toiminta ja valinnan mahdollisuudet ovat ehdollisia suhteessa moniin kulttuurisiin asiantiloihin ja rakenteisiin (esim. Diprose 1994; Launis 2007). Väitetään, ettei valintaa tekevä toimija ole pelkästään rationaalinen eikä sairastaessaan ehkä täysin kirkasälyinenkään (Mol 2008). Kuitenkin Annemarie Mol (2008, 28) arvelee, että potilaat useimmiten tavoittelevat parasta mahdollista terveydentilaa sen mukaan mihin heidän sairautensa antaa myöten. Hänen ajatuksensa, että ihmiset tekevät terveytensä hyväksi niin

paljon kuin mikä milloinkin on mahdollista, on tärkeä konsumerismin kritiikkinä. Valintojen logiikasta ei välttämättä ole hyvän hoidon takeeksi kenellekään, koska sairauden logiikka ei käy yksiin markkinoiden toimintaperiaatteiden kanssa.

Tarkastelen tässä luvussa vapauden ja valinnan sidonnaisuutta sekä eräitä terveyden sosiaalisia ja kulttuurisia ehtoja ja otan lähtökohdaksi sairastavan ihmisen näkökulman toimijana. Ihmisten omien näkemysten ottaminen tutkimukselliseksi lähtökohdaksi avaa mahdollisuuksia tarkastella terveydenhuollon käytäntöjä siten, että sairastuneen omaa toimijuutta voidaan tutkia hänen omista kulttuurisista lähtökohdistaan käsin. Kysyn pitkäaikaissairaista tehtyjen tutkimusten pohjalta, millainen toimija sairastunut tai hänen hoitajansa on ja millaiset ehdot rakentavat heidän toimijuuttaan. Lähestyn aihetta sellaisen tutkimuksen avulla, jossa on kuvattu ihmisten käsityksiä sairauksiin liittyvistä riskeistä, sairaudesta ja hoidosta. Metodologisesti pohjaan tarkasteluni Michel Foucaultin ajatuksiin alistetuista tietomuodoista, joita nykytutkimus ja -politiikka eivät päästä ääneen. Foucault (2003, 7) tarkoitti alistetuilla tietomuodoilla (subjugated knowledges) kahta tämän artikkelin kannalta tärkeää asiaa. Yhtäältä tietomuodot saattavat olla historiallisia ja joutua modernin tieteellisen tiedon sivuuttamiksi. Toisaalta antropologisen ajattelutavan mukaisesti tietomuotoja voidaan pitää ”naiveina”, hierarkkisesti alemmassa asemassa samoin kuin sellaisia, jotka eivät yllä vaadittavan tieteellisyyden tasolle (Foucault 2003, mt.). Alistettujen tietomuotojen muokkaaminen tieteellisesti merkittäväksi lähtökohdaksi on usein lähtökohdana kulttuurintutkijoiden työlle. Yhtä lailla ne tarjoavat merkittävän perustan eriarvoisuutta vähentämään pyrkivälle terveystaloudelle.

Sairauksille etsitään syitä

Kun ihmiset sairastuvat, he joutuvat uudella tavalla riippuvaisiksi sekä kulttuurisista että sosiaalisista elämisen ja olemisen ehdoista. Suomalaisen ja kansainvälisen etnomedisiinisen, antropologisen ja uskonnontutkimuksen mukaan ihmiset ovat aina pyrkinet tekemään sairauksistaan mielekkäitä etsimällä niille jonkin *synn*. On kysytty, mistä sairaus on peräisin ja *miksi juuri minä* olen saanut sen. Synn löytäminen on ollut sekä parantajan että yhteisön tehtävä ja hoito on perustunut yhteiseen käsitykseen taudin syistä. Lauri Honko (1960) väittää kulttuureita vertailevien etnomedisiinisten tutkimustensa perusteella, että syylookitukset ovat universaaleja ja niitä on löydettävissä kaikista kulttuureista. Sairauden syiksi hän erottelee taburikokset, projektiilit eli ulkoapäin ”ammutut” sairautta aiheuttavat tekijät, tartunnaiset ja ihmisten toisilleen aiheuttamat taudit.

Taudeille annetut selitykset ja merkitykset luovat sosiaalisia siteitä ihmisten välille ja antavat välineitä asioiden luokittamiseen ja nimeämiseen sekä sosiaaliseen vaihtoon. Kulttuuriset oletukset ja odotukset maailmasta ovat keskeisiä tulkinnoissa, ja ihmisten suhde yhteiskuntaan on se tausta, josta arkiset selitykset juontavat nykyäänkin juurensa (Furnham 1988; Herzlich 1973).

Antropologit puhuvat arkijärjestä kulttuurisena järjestyksenä tai järjestelmänä, jonka systematiikka ja perustelut ovat erilaisia kuin uskonnon, taiteen, tieteen tai kosmologioiden järjestelmissä. Arkijärjen pätevyys nojaa kokemukseen sellaisena kuin se on arjen käytäntöjen, sananparsien tai viisauksien välittämänä (Gramsci 1965/1973, 325–330; Geertz 1983), eikä se tarvitse tapausten oikeutukseen sen ihmeellisempiä menetelmiä kuin arkikokemukseen vetoamisen. Arkijärki on muovautunut historiallisesti samoin kuin siihen sisältyvät arvioinnin perusteetkin. Arkiteorioilla puolestaan viitataan yhteiskuntatieteellisessä kirjallisuudessa arkijärjen ”empiiriseen”, ilmaisevaan, kommunikatiiviseen ja tuottavaan puoleen (Good 1977; Balshem 1993). Arkiteorioiden ainekset koostuvat paikallisista käytännöistä ja tiedoista, joilla usein pyritään käytännöllisessä mielessä sairauden merkityksellistämiseen ja parantamiskeinon löytämiseen.

Sairauden kysymykset jäsenyivät arkiteorioissa usein moraaliin liittyvinä. Syy, vastuu, velvollisuus ja suojautuminen punoutuvat käsityksiin ihmisyydestä, maailmasta ja hyvästä elämästä. Moraalisen toimijan mahdollisuudet ja rajat olla arkiteorioiden keskiössä (Honkasalo, tulossa). Sairauksien tulkinnat sisältävät usein keskenään ristiriitaisia aineksia: epävarmuutta, kohtalonuskoa ja lääketieteellisiä käsityksiä tai arkisiksi muokattuja lääketieteellisiä teorioita, joiden esittämiseen esimerkiksi media vaikuttaa nykyisin paljon. Arkiteorioita voisi nykyään luonnehtia synkretistisiksi tai jopa ”puoliprofessionaaliksi” (Linde 1987); ne ovat sekoitus arjen käsityksiä, ammattiteorioita ja median kuvastoa.

Yhteisesti neuvotellut käsitykset taudeista, niiden syistä ja merkityksistä luovat mahdollisuuden kommunikoida yhteisössä ja lujittaa sen rajoja (Nichter 1981; Honkasalo 1988). Tällaisia käsityksiä ja niistä muodostuneita ”käsitysryppäitä” nimitetään antropologisessa kirjallisuudessa kulttuurisiksi idiomeiksi. Marc Nichter (1981) tarkoittaa sairauden idiomilla kulttuurisesti luotuja väyliä, joiden kautta ihmiset ilmaisevat pahaa oloaan ja vaikeuksiaan. Niiden voidaan ajatella toimivan koodeina, joiden avulla henkilökohtainen sairauden kokemus ”kääntyy” julkiseksi. Idiomit sisältävät symbolisesti latautuneita merkityksiä, ja niillä puolestaan voi olla moraalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Idiomien ja kulttuuristen oireyhtymien muovautumiseen ja ilmaisuvoimaan voivat vaikuttaa yhteiskunnalliset rakenteelliset tekijät (Farmer 1988; Schepher-Hughes 1992).

Globalisaation myötä sosiaalinen eriarvoisuus, köyhyys ja taloudellinen deprivatio ovat lisääntyneet, ja tämä kehitys antaa uusia aineksia myös idiomeihin. Esimerkiksi rasistiset uhkakäsitykset voivat olla pohjana tautikäsityksille. Tutkiessaan aidsin kulttuurisia jäsenyyksiä Haitissa Paul Farmer (1988) paikansi aidsin selityksien taustalta haitilaisille vuosikymmenten varrella tutuksi tulleen yhdysvaltalaisen kansainvälisen talouspolitiikan heijastuksia. Oireyhtymän nimenä oli ”sending sickness”, tauti, jonka amerikkalaiset olivat lähettäneet haitilaisten uudeksi vitsaukseksi. Tällaisten kulttuuristen koodien olemassaolo kyseenalaistaa lääketieteen piirissä vallitsevia ajatuksia sairaudesta yksilöllisenä prosessina.

Arkiteoriat ikkunana kulttuuriseen sairauden ja terveyden tutkimiseen

Arkiteoriat¹ avaavat tutkijoille ja terveyspolitiikan tekijöille ikkunoita kulttuuriin. Ikkunoihin on saattanut kertyä eri aikojen ja ihmisten tulkintojen historiallista pölyä niin että näkymä ei ole kaikin puolin aivan kirkas vaan pikemminkin häivähdyksenomainen. Arkiteorioissa piirtyy näkyviin arvoja, normeja ja kulttuurisia uskomuksia, mutta myös mielikuvituksen kulttuurisia resursseja. Ihmiset työstävät saatavilla olevista aineksista sairaudelleen mieltä ja luovat samalla kulttuuria. Seuraavassa valotan tästä näkökulmasta oman tutkimukseni (Honkasalo 2008) tuloksia.

Tutkin vuoden mittaisen etnografisen kenttätyön avulla 2000-luvun alussa sydänsairauden saamia merkityksiä Pohjois-Karjalassa, jossa tauti on ollut pitkään hyvin yleinen ja jossa ihmisillä oli tapana sanoa sitä *luonnolliseksi*. Tutkimukseni pieni kylä oli tuolloin jo kiinteä osa modernia ja transnationaalista maailmaa. Suomen oloissa mutta myös kansainvälisesti harvinaisen laajan kansanterveyshankkeen, Pohjois-Karjala-projektin, pitkälinen läsnäolo 1970-luvun alusta oli vaikuttanut arkiin sairauskäsityksiin ja antanut ihmisille merkitysaineksia modernia elämää varten. Se oli tuonut kiinnostavan jännitteen ihmisten paikallisten arkikäsitteiden ja projektin modernin kulttuurisen merkitysmallin välille. Sydänsairauksien tulkinnoista oli tullut aidosti synkretistisiä: niihin käytettiin vanhoja paikallisia aineksia mutta myös uutta, erityisesti Pohjois-Karjala-projektista ammennettua. Projektin terveysriskeihin perustuvat terveysvalistukselliset tautiselitykset olivat tulleet 2000-luvun alussa uudella tavalla luonnollisiksi, tavanomaisiksi ja tutuiksi: sydäntaudista poistuivat sekä paikallisuus, eksotiikka että historialliset jäänteet.

Tutkimuksessani useat naiset todistivat pätevyytään moderneina kansalaisina kertomalla, miten perehtyneitä he olivat sydäntauteja koskevaan terveysvalistukseen. Pohjoiskarjalaiset naiset olivat osallistuneet laajasti Pohjois-Karjala-projektin interventio toimintaan, ja he olivat kirjaimellisesti muuttaneet ruoan osalta perinteiset elämäntavat. Siten he tiesivät tarkkaan projektin sanoman. Miehet olivat edelleen epäroivampia. Monet heistä olivat valmiita hyväksymään valikoiden lääketieteellisten teorioiden tiettyjä näkökulmia esimerkiksi diagnoosin epävarmuuden merkityksestä ja jakamaan mielikuvamaailman kardiologien kanssa. Samalla he pitivät kuitenkin kiinni omista arkiteorioistaan: heidän sairautensa taustalla oli myös jotain yhteiskunnallista ja poliittista ja heidän identiteettinsä kannalta tärkeää. Pohjois-Karjala-projektin kulttuuristen merkitysten maailmassa kaikki tulivat tutuiksi keskenään ja samalla tasavertaistuivat sydäntautien suhteen siinä, että kaikille päti projektin linjaus: ”muuttamalla elintapoja muutat sairautesi”.

Työnjaossa sukupuolten välinen kuilu oli seudulla syvä ja miesten ja naisten

¹ Arkiteoriat ovat yksi yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tapa jäsentää ”alistettuja tietomuotoja” empiirisen tutkimuksen kohteena.

tehtävät olivat aina eronneet toisistaan. Vastaavasti myös merkitykset, joita miehet ja naiset sydänsairauksille antoivat, olivat erilaisia, koska niiden ainekset suodatettiin arkisten käytäntöjen piiristä. Yhteisiäkin merkityksiä oli, ja ehkä keskeisimpiä niistä olivat sydänsairauden *luonnollisuus*, käsitykset sydäimestä ruumiin haavoittuvana keskuksena sekä näkemykset sairauden historiallisesta ja sosiaalisesta alkuperästä. Yhteistä oli myös pohjoiskarjalainen maisema, joka antoi miehille ja naisille tärkeitä aineksia merkitysten rakentamiseen. Tämä ilmeni myös seudulta kootussa kansanrunoperinteessä, Suomen Kansan Vanhoihin Runoihin (1931) kootuissa teoksissa.

Miesten arkiteoriat kumpusivat julkisten ja historiallisten kokemusten piiristä. Heidän mukaansa Pohjois-Karjalassa on aina ollut liikaa eriarvoisuutta, osattomuutta ja köyhyyttä, *köyhyyden kulttuuri*. Se on jatkunut sukupolvien ajan ja muodostanut tärkeän osan historiallisesta perinnöstä, ja teemat olivat läsnä myös paikallisessa kansanrunoudessa. Miesten arkiteorioissa oli paljon poliittista puhetta ja vastarintaa. Miehet syyttivät sairastumisesta esivaltaa: asutuspolitiikkaa, kehitysaluepolitiikkaa, aluepolitiikkaa ja EU:ta. He vetivät puheissaan myös selkeän eron sukupolvien ajan jatkuneen ”sortovallan” ja omien johtopäätöstensä ja niistä seuraavien toimien välille. Joidenkin mielestä oman työn ja tinkimättömän moraalien myötä syntyi pohjoiskarjalainen mies, joka oli vahva kaikesta yhteiskunnallisesti koetusta vääryydestä huolimatta ja ehkä juuri sen takia.

Tässä tilanteessa saattoi sydän sairastua, mutta sairaus toimi hyvän elämän kestäväksi merkinä sekä suvulle ja läheisille että jälkipolville. Oli eletty sen kulttuurisen eetoksen mukaisesti, jossa tehdään työtä niin, että hiki tulee ensin hevoselle (Honkasalo 2008, 107). Toisenlaisiakin syitä sydämen sairastumiseen saatettiin nähdä. *Osattomuus* ja *köyhyys* johtivat näissä selityksissä välittömämpää tietä sairastumiseen. Useat miehet ja naiset kokivat olevansa yhteiskunnallisten epäoikeudenmukaisuuksien armoilla.

Naiset jäsenivät sydänsairauksia osin toisenlaisen symboliikan avulla kuin miehet. Heillä oli puhujina ja tekijöinä ristiriitainen asema: toisaalta he olivat perinteen kantajia muun muassa ruoanlaittajina ja toisaalta paikallisen modernisaation virittäjiä. He huolehtivat sairaista sukulaisista, ja he kirjoittivat Pohjois-Karjala-projektin tutkijoille liiasta työstä ja huolista, joita he pitivät sydänsairauksiensa syinä (Honkasalo 2008, 136–143). Naisten arkiteorioissa myös sosiaaliset suhteet ja niiden hajoaminen saivat merkittävän paikan. Näin oli myös paikallisessa kansanperinteessä, jossa sydämen kipu oli naisille huolten ilmaisun tuttu idiom. Suru, ero ja menetys olivat kansanrunouden keskeisiä teemoja, ja menetysten aiheuttamat surut ja huolet asettuivat sydämeen. Vajaat kaksisataa vuotta sitten sanottiin, että suru särkee tai syö sydämen. Tämän päivän ilmaus oli se, että sydän on mennyt rikki: siihen on tullut reikä. Elämä on ollut liian tiivistä, täynnä liikaa työtä, huolta ja vastuuta. Kun elämä oli raskasta, se oli elämistä *painon alla*, kuten eräs sanonta kuului. Monet havainnot kentällä kertoivat siitä, miten elämä oli tullut uudella tavoin painavaksi. Hyvinvointipalveluiden niukentuessa ihmiset kertoivat tuntevansa, ettei maailma pidä

heistä kunnolla kiinni ja että he joutuivat itse *pitämään kiinni* siitä, kuka mitenkään otteessaan onnistuen (mt.).

Moraali ja riski

Yksi autonomian toteutumisen edellytys liittyy itseä koskevan tiedon oikeellisuuteen ja perusteltavuuteen. Esimerkiksi lääketieteellinen hoito perustuu usein siihen oletukseen, että potilaat noudattavat lääketieteellisesti perusteltuja hoito-ohjeita. Lukuiset potilasvastaanottoja ja hoitomyöntyvyyttä koskevat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että potilaiden on vaikeaa käsittää lääkäreiden sanomaa tai heidän kieltään, vaikka he käyttäisivät samaa äidinkieltä. Vain harva tutkimus peilaa kysymystä toisinpäin: miten hyvin terveydenhuoltohenkilöstö ymmärtää potilaiden käyttämiä käsitteitä? Miten potilaat mieltävät abstraktit termit tai latinan kielestä johdetut tautinimet?

Riskitutkimuksessa on todettu toistuvasti, että sosioekonominen ja etninen asema ja esimerkiksi poliittiset intressit vaikuttavat siihen, miten ihmiset havaitsevat riskejä (esim. Boholm 2011; Horlick-Jones & Prades 2009; Kaplan 2001). Entä miten ihmiset ymmärtävät kulttuurisesti vaikeaa ja monisyistä kysymystä kausallisuuden ja riskin välisistä suhteista ja niiden tulkinnoista? Terveyden edistämisen tutkimushankkeet keskustelevat useimmiten tieteellisissä julkaisuissaan riskistä epidemiologisena, väestötasoisena terminä ja määrittelevät käsitteen tiettyjen tekijöiden aiheuttamana todennäköisenä vaarana väestössä. Ymmärtävätkö interventioon osallistuvat sen samalla tavalla kuin tutkijat?

Tutkimusaineistoni antaa viitteitä siitä, että Pohjois-Karjala-projektiin osallistuneiden kansalaisjärjestöjen naiset ja perheen ruoasta vastuussa olevat perheenäidit eivät välttämättä ymmärtäneet epidemiologisen todennäköisyyden käsitettä. On vaikeaa löytää sellaista projektin aineistoa, jossa riskin ja todennäköisyyden käsitteitä olisi tarkasti eritelty, keskusteltu virhetulkinnan mahdollisuuksista tai korjattu mahdollisia vääriä tulkintoja. Suurelle yleisölle suunnattujen julkaisujen perusteella projektia voisikin jälkikäteen kritisoida riskin käsitteen epä johdonmukaisesta käytöstä, mikä saattoi lisätä mahdollisuutta myös systemaattiseen väärintulkintaan. Seuraava esimerkki kuvaa käsitteiden vaikeaselkoisuutta. Pohjois-Karjala-projektin alkuvaiheessa kerrottiin tutkimuksen taustasta: ”Mielipiteet sepelvaltimoiden kove- tustaudin syistä ovat edelleenkin kovin ristiriitaisia. Yhä enemmän on kuitenkin tullu siihen käsitykseen, että sairauden syy ei olisi yksiselitteinen, vaan on alettu puhua nk. riskitekijöistä, joina on mainittu kohonnut veren kolesteroli- ja neutraalirasva- pitoisuus, sokeritauti, kohonnut verenpaine, tupakanpoltto, nykyelämän aiheutta- ma lisääntynyt henkinen paine, liikalihavuus jne.” (Honkapohja 1971, 1). Saman- tyyppisiä kuvauksia on projektin aineistoissa useampia. Riskin ja syyn käsitteiden kuvaamiseen sen enempää kuin niiden väliseen interventioon kannalta merkittävään eroon ei ollut kovinkaan seikkaperäisesti paneuduttu, ja se on oman tutkimukseni

mukaan johtanut väestön piirissä tulkintoihin, joissa ne sekoitetaan toisiinsa. Projektin teksteistä ja työstä välittyvä tulkinnanvaraisuus riskin käsitteessä on saattanut vaikuttaa paikallista interventiotyötä suorittaneiden järjestöjen, erityisesti Pohjois-Karjalan Marttojen valistukseen tähtääviin teksteihin ja heidän työhönsä. Projektin valistusaineiston ja siihen perustuvan keskustelun perusteella pohjoiskarjalainen ravinto miesten sydänsairauksien riskitekijänä, siis tiettyinä todennäköisyytenä populaatiossa, saatettiin kulttuurisesti kääntää kysymykseksi perinneruoosta niiden *syyntä*. Marttojen oma kirjallisuus sisältää runsaasti esimerkkejä tällaisesta tulkinnasta (Simola 2002)².

Projektin käsitteiden punoutuminen omiin kulttuurisiin sydäntautikäsitteisiin havainnollistuu eräässä Pohjois-Karjala-projektin järjestämän Kirjoita terveydestä -kirjoituskilpailun kirjoituksessa:

”Martatpa nyt aatteen keksi että kirjoitapa oma teksti, laittamistasi lajeista, perheesi pöperöistä, joilla syöttänyt oot sydänkäpysi, armahasi ahtanut, maharensiksi reväissyt. Nyt hän puhiseepi portahissa, yskäjäapi ylämäessä, sydäntänsä sivellen, nitrojansa nautiskellen.

Itsekin oot ihramaha, leukojakin liian monta, puhumattakaan pakaroista, laveasta lantiosta. Siinä sydän sykkäilee, pumppu parka paineen alla. Kolesterolia on kovasti, suonen sisäpinnalla massaa vallan mahtavasti. Verenpaineekin pahenee painon aina paisuessa, lisääntyessä liikakilojen. Kaipaisi et kaloreita, tuhat määrin turhan tähden. (– –) Puutteellakin on pikkuisen, huolilla huomispäivän, köyhyydellä kyläläisten. Syytä tähän syrjäseudun sairauteen niin surulliseen saadessamme sydänvian. Työttömyyden työntäessä velkataakan vieraaksemme kehitysalueen kansalle, ahdistaa alati, mieliämme murtaen.”³

Kolesteroli sen enempää kuin ”perinneruokakaan” ei siis esiintynyt ruoanlaittajien omista puheista väestötasoisena todennäköisyysterminä vaan pikemminkin kausaalisena taudin syytekijänä. Tällaisen tulkinnan seurauksena ruoanlaittaja saattoi kokea olevansa syyllinen tilanteeseen. Marttojen keskeiseksi tavoitteeksi muodostui kolesterolia ja suolaa sisältävän pohjoiskarjalaisen ruoan ”muuttuminen osana elintapoja”, ikään kuin pahojen rasvojen häätäminen. Näin väestötasoinen todennäköisyys *reifioitui*, esineellistyi, arkisessa puheessa rasva-olioksi tai suola-olioksi.

Arkijärjen logiikka, naisten oma toiminta ja tulkinnat johtivat riskin reifikaatioon myös toisella tasolla. Jos elintavat – pohjoiskarjalainen ruoka – kerran olivat sydänsairastavuuden syy, *naiset syyllistyivät* sellaisen ruoan laittajina. Syy ja syyllisyys esiintyvät paikallisessa etnomediinisessä kansanperinteessä voimakkaina merkitystekijöinä (Honko emt.). Riskin tulkinta syyksi lienee erityisen kauaskantoinen

² Pohjois-Karjalan Marttojen arkisto, Joensuu.

³ Kirjoita terveydestä -kirjoituskilpailu. Pohjois-Karjalan Marttojen arkisto. Joensuun Maakunta-arkisto.

sellaisten naisten joukossa, joiden toimintaa siivittää kansallisen huolenpidon eetos (Marakowitz 1993).

Kysymykseen kiinnittyy myös reifikaation ongelma, jollaista Riitta Lavikka (1997) käsittelee tutkimuksessaan naisten arkitulkinnoista tehdastyön muutoksessa. Tehdastyötä tekevilla naisilla oli tapana kriisitilanteissa jäsentää ammattiyhdistyspuhetta ”kirjaimellisesti” ja tulkita kriisinhallintaa varten laadittuja ohjeita ja sääntöjä sellaisinaan, kun taas miehille nämä usein olivat valtapeleissä neuvoteltavia asioita. Naisilla oli tapana ”paikata” ohjeissa piilevät ristiriitaisuudet, epäjohtomukaisuudet ja tehdä niistä ymmärrettäviä oman vastuunoton avulla. Vastuunoton he puolestaan mielsivät suhteessa koko tehdasyhteisöön, ikään kuin oltaisiin suvun tai perheen piirissä, joka olikin moraalisenä maisemana heille läheisempi. Marttojen ja muiden pohjoiskarjalaisten naisten toiminnassa heijastui vastaavia piirteitä. Riski ei ollut heille sopimuksenvarainen väestötasoinen abstrakti suure, vaan se tulkittiin syyksi ja olioksi, johon tuli voida yhdessä vaikuttaa ja tarvittaessa ka tuli yhdessä poistaa. Vastuun ottamisen kannalta ei ollut yhdentekevää, että he ruoanlaittajina jollain tasolla katsoivat syllistyneensä toimintaan, jonka seurauksia he pääsivät korjaamaan projektin puitteissa.

Syyn hakeminen ja syyllistyminen pohjautuu myös paikalliseen tautien selittämisen traditioon. Pohjoiskarjalaisen kansanlääkinnän teorioiden keskeinen rakenne perustuu taudin alkuperän ja kausaalisen syyn osoittamiseen. Ilmari Manninen (1922) on kuvannut laajemmin koko suomalaisen kansanomaisen tautiopin perustuvan syytekijöiden, taudin alkuperän ja synnyn selvittämiseen. Jos parantajat tiesivät, mistä tauti oli peräisin, siihen saatettiin löytää apu. Useat loitsut koostuvat syytekijöiden etsimisestä ja syiden häätämisestä. Edelleen nykyisten paikallisten arkitheorioiden avulla ihmiset jäljittävät tautiensa syitä.

Pohjois-Karjala-projektin interventio-osa toteutui suurelta osin Marttojen toiminnan ansiosta. Miten paljon syyllisyyden kokeminen sydänsairautta ”aiheuttavasta” ruoasta oli heidän aktiivisen interventiotoimintansa moottorina, jää jatkossa tutkittavaksi. Syystä voi kuitenkin sanoa, että Martat ruokkivat Suomen terveyden edistämisen maailmankartalle. Naiset kartoittivat kyselyin väestön ruokailutottumuksia ja vastasivat intervention käytännöistä – tekivät toisenlaisen, ”terveellisen ruoan” ja taivuttivat miehensä ja perheensä syömään sitä. He eivät kuitenkaan jäsentäneet monipuolista työtään tutkimuksena, vaan arvioivat, että ”*Projekti se tutki, myö ruokkoo laitoimma*”⁴.

4 Samoin Pohjois-Karjalan Marttojen historiikin kirjoittanut Marja Simola (2007, 145) toteaa vaatimattomasti, että Martat ”eivät osallistuneet varsinaiseen terveystutkimukseen vaan avustivat joukkomittaustilaisuuksien järjestämisessä hoitamalla yleisökahvitusta ja tutkimusryhmän muonitusta”.

Autonomian ja valinnan konteksteja

Klassisessa teoksessaan *Social Organization of Medical Work* (1985) Anselm Strauss työtovereineen tarkastelee pitkäaikaissairautta sen ympärillä tapahtuvan työn näkökulmasta. He osoittavat työn moninaisuuden ja vaihtelevuuden sekä toimintaan osallistuvien valtaisan joukon potilaiden sukulaisista kirurgeihin ja hallintohenkilöihin. Strauss kumppaneineen käyttää käsitettä *sairausura* tai *-polku* (illness trajectory) jäsentämään toimintaa ja sairastamista ajan ja paikan suhteen. Heidän tarkastelutapansa osoittaa, miten kerroksellisten ja jatkuvien toimien välityksellä pitkäaikaissairaus ja sairas artikuloidaan ja merkityksellistetään.

Sairaudet koetaan ja tehdään mielekkäiksi erilaisissa hoidon organisaatioiden ja arkielämän yhteyksissä. Antropologit Arthur Kleinmanista alkaen (1980) ovat tutkineet erilaisia hoidon sektoreita, joissa tapahtuvan vuorovaikutuksen ja hoidon etsinnän ja saamisen kautta sairauksien merkitykset syntyvät. Jotain hoitoa kokeiltaan, toista ei (Reynolds Whyte 1998), ja ihmiset käyttävät tutkimusten mukaan arkilääkintää, kansanparannusta ja terveydenhuoltoa vaihtelevasti. Britti antropologi Cecil Helmanin (1984/2005) luokitus etiologisista tautikäsitteistä perustuu kulttuurienväliseen vertailuun. Ihmisten ja heidän parantajiensa on ensin löydettävä syy sairaudelle – usein yhdessä – ja sitten keinot, jotka vastaavat parantamisen tarpeeseen. Helman esittää, että arkiteorioissa tautien syyt kumpuavat neljältä eri alueelta: potilaan omasta henkilökohtaisesta maailmasta ja kolmesta ympäröivästä maailmasta, jotka hän nimeää fysikaaliseksi, sosiaaliseksi sekä transsendentaaliseksi tai tuonpuoleisesta peräisin olevaksi maailmaksi.

Ihmisten mieleen kertyy siten monenlaisia käsityksiä sairaudesta, terveydestä ja hyvästä hoidosta. Tällainen moninainen ja toisiaan poissulkevia sairauden käsityksiä sisältävä kontekstuaalinen ”illness trajectory” myös sitoo kunkin ihmisen ja ihmisryhmän toimijuutta. Tarkastelen seuraavassa kokoavasti arkiteorioita sairauksia selittävänä ja tuottavana toimintana sekä riskiä arkitiedon ja ammattitiedon välisen suhteen näkökulmasta.

Arkiteoriat tuottavat toimijuutta

Arkiteoriat eivät pelkästään avaa yhteisöllistä merkitysmaailmaa ja toimi väylinä ihmisten vaikeuksien ja murheiden ilmaisemiseksi. Niiden kautta ihmiset myös tuottavat moraalialia sekä omaa ja paikallista identiteettiä ja toimijuutta. Sairausselityksiä tarjoamalla Pohjois-Karjalan naiset ja miehet rakensivat legitiimiä kuvausta itsestään ja suhteestaan yhteisöön. Sydänsairauksien *luonnollisuus* ja erilaiset käsitykset periytyvyydestä toimivat identiteetin ainesosina sekä yhteisöllisyyden että jatkuvuuden merkityksessä. Seudulla sairauskäsitykset ovat historiallisesti lujittaneet perustavanlaisia sosiaalisia sidoksia ja antaneet aineksia niiden kuvitteluun. Identiteetillä oli pohjansa periytyvyydeksi käsitetyissä suhteissa joko niin, että sairauden ajateltiin yhdistävän kaikkia toisiinsa, tai siten, että periytyvyys oli yhteisen köyhyyden raken-

tamaa. Myös tutkimustieto sairauksien periytyvyydestä saatettiin tulkita ikään kuin poliittisesti, minkä seurauksena kollektiivinen identiteetti täsmentyi entisestään yhteisöllisyyden uudenlaisena perustana.

Itsen ja yhteisön välisen suhteen reflektointi sisälsi toistuvaa rajankäyntiä syyn ja syyllisyyden välillä. Puhuttiin osattomuudesta ja sen seurauksista tai myös liiasta vastuunotosta, jossa ”*syän petti*”. Arkiteoriat saattoivat sisältää voimakkaita syytöksiä ja myös kommentoida poliittista päätöksentekoa. Tällaiset teoriat puhdistivat erityisesti miehiä mahdollisesta osallisuudesta omaan sairauteen ja heittivät varjon yhteiskunnan valtakoneiston päälle. Siten sairauskäsitykset toimivat keskeisinä moraalien rakentamisen välineinä.

Sairausteorioiden avulla oli mahdollista esittää itseä eettisesti toisille: niissä luotiin kuvaa rehellisistä ja kunnian miehistä. Kyse ei ollut sairastamisesta *pilikoillaan*, vaan sydäntaudista, joka oli oikea ja joka viittasi työntäyteiseen elämään. Kunnia puolestaan on hyve, joka näyttää sijaitsevan toimijuuden – ja sydämen – ytimessä. Kunnia oli kerrostuneena miesten kuvauksissa erilaisista omista ja suvun miesten raskaista elämänvaiheista. Sydänsairaus oli osa elämäntapaa, jonka puitteissa uusinnettiin tavallisen miehen elämää. Jälkimmäiseen kuului myös käsitys sellaisesta omasta, hyvästä kuolemasta, jossa sydän ja kunnia liittyivät toisiinsa.

Huoli toisesta ja eläminen hyvän elämän edellytysten mukaisesti ja niitä luoden olivat virittämässä naisia aikanaan Pohjois-Karjala-projektin työhön. Samat asiat olivat myöhemmin 2000-luvulla perusteluna sille, että juuri nyt heidän on siedettävä tilannettaan, koska he ”*eivät maha mittään*”. Naisten omasta näkökulmasta kummassakin yhteydessä he toimivat eettisesti, niiden arvojen mukaan ja niitä hyveitä tavoitellen, jotka olivat pakottavalla tavalla osa heidän elämänsä sen eri vaiheissa. Vastuu merkitsi huolenpitoa toisista, jäämistä sairaiden tai hunningolle joutuneiden perheenjäsenten luo ja siten viipymistä kotiseudulla. He olivat juurtuneita koteihinsa ja seutunsa maisemaan, joiden kautta he olivat kiinni maailmassa ja sellaisessa yhteiskunnassa, joka tarjosi heille aineksia monenlaisiin sosiaalisiin siteisiin.

Tässä maailmassa hyvä elämä rakentui pitkälti tietynlaisen sosiaalisen tai jopa kosmologisen harmonian perustalle. Jotta asiat olisivat hyvin, niillä täytyi olla paikkansa ja järjestyksensä niin ihmisten välisissä suhteissa, maisemassa kuin ihmisten ja tuonpuoleisuuden kesken. Sosiaalisten siteiden tuli olla lujia, ja vaikka naiset mukautuivat ja suostuivat yhteiskunnallisen muutoksen edellyttämiin hellittämisiin ja höltymisiin, siteiden tuli kuitenkin olla riittävät. Samoin oli tärkeää, että rajat säilyivät, että ihmiset eivät liikaa poikenneet toisistaan mutteivät myöskään liian läheisesti sekoittuneet keskenään. Hyvän elämän järjestyksessä myös sairauksilla oli paikkansa. Jotkut eivät sairastaneet, koska heillä ei ollut sairautta *vielä*. Ihmiset tiesivät, että sairaudet koskivat heitä kaikkia ja että eettisen toimijuuden ytimessä on vastuu ja toisesta huolehtiminen.

Diskursiivisten ja modernien eettisten käytäntöjen (ks. Foucault 1984/1985) ohella toimijaa määrittää kysymys vastuusta sekä henkilökohtaisena sitoumuksena että valintana. Viime kädessä vastuu määrittyi naisten puheissa sosiaalisena suhte-

na koko omaan ja lähiyhteisön hyvään elämään. Vastuussa on kyse myös suhteesta itseen ja toiseen. Vastuu ei kuitenkaan jäsenyy asenteena tai kognitiivisena suhteena, vaan jonakin syvempänä, itseä määrittävänä perustana, rakenteena tai tapaisuutena. Naiset eivät valitse ”ottamalla” vastuuta tai ”kieltäytymällä” siitä, vaan toteuttamalla jotain keskeistä kokemukseen perustuvaa, elettyä tapaa olla maailmassa.

Mihin valintoihin sairaus antaa mahdollisuuden?

Anselm Straussin ja hänen työtovereidensa (1985) ajatuksia sairauteen liittyvästä työstä voi jatkaa esimerkeillä nykyisestä arkielämästä ja kulttuurisista vuorovaikutuksista. Valintoja tekevään ihmiseen on kerrostunut kokemuksia ja suhteita, jotka määrittävät hänen kulloistakin vapauttaan ja toimijuuttaan.

Pierre Bourdieuta (1990) mukaillen voisi ajatella, että terveysongelmiin apua hakevan ihmisen ja parantajan kohdatessa hoitotilanteessa samalla kohtaavat historiallisesti ja kulttuurisesti kerrostuneet maailmat, habitukset. Valinnat ovat sidoksissa näiden kulloiseenkin määräävyyteen samoin kuin sosiaalisiin suhteisiin, joiden keskellä he elävät. Ihmiset saattavat tehdä selkeitä valintoja ja vaikuttaa selkein toimin sairautensa kulkuun, mutta useimmiten he tekevät sairauksien kanssa myös muuta: hoitavat, potevat, odottavat, sinnittelevät, kestävät ja sietävät – tekevät jotain sellaista, mikä näyttyy ”pieninä” tekoina suurien toiminnan teorioita vasten, koska niistä ei seuraa suuria muutoksia mihinkään yhteiskunnalliseen tilanteeseen (ks. Honkasalo 2008; 2009).

Terveyksipolitiikan kannalta näkökulma autonomiaan suhteisena sekä valintaan sidottuna tapahtumana on tärkeä (ks. Nyrövaara 2011). Sen kautta avautuu mahdollisuuksia tutkia rationaalisen valinnan, autonomian ja arkipäivään ankkuroituneen toimijuuden välisiä todellisia suhteita ”palvelujen kuluttajan” ristiriitaisissa arkipäivän yhteyksissä.

Erityisesti haurassa elämäntilanteissa elävien pitkäaikaissairaiden toimijuus haastaa perinteistä tutkimusta, johon terveyspoliittinen päätöksenteko nykyään pitkälti nojaa. Se tuo siihen näkökulmia, jotka voivat rikastaa terveyspolitiikan suunnittelua ja käytäntöjen toteuttamista. Oman tutkimukseni tuloksia vasten konsumerismin luoma käsitys toimijuudesta ja valinnan mahdollisuuksista näyttää ohuelta ja abstraktilta. Terveyden ja sairauden asioissa kyse on kuluttajan valinnanvapauden ohella ennen muuta syvemmistä historiallisesti ja kulttuurisesti määräytyvistä elämänstrategioista, joissa oma toimijuus ja sen eettiset perustelut ovat keskeisiä.

Terveyspolitiikan pohjana olevissa epidemiologiaan perustuvissa tietokäytännöissä ihmiset ilmenevät pikemminkin tieteellisen tiedon passiivisina kohteina, silloinkin kun puhutaan ehkäisevästä terveyspolitiikasta ja kansansairauksien ehkäisystä, joka kohdistuu elintapojen muutokseen. Omassa tutkimuksessani kysymykset kohdistuivat ravintoon, mutta sama koskee alkoholiin, tupakkaan tai liikuntaan liittyvää terveysvalistusta.

Myös käsitys sairauksista ja sairauksien syistä on huomattavan moniaineksista ja vaihtelevaa. Esimerkiksi miesten ja naisten erilaisten kulttuuristen käsitysten huomioon ottaminen voisi auttaa terveyspoliittisten interventioiden toteuttamista. Väestön omien käsitysten ja terveyspoliittisten tai epidemiologisten käsitteiden välisiin eroihin olisi aiheellista kiinnittää huomiota. Kun pyritään vähentämään sosiaalista eriarvoisuutta, köyhyyttä tai syrjäytyneisyyttä, on välttämätöntä ymmärtää historiallis-kulttuurista kontekstia ja ihmisten toiminnan logiikkaa. On yhtä välttämätöntä tutkia sitä dialogissa osapuolten kesken.

Nykyisessä tilanteessa lääketieteelliset tai epidemiologiset todennäköisyyksiin perustuvat selitykset ovat edelleen itsestään selvästi ja kenties virheellisiin tulkintoihin johtavasti interventioiden lähtökohtana. Yhtä virheellistä on olettaa, että valinnanvapaus, autonomia ja riippumattomuus jäsentäisivät määräävänä periaatteena ihmisten sairastamista tai terveenä pysyttelemistä.

Lähteet

- Balshem, Martha (1993) Cancer, control, and causality: Talking about cancer in a working class community. *American Ethnologist* 18(2), 152–172.
- Boholm, Åsa (2011) A relational theory of risk. *Journal of Risk Research* 14:175–190.
- Bourdieu, Pierre (1979/1990) The logic of practice. (English translation by Richard Nice) Stanford: Stanford University Press.
- Clarke, John & Newman, J. & Smith, N. & Vidler, Elisabeth & Westmarland, L. (2007) Creating citizen-consumers. Changing publics and changing public services. London: Sage.
- Cornwell, Jocelyn (1984) Hard-earned lives – accounts of health and illness from East London. London: Tavistock.
- Diprose, Rosalyn (1994) The Bodies of Women. London: Routledge.
- Farmer, Paul (1988) Sending sickness: Sorcery, politics, and changing concepts of AIDS in rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly* (4), 6–27.
- Foucault, Michel (1984/1985) History of sexuality. Volume 2. The use of pleasure. (English translation by Robert Hurley) New York: Pantheon Books.
- Foucault, Michel (2003) Society must be defended. Lectures at the Collège de France 1975–1977. (English translation by David Macey) London: St Michel's Press.
- Furnham, Adrian (1988) Lay theories. London: Tavistock.
- Geertz, Clifford (1983) Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology. New York: Basic Books.
- Good, Byron (1977) The Heart of What's the Matter. The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1977), 25–28.
- Gramsci, Antonio (1965/1973) The philosophy of praxis. In: Quentin Hoare & Geoffrey Smith (eds.) Prison Notebooks. A Selection. London: Lawrence & Wishart, 321–342.
- Helman, Cecil (1984/2007) Culture, Health and Illness. London: Heineman.
- Herzlich, Claudine (1973) The Meaning of Illness. London and New York: Routledge.
- Honkapohja, Helge (1971) Sosiaali- ja terveysministeriölle luovutettu vetoamus Sydänlehti 1971:1.
- Honkasalo, Marja-Liisa (1988) Oireiden ongelma. Kansanterveyden tutkimuksia 106. Helsingin yliopisto.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2008) Reikä sydämessä. Tampere: Vastapaino.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2009) Grips and Ties. Uncertainty, Agency and Suffering in North Karelia. *Medical Anthropology Quarterly* 23(1), 51–69.
- Honkasalo, Marja-Liisa (forthcoming) “When we stop living, we also stop dying”. Men,

- suicide, and moral agency. In: Honkasalo, Marja-Liisa & Tuominen, Miira (eds.) *Culture, suicide and the Human Condition*.
- Honko, Lauri (1960) *Vanhakantaiset taudinse-
litykset ja parantamisnäytelmä*. Teoksessa Hautala, Jouko (toim.) *Jumin keko*. Helsinki: SKS, 43–111.
- Horlick-Jones, Tom & Prades, Ana (2007) On interpretative risk perception research: Some reflections on its origins. *Health, Risk & Society* 11 (5), 409–430.
- Hänninen, Sakari (2009) *Johan on markkinat*. Eriarvoisuus Suomen terveystieteissä. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi*. Helsinki: Gaudeamus, 48–78.
- Kaplan, Pat (2001) *Risk revisited*. London: Pluto.
- Kleinman, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Los Angeles: University of California Press.
- Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) (2009) *Kansalaisesta kuluttajaksi*. Helsinki: Gaudeamus.
- Launis, Veikko (2007) *Moniarvoinen terveys*. Turku: Areopagus.
- Lavikka, Riitta (1997) *Big sisters. Spacing women workers in the clothing industry*. Tampere: University of Tampere.
- Linde, Charlotte (1987) Explanatory systems in oral life stories. In: Holland, Dorothy & Quinn, Naomi.
- Cultural models in language and thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 343–366.
- Manninen, Ilmari (1922) *Die Demonischen Krankheiten in Finnischem Volkerglauben*. Folk Fellow Communications 45. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Marakowitz, Ellen (1993) *Gender and nationalism in Finland. The domestication of the national narrative*. University Microfilms. New York: Columbia University.
- Mol, Annemarie (2008) *The Logic of Care*. London: Routledge.
- Nichter, Marc (1981) Idioms of distress. *Culture, medicine, and psychiatry* 5 (4), 379–408.
- Nyrövaara, Eeva (2011) *The Feminist Transformation of Bioethics. An Analysis of Theoretical Perspectives and Practical Applications in Feminist Bioethics*. Ph.D. thesis in Theology. University of Helsinki.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Petersen, Alan (1997) Risk, governance and the new public health. In: Petersen, Alan & Bunton, Robin (eds.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- Puro, Kari (1973) *Terveystieteiden perusteet*. Helsinki: Tammi.
- Reynolds Whyte, Susan (1998) *Questioning misfortune*. Cambridge: University of Cambridge.
- Shepher –Hughes, Nancy (1992) *Death Without Weeping*. Los Angeles: University of California Press.
- Simola, Marja (2007) *Näin meillä neuvottiin. Sata vuotta Marttaneuvontaa Pohjois-Karjalassa*. Pohjois-Karjalan Martat 1907–2007. Joensuu: Pohjois-Karjalan Martat ry.
- Strauss, Anselm, Shizuko Fagerbaugh, Barbara Sucek & Carolyn Wiener (toim.) (1985) *Social Organization of Medical Work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Suomen Kansan Vanhat Runot (SKVR), VII osa (1931) Raja- ja Pohjois-Karjalan runot*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

5 Sosiaali- ja terveystietoa kaikille

Hallinnon ja päätöksenteon tueksi tarvitaan luotettavaa ja ajantasaista tietoa, jonka tuottamisessa terveystietojärjestelmillä ja hyvinvointitietojärjestelmillä on keskeinen asema. Näiden järjestelmien olennaisena osana on tiedonkeruun, tietojen analysoinnin, varastoinnin, siirtämisen ja esittämisen lisäksi tiedon jakaminen eri muodoissa (WHO 2000). Terveys- ja hyvinvointitietojärjestelmän tavoite on tarjota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, tutkijoille ja yhteiskunnallisille päätöksentekijöille sekä kansalaisille mahdollisuuden käyttää, tulkita ja jakaa tietoa (data/information) siten, että se jalostuu tietämykseksi (knowledge) (Gissler ym. 2006).

Tietoja sosiaali- ja terveyspalveluiden resursseista, käytöstä ja tuloksista tarvitaan eri tasoilla lähtien palveluntuottajista sekä kunta- ja aluetasosta aina valtakunnalliselle tasolle. Vastaavasti tietoja terveydentilasta, terveyskäyttäytymisestä ja hyvinvoinnista tarvitaan kuntatasolta aina koko maan tietoihin asti. Tietoja halutaan usein myös muista maista vertailtaessa Suomen tilannetta kansainvälisesti.

Tietojärjestelmän kolme osaa

Suomen sosiaali- ja terveystietojärjestelmä on maailmanlaajuisestikin vertailtuna hyvin kattava (ks. myös Aromaa ym. 2005, liite). Se voidaan jakaa kolmeen osaan:

1. Palvelujärjestelmän rekisteri- ja tilastojärjestelmä kattaa esimerkiksi eri eläkelaitosten maksamat eläkkeet, Kelan maksamat etuisuustiedot sekä THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon käyntikohtaiset tiedot.
2. Sairauskohtaisista kattavista ja korkealaatuisista rekistereistä ovat esimerkkejä THL:n epämuodostuma-, syöpä- ja tartuntatautirekisterit sekä Työterveyslaitoksen työperäisten sairauksien rekisteri.
3. Valtakunnallisia terveyttä ja hyvinvointia koskevia kyselytutkimuksia on Suomessa tehty jo 1960-luvulta lähtien. Tärkeimpiä säännöllisesti toteutettavia kyselytutkimuksia ovat THL:n joka vuosi tekemä Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -kysely (AVTK), joka toinen vuosi tekemä Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymis- ja terveys -kysely (EVTK), noin joka kolmas vuosi tekemä Hyvinvointi ja palvelut -tutkimus (HYPA) ja lähes kaikista kunnista kerätävä kouluterveyskysely sekä Työterveyslaitoksen joka kolmas vuosi toteuttama

Työ ja terveys -haastattelututkimus. Alueellisista kyselytiedoista on ollut puutetta, joten THL on aloittanut vuonna 2010 alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH), joka luo kunnille ja kuntayhtymille edellytykset seurata asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Posti- ja haastattelututkimuksia täydentävät väestöpohjaiset terveystarkastustutkimukset, kuten THL:n joka viides vuosi tekemä terveyden riskitekijöitä kartoittava FINRISKI-tutkimus ja noin joka kymmenes vuosi keräämä kansallinen terveys-tarkastustutkimus (Terveys 2000, Terveys 2011).

Tiedot levällään

Sosiaali- ja terveystietojärjestelmä on varsin pirstaleinen. Oikean tiedon löytäminen voi olla hankalaa, sillä hallinnollisista ja osin historiallisistakin syistä eri laitokset vastaavat eri tietojärjestelmän osista.

Tilastokeskus vastaa suurimmasta osasta Suomen virallista tilastoa, mutta terveyden osalta se vastaa kuolemansyytilastoinnista sekä osasta tapaturmatilastoja (työtapaturmat ja tieliikenneonnettomuudet). THL vastaa valtaosasta terveystilastoista: tupakkaa, alkoholia ja päihteitä, erikoissairaanhoidoa, lisääntymistä, tartuntatauteja, terveydenhuollon ammattihenkilöstöä, terveydenhuollon laitoshoidoa, terveydenhuollon menoja ja rahoitusta, terveyskeskusten avohoidoa ja yksityisiä terveyspalveluita koskevista tilastoista.

Sosiaalialan tilastoista vastaavat pääasiassa THL, Kansaneläkelaitos (Kela) ja Eläketurvakeskus (ETK). Sosiaalitilastojen osalta THL on vastuussa lapsen elästä ja huoltoa, lastensuojelua, rikossovittelua, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluita, sosiaalimenoja, toimeentulotukea ja yksityisiä sosiaalipalveluita koskevista tilastoista.

Kela vastaa hallinnoimiensa etuisuuksien tilastoinnista, kuten sen maksamia eläkkeitä, kuntoutusta, lääkkeiden korvausoikeuksia, reseptilääkkeiden korvauksia, sairaanhoitokorvauksia, työttömyysturvaa ja vammaisetuisuuksia koskevista tilastoista. ETK on tärkein eläketilastojen tuottaja. Tilastot perustuvat pääosin sen omiin eläke- ja työsuhderekestereihin. Osa tilastoista tuotetaan yhteistyössä Kelan, Kuntien eläkevakuutuksen ja Valtiokonttorin kanssa.

Indikaattoripankit helpottavat tiedon löytämistä

Tilastojen tai tutkimusten tuottamaa tietoa tiivistetään usein indikaattoreiksi eli osoittimiksi, joiden tarkoitus on kuvata keskeisiä ilmiöitä niin ytimekkäästi ja kattavasti kuin mahdollista. Ne auttavat ymmärtämään, seuraamaan ja vertailemaan kehityskulkuja. Indikaattoreita käytettäessä on kuitenkin syytä muistaa, että tietoa tiivistettäessä osa siitä katoaa. Usein indikaattoreita verrataan hälytysvaloon, jonka syytminen viittaa perusteellisemmän tarkastelun tarpeeseen (The good indicators

guide, 2008). Indikaattoripankkeihin on koottu eri aihepiireihin liittyviä osoittimia. Kansallisiin tietolähteisiin perustuvaa terveyttä koskevaa tietoa löytyy esimerkiksi Findikaattori-, SOTKANet- ja Terveytemme -palveluista.

Findikaattori (www.findikaattori.fi)

Findikaattori on Tilastokeskuksen ja valtioneuvoston kanslian yhteistyössä ministeriöiden kanssa toteuttama palvelu. Se sisältää noin sata yhteiskunnan kehitystä kuvaavaa eri tietolähteisiin perustuvaa indikaattoria, jotka on valittu eri tiedonkäyttäjryhmien ja tiedontuottajien yhteistyönä. Indikaattorit on ryhmitelty teemoittain ja hallitusohjelman politiikkalohkoittain. Jokaisesta indikaattorista tarjotaan tuoreinta tietoa sekä kuviona, tekstinä että taulukkomuodossa, ja tiedot ovat siirrettävissä omalle tietokoneelle jatkokäsittelyä varten. Indikaattorit kuvaavat trendejä yleensä koko valtakunnan tasolla. Palvelu tarjoaa linkkejä lisätietoihin, taustoihin ja kansainväliseen vertailutietoon.

SOTKANet (www.sotkanet.fi)

Indikaattoripankki SOTKANet on THL:n tietopalvelu, joka tarjoaa kaikista Suomen kunnista viimeisimpään voimassa olevaan kuntajakoon perustuen keskeisiä väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja vuodesta 1990 alkaen. Käyttäjä voi hakea sosiaali- ja terveysalaan liittyviä tietoja eri aluetasoilla muun muassa absoluuttisina ja suhteutettuina lukuarvoina. Indikaattorien tietosisällöstä, tulkinnasta, tietojen tuottajasta, tuotantovuosista sekä mahdollisista rajoituksista on myös asiantuntijoiden laatimat kuvaukset.

SOTKANetin tietosisältö kattaa yli 2 000 yksittäistä tilastotietoa. SOTKANettiin on myös tuotettu yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden kanssa eri kohderyhmille ja eri käyttötarkoituksiin suunnattuja tietokokonaisuuksia. Mukana ovat keskeisten sosiaali- ja terveysalan politiikkaohjelmien seurantaindikaattorit sekä muiden Euroopan maiden tietoja terveydentilasta ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä.

SOTKANetin tiedot perustuvat THL:n ja muiden sosiaali- ja terveysalan tietovarantoja ylläpitävien tahojen keräämiin tietoihin. Tietokantaa päivitetään vuosittain säännöllisesti sitä mukaa, kun eri rekisterit ja aineistot valmistuvat. Sähköiseen hyvinvointikertomukseen (www.hyvinvointikertomus.fi) ja vuonna 2012 avattuun Hyvinvointikompassi-palveluun (www.hyvinvointikompassi.fi) sisältyvät indikaattorit nouevat SOTKANetin tietokannasta.

SOTKANetin indikaattorien lukuarvotaulukot ovat helposti muokattavissa haluttuun muotoon, ja tarvittaessa ne voi siirtää esimerkiksi taulukko-ohjelmaan jatkokäsittelyä varten. Indikaattorien arvoja voidaan tarkastella myös graafisina viiva- ja pylväskuvioina sekä karttoina.

Terveytemme (www.terveytemme.fi)

THL:n ylläpitämä Terveytemme-sivusto tarjoaa keskeisiä tilastotietoja väestön terveydestä alueittain ja väestöryhmittäin. Vuonna 2008 avattu sivusto sisältää asiantuntijoiden valitsemaa terveysosoittimia, jotka kuvaavat väestön terveydentilaa, elintapoja ja kuolleisuutta. Terveysosoittimet esitetään väestöryhmittäin sukupuolen ja koulutusryhmän mukaisesti sekä alueittain maakunnista ja suurista kaupungeista. Sivustoa ja sen sisältöjä täydennetään ja päivitetään jatkuvasti.

Tietolähteenä ovat muun muassa THL:n Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimus (AVTK), kansallinen FINRISKI-väestötutkimus sekä sydän- ja verisuonitautirekisteri (CVDR). Elinajanodotteet ja potentiaalisesti menetetyt elinvuodet (PYLL) perustuvat Elinolot ja kuolleisuus -aineistoon (EKSY), joka on Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen ja Tilastokeskuksen ylläpitämä.

Terveytemme-sivusto sisältää myös terveysosoittimien tulkintaan tarvittavia taustatietoja. Kaikki tiedot saa helposti muokattavassa muodossa, ja indikaattorien arvoja voidaan tarkastella myös graafisina viiva- ja pylväskuvioina sekä karttoina. Kullekin osoittimelle on laskettu epävarmuutta kuvaava 95 prosentin luottamusväli.

Lähteet

Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (2005) Suomalaisen terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL ja Stakes.

Gissler, Mika & Dumitrescu, Anca & Addor, Véronique (2005) Improving the performance of National Health Information Systems: the 2002–2003 reform in Finland from an international perspective. World Health Organization. EUR/05/5046412. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <<http://www.euro.who.int/Document/E88075.pdf>>

The good indicators guide: Understanding how to use and choose indicators (2008) UK NHS Institute for Innovation and Improvement. <<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>>

World Health Organization: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.

Tilastolinkkejä

ETK:n tilastot: www.etk.fi/fi/service/tilastot/658/tilastot

Kelan tilastot: www.kela.fi/tilastot

Tilastokeskuksen sosiaaliturvaa koskevat tilastot: www.tilastokeskus.fi/til/sos.html

Tilastokeskuksen terveyttä koskevat tilastot: www.tilastokeskus.fi/til/ter.html

THL:n tilastot: www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot

Suomen syöpärekisterin tilastot: www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/

II osa

Terveyspolitiikka kansanterveyden edistäjänä

6 Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti

Terveyspoliittisen ajattelun, toiminnan perusteiden ja lähtökohtien ymmärtämiseksi on tarpeen tarkastella alan lähihistoriaa. Rajaudun tässä katsauksessa toisen maailmansodan jälkeiseen aikaan. Jaksottelen sen karkeasti vuosikymmenittäin. Tarkastelen rinnan kotimaista ja kansainvälistä kehitystä, jotta niiden yhtäläisyydet ja riippuvaisuudet sekä toisaalta erot selkiytyisivät.

1940-luku: neuvolatoiminta ja kansainvälisen yhteistyön käynnistyminen

Suomessa elettiin toisen maailmansodan jälkeen agraarivaltaisessa yhteiskunnassa paljolti köyhissä oloissa. Ravitsemustilanne ja yleinen hygienia olivat heikot. Jälleenrakennuksen aikana voimavarat keskitettiin sotakorvauksiin ja infrastruktuuri-investointeihin. Sosiaalipolitiikassa voitiin kuitenkin tehdä vähilläkin voimavaroilla merkittävää. Terveystieteiden perusteella parannettiin yleistä hygieniaa. Tärkein oli kuitenkin äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan ulottaminen koko maahan. Perusteet olivat väestöpoliittiset (KM 1942; Laurent 2011), mutta toiminnan sisältö painottui terveyttä edistävään ja sairauksia ehkäisevään työhön: äitien ja pienten lasten terveyden parantamiseen neuvonnan keinoin. Avainhenkilöstöä olivat terveysisaret ja kättilöt. Hygienian, ravitsemuksen ja neuvolatoiminnan tuloksena imeväiskuolleisuus, joka oli korkeimmillaan ollut nykyistä kehitysmaatasoa, 91 lasta 1000:ta elävänä syntynyttä kohti (1940), aleni nopeammin kuin muissa maissa ja saavutti muiden pohjoismaiden tason vähän yli 20 vuodessa.

Kansainvälisesti katsoen 1940-luku oli maailmansodasta toipumisen toivoriikasta aikaa. Kahden maailmansodan jälkeen luotiin rauhan turvaamiseksi Yhdistyneet kansakunnat ja sen erityisjärjestöt, muiden muassa WHO (World Health Organization) ja ILO (International Labour Organization). Sosiaalipolitiikkana tunnuslauseena oli ”from warfare to welfare”. WHO:sta tuli maailmanlaajuisesti kattavin erityisjärjestö erityyppisten terveysongelmien torjumiseksi, ja se organisoitiin muusta YK:sta poiketen kuuteen alueeseen. Suomi oli mukana jo perustavassa kokouksessa vuonna 1946, lähes 10 vuotta ennen kuin tuli YK:n jäseneksi, ja täysival-

tainen jäsen ensimmäisessä yleiskokouksessa 1948. Toimet painottuivat 1940-luvun lopulla ja 50-luvun alussa erityisesti maailman suuriin ja yleisiin tautihaasteisiin kuten malariaan, tuberkuloosiin ja sukupuolitauteihin. Myös äitiys- ja lastenhuolto nousivat jo tuolloin tärkeäksi työn kohteeksi. Kansainliitolta, joka hajosi ennen sotaa, oli siirtynyt perinnöksi terveysalan tilasto- ja luokitustoiminta. Tältä pohjalta vakiinnutettiin seuraavalla vuosikymmenellä kansainvälinen tautiluokitus (ICD), farmakopea ja tarttuvien tautien ilmoittamisjärjestelmä (rutto, toisintokuume, isorokko, pilkkukuume, keltakuume, malaria, meningokokkimeningiitti, polio, vesikauhu jne.) (ks. Brockington 1967; Goodman 1971).

1950-luku: sairaalarakentamisen alkutaival ja WHO:n vahvistuminen

Suomessa oli jo 40-luvulla suunniteltu ja valmisteltu lainsäädäntöä sairaalalaitoksen kehittämiseksi. Voimavaroja toteuttamiseen oli vasta seuraavana vuosikymmenenä. Lääketieteen uusien saavutusten (antimikrobit ja hoitotekniikat) johdosta pidettiin selvänä, että seuraavana investointikohteena olisivat sairaalat. Maahan rakennettiin 1956–75 yhteensä 19 000 yleissairaalaapaikkaa ja 11 000 muuta sairaalaapaikkaa. Pelkästään yleissairaalaapaikkojen määrän kasvu vastaa sitä, että olisi rakennettu yksi Meilahden kokoluokan sairaala joka vuosi 20 vuoden ajan. Kun käyttökustannukset vastaavat kolmessa vuodessa investoinnin kustannuksia, niin 60-luvulla karkasivat kustannukset käsistä ja henkilöstöstä tuli pulaa.

Muualla Euroopassa kehitys oli samansuuntaista, joskin vanhatkin ongelmat jatkuivat, erityisesti tuberkuloosin yleisyys.

Maailmanlaajuisesti WHO:n toiminta vakiintui ja WHO:sta tuli tärkeä asiantuntijatiedon välittäjä. Aiemmin mainittujen keskeisten kohteiden lisäksi alettiin kiinnittää huomiota myös mielenterveyteen ja huumeongelmiin.

1960-luku: Suomen uudistustarpeet ja kansainvälisten tautiohjelmien opetukset

Suomessa oli 1960-luvulla kolme keskeistä teemaa: lääkäreiden ja hoitohenkilöstön koulutus, sairausvakuutus ja terveystulosten vaatimattomuus valtaviin investointeihin verrattuna.

Sairausvakuutusta oli suunniteltu 1920-luvun lopulta lähtien tuloksetta. Laki tuli voimaan 1964, ja sen eräänä tarkoituksena oli edistää avohoidon lääkärisäkäyntejä. Avohoidossa oli kovin niukasti lääkäreitä julkisella puolella (kunnanlääkäreitä 600–700). Muuten lääkäreitä oli yksityissektorilla, ja sairausvakuutus korvasi heidän palvelujaan. Yksityissektorin lääkäreitä oli lähinnä vain yliopistokaupungeissa (Helsinki ja Turku) sekä muissa suurissa asutuskeskuksissa. Sen vuoksi käyntimääri-

en lisäys ei kasvanut niin suuresti kuin olisi toivottu. Sen sijaan sairausvakuutuksella oli suuri merkitys sairausajan toimentuloturvan takaamisessa ja lääke- sekä matkakulujen korvaamisessa.

Sairaalalaitoksen laajentuminen oli Suomessa johtanut pulaan lääkäreistä ja hoitohenkilöstöstä. Lääkäritiheys oli Euroopan pienin Turkin ja Albanian jälkeen. Hoitohenkilöstöä koulutettiin lisää. Lääkärikoulutuksen lisääminen oli vaikeampaa alan etujärjestön vastustuksen johdosta. Lopulta poliittinen tahto riitti, ja maahan perustettiin vuosikymmenen (1962–72) sisällä kolme uutta tiedekuntaa (Oulu, Kuopio ja Tampere) ja lääkäreiden koulutusmäärät kolminkertaistuivat.

Yleistä keskustelua käytiin siitä, että terveystulokset (kuolleisuusmittarit) eivät parantuneet. Pekka Kuusi esitti kärkevän kritiikin terveyspolitiikasta kirjassaan *60-luvun sosiaalipolitiikka* (1963). Sitä jatkoi Osmo Kaipainen kirjassaan *Kansa kaikki kärsinyt* (1969). Ymmärrettiin, ettei hyväkään sairaalalaitos tule toimeen ilman kunnollista perustaa ja kivijalkaa: ehkäisevää työtä ja perushoitoa. Vain äitiys- ja lastenneuvolatoiminta olivat tässä suhteessa esimerkillisiä.

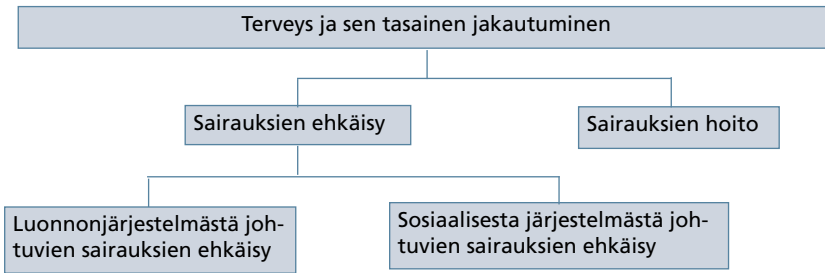
Kaksi komiteaa (KM 1965; 1969) pohti ongelmaa, ja vuosikymmenen lopussa ilmestyi tärkeitä alustavia kansainvälisiä vertailutietoja WHO:n tutkimuksessa (WHO/ICS-MCU; Väänänen ym. 1971). Suomessa oli tutkimusalueella (pääkaupunkiseutu) sangen runsaasti käytössä resursseja ja investointimahdollisuuksia, mutta ne kohdentuivat poikkeuksellisen voittopuolisesti sairaaloihin.

1960- ja 70-lukujen taitteessa alkoi myös WHO:n piirissä kertyä kokemusta siitä, että erilliset tauti- ja ongelmakohtaiset ohjelmat (tuberkuloosi, malaria, perhesuunnittelu ym.) eivät tuottaneet niin hyviä tuloksia kuin oli odotettu. Näihin niin sanottuihin vertikaaliohjelmiin liittyi kaksi ongelmaa: Ne loivat päällekkäisiä erillään toimivia rakenteita ilman riittävää yhteensovittamista ja synergiaa. Toiseksi, ei ollut olemassa sellaista infrastruktuuria ja henkilöstövoimavaroja, jotka olisivat voineet vastata laaja-alaisemmin väestön terveystarpeisiin. Tähän pääsemiseksi nähtiin välttämättömäksi ryhtyä ajattelemaan paitsi vertikaalisesti myös horisontaalisesti ja nivoa yhteen näitä lähestymistapoja. Tästä kehkeytyi käsite ”basic health services”. Se kuitenkin tulkittiin helposti kapea-alaiseksi ja käyttöön otettiin käsite ”primary health care” (perusterveydenhuolto). Siitä tuli WHO:n terveyspoliittisen ajattelun eräs kulmakivi.

1970-luku: kansanterveystyön ja laaja-alaisen ehkäisevän työn vuosikymmen

Suomen terveyspolitiikan avaus ja merkittävin asiakirja oli Talousneuvoston yhteiskuntapolitiikan tavoitteita selvittäneen toimikunnan terveyspoliittisen jaoston mietintö (Talousneuvosto 1972). Siinä esitettiin ajatuskehikko, joka kulki niin sanotun relevanssipuun tai tavoite-keinoerittelyn nimellä.

Yleistavoitteeksi asetettiin väestön mahdollisimman hyvä terveydentila ja sen



Kuvio 1. Sairauksien ehkäisy

Lähde: Puro 1973

tasainen jakautuminen. Keinot tähän tavoitteeseen pääsemiseksi jakautuivat yhtäältä terveyttä edistäviin ja sairauksien ehkäisyyn tähtääviin toimiin ja toisaalta palvelujärjestelmään, perushoittoon ja erikoishoittoon. Nämä keinot otettiin välitavoitteiksi, jotka sitten taas eriteltiin käytettävissä olevien keinojen kohteeksi. Viitekehys yleistyi Suomessa 1970-luvulla alan oppikirjan myötä (Puro 1973), ja se voidaan karkeasti esittää kuvion 1 tapaan.

Pohdinta ensisijaisista kehittämiskohteista Suomessa koski ennen muuta ehkäisevän työn tehostamista sekä terveydenhuollossa että niillä muilla toimialoilla, joilla on kansanterveyden kannalta suuri merkitys. Tämä ajatustapa oli vahvasti vaikuttamassa kansanterveystlain säätämiseen 1972. Olen toisessa yhteydessä kutsunut ajanjaksoa 1970-luvun alkupuolelta 80-luvun loppupuolelle terveystalouden kulta-ajaksi (Leppo 2010, 23–28). Suomessa onnistuttiin luomaan sangen ripeällä aikataululla kansanterveystaloon perustuneet terveyskeskukset ja suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä. Suomen terveyskeskusten erityispiirteet kansainvälisessä vertailussa ovat niiden monipuolinen palveluvalikoima ehkäisevästä työstä perussairaanhoidon sekä osaava ja motivoitunut moniammatillinen henkilöstö.

Edellytyksenä runsaasti voimavaroja vaatineelle uudistukselle oli jatkuva taloudellinen kasvu, varsinkin kun myös sairaalalaitos vaati edelleen kehittämistä. Kansanterveystalouden ja samaan aikaan muutettu laki kunnallisista yleissairaaloista muodostivat vahvan ohjauksinstrumentin. Valtioneuvosto hyväksyi vuosittain valtakunnallisen suunnitelman, joka määritteli tärkeimmät toimintalinjat ja sisälsi investointien, henkilöstön ja arvioitujen käyttömenojen määrän ja alueellisen kohdentumisen. Järjestämisvastuussa olevien kuntien tuli omissa suunnitelmissaan noudattaa näitä, jotta ne olisivat valtion rahoitustukeen oikeutettuja. Valtionosuudet olivat huomattavan suuria: 39–70 prosenttia kunnan taloudellisesta kantokyvystä riippuen. Näin terveydenhuollon voimavaroja kyettiin kohdentamaan lisääntyvästi kansanterveystalouteen.

1970-luvulla otettiin myös merkittäviä askeleita niin sanotun rakenteellisen terveystalouden suuntaan (Salmela 1975). Tällä tarkoitettiin toimintaa, jossa pyrit-

tiin vaikuttamaan muilla yhteiskunnan toimialoilla kuin terveydenhuollossa. Kyse oli Talousneuvoston aiemmin mainitun työryhmän keinovalikoiman toisesta päähaarasta. Tämä ei ollut vaikeaa sellaisissa työn kohteissa, joissa eri toimialojen intressit ovat yhteiset. Paras esimerkki on liikenneturvallisuus, jossa saavutukset olivat oivallisia ja nopeita. Toinen samantyyppinen kohde oli työturvallisuus ja työsuojelu. Sen sijaan tupakkapolitiikka, jossa kaupalliset ja terveystoliittiset intressit ovat ristiriidassa, oli huomattavasti työläämpi alue. Monivaiheisen valmistelun tuloksena saatiin maahan kuitenkin 1977 tupakkalaki, joka puutteineenkin oli laaja-alaisempi kuin missään muualla maailmassa (ks. esim. Leppo 1978). Ravitsemuspolitiikka oli myös rasvapolitiikkaan liittyneiden vahvojen ristiriitojen takia vaikea, vaikka suosituksia saatiin aikaan KM 1981). Siinä kuitenkin se valistustyö, jota erityisesti Pohjois-Karjala-projektissa oli käynnistetty, alkoi tuottaa valtakunnallisia tuloksia.

Myös kansainvälisesti 1970-luku oli perusterveydenhuollon ja laaja-alaisen ehkäisevän työn vuosikymmen. WHO ja UNICEF (United Nations Children's Fund) yhdessä järjestivät aiheesta maailmanlaajuisen konferenssin Alma Atassa (1978). Suomi oli tuolloin ainoa teollisuusmaa, joka saattoi omilla kokemuksillaan osoittaa painopisteiden muutoksen paitsi välttämättömäksi myös mahdolliseksi (STM 1978).

1980-luku: WHO:n ja Suomen toimintalinjat toisiaan tukevana

1980-luvun alussa WHO:n toimintalinja kiteytyi muotoon ”Health for all through primary health care and intersectorial action for health” (Terveyttä kaikille perusterveydenhuoltoon ja sektoreiden välistä yhteistyötä kehittämällä). Siitä huolimatta, että päätöslauselmat olivat jäsenmaiden yksimielisesti hyväksymiä, ne eivät käytännössä juuri johtaneet toimeenpanoon eli implementaatioon. Yleensäkin on varsin vaikeaa siirtyä toimintalinjojen muotoilusta ja hyväksymisestä käytännön toimiin, ja WHO:n kaltaisen yli 190 jäsenmaan organisaatiossa erityisesti, koska kaikki toimeenpano riippuu jäsenvaltioiden toimenpiteistä. Eräänä syynä WHO:n strategian toimeenpanovajeeseen voi pitää sitä, että alan ammattihenkilöstön panos ehkäisevään työhön oli heikko, mistä myös WHO:n silloinen pääjohtaja Halfdan Mahler usein puhui varsin kriittiseen sävyyn.

WHO julkaisi perusteellisen katsauksen sektoreiden välisestä toiminnasta (Intersectorial action for Health) vuonna 1986. Asiakirja jäi kuitenkin vähälle huomiolle ja johti samalla tavoin vain poikkeustapauksissa käytännön toimenpiteisiin jäsenmaissa. Kannattaa kuitenkin panna merkille se, että perusajatuksukset ovat hyvin samanlaiset kuin Suomen Talousneuvoston raportissa 1972.

Alma Atan konferenssin järjestäneistä kahdesta organisaatiosta UNICEF suuntautui jo muutamia vuosia myöhemmin niin sanottuun selektiiviseen pe-

rusterveysdenhuoltoon. Sillä tarkoitettiin, ettei pyritäkään asteittaisesti kattavaan, monialaiseen järjestelmään, vaan lähinnä tiettyihin tarkoin kohdennettuihin interventioihin esimerkiksi rokotuskampanjoissa tai lastenruokinnassa. Tämä siirtymä oli juuri päinvastainen kuin mitä WHO oli pitänyt välttämättömänä omien kokemustensa valossa. Kiista näistä periaatteista, selective vs. comprehensive PHC (perusterveydenhuolto) (Rifkin & Walt 1986) jatkui hyvin pitkään, ja kun viitisen vuosikymmentä myöhemmin Maailmanpankki suuntasi työtään myös terveysalalle, se luonnollisesti omaksui valikoivan lähestymistavan.

WHO:n maailmanlaajuisen ohjelman toteuttamisessa Suomi toimi yhtenä pilottimaana. Kansallista strategiaa valmisteltiin ottaen huomioon myös siitä Euroopan alueelle hyväksytyt toimintaohjelmat (WHO 1980; 1984). Suomi sai valmiiksi hallituksen terveystoiminnan selonteon vuonna 1985. Se painottui pääosin terveyspalveluihin (STM 1985). Laajempi ja eri toimialat kattava kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” valmistui muita ministeriöitä kuullen vuonna 1986 (STM 1986).

Muutaman vuoden kuluessa oli selvää, että ohjelman toimeenpano kangerтели pahasti, kuten niin monessa muussakin ohjelmassa. Tässä tapauksessa valmistelu oli ollut asiantuntijakeskeistä, eikä laajaa keskustelua ja sitoutumista ollut osattu riittävästi varmistaa. Käynnistettiin Suomen sisäinen arviointi vuosina 1988–89, ja kutsuttiin WHO:n Euroopan aluetoimisto tekemään ulkopuolinen arviointi Suomen HFA (Health for All) -strategiasta. Vuonna 1990 valmistuneessa arvioinnissa sovellettiin OECD:n (Organisation for Economic Co-operation and Development) eri aloilla tekemien maatuokimusten kokemuksia (WHO 1990). Sisäisen ja ulkoisen arvioinnin tuloksena käynnistettiin uusi ohjelma, joka hyväksyttiin valtioneuvoston periaatepäätöksellä vuonna 1993 nimellä uudistettu yhteistyöohjelma (STM 1993). Nyt valmisteluprosessi toimi mallikkaasti ja toimeenpanon edellytyksiin oli huolella paneuduttu. Valitettavasti kaikki osui keskelle pahinta lamaa, jolloin huomio oli aivan muualla kuin tämän ohjelman toteutuksessa.

1980-luvun terveystoiminnassa oli muutenkin merkittävä sija WHO:n aloitteellisuudella, joka alkoi ja päättyi pääjohtaja Halfdan Mahlerin kaudella (1973–1988). Maailmanlaajuinen konferenssi vuonna 1986 Ottawassa, Kanadassa, hyväksyi uudentyypin, paljolti yhteiskuntatieteellisesti suuntautuneen terveyden edistämistä (health promotion) koskevan julistuksen (WHO 1986). Se oli iskevästi laadittu ytimekäs ja innoittava asiakirja, joka nojautui HFA-ajatteluun, mutta avasi sille ajankohtaisia uusia näkemyksiä varsinkin teollisuusmaille. Viisi konkreettista työn kohdetta olivat:

- ▶ terveystavoitteinen yhteiskuntapolitiikka (build healthy public policy)
- ▶ terveellisten ympäristöjen luominen (create healthy environments)
- ▶ paikallisyhteisöjen vahvistaminen (strengthen community action)
- ▶ yksilötaitojen kehittäminen (develop personal skills)
- ▶ terveyspalveluiden uudelleensuuntaaminen (reorient health services)

Ensimmäinen työn kohde on jokseenkin sama kuin ”rakenteellinen terveyspolitiikka”.

Ottawaa seurasi parin vuoden välein pidettyjen konferenssien sarja, ensimmäisenä Adelaidessa Australiassa 1988 teemasta ”Building healthy public policy”. Millään muulla maalla kuin Suomella ei ollut esittää yhtä monipuolista selontekoa toimista, tuloksista, saavutuksista ja myös epäonnistumisista (Leppo & Melkas 1988).

Suomi oli 1980-luvulla tavallaan edelläkävijä kansainvälisestäkin, mihin oli varmaan kaksi syytä. Kotimainen vallitseva terveyspoliittinen ajattelutapa oli sisäistetty aika varhain ja verraten laajasti. Toiseksi kansainvälisen toimintaympäristön muutokset loivat kysyntää Suomen kokemuksille ja vahvistivat omia pyrkimyksiämme. Suomessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon arvioitiin olevan erinomaisessa kunnossa 1980-luvulle tultaessa. Tosin terveyskeskusten palvelukyvyvystä alettiin esittää epäilyksiä jo 1970-luvun lopulla. Niiden toimintaa vastaanottotyössä sanottiin liukuhihnamaiseksi, sairaalamaailmasta lainatun episodihoidon kaltaiseksi. Vastausta kritiikkiin haettiin lääkintöneuvos Aimo Ojalan johtamassa toimikunnassa varsinkin hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi (KM1979).

Toinen vaihe olivat niin sanotut omalääkäri- ja väestövastuukokeilut 1980-luvun alkupuolella. Nekin koskivat ennen muuta lääkäreiden työn uudistamisesta, lähinnä Isosta-Britanniasta sovellettujen periaatteiden mukaisesti, joskin muutoksen tueksi tavoiteltu virkaehtosopimus epäonnistui pahasti (ks. esim. Leppo 2011). Kolmas terveyskeskusten ”pelastusyritys” oli Toimiva terveyskeskus-hanke 1980-luvun lopulla. Siinä sovellettiin kehittävän työntutkimuksen menetelmää, josta oli hyvät kokemukset Espoon Levike-hankkeessa (Engeström ym. 1991; Saarelma ym. 1994). Ongelmaksi muodostui se, että lähestymistapa vaati huomattavia voimavaroja, joita sen yleistämiseen ei valitettavasti ollut käytettävissä.

Eräs 1980-luvun suurista uudistuksista oli niin sanottu Valtava (sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistus). Kuten aiemmin on todettu, terveydenhuollon valtionosuudet olivat olleet huomattavan suuret: 39–70 prosenttia kunnan taloudellisesta kantakyvystä riippuen. Sosiaalihuollossa vuorostaan oli valtion tukea hyvin vaihtelevasti, invalidihuollossa 100 prosenttia ja vanhustenhuollossa 0 prosenttia. Valtava-uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia tarkasteltiin yhtenä kokonaisuutena ja varoja jaettiin tasan eri toimialoille. Terveydenhuollossa ne tällöin

vähenevät ja sosiaalihuollossa nousivat. Tämän voi katsoa koituneen myös terveydenhuollon kannalta sangen suotuisaksi uudistukseksi, koska monet yhteiset työn kohteet tulivat valtion tuen piiriin (esimerkiksi vanhustenhuolto, päihdehuolto ja lastensuojelu).

1990-luku: uusia arvoperusteita, oppisuuntia ja valtasuhteita muuttuvassa kansainvälisessä ympäristössä

Vuosikymmenen loppupuolta hallitsivat uudet hallinnon ja johtamisen oppi (New Public Management, NPM), joka rantautui Suomeen OECD:n kautta. Avainsanoja olivat deregulaatio (normien purku), desentralisaatio (hallinnon hajauttaminen) sekä devoluutio (päättävällän siirto). Suomessa tämä näkyi monella tavalla. Keskusvirastojen kaikki yleis- ja ohjekirjeet purettiin (norminpurku), sittemmin keskusvirastot (sosiaalihuolto ja lääkintöhallitus) yhdistettiin ja myöhemmin lakkautettiin. Suuntaus jatkui vielä voimakkaampana vuosikymmenen vaihteesta 1990-luvulta tultaessa, kun Berliinin muuri murtui ja läntistä maailmaa alkoivat hallita uusliberaalit talousopit. Näiden mukaan valtion puuttuminen talouteen on minimoitava markkinoiden toimivuuden parantamiseksi ja tehokkuutta voidaan parhaiten edistää kilpailun keinoin. Alkoi siirtymä hyvinvointivaltiosta kohti kilpailuvaltiota. Tämä ajattelu ulotettiin myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

On paradoksaalista, että kun vuosisata (Saksassa) tai puoli vuosisataa (Isossa-Britanniassa) aiemmin oli ratkaistu se ongelma, ettei terveydenhuolto kerta kaikkiaan toimi markkinaehtoisesti, alkoivat varsinkin Maailmanpankki ja Kansainvälinen valuuttarahasto (IMF) ajaa amerikkalaistyyppistä markkinamallia. Siihen kuului yksityisen palvelutuotannon lisääminen ja köyhissä maissa huomattavia käyttäjämaksuja. Hyvinvointisektorin menojen pienentämistavoitteen ohella rahoituslaitokset vaativat tällaisia toimia lainoituksen ehdoiksi.

Tähän ajatteluun sisältyi käsitys terveyspalvelusta tavanomaisena kulutushyödykkeenä, ja palveluiden käyttäjästä kuluttajana (konsumerismi). Ehkäisevä työ ja laaja-alainen terveyspolitiikka ei tänä aikakautena juuri kiinnostanut, koska suuret rahavirrat kulkivat palveluissa. E erityisen selviä nämä kehityspiirteet olivat paitsi kehitysmaissa myös vasta itsenäistyneissä Itä-Euroopan maissa. Suomessa ilmeni verraten lievästi samantyyppisiä ajatuksia, varsinkin kun valtionosuuksia uudistettiin, sillä silloin tiedettiin viimeistenkin vähäisten palvelujen järjestämistapojen säätely vapautuvan.

Johtavat terveydenhuoltoa tutkivat kansantaloustieteilijät (ks. esim. Evans 1997a; 1997b) varoittivat suuntauksesta, mutta vielä näinäkin päivinä täytyy huippututkijoiden antaa opastuksia ekonomisteille terveystaloustieteen alkeissa (Hsiao & Heller 2007). Niistä voidaan mainita esimerkiksi, että markkinamekanismi ei toimi samoin kuin monilla muilla toimialoilla. Markkinoille ei voi olla vapaa pääsy

(esim. ammatinharjoittamis pätevyys). Palvelun tarjoavan ja käyttäjän välillä ei valitse täydellinen (tai edes hyvä) informaatio laadusta ja hinnasta. Ilman regulaatioita kustannukset karkaisivat kokonaan käsistä. Kustannusten hallinta on mahdollista vain kattavan sosiaalivakuutuksen tai verorahoituksen turvin.

Suomen talous ajautui 1991 syvimpään lamaansa sitten ensimmäisen maailmansodan. Synä siihen olivat johtavien taloustutkijoiden mukaan ”bad banking, bad luck and bad policies” eli hallitsematon rahamarkkinoiden vapauttaminen 1980-luvun puolivälistä alkaen, huono onni eli idänkaupan romahdus ja kotimarkkinoita lamaanuttanut talouspolitiikka (Honkapohja & Koskela 1999). Seurauksista kärsi koko maa, ja laman seuraukset näkyvät vieläkin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet olivat 1990-luvulla valtion talousarvion suurin menoerä. Niinpä niistä oli helpointa leikata valtion velkataakan keventämiseksi ja siirtää taloudellista vastuuta tuntuvasti lisää kunnille. Lama päättyi ja kasvu alkoi elpyä vuosina 1994–95. Leikkauslinja jatkui kuitenkin koko vuosikymmenen. Terveydenhuollon menot per capita palasivat lamaa edeltäneelle tasolle vuonna 2001 ja menot suhteutettuna kansantalouden kokonaisuuteen, BKT-osuus, palasi lamaa edeltävälle tasolle vasta vuonna 2008 (Kiander 2010), siis peräti 17 vuotta laman alkamisen jälkeen.

Vuonna 1993 toteutettiin käännteentekevä valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmän muutos. Kun aiemmin oli tuettu kuntia niiden hyväksytyjen suunnitelmien aiheuttamien kustannusten perusteella, siirryttiin nyt järjestelmään, jossa valtionosuudet irrotettiin kokonaan käyttötarkoituksestaan. Rahat siis jaettiin ilman käyttötarkoitusta tai ”korvamerkintää”, koska katsottiin kuntien osaavan itse kohdentaa ne tarpeidensa mukaan. Uudistus tuli voimaan keskellä pahinta lamaa.

Suomen terveydenhuollon lainsäädäntö oli 1970-luvun alkupuolelta asti rakennettu niin sanottujen puitelakien pohjalle. Toisin sanoen kuntien tehtävistä säädettiin yleispiirteisesti, ja valtakunnallisissa suunnitelmissa ohjeistettiin ensisijaisista kohteista ja päätettiin valtionosuuksien piiriin hyväksyttävistä investoinneista sekä henkilöstömääristä. Uudessa tilanteessa terveydenhuoltoon jäi normityhjiö, jota ei vieläkään ole kyetty kunnolla paikkaamaan. 1990-luvun lopussa hyväksyttiin uusi perustuslaki. Sen 19.3 §:n mukaan ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut”. Ongelma on se, että hyvin monia keskeisiäkään aloja ei ole ”lailla tarkemmin säädetty”. Hyvä esimerkki on vanhustenhuolto.

Kun talouslama oli ohi ja elettiin ohjaustyhjiössä, alkoi käydä niin kuin olisi voinut ennustaa. Kun valta siirtyy kuntiin, kelle se oikeastaan siirtyy? Tässä tapauksessa se siirtyi sinne, missä on eniten vahvimman profession vaikutusvaltaa: sairaaloihin. Kun lääkärin määrä vuonna 1995 oli erikoissairaanhoidossa noin 6 500, terveyskeskuksissa se oli 3 500. Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat erikoissairaanhoidossa noin 8 800 ja terveyskeskuksissa edelleen noin 3 500. Lääkärimäärän kasvu oli suuntautunut melkein pelkästään sairaaloihin. Loput ovat sijoittuneet työterveyshuoltoon sekä yksityissektorille.

On hyvä, että erikoissairaanhoido pysyy ajan tasalla, mutta ongelma on se, jos perusterveydenhuolto rapautuu. Terveyskeskukset kärsivät rekrytointivaikeuksista, työläistä ulkoistamisratkaisuisista kilpailuttamisineen sekä hallitsemattomaksi käyvästä työkuormasta.

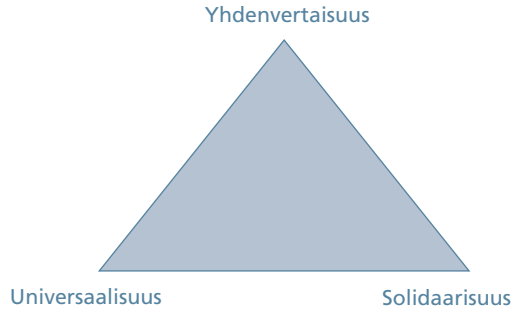
2000-luku: Suomi, EU ja WHO

Suomi liittyi Euroopan unioniin vuonna 1995. Silloin uskottiin julkisessa keskustelussa yleisesti, ettei tällä ole merkitystä hyvinvointipalvelujen kannalta. Tosiasiallisesti vaikutuksia oli niin tavaroiden, pääomien, palveluiden kuin ihmistenkin vapaan liikkuvuuden kautta. Lääkealan säätelyn tiedettiin etukäteen tulevan EU-lähtöiseksi, eikä siitä ole ollut muita ongelmia kuin se, että kansanterveyden ja teollisuuden edut eivät käy yksiin, ja teollisuuden näkökulma on ollut EU:ssa vahva (Wahlroos 2003).

Niin paljon hyvää kuin EU on tuonut esimerkiksi Suomen viennille ja valuuttavuodelle, sen vaikutukset hyvinvointipalveluihin eivät ole kauttaaltaan myönteisiä. EU on pohjimmiltaan kauppa- ja talousliitto, jonka eräs hallitseva piirre on jatkuva pyrkimys sisämarkkinoiden vahvistamiseen sekä siinä hallitsevan yhdenmukaisen säätelyn ja kilpailuperiaatteen tuominen sinne, mihin ne huonosti soveltuvat. Niinpä paljon päänvaivaa on tuottanut se, että työvoiman liikkuvuuden vuoksi yhtenäistetyt koulutusvaatimukset on tehty kaavamaisesti erilaisille toimialoille esimerkiksi terveydenhuollon erityispiirteitä huomioimatta. Työaikadirektiivistä, joka työsuojelutarkoituksessa koskee kaikkien toimialojen viikoittaisia maksimiyötunteja, syntyi useimpien maiden kohdalla suuria vaikeuksia, esimerkiksi lääkäreiden päivystysvelvollisuuden takia.

Hankalin on toistaiseksi ollut niin sanottu palveludirektiivi, jossa palvelukaupan vapauttamisen periaatteet haluttiin kerralla ulottaa kaikkiin palveluihin, mukaan luettuna terveyspalvelut. EU:n parlamentti ei tätä hyväksynyt, mikä lie nee kovin kolaus EU-komission lakialoitemonopolin historiassa. Vuonna 2002 jäsenmaiden terveysministerit päättivätkin, samoin kuin Barcelonan huippukokous (2002), vahvistaa yksimielisen päätöslauselman, jonka mukaan kaikkien EU-maiden terveydenhuollon järjestelmät rakentuvat eroistaan huolimatta samoille arvoille ja periaatteille: universaalisuus (palvelut kaikille tarpeen mukaan), yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus niiden saatavuudessa (equity) ja solidaarisuus (kustannusten oikeudenmukainen jako). Päätöslauselman avulla pyritään vastaamaan jo ennakolta EU-komission pyrkimykseen vapauttaa terveydenhuolto kokonaan kilpailulle. (EU:n ja terveysalan suhteista ks. tarkemmin Mossialos ym. 2010; Koivusalo & Ollila tässä teoksessa). Keskeiset periaatteet voidaan esittää kuvion 2 muodossa. Ei riitä, että palvelut on tarkoitettu kaikille (universaalisuus), niiden tulisi olla saatavissa yhdenvertaisesti (mikä ei Suomessa ole toteutunut). Rahoituksen tulee kohdistua maksukyvyyn mukaan.

Suomessa valmisteltiin 2000-luvun alussa laajaa kansallista hanketta tervey-



Kuvio 2. Terveysthuollon keskeiset arvot ja periaatteet

denhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Siinä saatiin aikaiseksi useita myönteisiä päätöksiä esimerkiksi valtionosuusrahoituksen, tietojärjestelmien, jononohitusjärjestelmän (EML) purkamisen, ja täydennyskoulutuksen lakisäätöistämisen myötä. Merkittävimmät säädösmuutokset koskivat hoitopääsyn turvaamista kohtuujajassa yhtenäisin kriteerein (ns. hoitotakuu As.kok. 2004/856 ja 856)). Se toteutui varsin hyvin erikoissairaanhoidossa, mutta huonosti suuressa osassa terveyskeskuksia, erityisesti lääkäripulan johdosta.

Suomi on EU:n puheenjohtajuuskausillaan saanut aikaan kaksi tärkeää teemaa terveysagendalle: mielenterveyskysymykset vuonna 1999 ja ”Terveys kaikissa politiikoissa” (Health in All Policies, HiAP) vuonna 2006. Jälkimmäinen on sangen lähellä intersektoraalista terveyspolitiikkaa ja ”building healthy public policy” -teemaa. Nimi vain on johdettu suoraan EU:n perussopimuksen terveysartiklasta.

WHO:n työstä 2000-luvulla on syytä nostaa esille kaksi merkkipaalua. Ensimmäinen oli kansainvälinen puitesopimus tupakoinnin vähentämiseksi (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) vuonna 2003. Se on ainoa kansainvälisoi-keudellisesti sitova WHO:n sopimus tautiluokituksen (ICD) ja tartuntatautisäännösten ohella. FCTC oli erityisen tärkeä kehitysmailla, jotka ovat aggressiivisen mainonnan, markkinoinnin ja myyninedistämisen kohteita, kun teollisuusmaiden markkinat eivät enää kasva.

Toinen merkkipaalu on ollut ryhmä, joka pohti sosiaalisten tekijöiden yhteyttä terveyteen (WHO Commission on Social Determinants of Health). Ryhmää johti kuulu brittiepidemiologi Sir Michael Marmot, apunaan ainutlaatuisen vahva asiantuntijajoukko. Työ alkoi vuosina 2003–2004 ja loppuraportti julkaistiin 2008 nimellä ”Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants” (ks. tarkemmin Palosuo & Lahelma, tässä teoksessa luku 2). Tämän 200-sivuisen raportin, tai ainakin sen lyhennelmän, tulisi olla pakollista luettavaa jokaiselle kansanterveystutkijalle ja terveyspolitiikkaan perehtyvälle. Työ kattaa maailmanlaajuiset terveysongelmat ja niiden yhteiskunnalliset määrittäjät.

Sitä seurasi 2011 Rio de Janeirossa pidetty laaja konferenssi, jonka teemana oli siirtymä tutkitusta tiedosta käytännön toimintaan (WHO 2011), eli keskityttiin toi-

meenpanon ongelmiin, jotka ovat kansainvälisissä organisaatioissa erityisen vaikeita ja haastavia myös kansallisesti.

2000-luvun kansainvälistä terveyspolitiikka leimasi myös tartuntatautien uusi tuleminen, ensin SARSin (Severe Acute Respiratory Syndrome) ja sittemmin influenssapandemioiden uhkan takia. Kyse on globalisaatioon liittyvien ilmiöiden aiempaa nopeamman siirtymisen aiheuttamista vaikutuksista, jotka jatkuvat myös tulevaisuudessa.

Suomessa ovat 2000-luvulla väestöryhmittäiset terveyserot nousseet yhdeksi terveyspoliittisen keskustelun tärkeimmistä teemoista. Erot ovat olleet erityisesti miesten kuolleisuudessa suuremmat meillä kuin missään muussa meihin verrattavassa maassa, käytettiinpä mitä tahansa sosio-ekonomisen aseman osoittimia (Mackenbach 2006), eivätkä ne ole kaventumassa vaan pikemmin kasvamassa (Valkonen ym. 2003; 2007; Tarkiainen ym. 2011). Viime vuosina on myös käynyt yhä ilmeisemmäksi, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä, joka aiheuttaa huomattavaa eriarvoisuutta palvelujen saatavuudessa (van Dorslaer ym. 2004), on osaltaan lisäämässä eikä kaventamassa näitä eroja (Lumme ym. 2012). Väestöryhmien väliin terveyseroihin on vihdoin herätty vakavasti myös poliittisella tasolla, ja merkittävä uusi avaus on viime hallituskaudella laadittu kansallinen terveyserojen kaventamisohjelma (STM 2008), joka kytkettiin osaksi hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa.

Keskeisiä päätelmiä historian valossa

Edellä on esitelty terveyspolitiikan viime vuosikymmenten historiaa, koska ilman historiallista perspektiiviä ei voi ymmärtää nykyisyyttä eikä arvioida tulevaisuutta. Mitä yleistettäviä päätelmiä historiallisesta kehityksestä voi tehdä?

Ensinnäkin, kehityskulut ovat aikaa vieviä. Terveystenhuolto eli palvelujärjestelmä on hyvin monimutkainen, työntensiivinen (ammattihenkilöstön välttämättömyys) ja pääomaintensiivinen (rakennukset ja laitteet). Sen luominen vaatii asettaista kymmenien vuosien työtä ja voimavaroja, jotta sen eri osa-alueet saadaan kuntoon ja tasapainoiseksi kokonaisuudeksi.

Eräs suurimpia kysymyksiä, joka kaikissa terveydenhuollon palvelujärjestelmissä joudutaan ratkaisemaan, on niiden rahoitus. Onko se yksilöllinen vai kollektiivinen? Terveyspalveluita tarvitaan sattumanvaraisesti, silloin kun sairaus iskee, ja siitä yksilölle tai kotitaloudelle koituvat kustannukset voisivat olla katastrofaaliset. Käytöthetkellä perittävät maksut ovat epäoikeudenmukaisia, koska ne voivat muodostua esteeksi palvelujen käytölle varsinkin pienituloisissa väestöryhmissä. Lisäksi ne ovat regressiivisiä eli suhteellisesti eniten pienituloisiin kohdistuvia.

Näistä syistä kaikissa kehittyneissä maissa on luotu terveydenhuollon rahoitukseen suuret riskipoolit, eli rahoitusta kootaan siten, että sen käyttöä voidaan tasata enemmän ja vähemmän sairastavien sekä parempi- ja huonotuloisempien väestöryhmien välillä. Tämä voi tapahtua vain kollektiivisen rahoituksen toimin, jossa voi-

daan käytännössä soveltaa joko kattavaa sosiaalivakuutusta tai veropohjaisia ratkaisuja. Ensimmäinen luotiin Saksassa 1860-luvulla Bismarckin aikana, ja se on yleinen monissa Manner-Euroopan maissa. Jälkimmäinen on Britanniassa II maailmansodan jälkeen luotu Sir Arthur Beveridgen työhön perustuva malli, jota pohjoismaiset järjestelmät myös pohjimmiltaan noudattavat. Suomalainen ratkaisu on pääosin veropohjainen (kunnat ja valtio), mutta sisältää myös sosiaalivakuutuksen elementtejä sairausvakuutuksen muodossa (Häkkinen & Lehto 2005). Lisäksi Suomessa potilaiden käyttöhetkellä maksamat maksut ovat poikkeuksellisen suuret.

Yleisesti voi terveydenhuollon järjestelmät tyypitellä sen mukaan, miten yhtäältä palvelujen rahoitus ja toisaalta niiden tuotanto on järjestetty (ks. kuvio 3).

Toiseksi, aiemmin tässä artikkelissa on jo viitattu EU:n sisäisiin keskusteluihin ja painotettu yleisesti hyväksytyjä tärkeitä arvoja: universaalisuus, yhdenvertaisuus palvelujen saatavuudessa ja solidaarisuus. Suomesta on jo todettu, että yhdenvertaisuus palveluissa ei toteudu. Myös monet terveyden edistämisen toimet valistuksesta hintapolitiikkaan vaikuttavat enemmän hyvin koulutettuun kuin vähemmän koulutettuun väestönosaan. Nämä seikat ovat vaikuttamassa terveyserojen koostumiseen. Siksi viime vuosina on keskusteltu siitä, olisiko suuntauduttava perinteisestä yhdenvertaisuusperiaatteesta kohti positiivista diskriminaatiota eli painotettava eniten selvemmin heikompien ryhmien asemaa.

Muita terveydenhuollon palvelujärjestelmissä tärkeitä yleisiä periaatteita ovat palvelujen hyvä saatavuus (access), niiden hyvä laatu ja turvallisuus (quality and safety) sekä taloudellinen kestävyys (financial sustainability). Niiden keskinäistä riippuvuutta voidaan kuvata yksinkertaisella kuviolla 4.

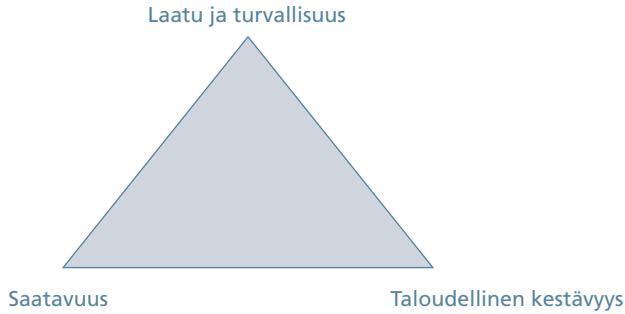
Palvelujen saatavuus on olennaista. Sen tulisi määräytyä potilaiden koetun tarpeen perusteella (ks. esim. Leppo 2006). Palveluihin pääsy ei kuitenkaan ole paljon arvoinen, jos niiden laatu tai turvallisuus on huono. Näistä periaatteista ei puolestaan ole iloa, jos järjestelmä tulee kansantalouden kantokyvyn kannalta niin kalliiksi, ettei sen kustannuksia kyetä kattamaan.

Toiseksi, vaikka yleisesti on painotettu ehkäisevää työtä, painopiste on yleensä käytännössä sairaanhoidossa ja sairaaloissa. Tämän painotuksen muuttaminen vaatii vahvaa poliittista sitoutumista ja ohjausta. Terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä ovat edelleenkin päteviä aiemmin esitetyt ajatuskehikot. Tavoite-

		TUOTTAJA	
		JULKINEN	YKSITYINEN
RAHOITUS	JULKINEN	BEVERIDGE-MALLI	BISMARCK-MALLI
	YKSITYINEN	–	USA

Kuvio 3. Yksityinen ja julkinen rahoitus sekä tuotanto

Lähde: Leppo 2010



Kuvio 4. Terveysthuollon palvelujärjestelmän yleisiä periaatteita

keinoerittely on loogis-rationaalinen viitekehys, joka pakottaa lausumaan tavoitteet selkeästi ja joka voi auttaa erittelemään työkohteeseen käytettävissä olevia keinoja. Ottawan julistuksen periaatteet – laajemmassa muodossa kuin mihin tässä on ollut mahdollisuuksia, on monen mielestä sytyttävä ja käytännön toimintaan innostava.

Joskus esiintyy vastakkainasettelua yhtäältä palvelujen ja toisaalta ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen välillä. Näin ei saisi olla. Molemmat ovat tärkeitä ja vahvasti sidoksissa toisiinsa. Ehkäisevään työhön ja terveyden edistämiseen tarvittava tietopohja tulee suurelta osin terveydenhuollon ammatillista osaamisesta, ja ilman terveydenhuollon aloitteellisuutta ei esimerkiksi toimialojen välistä yhteistyötä saada aikaan. Terveyspalvelujen vaikuttavuus koko kansanterveyden kuvaan on vuosikymmenten saatossa kasvanut hoitotekniikoiden ja yleensäkin teknologian ansiosta (Nolte & McKee 2004; ks. myös Leppo 2008). Toisaalta olisi voimavarojen tuhlausta, ellei palveluissa painotettaisi ehkäisevää työtä ja terveyden edistämistä, koska niiden potentiaali on suuri.

Kolmanneksi, ehkäisevä työ ja terveyden edistäminen voivat jossain tapauksissa olla suhteellisen yksinkertaisia toteuttaa, jos puhutaan spesifistä lääketieteellisestä soveltamisesta, esimerkiksi rokotuksista tai seulonnoista. Sen sijaan, jos puhutaan sektoreiden välisestä yhteistyöstä ja terveyden määrittäjiin, determinantteihin, ja niiden eriarvoiseen jakautumiseen vaikuttavista poliittisista toimintalinjoista, ollaan paljon vaikeammilla alueilla. Niihin sisältyy usein väistämättä intressiristiriitoja, ja tämä luo viiveitä ja vaatii huomattavaa neuvottelukykä ja -voimaa terveysministeriöltä tai vastaavilta tahoilta. Suomen oman kokemuksen valossa yksinkertaisinta on edetä yhteistyössä sellaisten toimialojen kanssa, joiden tavoitteet ja arvot ovat yhdensuuntaisia kansanterveyden kanssa. Tällaisia ovat esimerkiksi koulutus, liikenneturvallisuus ja työturvallisuus. Selvästi vaikeampia ovat esimerkiksi tupakka-, ravitsemus- ja alkoholipolitiikka niihin liittyvien erilaisten jännitteiden, varsinkin kaupallis-taloudellisten ja terveydellisten etujen välillä. Suomen tupakkapolitiikka lainsäädäntö kyettiin luomaan noin 20–25 vuotta sen jälkeen kun vakuuttava tutkimustieto toimenpiteiden pohjaksi oli olemassa. Kansainvälinen sopimus (FCTC) vuorostaan saatiin aikaan 25 vuoden kuluttua Suomen lainsäädännöstä.

Luultavasti kaikkein vaikein työsarka on väestöryhmittäisten terveyserojen kaventamisessa. Siinä on kyse syvälle yhteiskunnan rakenteisiin puuttumisesta. Yleisesti arvioidaan, että yhteiskunnan taloudellinen tasa-arvo on jopa tärkeämpi terveyden määrittäjä kuin elintaso sinänsä (Wilkinson 1996; Wilkinson & Pickett 2010). Suomi on ollut poikkeus tästä säännöstä, sillä 1980-luvulla Suomen tuloerot olivat pienemmät kuin missään maailmalla, ja silti terveyserot olivat suuret. Voi olla, että kyse on niin sanotusta kohorttivaikutuksesta, eli että 1980-luvulla kuolleet ovat eläneet terveyttä paljon kuluttavien elinolojen ja -tapojen aikana. Aika näyttää. On kuitenkin varmaa, että 1990-luvun alusta alkanut raju tuloerojen kasvu (Taimio 2006) tulee väistämättä näkymään epäsuotuisasti terveyseroissa.

Neljänneksi on kuitenkin todettava, että terveyden edistämistoimet ovat yleensä toteutettavissa taloudellisesti huomattavan kohtuullisin kustannuksin palvelujen kehittämiseen verrattuna. Useimmiten niissä tarvitaan monipuolista tutkimuksellista osaamista sekä kapasiteettia lainvalmisteluun tai vastaavaan, sekä seurantaan ja vaikutusten arviointiin. Joitakin poikkeuksia on. Esimerkiksi monet ympäristöterveyden edistämistoimet vaativat huomattavia investointeja (puhtaan veden ja sanitation turvaaminen, asunthygienian ja ilman laadun parantaminen).

Viidenneksi, on otettava huomioon se, että monissa maissa terveysalan valmistelu- ja toimeenpanokoneistot ovat riittämättömiä, jotta mitenkään voitaisiin noudattaa askeltaen etenevää johdonmukaista terveyden edistämispolitiikkaa monella toimialalla yhtäaikaan. Siksi on järkevää ja realistista edetä ensin niillä alueilla, jotka oman tai kansainvälisen kokemuksen mukaan ovat toteuttamiskelpoisia (feasible) ja kansanterveydellisesti tärkeimpiä. Ani harvoin on mahdollista edetä kaikilla rintamalla yhtäaikaan. Tiedossani on yksi ainoa esimerkki, joka saattaa toteutua tällä lähestymistavalla. Se on Etelä-Australian terveydenedistämispolitiikka, joka sovelsi niin sanotun terveyslinssin (health lens) periaatetta, siis tarkasteli kaikkia toimialoja terveysnäkökulmasta, ja terveysstrategia kyettiin saamaan olennaiseksi osaksi koko hallituksen toimintaohjelmaa (Kickbusch 2008).

Kuudenneksi, terveyden edistämistoimien terveysvaikutukset näkyvät pitkällä viiveellä, mikä ylittää normaalin yhden hallituskauden kestävä poliittisen aikahorisontin. Sen sijaan palvelujen parantaminen (kohdistuen rakennuksiin, henkilöstöön ja palvelujen määrään ja laatuun) ovat konkreettisia ja nopeasti näkyviä, mikä tekee niistä houkuttelevia.

Viimeinen päätelmä perustuu moniin kansainvälisiin ja kotimaisiin kokemuksiin. Ohjelmien laadinta ei yleensä ole kovin vaikeaa, mutta niiden toimeenpano yleensä on, vaikka niistä olisi poliittisella tasolla päätetty ja toimeenpanon mahdollisia vaikutuksia yritetty ennakoita. On kaikenlaista kitkaa ja viivettä, usein motivaation herpaantumista, hallitusten vaihdoksia tai muuta vastaavaa.. Isossa-Britanniassa käytetty hyvä sanonta ”the proof of the pudding is in the eating” saisi terveyspolitiikkaan sovellettuna muodon ”the proof of a policy is in the implementation”.

Kaikkiaan lähivuosikymmenten historiallinen tarkastelu osoittaa, että terveyspolitiikan kansainvälinen ja kotimainen keskustelu ja kehitys ovat olleet sangen sa-

mansuuntaisia ja useimmiten toisiaan tukevia erityisesti WHO:n ja Suomen välillä. EU on kuitenkin tuonut siihen uusia, joskus myös vähemmän toivottuja näkökohtia.

Lähteet

- Asetuskokoelma 17.9.2004/855, Kansanterveyslakiin lisätty 15 b §.
- Asetuskokoelma 17.9.2004/856, Erikoissairaanhoitolain 30 ja 31 a §.
- Brockington, Fraser (1967) *World Health*. London: Churchill.
- Dorslaer, Eddy van & Masseria, Christina & OECD Health Equity Group (2004) *Income-related Inequality and the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Paper 14. Paris: OECD.
- Engeström, Yrjö & Saarela, Osmo & Launis, Kirsti & Simoila, Riitta & Punamäki, Raija-Leena (1991) *Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen*. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 2. Raportteja 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus
- Evans, Robert G. (1997a) *Going for the Gold. The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform*. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22(2) 427–465.
- Evans, Robert G. (1997b) *Health Care Reform: Who's selling the market and why*. *Journal of Public Health Medicine* 1(19), 4547.
- Goodman, Neville (1971) *International Health Organizations*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Honkapohja, Seppo & Koskela, Erkki (1999) *The economic crisis of the 1990s in Finland*. *Economic Policy* 14(29), 399–436.
- Hsiao, William C. & Heller, Peter S. (2007) *What macroeconomists should know about health economics*. Washington: IMF.
- Häkkinen, Unto & Lehto, Juhani (2005) *Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care*. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(1–2), 79–96.
- Kaipainen, Osmo (1969) *Kansa kaikki kärsinyt*. Hämeenlinna: Karisto.
- Kiander, Jaakko (2010) *The welfare state under pressures*. Plenary Session at the European Conference on Health Economics, July 9.
- Kickbusch, Ilona (2008) *Health in All Policies: setting the scene*. *Public Health Bulletin, Government of South Australia* 5(1), 3–5.
- KM 1942, Väestökomitean mietintö no 2. Äitiys- ja lastenneuvoloista ja kunnallisesta kättilötoimesta.
- KM 1965, B 72, Kansanterveyskomitean mietintö.
- KM 1969 A 3, Kansanterveystoimikunnan mietintö.
- KM 1979, 44, Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan mietintö.
- KM 1981, 31, Ravitsemustoimikunnan mietintö.
- Kuusi, Pekka (1961) *60-luvun sosiaalipolitiikka*. Helsinki: WSOY.
- Laurent, Helene (2011) *War and the emerging social state social policy, public health and citizenship in wartime Finland*. Teoksessa Kinnunen, Tiina & Kivimäki, Ville (toim.) *Finland in II world war*, Brill, 315–354.
- Leppo, Kimmo (1978) *Hintapolitiikka on tärkeä osa terveystavoitteista tupakkapolitiikkaa*. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 72(1), 20–33.
- Leppo, Kimmo (2006) *Tarpeista terveydenhuollossa: kuka tai mikä määrittää*. Teoksessa *Tarpeet terveydenhuollossa: kuka tai mikä määrittää?* ETENEn julkaisuja 18/2006, 15–20.
- Leppo, Kimmo (2008) *Kansanterveys, terveys-erot ja yhteiskuntapolitiikka*. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45(3), 228–238.
- Leppo, Kimmo (2010) *Kansan terveys on tahdon asia*. *Terveyspolitiikka ja palvelut 2010-luvulle*. Kalevi Sorsa säätiön julkaisuja 3/2010.
- Leppo, Kimmo (2011) *Kansanterveystyön ja terveyskeskusten historiaa*. *Yleislääkäri – Allmänläkaren* 26(2), 9–13.
- Leppo, Kimmo & Melkas, Tapani (1988) *Towards healthy public policy: experiences in Finland 1972–87*. *Health Promotion International* 3(2), 195–203.
- Lumme, Sonja & Sund, Reijo & Leyland, Alastair H. & Keskimäki, Ilmo (2012) *Socioeconomic equity in amenable mortality in Finland 1992–2008*. *Social Science & Medicine* 75(5), 905–913.
- Mackenbach, Johan P. & Bos, Vivian & Andersen Otto & Cardano, Mario & Costa, Giuseppe & Harding, Seeromanie

- & Reid, Alison & Hemström, Örjan & Valkonen, Tapani & Kunst, Anton E. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 32(5), 830–837.
- Mossialos, Elias & Permanand, Govin & Baten, Rita & Hervey, Tamara K. (eds.) (2010) *Health Systems Governance in Europe. The Role of the European Union Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nolte, Ellen. & McKee, Martin (2004) *Does Health Care Save Lives? Avoidable mortality revisited*. London: The Nuffield Trust.
- Puro, Kari (1973) *Terveyspolitiikan perusteet*. Helsinki: Tammi.
- Rifkin, Susan B. & Walt, Gill (1986) Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Social Science & Medicine* 23(6), 559–566.
- Saarelma, Osmo & Engeström, Yrjö (1994) Toimiva terveyskeskus muutosprosessina. *Kunnallislääkäri* 10(1), 14–22.
- Salmela, Reijo (1975) Rakenteellinen terveyspolitiikka. *Medisiinari* 39(12), 7–11.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1978) *Primary Health Care in Finland*. Background document for the WHO-UNICEF Conference in Alma Ata.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1985) *Hallituksen terveyspoliittinen selonteko Eduskunnalle*. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1986) *Terveyttä kaikille vuoteen 2000*. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoitteja toimintaohjelma. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1993) *Terveyttä kaikille vuoteen 2000*. Uudistettu yhteistyöohjelma. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*.
- Taimio, Heikki (toim.) (2007) *Taloukasvun hedelmät – kuka sai ja kuka jäi ilman?* Helsinki: Työväen sivistysliitto.
- Talousneuvosto (1972). *Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita tutkivan ja niiden mittaamista tutkiva jaosto*. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Helsinki.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011) *Tuloluokkien väliset erot elinajan odotteissa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007*. *Suomen Lääkärilehti* 55(48), 3651–3657.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka (2003) *Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina*. *Hyvinvointikatsaus* 2, 12–18.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2009) *Socio-economic differences in mortality. Health inequalities in Finland. Trends in socio-economic health differences 1980–2005*. Ministry of Social Affairs and Health. Publications 2009:9.
- Väänänen, Ilkka & Aho, Sirkka-Liisa & Puro, Tapani & Kalimo, Esko & Härö, Sakari & Kaitaranta, Heikki (1971) *Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Helsingissä ja lähikunnissa*. Lääkintäpalvelusten käytön kansainvälinen yhteistutkimus (WHO/ICS-MCU) suomalaista aineistoa koskeva osatutkimus. Kelan tutkimusosaston julkaisuja M:21. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Wahlroos, Hannes (2003) *Euroopan unionin lääkevalvonnan kehitys ja lääkeinformaatio: sisämarkkinoita vai kansanterveyttä*. Kuopion yliopisto julkaisuja A.
- WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa 17–21 November. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2008) *Closing the Gap in a generation: health equity through action on social determinants of health*. Geneva.
- WHO (2011) *Closing the Gap: policy into practice on social determinants of health*. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011.
- WHO Regional Office for Europe (1980) *Regional Strategy for Health for All in Europe*. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe (1984) *Regional targets for health for all in Europe*. Copenhagen.
- WHO (1986) *Intersectoral Action for Health*. Technical Discussions at the World Health Assembly.
- Wilkinson, Richard G. (1996) *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, Richard G. & Pickett, Kate (2009) *The Spirit Level. Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.

7 Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta

Suomen perustuslaissa on turvattu kunnallinen itsehallinto. Kuntien tärkeimpiä tehtäviä osana julkista valtaa on laissa säädettyjen hyvinvointipalvelujen järjestäminen. Valtio vastuuttaa kuntia toimimaan lainsäädännön toimeenpanoelimenä. Lisäksi kunnissa toteutetaan myös muita kansallisen tason tavoitteita. Valtio–kunta–riippuvuussuhde on molemminpuolinen, eikä kuntia voi siis itsehallinnollisen asemansa vuoksi pitää pelkästään ja automaattisesti kansallisten tavoitteiden toimeenpanoelimenä. Osin tästä syystä on luovuttu normi- ja resurssiohjauksesta ja kehitelty tilalle uusia erilaisia informaatio-ohjauksen muotoja. (Wilskman & Lähteenmäki 2010.)

Informaatio-ohjaus on liittynyt kuntien itsehallinnon kehitykseen ja tuottavuuden vaatimukseen, ei niinkään kuntien määrittelemiin tiedon tarpeisiin. Informaatiolla ohjauksessa on myös nähty olevan tehokkuuden ja tuottavuuden ongelmia. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 3.) Ongelmat liittynevät kunnalliseen kulttuuri- ja organisaatioympäristöön, työnjako- ja valtuutuskysymyksiin sekä hallinnollisten prosessien johtamiseen. Jos sitovuuden aste on epäselvä, ohjelmalle tai suositukselle ei kunnissa löydy omistajaa tai vastuutahoa. Päätöksenteko ohjelmien tai suositusten toimeenpanosta voi olla muodollista tai epämuodollista. Jälkimmäisessä tapauksessa ohjauksen hyödyntäminen on satunnaista ja pirstaleista eikä vaikuttavuutta pystytä arvioimaan. Lisäksi informaatiotulva tekee vaikeaksi nähdä yhteyttä ohjauksen ja toteutuneen toiminnan välillä ja tavoitteet voivat olla myös keskenään ristiriitaisia (Julkisen palvelutuotannon tehostamishanke 2003–2007). Informaatio-ohjauksen vaikuttavuuden on nähty olevan sattumanvaraista, sitouttavuuden epäselvää ja ohjausvaikutuksen heikkoa, eikä vaikuttavan ja tehokkaan ohjauksen tunnusmerkkejä ole löydetty (Julkisen palvelutuotannon tehostamishanke taustamuistio 2004; Ketunen 2005, 14). Kunnat kokevat paikoitellen hukkuvansa tiedon tulvaan (Stenvall & Syväjärvi 2006, 70). Erityisen informaatio-ohjauksen erottaminen kuntiin tulevas- ta muusta tiedosta vaikuttaa olevan ongelmallista. Hallintovirkamiehen hyllyssä voi olla kymmeniä kappaleita valtionhallinnosta lähetettyä laatusuosituksia, ohjelmaa tai selvitystä, joita ei ole jaettu tai käsitelty kunnassa. Syynä voi olla, että ohjausasiakirja ei ole ollut ajankohtainen, se on voitu toimittaa virkamiehelle, jonka tehtäviin aihe ei kuulu, virkamies ei ole saanut toimeksiantoa esimieheltään tai ohjauksen tarkoitus paikallistason toimintaan ei avaudu vastaanottajalle. Ohjaava asiakirja saattaa vielä

saapua organisaation ”vuosikellon” kannalta epäsuotuisasti, eli suunnittelukauden toimintasuunnitelmat ja resurssien käyttö on jo lyöty lukkoon.

Informaatio-ohjauksen vaikuttavuus ja tehokkuus liittyvät myös tiedon hallintaan. Kunnallisessa päätöksenteossa käytetään määrällisiä tunnuslukuja, jotka kuvaavat organisaatioiden suoritteita: työntekijämääriä, tiloja, käynti- ja asiakasmääriä, hankintoja ja muita budjetin ”menopuolen” numeroja. ”Tulopuolen” tunnuslukuja ovat verotulot, valtionosuudet ja käyttäjämaksut. Valtakunnallisten ohjelmien, sopimusten ja ohjeiden vaikutus tunnuslukuihin näyttäytyy lisäresurssin tarpeena: lisää työntekijöitä, tiloja, koneita ja laitteita, joilla on oma hintansa. Lisärahan tarpeet ovat ristiriidassa kuntatalouden tehokkuus- ja säästämisaajatusten kanssa, eikä kunnanhallitus tai lautakunta katso hyvällä budjetin ylityspyyntöjä. Hyvinvoinnin ja terveyden tunnuslukuja tarvitaan kunnan määrällisen palvelutarpeen ennakkointiin ja palvelujen perusteluksi. Sisällölliset hyvinvointi- tai laatuasiat katsotaan osaksi henkilöstön osaamista ja ne käsitellään kehityskeskusteluissa.

Informaatio-ohjaus ja kunta

Informaatio-ohjaus ei sido kuntia. Usein kunnallisissa asiakirjoissa silti viitataan kansallisiin ohjelmiin ja strategioihin. Tällä voidaan lisätä kunnan oman strategian uskottavuutta ja poliittista painoarvoa ilman, että niitä kuitenkaan toteutetaan. Ohjelmien tuntemuksella voi esimerkiksi osoittaa strategian laatijoiden perehtyneisyyttä, mutta niitä ei pidetä tehtävänantona kunnan hallinnolle tai virkamiehille, pikemminkin katsotaan, mikä olemassa oleva palvelu tai toiminta tuntuisi jo valmiiksi olevan linjassa ohjelman kanssa, ja tämä katsotaan riittäväksi toteutukseksi.

Kunnan poliittisessa päätöksenteossa ohjeet ja suositukset delegoidaan asianomaiselle hallintokunnalle, joka voi ryhtyä selvityksiin tai toimenpiteisiin, mutta voi myös merkitä politiikan, suosituksen tai ohjeen pelkästään ”tiedoksi”. Näin käy erityisesti silloin, kun ohjelma, suositus tai ohje edellyttää uutta tai muutettavaa toimintaa, johon budjetissa ei ole varauduttu. ”Tiedoksi” merkityn informaatio-ohjauksen hyödyntäminen jää yksittäisten viranhaltijoiden osaamispääomaksi, jonka käyttämiselle esimerkiksi palvelujen tuottamisessa ei aina ole sijaa. Tieto on kuitenkin muodollisesti vastaanotettu ja arkistoitu tietojärjestelmässä, jolloin lain kirjain on tullut täytetyksi. Tavanomainen tapa huolehtia toimeenpanosta kuntatasolla on järjestää koulutustilaisuus aiheesta, jota suositus tai ohjelma koskee. Koulutuksella ja kansallisen ohjelman toimeenpanolla ei silti usein ole mitään elimellistä yhteyttä.

Kunta tuottaa ja järjestää palveluja tuotannollis-taloudellisista lähtökohdista, eli sen mukaan, mikä vaikutus valitulla päätöksellä on palkka-, tila-, tietojärjestelmä-, hankinta-, kuljetus-, aineisto- ja tarvikkekustannuksiin. Kustannuksia puolestaan määräävät myös muun muassa kansalliset työ-, hallinto- ja hankintalait, jotka jättävät melko niukasti liikkumavaraa yksittäisessä kunnassa omille ratkaisuille. Kunnan perusajatus on tuottaa kunnan asukkaille peruspalvelut pääosin kuntalai-

silta kerätyillä verorahoilla ja rahojen jakamisesta päättää poliittinen, demokraattisesti valittu valtuusto ja sen nimeämät lautakunnat. Poliittisen näkökulman ja puolueiden edunvalvonnan ansiosta kuntaorganisaatio onkin kompromissi- ja konsensus-hakuinen. Myös kaavamainen ja sisäistä kiinteyttä korostava keskustelu ehkäisee uusien toimintatapojen omaksumista. ”Vaikeat asiat” jätetään helposti esityslistojen ulkopuolelle. (Airaksinen 2009, 5.)

Onko kunnallinen terveydenhuolto erityisesti alue, jossa organisaation ulkopuolelta, esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriöstä tulevat terveyspoliittiset ohjeet ja suositukset eivät toteudu? Sairaanhoidopiirissä tai terveyskeskuksissa ammatillisessa käytössä ovat muun muassa Duodecimin Käypä hoito -suositukset. Terveyskeskusten välillä on suuria eroja suositusten toimeenpanossa (toimeenpano merkitsee tässä noudatettavaa hoitosuosituksista, -ohjelmaa, -ketjua, -polkua tai toimintaohjetta tietyn taudin tai oireyhtymän hoidossa ja hoidon järjestämisessä sekä työnjakoa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä (Lehtomäki 2009, 22). Syitä on etsitty ammattilaisten asenteisiin, tietoihin ja taitoihin, hoitosuosituksien uskottavuuteen ja saatavuuteen, organisaation toimintakulttuuriin tai johdon tukeen, voimavaroihin, rakenteisiin, ohjeisiin ja määräyksiin liittyvistä tekijöistä (Lehtomäki 2009, 27). Terveyskeskuksissa selkeä sektoroituminen eri yksiköiksi ja toiminnoiksi, yksintyöskentelyn perinne, itsenäinen vastuu ja harkintavalta ja ohjautuminen ensisijaisesti omasta professiosta käsin ehkäisevät sellaisista yhteisistä tavoitteista sopimista, jota voisi tarkastella kansallisen suosituksen tai politiikan toimeenpanon näkökulmasta (Lehtomäki 2009, 205).

Informaatio-ohjaus näyttää tätä nykyä olevan osin väistymässä ohjelma- ja hankeohjauksen tieltä. Kansallisten hankkeiden toimeenpano on sidottu valtiolta kunnille menevään rahoitukseen, minkä toivotaan lieventävän muu muassa resursipulaa toimeenpanon esteenä. Valtioneuvosto vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset kehittämissuunnitelmat. Vuonna 2008 vahvistettiin vuosia 2008–2011 koskeva Kaste-ohjelma (STM 2008a). Hanke on organisoitu niin, että viidellä alueella johtoryhmät ohjaavat alueiden toimintaa ja tekevät kukin alueellisen kehittämissuunnitelman. Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoidopiirit ovat mukana valtakunnallisessa, kahdeksan sairaanhoidopiirin yhteisessä terveydenhuollon veto-voimaisuutta ja terveyttä edistävää terveydenhuoltoa kehittävässä hankekokonaisuudessa (VeTe). VeTe-hankkeessa toimeenpannaan myös alueellista hoitotyön ohjelmaa ”Johtamisella vaikuttavuutta ja veto-voimaa hoitotyöhön”.

KASTE: Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto VeTeTH

Terveyttä ja hyvinvointia hoitotyön johtamisella (VeTeTH)-osahankkeessa tehtiin Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa sähköinen alkukartoitus (Astila-Ketonen & Pohjola 2010), jossa selvitettiin muu muassa kansallisten toimintaohjelmien tunte-

musta ja käyttöä. Vastajaat olivat perusterveydenhuollon johtavia hoitajia ja johtavia lääkäreitä, erikoissairaanhoidon ylihoitajia ja johtavia lääkäreitä sekä sosiaalijohtajia, perusturvajohtajia tai heihin verrattavia asiantuntijoita ja johtavia virkamiehiä (n = 94).

Tulosten mukaan *Terveyden edistämisen politiikka-ohjelmasta* (STM 2007) oli keskusteltu ja sen osalta tehty jokin toimeenpano koskeva päätös vain 10 vastaajan organisaatioissa. *Terveyden edistämisen laatusuosituksen* (STM 2006) kohtalo oli vielä heikompi: vain 7 prosenttia vastanneista johtavista viranhaltijoista ilmoitti, että siitä oli keskusteltu ja tehty päätös toimenpiteistä. Melkein puolet vastaajista myös tiesi, että molemmat ohjaavat asiakirjat oli merkitty vain ”tiedoksi”, eli ne eivät olleet johtaneet toimenpiteisiin. *Terveyserojen kaventamistavoite* (STM 2008b) ei myöskään ollut usein johtanut toimenpiteisiin: vain 7 vastaajaa ilmoitti, että ohjelmasta oli keskusteltu ja siitä oli tehty päätös. Johtavien virkamiesten ja asiantuntijoiden organisaatioista 26 prosentissa ei ollut lainkaan käsitelty asiaa. Johtavista viranhaltijoista 11 ei tiennyt, ovatko terveyden edistämistyön ohjausvälineet (terveyden edistämisen suunnitelma, hyvinvointikertomus/-strategia/-tilinpito) käytössä omassa organisaatioissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa terveys- ja hyvinvointi-indikaattorien määrittely ja niiden säännöllinen seuranta oli vähäistä, 20 prosenttia vastaajista ilmoitti seurantaa olevan, 64 prosenttia ilmoitti, että seurantaa ei ole, ja 16 prosenttia vastaajista ei tiennyt, onko seurantaa (Astila-Ketonen & Pohjola 2010).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on tärkeä päämäärä, mutta työn menetelmistä tai sisällöistä ei ole selvyttä. Vastauksissa johtaminen näyttää pirstaleiselta, esimerkiksi puolet johtavista viranhaltijoista ei ollut saanut kutsua tai mahdollisuutta osallistua kuntansa hyvinvointistrategian tai muun vastaavan asiakirjan suunnitteluun. Voinee siis kysyä, kuka suunnitelmat on laatinut ja onko kunnassa toimeenpanevan sektorin ja kunnan hallinnon välillä samoja ongelmia kuin valtion keskushallinnon ja kuntien välillä.

Lopuksi

Kuntatoimen kannanottojen perusteella valtion keskushallinnon virkamiehillä on ollut harhaisia käsityksiä informaatio-ohjauksen tilanteesta. Keskushallintoa ja kuntia moititaan osaamisen puuttumisesta. Kunnat tarvitsevat toiminnan kannalta hyödyllistä tietoa ja riittävät resurssit. Kuntien pitäisi itse määritellä hyödyllinen tieto ja sen pohjalta päättää, mitä kunnassa tullaan tekemään (Stenvall & Syväjärvi 2006, 70). Kunnallisten terveyspolitiikkojen ja strategioiden kieli on deskriptiivistä, siihen ei liity velvoitteita palvelujen tuottamisesta, mitä puolestaan säätelee tieto työlainsäädännöstä, työehtosopimuksista, pätevyyksistä, tiloista ja muista rakenteellisista ehdoista.

Esiintuotu toimeenpano haittaava työpaine (Stenvall & Syväjärvi 2006, 70) voi

liittyä viranomaisen ja ammatillisen osaajan kaksoisrooliin. Työaika kuluu työantajevollisuuksiin, joita ovat muun muassa rekrytoinnit, lomat, työaikaseurannat, tilahallinto, yhteydet ja palvelussuhdeasiat, matkustus, laskujen hyväksyntä ja valvonta, hankintojen valmistelu, tietojen antaminen ja pyytäminen erilaisia selvityksiä ja raportteja varten, budjettien laadinta ja valvonta, sekä hallintoasioissa viranomaisena tehdyt ratkaisut, esimerkiksi luvat ja valitusten käsittely. Lisäksi tulee yhteistyö muiden kunnan toimijoiden, päättäjien ja viranomaisten kanssa. Velvollisuuksien ja tehtävien moninaisuuden kautta tulee ymmärrettäväksi johtavan terveydenhuollon viranhaltijan varautuneisuus ”ylätason filosofioita” kohtaan, jollaisina ei-sitovat kansallisten ohjelmien arvot ja prioriteetit saatetaan kokea.

Kuntatason toimeenpanoa ja kansallisen ohjauksen vaikuttavuutta on pohdittu paljonkin, kuitenkin valtaosin keskushallinnon näkökulmasta. Ajattelun ja toiminnan yhdistämistä uudessa ympäristössä ja uusien ehtojen vallitessa on vaadittu jo ennenkin. Ovatko siis kunnallinen itsehallinto, eli palveluiden virkamiesjohdon tehtävät ja osaaminen sekä talouden poliittinen johtaminen tai näiden yhdistelmä – sekä terveydenhuollon professionalismi (esim. lääketieteessä) – niitä tekijöitä, joita tulisi tarkastella, jos tähdätään kansallisen ohjauksen vaikuttavuuteen ja tulokselliseen toimeenpanoon? Jääkö valtionkin budjetista tuntuvasti rahoitettu ohjelma- ja kehittämistyö terveydenhuollon toiminnasta kiinnostuneiden ja terveyden edistämistä harrastavien yksinoikeudeksi?

Tiedon moninaisuus ja tiedon tasojen lukuisuus asettavat tiedon hallinnalle suuria vaatimuksia. Informaatiosta olisi edettävä ymmärrykseen, niin kansallisia ohjelmia ja suosituksia kirjoitettaessa kuin niitä kunnan tasolla tulkittaessakin. Vaikka tuottavuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden vaatimukset eivät väisty millään tasolla, olisi saavutettava yhteinen ymmärrys kansallisten ohjelmien ja suositusten lisäarvosta ja vaikuttavuudesta kunnan palvelujen laadun varmistamisessa sekä strategioista, joiden tavoitteena on väestön terveys ja hyvinvointi.

Lähteet

- Airaksinen, Jenni (2009) Hankala hallinnon-uudistus. Väitöskirjatutkimus. Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 825. Tampereen yliopisto.
- Astila-Ketonen, Piia & Pohjola, Minna (2010) Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sosiaali- ja terveysalan johtajien näkökulmasta. Raportti sähköisestä kyselystä. Terveyttä ja hyvinvointia hoitotyön johtamisella (VeTeTH). Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirit. http://www.vete.fi/Liitteet/2010-05-24_TH_Raportti_sahkoisesta_kyselysta.pdf
- Kettunen, Pekka (2005) Riittääkö tieto-ohjaus hyvinvoinnin edistämiseen kunnissa? Kokousjulkaisussa Maija Ritamo (toim.) VIII Terve Kunta -päivät 26.–27.1.2005 Aiheita 4/2005. Helsinki: Stakes, 14–17.
- Lehtomäki, Leila (2009) Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirjatutkimus Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 856. Tampereen yliopisto.
- Palvelutuotannon tuottavuuden ohjauksella hyvinvointia ja tehokkuutta (2004) Julkisen palvelutuotannon tehostamishanke 3.11.2003–31.12.2007, pj Raili Mäkitalo. Taustamuistio.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006) Terveyden edistämisen laatusuositus. So-

- siaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2007) Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:76. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.
- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006) Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämisosasto. Tutkimuksia ja selvityksiä -sarja 3/2006. Helsinki:Valtiovarainministeriö.
- Wilskman, Kaarina & Lähteenmäki, Marko (2010) Infomaatio-ohjaus ja THL. Yhteiskuntapolitiikka 75(4): 400–410.

8 Aluetason terveystoliitika

Viime vuosikymmeninä terveystoliitikan valtakunnalliset strategiat ovat perustuneet Terveysttä kaikille vuoteen 2000- ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelmiin (www.stm.fi). Näiden mukaan terveystoliitika ei rajaudu välittömästi terveysttä ja terveydenhuoltoon koskeviin toimiin, vaan lähes kaikilla yhteiskunnallisilla päätöksillä on terveys- ja hyvinvointiseuraamuksia. Toisena hyvin keskeisenä valtakunnallisen terveystoliitikan tavoitteena on vähentää väestöryhmi- en välisiä terveyseroja. Näiden lähestymistapojen käytäntöön vieminen ei ole ollut kuitenkaan vahvasti esillä aluehallintoviranomaisten työssä. Viime vuosina työ on painottunut Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen Kaste-kehittämishohjelman hankkeiden taloudellisen toteutumisen valvontaan. Lisäksi aluehallinnon toimintaa ohjaa lainsäädännöllisesti määritelty perustehtävä, palvelujärjestelmän ohjaus ja valvonta sekä alkoholijuomien anniskelun valvonta. Uusi, vuonna 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki vaikuttaa tulevaisuudessa monin tavoin alueelliseen terveystoliitikan toteuttamiseen sekä laajentaa sen toimintapiiriä.

Hallinnolliset muutokset

Aluehallinto on viime vuosikymmeninä ollut jatkuvien muutosten kohteena. Vuonna 1997 päätettiin aluehallinnon jakamisesta viiteen suurlääniin aikaisemman 11 läänin sijaan. Ahvenanmaan lääni säilyi ennallaan. Silloin syntyi muun muassa laaja Länsi-Suomen lääni, joka käsitti aikaisemmat Turun ja Porin, Vaasan ja Keski-Suomen läänit sekä osia entisestä Hämeen läänistä. Vain noin vuosikymmen myöhemmin eduskunta päätti uudesta aluehallintouudistuksesta, jonka yhteydessä lääninhallitukset lakkautettiin ja koko aluehallinto jaettiin pienempiin alueisiin. Samanaikaisesti aluetason viranomaistehtävät jaettiin uudelleen ja siten maahamme syntyi kuusi aluehallintovirastoa (AVI) ja 15 elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusta (ELY-keskus). Uudistusten tiheys on hajauttanut aluetasolla toteutettavan terveystoliitikan rakenteita. Uudistustyön taustalla tuntuu vaikuttavan valtakunnallisen poliittisen päätöksentekokoneiston erimielisyys aluehallinnon roolista ja organisaation kehittämisen suunnasta.

Aluehallintoviranomaiset ja terveyspolitiikka

Terveyspolitiikalla ei ole laajassa mielessä selkeää paikkaa nykyisen aluehallintoviraston tehtäväkuvauksessa. Alueellinen terveyspolitiikka kuuluu aluehallintoviraston Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat -vastuualueeseen. Esimerkiksi Lounais-Suomen aluehallintoviraston kyseisen vastuualueen tehtävät määritellään seuraavasti (www.avi.fi):

- ▶ peruspalvelujen alueellisen saatavuuden arviointi
- ▶ kantelujen käsittely
- ▶ sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja valvonta
- ▶ yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien luvat ja valvonta
- ▶ alkoholijuomien anniskelu- ja vähittäismyyntiluvat ja valvonta, alkoholihaittojen ehkäisy
- ▶ eläinlääkintähuollon sekä eläinsuojelun ohjaus ja valvonta
- ▶ elintarviketurvallisuuden ohjaus ja valvonta
- ▶ oppilaitosten oikeusturvan edistäminen
- ▶ kilpailuvalvonta ja kuluttajien aseman turvaaminen.

Tästä ilmenee, että alueellinen terveyspolitiikka painottuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjaukseen ja valvontaan. Aluehallintovirastot valvovat tehtäväkuvauksensa mukaan myös sairaanhoitopiirien toimintaa.

Aluehallintoviraston tehtäviin kuuluu myös seurata Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveet kaupungit -verkoston toimintaa siltä osin kuin toiminnot sijoittuvat sen tehtäväalueelle, mutta järjestelmällisemmän yhteistyön muotoja ei ole kehitetty. Turku ja Kuopio ovat Suomesta kansainvälisen verkoston jäseniä ja ne yhdessä 10 muun kaupungin, kolmen seutukunnan ja Kainuun maakunnan kanssa kuuluvat Terve Kunta -verkostoon. Terve Kunta -verkoston toiminnan tavoitteena on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäisy. Myös kolmas sektori on alueellinen terveyspoliittinen toimija. Monet muutkin toimijat, kuten esimerkiksi potilasjärjestöt, vaikuttavat alueellisten toimipisteittensä kautta usean kunnan alueella.

Kaste-kehittämishojelman hankkeet

Edellä mainittu Kaste-kehittämishojelma on strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen ja uudistamiseen. Parhailaan on käynnissä Kaste II (2012–2015), jonka tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja asiakaslähtöisiksi. Kaste-ohjelma muodostuu kuudesta osaohjelmasta (www.stm.fi).

Lounais-Suomen aluehallintoviraston alueella käynnissä olevien hankkeiden painopistealueita ovat lasten, nuorten ja perheiden palvelut (ns. Remontti-hanke) ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet (ks. myös Hakkala tässä teoksessa,

luku 7). Hankkeita ovat muun muassa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteet ja -prosessit, Osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen ehkäisy, Länsi 2012 (Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke), Toimintakykyisen ikääntyminen ja Vammaispalvelujen valtakunnallinen kehittäminen -hanke. Hankkeissa on samanaikaisesti useita painopistealueita (ks. tarkemmin www.turku.fi).

Kaikissa Kaste-ohjelmasta rahoitetuissa hankkeissa on sitouduttu edellä mainittuihin ohjelman päätavoitteisiin. Alueelliset erot painotuksissa ja tavoitteissa ovat suuria, koska niissä pyritään vastaamaan paikallisiin tarpeisiin. Hankkeiden voidaan sanoa kuvastavan nykyisen valtakunnallisen ja alueellisen terveyspolitiikan ohjausta, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ei enää voi velvoittaa kuntia tai kuntayhtymiä suoraan, mutta voi välillisesti rahoituksen kautta pyrkiä vaikuttamaan toiminnan suuntaan. Päätyneitä Kaste-ohjelmasta rahoitettuja hankkeita on arvioitu ja arvioinnista saatuja tuloksia on huomioitu uudessa Kaste II -ohjelmassa.

Hankkeilla toteutettavan alueellisen terveyspolitiikan varjopuolena on kuitenkin niiden suuri määrä. Kunnissa on ohjelman hankkeiden lisäksi käynnissä mitava joukko muista lähteistä, muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahoista ja Raha-automaattiyhdistyksen varoista rahoitettuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hankkeita. Kunnissa perustyötä tekevilla sosiaali- ja terveyspuolen ammattilaisilla on usein täysi työ hoitaa perustehtävänsä. Työ- ja toimintatapojen uudistamiselle ei välttämättä aina löydy riittävästi aikaa. Eräs ammattilainen totesikin: ”*On niin kiire taluttaa pyörää, ettei ehdi nousta sen selkään sitä ajaakseen.*” Kun tähän vielä yhdistyy kuntien heikko taloustilanne, mikä ei juuri mahdollista lisäresursseja, jää työ pitkälti hanketyöntekijöille. Tämä ei välttämättä ennusta hyvää uuden osaamisen juurruttamiselle osaksi pysyviä käytäntöjä.

Kansallisen alkoholiohjelman toteutus aluetasolla

Alkoholin kulutuksen kasvua torjumaan käynnistettiin vuonna 2004 kansallinen alkoholiohjelma, jonka toinen ohjelmakausi päättyi vuonna 2011 (www.thl.fi), jolloin hallitusohjelmaan kirjattiin alkoholiohjelma ja aluekoordinaation vakiinnuttaminen. Kansallista alkoholiohjelmaa toteuttavat aluekoordinaattorit, joita tällä hetkellä on yhtä monta kuin aluehallintovirastoakin eli kuusi. Aluekoordinaattorit toimivat joko kokopäiväisesti taikka tehtävä on osa muuta hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä, jota rahoitetaan STM:n terveyden edistämisen määrärahoista ja jossa painopistealueet vaihtelevat eri AVIen välillä. Aluekoordinaattorin tehtävään kuuluu sekä paikallinen ja alueellinen alkoholihaittojen ehkäiseminen ja vähentäminen että alkoholiohjelman toimintalinjojen mukaisesti tämän työn tukeminen alueellisia verkostoja ja toimijoita hyödyntäen. Tehtävää tukee raittiustyöasetuksen 15 § ja raittiustyölaki. Edellä kuvattu aluehallintoviraston tehtävä alkoholihaittojen ehkäisystä tarkoittaa käytännössä, että viraston tulisi

- ▶ suunnitella, kehittää ja sovittaa yhteen toimialueellaan tehtävää raittiustyötä, muuta ehkäisevää päihdetyötä ja tupakointia vähentävää työtä;
- ▶ avustaa kuntia raittiustyön, muun ehkäisevän päihdetyön ja tupakointia vähentävän työn neuvottelu- ja koulutustilaisuuksien järjestämisessä; sekä
- ▶ toimia yhteistyössä eri viranomaisten ja yhteisöjen kanssa raittiustyön, muun ehkäisevän päihdetyön ja tupakointia vähentävän työn kehittämiseksi alueella.

Aluehallinto ja terveydenhuoltolaki

Aluehallintovirastoissa pyritään kuitenkin myös laaja-alaiseen hyvinvointia ja terveyttä tukevan työn edistämiseen, mitä uusi terveydenhuoltolaki myös osaltaan painottaa. Useimmissa aluehallintovirastoissa on nimetty monialaisia työryhmiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kokoonpano vaihtelee: joillakin alueilla edustettuina on myös kuntien, järjestöjen ja maakuntien liittojen edustajia, toisissa vain edustajia AVIsta ja ELY-keskuksista.

Terveydenhuoltolain 12 § velvoittaa kunnat valmistelemaan hyvinvointikertomuksen kerran valtuustokaudessa. Edelleen lain 36 § velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämiseen alueellisesti. Tämä tulee toteuttaa järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja, levittämällä kuntien käyttöön näyttöön perustuvia toimintamalleja sekä hyviä käytäntöjä sairauksien ja ongelmien ehkäisystä.

Lain 34 § velvoittaa samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvia kuntia laatimaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Sen mukaan on sovittava muun muassa kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. Lisäksi lain 35 § velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää perustamaan perusterveydenhuollon yksikön, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Perusterveydenhuollon yksikkö toimii asiantuntijana ja koordinoi perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyötä, täydennyskoulutusta ja ennakoii henkilöstön tarvetta. Yksikkö huolehtii myös erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta ja osallistuu hoito- ja kuntoutusketjujen laadintaan.

Yhteenvetoa

Aluetason terveyspolitiikka on varsin pirstoutunut. Siinä ovat mukana monet toimijat, joiden keskinäinen yhteydenpito ei välttämättä ole kovin järjestelmällistä. Keskushallinto ohjaa joitakin toimijoita, kuten esimerkiksi aluehallintovirastoja, melko voimakkaasti, kun taas toiset, esimerkiksi Terveet kaupungit –verkosto, toimii hyvin itsenäisesti. Yhteinen foorumi, jossa kaikki aluetason toimijat voisivat kokoontua ja vaihtaa ajatuksia, puuttuu. Myöskään yhtä vahvaa, kokoavaa aluetason terveyspolitiikan ”edistäjää” ei tällä hetkellä ole olemassa.

Tulevaisuudessa tehtävistä poliittisista päätöksistä voi seurata, että sairaanhoitopiirien tai niiden jälkeen tulevien vastaavien organisaatioiden rooli alueellisen terveyspolitiikan toimijana voi vahvistua, jos päätöksiä tehdään esimerkiksi terveydenhuollon rahoituksen muuttamisesta. Tämä voi johtaa nykyisten sairaanhoitopiirien roolin vahvistumiseen tai niiden korvautumiseen toisen tyyppisillä organisaatioilla.

Kaikesta huolimatta tälläkin hetkellä myös aluetasolla tehdään paljon työtä kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Toimijoiden keskinäistä yhteydenpitoa, koordinaatiota ja yhteistyötä parantamalla olisi jo nykyresursseilla mahdollista parantaa tämän työn vaikuttavuutta.

Lähteet

<<http://www.avi.fi/fi/virastot/lounaissuomenavi/Sivut/default.aspx>> [luettu 15.12.2011]
 <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma> [luettu 15.3.2011]
 <<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>> [luettu 28.2.2011]

<http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankeet/kaste> [luettu 15.11.2011]
 <<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=130717>> [luettu 15.2.2011]

9 Kokeiluohjelmat terveystieteiden tukena

Paikallisten tai valtakunnallisten kokeiluohjelmien avulla voidaan tutkia interventioiden vaikuttavuutta ja näin luoda pohjaa kansalliselle terveystieteille sekä testata ja vakiinnuttaa toimia, joilla kansallista terveystietoa toteutetaan. Suomessa on onnistuneita esimerkkejä väestötasoisien kokeiluohjelmien käytöstä sekä terveystieteiden linjausten synnyttäjinä että toteuttamisen tukena. Seuraavassa tarkastellaan kahta keskeistä kroonisten tautien ehkäisemiseen tarkoitettua ohjelmaa: Pohjois-Karjala-projektia ja kansallista diabeteksen ehkäisyohjelmaa (Dehko).

Pohjois-Karjala-projekti

Pohjois-Karjalan korkea sydäntautikuolleisuus 1960- ja 1970-lukujen vaihteessa herätti paikalliset toimijat ja asiantuntijat kehittämään uusia toimintamalleja sydänkuolleisuuden vähentämiseksi ja sairastumisriskin alentamiseksi. Kansainväliset tutkimukset, kuten esimerkiksi seitsemän maan tutkimus (The Seven Country Study) vuodelta 1958 olivat jo osoittaneet keskeisiä sairastuvuuden taustalla olevia tekijöitä: korkea kolesterolitason, korkea verenpaine ja tupakointi. Epidemiologinen tieto oli kuitenkin nykypäivään verrattuna vähäisempää ja tutkimuksellinen näyttö elintapain-
terventioiden vaikuttavuudesta sairastuvuuden ehkäisyssä puuttui täysin.

Pohjois-Karjala-projekti käynnistyi vuonna 1972 laajana yhteisöinterventiona, jonka tavoitteena oli muuttaa pohjoiskarjalaisten elintapoja terveellisemmiksi. Projekti toimi monilla aloilla ja tasoilla: terveydenhuollossa, työyhteisöissä, kouluissa, mediassa, järjestötoiminnassa, kyläyhteisöissä, elinkeinoelämässä jne. Samanaikaisesti kun vahvistettiin väestön terveystietoisuutta ja kykyä elintapamuutoksiin, luotiin ympäristöjä, jotka tukivat näitä muutoksia (Puska ym. 2009). Esimerkiksi savuttomat julkiset tilat olivat tuolloin uusi innovaatio. Yhteistyötä tehtiin elintarviketeollisuuden kanssa kehittämällä terveellisempiä vaihtoehtoja, kuten vähäsuolaisempaa leipää. Ensimmäisen viiden vuoden kokeiluvaiheen jälkeen monet projektin toimet laajenivat kansallisiksi tavoitteiksi, mutta Pohjois-Karjalassa myös jatkettiin intensiivistä työtä ja toteutettiin uusia aktiviteetteja.

Pohjois-Karjala-projektin myötä maakunnan sydäntautikuolleisuus on laskenut vuodesta 1971 yli 85 prosenttia. Suurimmaksi osaksi tämä selittyy keskeisten

riskitekijöiden vähenemisellä. Pohjoiskarjalaisten miesten kolesterolitaso laski vuosien 1972 ja 2007 välillä 6,9 mmol/l:sta 5,5 mmol/l:iin, systolinen verenpaine 149 mmHg:stä 139 mmHg:hen ja tupakointi 52 prosentista 31 prosenttiin (Vartiainen ym. 2009). Muutokset ovat väestötasolla merkittäviä.

Pohjois-Karjala-projekti osoitti, että elintapamuutokset väestötasolla ovat mahdollisia. Muutokset edellyttivät kuitenkin vuosia kestäväää intensiivistä ja laaja-alaista toimintaa, jossa kohteena oli koko väestö ja sen elinympäristö, ei ainoastaan henkilöt, joilla oli korkea sairastuvuusriski. Muutosten aikaansaamiseksi tarvittiin yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreiden ja toimijoiden välillä sekä yhtenäistä terveysviestintää.

Säännöllisesti toistetuilla seurantatutkimuksilla sairastuvuudesta, riskitekijöistä ja elintavoista seurattiin projektin toimenpiteiden vaikuttavuutta ja muokattiin interventioita uusien tarpeiden ja haasteiden mukaisiksi. Useat projektin aikana kehitetyt toimintamallit ja tavoitteet muuttuivat vähitellen kansallisiksi suosituksiksi ja normeiksi. Esimerkiksi Suomen tupakkalainsäädännön taustalla on paljon sekä Pohjois-Karjala-projektista että muusta sydäntautien ja keuhkosityövän ehkäisystä saatuja kokemuksia. Samoin kansalliset ravitsemus- ja liikuntasuositukset pohjautuvat kansainvälisen tutkimustiedon lisäksi kansallisiin tutkimuksiin ja kokeiluohjelmien tuloksiin.

Pohjois-Karjala-projekti on Suomessa toiminut alueellisena kokeiluohjelmana, jonka kokemuksia on vuosikymmenten myötä hyödynnetty kansallisessa terveyspolitiikassa. Kokeiluohjelman aloittamiseen vaikutti merkittävästi alueen väestön oma tarve muutokseen. Projektin tulokset ja kokemukset levisivät pitkälti asiantuntijoiden, paikallisten toimijoiden ja väestön erilaisten vaikutuskanavien kautta ja vaikuttivat kansalliseen toimintaan. Teollisuus ja yksityissektori lähtivät toimintaan mukaan terveellisten tuotteiden ja palvelujen kysynnän kasvaessa. Tämä tuki väestöä käyttäytymisen muutoksessa, ja terveestä elämäntavasta muodostui vähitellen normi. Laaja väestön hyväksyntä terveyttä edistäville suosituksille, rajoituksille ja lainsäädännölle helpotti terveyttä tukevien poliittisten päätösten tekemistä sekä niiden täytäntöönpanoa kansallisella tasolla.

Projektin kokemukset ovat alusta pitäen olleet myös kansainvälisen kiinnostuksen kohteena ja tuovat edelleen vuosittain kymmeniä asiantuntijoita Suomeen tutustumaan sydäntautien ehkäisytyöhön.

Kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma

Lääkehoitoisten diabeetikoiden lukumäärä Suomessa on lisääntynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä. Osasyinä erityisesti tyyppin 2 diabeteksen yleistymiseen ovat väestön ikääntymisen ohella ylipainon ja lihavuuden lisääntyminen. Epidemiologisten tutkimusten nojalla tyyppin 2 diabeteksen riskitekijät tunnetaan varsin hyvin. Näiden pohjalta Suomessa tehtiin ensimmäinen yksilötasolla satunnaistettu

kliininen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study), joka osoitti, että elintapamuutoksilla voidaan ehkäistä suuressa sairastumisvaarassa olevien riskiä sairastua diabetekseen lähes 60 prosentilla. Tutkimuksen koehenkilöt saivat ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä aktiivista tukea elintapamuutosten tekemiseen tavoitteena pudottaa painoa, lisätä liikuntaa ja muuttaa ruokavaliota terveellisemmäksi erityisesti ravinnon rasvojen ja kuitujen osalta. Vastaavia tutkimuksia tehtiin myöhemmin muualla maailmassa lähes samoin tuloksin. Elämäntapamuutosten vaikutusten säilyminen on sittemmin osoitettu myös pidemmällä seuranta-ajalla.

Kasvavan diabetesongelman ja interventiotutkimusten lupaavien tulosten myötä asiantuntijalaitosten, järjestöjen, sairaanhoitopiirien ja kuntien yhteistyönä kehitettiin Kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Ohjelma oli osa laajempaa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmaa, Dehkoa. Ehkäisyohjelman toimeenpanohanketta, Dehkon 2D-hanketta (D2D) koordinoivat Diabetesliitto ja hankkeeseen osallistuneet sairaanhoitopiirit Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatuella. Ohjelmassa pyrittiin viemään väestötasolla käytäntöön diabeteksen ehkäisy tutkimuksista ja muista vastaavista tutkimuksista saatuja toimivia malleja sekä kehittämään terveydenhuollon toimintaa diabeteksen ehkäisyssä, varhaisessa tunnistamisessa ja hyvässä hoidossa. Ohjelmaa toteutettiin aluksi viiden sairaanhoitopiirin alueilla hankkeena, ja näissä kehitettyjä toimintamalleja pyritään soveltamaan valtakunnallisesti.

Ehkäisyohjelman käytännön toteutuksessa olivat mukana osallistuvien alueiden perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, kunnat, terveydenhuoltoalan oppilaitokset, apteekit ja kansanterveysjärjestöt. Perus- ja työterveyshuollolla oli keskeinen asema suuressa sairastumisvaarassa olevien henkilöiden tunnistamisessa ja elintapohjauksen järjestämisessä yhdessä muiden tahojen kanssa.

Suomen diabeteksen ehkäisyohjelma on maailmanlaajuisesti ensimmäinen kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma. Hankkeen ehkäisy- ja hoitokäytäntöjen vaikutuksia on arvioitu laajasti, ja voidaan jo sanoa, että kehitettyjä hyviä toimintatapoja voidaan soveltaa väestötasolla perus- ja työterveyshuollossa (Saaristo ym. 2010). Kokeiluohjelmien vaikuttavuuden ja toteutettavuuden arviointi on tärkeää, jotta toimivimmat mallit voidaan tunnistaa ja ottaa laajempaan käyttöön.

Suomalaisesta diabeteksen ehkäisyohjelmasta on tullut kansainvälinen esimerkki. Suomen kokemusten pohjalta on vastaavia tutkimuksia, ehkäisyhankkeita ja alueellisia ohjelmia käynnistetty useissa maissa Australiaa ja Etelä-Afrikkaa myöten. Lisäksi kansainvälinen tiedonvaihto ja yhteistyö on tuottanut Euroopan unionin laajuiset suositukset (Paulweber ym. 2010) ja arviointi- ja laatuoppaat (Pajunen ym. 2010) tyyppin 2 diabeteksen ehkäisystä ja sen menetelmistä.

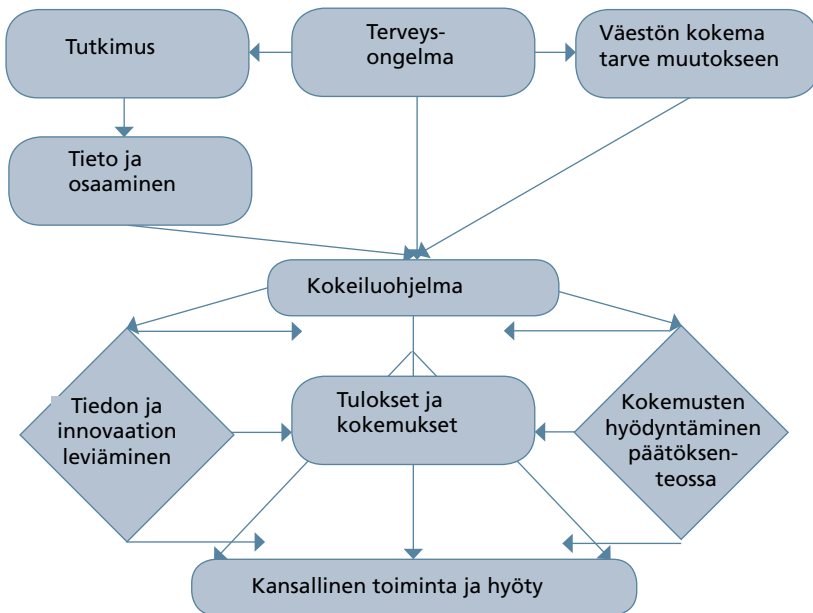
Kansallisella diabeteksen ehkäisyohjelmalla on Suomessa vakiinnutettu terveyspolitiikkaa tukevia toimia koko maassa. Ehkäisyohjelma on johtanut muutoksiin perusterveydenhuollon käytännön ehkäisytyössä niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin.

Kuinka kokeiluohjelmia hyödynnetään?

Terveyspolitiikan kannalta avainkysymys on, kuinka kokeiluohjelmia lopulta hyödynnetään. Ei ole itsestään selvää, että hyvätkään kokemukset johtavat tarvittavaan hyödyntämiseen. Kokeiluohjelmissa syntyvän tiedon soveltamista ja leviämistä voidaan yksinkertaistetusti kuvata kuviolla 1.

Ensi vaiheessa hyödyntäminen edellyttää riittävää ja monipuolista arviointia ja sen dokumentointia. Pelkkä terveysvaikutusten arviointi ei riitä, vaan tarvitaan myös laajempaa kokemusten, prosessin ja kustannusten arviointia. Tuloksia voidaan usein levittää monipuolisella viestinnällä käyttämällä esimerkiksi tiedotusvälineitä, seminaareja ja koulutuksia.

Toisaalta hyödyntämiseen tarvitaan systemaattista terveystieteellistä päätöksentekoa valtakunnallisella ja usein myös paikallisella tasolla. Tällaista päätöksentekoa tukee, jos kokeiluohjelmalla voidaan osoittaa, että jokin idea tai toimintatapa tuottaa toivottuja tuloksia – pelkän teoreettisen vakuuttelun sijaan. Hyödyntämistä auttaa suuresti, jos jo kokeiluohjelman toteutuksessa toimitaan päätöksentekoa lähellä olevien tahojen kanssa: valtakunnallisesti ministeriöiden ja asiantuntijalaitosten ja paikallisesti sairaanhoitopiirin, maakuntahallinnon tai terveyskeskusten kanssa.



Kuvio 1. Kokeiluohjelmien tulosten ja kokemusten leviäminen ja hyödyntäminen

Lähde: mukailen Puska ym. 2009

Lähteet

- Pajunen, Pia & Landgraf, Rüdiger & Muylle, Frederik & Neumann, Anne & Lindström, Jaana & Schwarz, Peter & Peltonen, Markku (2010) Quality and Outcome Indicators for Prevention of Type 2 Diabetes in Europe – IMAGE. Publications of National Institute for Health and Welfare, report 14/2010. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Paulweber, B. & Valensi, P. & Lindström, J. & Lalic, N. M. & Greaves, C. J. & McKee, M. & Kissimova-Skarbek, K. & Liatis, S. & Cosson, E. & Szendroedi, J. & Sheppard, K. E. & Charlesworth, K. & Felton, A. M. & Hall, M. & Rissanen, A. & Tuomilehto, J. & Schwarz, P. E. & Roden, M., for the Writing Group, on behalf of the IMAGE Study Group (2010) A European Evidence-Based Guideline for the Prevention of Type 2 Diabetes. *Hormone and Metabolic Research* 42 (Suppl. 1), S3–S36.
- Puska, Pekka & Vartiainen, Erkki & Laatikainen, Tiina & Jousilahti, Pekka & Paavola, Meri (eds.) (2009) The North Karelia project: from North Karelia to national action. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Saaristo, Timo & Moilanen, Leena & Korpi-Hyövälti, Eeva & Vanhala, Mauno & Saltevo, Juha & Niskanen, Leo & Jokelainen, Jari & Peltonen, Markku & Oksa, Heikki & Tuomilehto, Jaakko & Uusitupa, Matti & Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka (2010) Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of a Finnish national diabetes prevention programme (FIN-D2D). *Diabetes Care* 33, 2146–51.
- Vartiainen, Erkki & Laatikainen, Tiina & Peltonen, Markku & Juolevi, Anne & Mänistö, Satu & Sundvall, Jouko & Jousilahti, Pekka & Salomaa, Veikko & Valsta, Liisa & Puska, Pekka (2009) Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *International Journal of Epidemiology* 39(2), 504–18.

10 Terveysturva

Nykyaikaisten hyvinvointivaltioiden keskeisiin osajärjestelmiin kuuluu sairauden, työkyvyttömyyden ja myös lasten synnyttämisen varalta järjestetty toimeentuloturva sekä julkisen vallan osallistuminen terveydenhuollon kustannuksiin. Useimmissa kehittyneissä maissa julkinen valta huolehtii tällaisen “terveysturvan” järjestämisestä, mutta järjestelmissä on huomattavia eroja. Niitä on esimerkiksi julkisen ja yksityisen sektorin työnjaossa, etuuksien tasossa, palvelujen maksullisuudessa sekä järjestelmien hajautuksessa ja keskittämisessä.

Tärkeimpiä terveysturvan alueita on sairausvakuutus, jota ryhdyttiin kehittämään useissa maissa jo ennen toista maailmansotaa. Suomessakin valmisteltiin sairausvakuutusta varhain 1900-luvun alussa ja eduskunta hyväksyi jo vuonna 1927 sairausvakuutuslain, jonka voimaantulon oppositio kuitenkin esti. Ensimmäinen sairausvakuutuslaki säädettiin vasta 1960-luvun alkupuolella, mikä teki Suomesta myöhäisen mukaantulijan. Sitä ennen sanottiin, ehkä hieman liioitellen, että Euroopan maista vain Suomessa ja Albaniassa ei ole sairausvakuutusta. (Suomen sairausvakuutuksen historiasta ks. Niemelä 2004; Kangas 1991; Mattila 2011.) Yhdysvallat on ollut viime aikoihin asti ainoa kehittynyt maa, jossa ei ole kattavaa, koko väestön kokoavaa yleistä sairausvakuutusjärjestelmää. Presidentti Barack Obaman terveydenhoitoudistus on korjannut tilannetta, mutta ankaran poliittisen taistelun jälkeen luotu järjestelmä nojautuu edelleen suurelta osin yksityisiin vakuutuksiin.

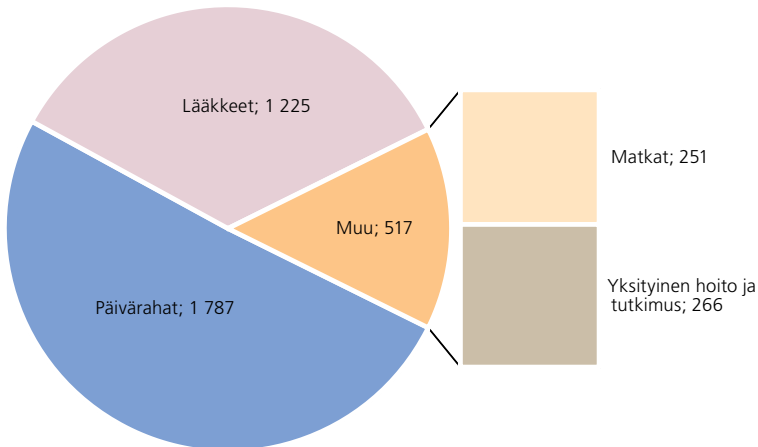
Yleisen sairausvakuutuksen edeltäjä ja edelleenkin sille rinnakkainen järjestelmä on lakisääteinen työntekijäin tapaturmavakuutus, josta maksetaan päivärahoja, eläkkeitä ja muita korvauksia työtapaturman sattuessa. Tapaturmavakuutuslakiin on sisällytetty myös korvausvelvollisuus ammattitaudeista, mikä laajentaa sen soveltamispiiriä. Tapaturmavakuutuslakia sovellettaessa olennaisia ovat vastuukysymykset ja arviot siitä, mikä on nimenomaan työtapaturman tai työolojen osuus tapaturman tai taudin syntymisessä.

Suomen sairausvakuutuslain mukaisia etuuksia ryhdyttiin maksamaan syyskuussa 1964. Sairausvakuutukseen liittyviä etuuksia on vähitellen laajennettu. Nykyisin sairausvakuutuslaki sisältää useampia erillisiä etuuksia.¹ Ne voidaan jakaa kahteen osaan: työtulovakuutukseen, joka korvaa tulojen menetyksiä, ja sairaanhoitovakuutukseen, joka korvaa sairaudesta aiheutuvia kustannuksia.

¹ Sairausvakuutusjärjestelmän yksityiskohtaisemmasta kuvauksesta ks. Airio 2012.

Seuraavassa luettelossa viisi ensimmäistä etuutta koskevat työtulovakuutusta ja muut sairausvakuutusta (ks. sairausvakuutuksen korvausten jakautuminen ryhmittein, kuvio 1).

- ▶ sairauspäivärahat
- ▶ vanhempainpäivärahat, jotka voidaan edelleen jakaa äitiys-, isyys- ja vanhempainrahoihin sekä osittaisiin vanhempainrahoihin
- ▶ erityishoitoraha sairasta lasta hoitaville pienten lasten vanhemmille (vuodesta 1990 lähtien, sitä ennen vuodesta 1983 lähtien vaikeasti sairaan lapsen hoito- ja kuntoutusavustuksia)
- ▶ erityisäitiysraha riskialttiissa työssä työskenteleville raskaana oleville naisille vuodesta 1991 lähtien
- ▶ vuosilomakustannuskorvaus, jolla korvataan työnantajille kustannuksia, jotka kertyvät erityisäitiys-, äitiys-, isyys- ja vanhempainvapaan aikana työntekijöiden vuosilomista
- ▶ yksityisten lääkärinpalkkioiden korvaukset vuodesta 1967 lähtien
- ▶ yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvaukset
- ▶ lääkekorvaukset
- ▶ hammaslääkärinpalkkioiden korvaukset vuodesta 1986 lähtien (asteittain laajentaen eri ikäluokille; koskevat vuodesta 2002 lähtien koko aikuisväestöä)
- ▶ matkakorvaukset
- ▶ työpaikkaterveydenhoidon kustannusten korvaukset
- ▶ kustannusten korvaus Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle



Kuvio 1. Sairausvakuutuksen korvausten jakautuminen eri kohteisiin 2010, milj. euroa

Lähde: Kelan tilastollinen vuosikirja 2010

Palkkatyössä olevien toimeentuloturvaan kuuluu usein sairausajan tai äitiysloman (nykyisin mahdollisesti myös isyysloman) ajalta maksettava palkka. Se perustuu työehtosopimukseen ja sen ehdot voivat huomattavasti vaihdella eri aloilla sekä työsuhteen pituuden että laadun mukaan. Tällöin päivärahat maksetaan työnantajalle. Vuonna 2009 maksettiin 44 prosenttia sairauspäivärahoista ja 16 prosenttia vanhempainpäivärahoista työnantajalle. Paljolti jäänteenä yleistä sairausvakuutusta edeltävältä ajalta ovat työpaikkojen sairauskassat, jotka joissakin tapauksissa täydentävät sairausvakuutuskorvauksia. Finanssivalvonnan tilastojen mukaan vuonna 2010 Suomessa oli vuonna 105 työpaikka- ja täydennyskassaa, joiden maksamat korvaukset olivat yhteensä 61,9 miljoonaa euroa.

Jos kyse on pitkäaikaisesta työkyvyttömyydestä, toimeentulon turvana on työkyvyttömyyseläke, joka sisältyy kaikkiin ansioeläkejärjestelmiin ja kansaneläkejärjestelmään. Eläke-etuuksiin liittyvät läheisesti kuntoutusetuudet. Pitkäaikaisen sairauden tai työkyvyttömyyden sattuessa turvana voivat olla myös vammaistuet. Nykyisin ne jakautuvat kolmeen kategoriaan:

- ▶ alle 16-vuotiaiden vammaistuki (entinen lapsen hoitotuki 1970–2007), joka maksetaan vammaisen lapsen huoltajalle
- ▶ 16 vuotta täyttäneiden vammaistuki (vuodesta 1989 lähtien), joka on tarkoitettu aikuisille, muille kuin eläkkeellä oleville vammaisille
- ▶ eläkkeensaajien hoitotuki (vuodesta 1988 lähtien, sitä ennen apu- ja hoitolisät 1964–1988), joka on tarkoitettu työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkettä saaville vammaisille ja pitkäaikaissairaille

Nykyisten vammaistukien edeltäjiä on invalidiraha, josta säädettiin jo 1950-luvun alussa, sekä vuosina 1961–1974 käytössä ollut erityislapsilisä.

Erilaisiin toimeentuloa turvaaviin etuuksiin liittyy usein harkintaa ja rajanvetoa. On oltava varmuus siitä, että henkilö on todella sairas tai työkyvytön tai että hän on vammaistuen tai hoitotuen tarpeessa. Varsinaisissa työkyvyttömyyseläkkeissä yhtäältä potilaan ja hoitavien lääkärin ja toisaalta eläkelaitosten käsitykset työkyvyttömyydestä menevät usein ristiin, mikä johtaa yleensä valitusprosessiin. Nykyisin ansioeläkejärjestelmissä noin viidesosa työkyvyttömyyseläkehakemuksista hylätään. Vuonna 2010 uusien hakemusten hylkäysprosentti oli 22 prosenttia. Toisaalta esimerkiksi lasten synnyttämiseen liittyvät etuudet perustuvat varsin yksikäsitteiseen subjektiiviseen oikeuteen. Samoin esimerkiksi lääkekorvaukset myönnetään varsin automaattisesti lääkärin määräyksen ja apteekin laskutuksen perusteella, mutta rajanvetoa on luonnollisesti siinä, mitkä lääkkeet hyväksytään korvausten piiriin.

Suomen sairausvakuutuslaki on alusta alkaen perustunut varsin laajaan työn käsitteeseen. Työtulovakuutus on tässä yhteydessä jossain määrin harhaanjohtava nimitys, koska päivärahoja maksetaan myös muilla perusteilla kuin työtulojen menetyksen vuoksi. Vuoden 1963 laki määritteli ”oman työn” palkkatyön ohella seuraavasti: ”omana työnä pidetään vakuutetun omassa tai perheenjäsenensä yritykses-

sä, liikkeessä, ammatissa tahi maa-, metsä-, koti- tai muussa taloudessa suorittamaa työtä, itsenäistä tieteellistä työtä sekä opiskelua, joka tapahtuu yliopistossa tai korkeakoulussa taikka ammatillisessa oppilaitoksessa tai ammattikursseilla”. Sillä perusteella sairauspäivärahoihin on ollut oikeutettu myös kotitaloustyötä tekevä tai opiskelija, joilla ei ole omaa henkilökohtaista tötuloa samoin kuin apurahan turvin tieteellistä työtä tekevä. Tätä pyrittiin rajoittamaan vuonna 1996 voimaan tulleella uudistuksella, joka epäsi sairauspäivärahan niiltä, joilla ei ole omaa tötuloa. Uudistukseen liittyi kuitenkin 60 sairauspäivän jälkeen maksettava tarveharkintainen päiväraha niille, joilla tai joiden puolisoilla oli niukasti tai ei lainkaan tuloja. Sittemmin vuonna 2001 tarveharkintaisesta päivarahasta luovuttiin, mutta säädettiin 55 päivän karenssi, jonka aikana henkilö voi jäädä ilman päivärahaa, jos hänellä ei ole edeltävää tötuloa. Jos työttömyyspäivärahaa tai opintotukea saava henkilö sairastuu, sairauspäiväraha voidaan yleensä maksaa vähintään edeltävän etuuden suuruisena.

Vuosina 1963–1981 sairausvakuutuksen päivarahat perustuivat yksinkertaiseen kaavaan, jossa määriteltiin vähimmäispäiväraha, prosenttiosuus tötulosta ja enimmäispäiväraha. Laskukaavan markkamääriä ei sidottu indeksiin, mikä käytännössä johti reaaliarvoltaan niukkeneviin päivärahoihin, vaikkakin aika ajoin indeksitarkistuksia tehtiin. Vuoden 1982 uudistuksessa päivärahojen tasoa nostettiin, tulokatto poistettiin ja samalla päivarahat pantiin verolle. Laskukaavan tulorajat ja vähimmäispäiväraha sidottiin TEL-indeksiin. Vuosina 1991–1996 sairauspäivärahojen tasoa alennettiin ja niihin kuuluneet lapsikorotukset poistettiin. Vähimmäispäiväraha irrotettiin indeksistä. Vuoden 2011 maaliskuusta alusta lähtien vähimmäispäiväraha on uudestaan sidottu indeksiin, nyt kylläkin vain kansaneläkeindeksiin. Tulorajat on sidottu vuodesta 2005 lähtien niin sanottuun palkkakertoimeen, joka on määritelty työntekijäin eläkelaisissa. Siinä ansiotason muutoksen paino on 80 prosenttia ja hintatason muutosten paino 20 prosenttia.²

Vuonna 2007 otettiin käyttöön osapäiväraha, jotta työkyvyn väliaikainen vähentyminen ja ansiotyö voitaisiin joustavammin yhdistää. Varsinaiseen sairauspäivärahajärjestelmään ei ole tullut vuosien varrella kovinkaan suuria muutoksia edellä kuvattuja laskukaavan muutoksia lukuun ottamatta. Sen sijaan vanhempainpäivärahojen ehtoihin on tullut paljon muutoksia, koska äitiyslomia on asteittain pidennetty, isyyslomat on otettu käyttöön ja niitäkin on pidennetty. Vuoden 2007 alusta vanhempainpäivärahoihin säädettiin kaksi korotettua tasoa, joiden vuoksi ne ovat osittain huomattavasti normaaleja sairauspäivärahoja korkeampia.

Päivärahojen jälkeen sairausvakuutuksessa suurimpana eränä ovat lääkekorvaukset, jotka on nykyisin porrastettu kolmeen luokkaan: peruskorvattaviin sekä alempaan ja ylempään erityiskorvausluokkaan. Lääkekorvausten kasvua on pyritty hillitsemään muun muassa viitehintajärjestelmällä ja halvempia rinnakkaislääkkeitä suosimalla sekä potilaan omavastuita suurentamalla (ks. Vuorekosken kirjoi-

² Sairauspäivärahojen kehityksestä ja muutoksiin liittyneistä poliittisista valinnoista, ks. Haataja ym. 2011.

tus tässä teoksessa). Runsaasti lääkkeitä tarvitsevien asemaa on helpotettu vuodesta 1988 lähtien vuotuisella omavastuurajalla, jonka ylittämisen jälkeen potilaan tarvitsee maksaa vain 1,50 euron lääkekohtainen omavastuu.

Matkakorvaukset ovat kuuluneet sairausvakuutusjärjestelmään lääkekorvausten tapaan alusta lähtien. Matkakorvausmenoja säädellään omavastuilla, joita on useita kertoja korotettu.

Melko lailla lapsipuolen asemaan sairausvakuutusjärjestelmän kehityksessä ovat joutuneet yksityisten lääkäripalveluiden, tutkimuksen ja hoidon korvaukset, vaikkakin näiden korvausten saajien lukumäärä on melko suuri. Korvauksia ei makseta todellisten kulujen vaan sosiaali- ja terveysministeriön vahvistaman taksan perusteella. Taksaan ei ole tehty yleistä, kustannusten nousua vastaavaa tarkistusta vuoden 1989 jälkeen. Vuonna 2010 korvauksia yksityislääkärikäynneistä sai 1,6 miljoonaa henkilöä. Korvausten osuus lääkärinpalkkiosta oli keskimäärin 22 prosenttia, kun 20 vuotta aikaisemmin osuus oli noin 40 prosenttia. Hammaslääkäripalveluista maksettavat korvaukset, jotka tulivat sairausvakuutuksen piiriin vuonna 1986, ovat nykyisin kuitenkin suurempia kuin korvaukset muista yksityisistä lääkäripalveluista. Koska tämä osuus korvauksista on myös selvimmin yksityiseen terveydenhoitosektoriin kohdistuvaa, siihen liittyy enemmän poliittisia ristiriitoja kuin muihin sairausvakuutusjärjestelmän etuuksiin. Aika ajoin esitetään, että tämä osa julkisesta terveydenhoidon rahoituksesta lopetettaisiin ja siirrettäisiin kunnalliseen terveydenhuoltoon. Näin on tehty muun muassa vuonna 2011 terveydenhoitojärjestelmän uudistamista pohtineen työryhmän mietinnössä (ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon..., 2011).

Osana sairausvakuutusta ovat myös työterveydenhuollosta maksettavat korvaukset. Ne turvaavat osalle palkansaajista, etenkin suuremmissa yrityksissä ja julkisella sektorilla, melko kattavan ja edullisen terveydenhuollon lyhytaikaisissa sairaustapauksissa. Toisaalta se, että vastaavantasoisista ja yhtä edullista terveydenhuoltoa ei ole järjestetty työelämän ulkopuolella oleville – eläkeläisille ja työttömille – lienee myös yhtenä syynä siihen, että eräissä kansainvälisissä vertailuissa Suomen terveydenhoitojärjestelmä on varsin eriarvoinen ja eriarvoistava.

Suomen sairausvakuutusjärjestelmää voidaan pitää varsin kattavana, vaikkakin sen universaalit piirteet ovat hieman rapistuneet 1990-luvun muutosten myötä. Etuuksien tason suhteen voi olla enemmän huomautettavaa. Sairauspäivärahan korvausaste eli päivärahan suhde edeltävään palkkaan on nykyisin kylläkin hyvin vertailukelpoinen muihin pohjoismaihin.³ Eriarvoistavia piirteitä liittyy erityisesti siihen, että työelämässä ja työelämän ulkopuolella olevat ovat melko erilaisessa asemassa palvelujen saatavuuden ja kustannusten korvausten suhteen. Erään OECD:ssa tehdyn tutkimusten mukaan terveydenhoitopalvelujen saatavuus Suomessa on tulojen suhteen hyvinkin eriarvoista useisiin maihin verrattuna (van Doorslaer & Mas-

3 Vertailulaskelmia esimerkitapauksissa on julkaisussa Social Protection in the Nordic Countries, 2008/2009.

Taulukko 1. Potilaiden osuus terveydenhuollon kustannuksista OECD-maissa 2008, %

Meksiko	49,3	Ruotsi	16,4
Chile	36,5	Islanti	16,0
Korea	34,2	Japani	15,8
Sveitsi	30,5	Tsekki	15,7
Israel	28,3	Norja	14,9
Portugali	27,2	Kanada	14,6
Slovakia	25,2	Irlanti	14,4
Unkari	23,8	Uusi Seelanti	14,0
Puola	22,4	Tanska	13,5
Espanja	20,6	Saksa	13,3
Belgia	20,1	Yhdysvallat	12,7
Viro	19,7	Slovenia	12,5
Italia	19,7	Luxemburg	12,4
Suomi	19,1	Iso-Britania	11,2
Australia	18,2	Ranska	7,4

Lähde: OECD Health Statistics 2011

Taulukko 2. Julkisten menojen osuus terveydenhuollon kustannuksista OECD-maissa 2008, %

Tanska	84,7	Suomi	74,4
Norja	84,3	Slovenia	73,4
Luxemburg	84,1	Turkki	73,0
Islanti	82,6	Espanja	72,6
Tsekki	82,5	Puola	72,2
Iso-Britannia	82,4	Unkari	71,0
Ruotsi	81,5	Kanada	70,5
Japani	80,8	Australia	68,0
Uusi Seelanti	80,3	Slovakia	67,8
Viro	77,8	Portugali	65,1
Ranska	77,7	Sveitsi	59,5
Italia	77,5	Israel	58,4
Itävalta	77,2	Korea	55,9
Irlanti	76,7	Meksiko	46,9
Saksa	76,6	Yhdysvallat	46,0
Belgia	75,0	Chile	44,0

Lähde: OECD Health Statistics 2011

seria 2004; Devaux & de Looper 2011; vrt. Kangas 2012). OECD:n terveystilastojen mukaan potilaan suora osuus terveydenhoidon kustannuksista on Suomessa suurempi kuin esimerkiksi muissa pohjoismaissa ja vastaavasti julkisen rahoituksen osuus on pienempi (ks. taulukot 1 ja 2). Vuonna 2003 julkaistu useiden maiden kulutus- ja tulotutkimuksiin perustuva vertailu kertoo, että Suomessa niiden kotitalouksien suhteellinen osuus, joissa terveydenhoitomenot ovat ”katastrofaalisia” suhteessa kotitalouden tuloihin, on suurempi kuin muissa Pohjoismaissa ja useissa muissa Euroopan maissa. Suomessa osuus oli 0,44 prosenttia, ja esimerkiksi Ruotsissa 0,18 prosenttia ja Saksassa 0,03 prosenttia (Xu ym. 2003). Tällaisten erojen syntymiseen vaikuttaa jo se, että esimerkiksi Tanskassa ja Norjassa sairaalahoito on maksutonta ja Tanskassa myös terveyskeskuskäynnit ovat maksuttomia⁴.

Yleinen sairausvakuutus on ollut kansalaisten turvana kohta 50 vuotta eläkejärjestelmien sekä tapaturmavakuutuksen rinnalla. Järjestelmä on laajentunut merkittävästi tänä aikana, ja sillä on merkittävä rooli hyvinvoinnin turvaamisessa ja eriarvoisuuden vähentämisessä. Kuitenkin muun muassa edellä mainitut eriarvoisuusmittarit ja kansainväliset vertailut viittaavat siihen, että terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehittämisessä on edelleen paljon haasteita.

Lähteet

- Airio, Ilpo (2012) Sairausvakuutus. Teoksessa Havakka, Pauliina & Niemelä, Mikko & Uusitalo, Hannu (toim.) Sosiaalivakuutus. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus Oy.
- Devaux, Marion & Looper, Michael de (2011) Measuring and explaining disparities in health care utilisation. Paris: OECD.
- Doorslaer, Eddy van & Masseria, Christina: Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries (2004) OECD Health Working Papers 14. Paris: OECD.
- Haataja, Anita & Honkanen, Pertti & Kangas, Olli (2011) Sairausvakuutus ja politiikka. Talous ja yhteiskunta 39(1), 44–51.
- Kangas, Olli (1991) The politics of social rights. Studies on the Dimensions of Sickness Insurance in OECD countries. Swedish Institute for Social Research. Dissertation Series 19. Stockholm: Stockholms Universitet. Kangas, Olli (2012) Välskärin vai rauhanneuvottelijan. Sosioekonomisia terveyseroja selvittävät erot Euroopassa.
- Teoksessa Mikkola, Hennamari & Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki (toim.) Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Mattila, Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Niemelä, Heikki (2004) Suomen sairausvakuutusjärjestelmän synty. Teoksessa Hellsten, Katri & Helne, Tuula (toim.) Vakuuttava sosiaalivakuutus? Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Xu, Ke & Evans, David B. & Kawabata, Kei & Zeramini, Riadh & Klavus, Jan & Mur-

⁴ Ks. emt.

ray, Christoffer J. L. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet* 362, 111–117.

OECD Health Statistics. www.stats.oecd.org
Social Protection in the Nordic Countries, 2008/2009. Copenhagen: Nordic Social Statistical Committee 2010

Tilastotietojen lähteet

Kelan tilastollinen vuosikirja 2010. Helsinki:
Kansaneläkelaitos 2011

11 Työsuojelusta työhyvinvointiin

Työsuojelu kattaa perinteisen työturvallisuuden ja työterveyden lisäksi palvelussuhteen ehdot, henkisen hyvinvoinnin, johtamisen ja organisaation toimivuuden ja jopa tuottavuuden (STM 2006). Tässä kirjoituksessa keskitytään pitkälti työsuojelun ytimeen eli tapaturmiin, ammattitauteihin, työhygieniaan ja työsuojelun organisointiin.

Työsuojelun organisaatio

Valtakunnallisesti vastuu työsuojelutoiminnasta on sosiaali- ja terveysministeriöllä, jossa on erityinen työsuojeluosasto. Se vastaa sekä työsuojelun suuntaviivoista, lainsäädännön valmistelusta että työsuojelun valvonnasta. Käytännössä valvonnan hoitavat aluehallintokeskusten työsuojelun vastuualueet, joissa työskentelee yhteensä lähes 400 työsuojelutarkastajaa. Heidän tehtävänsä on tutkia vakavat työtapaturmat ja tarkastaa, että työpaikoilla noudatetaan työsuojelulakeja.

Työsuojelusta työpaikalla vastaa työnantaja, joka voi nimetä sijalleen työsuojelupäällikön, jolla pitää olla riittävä perehtyneisyys tehtävään. Jos työpaikassa on vähintään 10 työntekijää, heidän tulee valita keskuudestaan työsuojeluvaltuutettu. Työnantajan on varattava hänelle riittävästi työaikaa tehtävän hoitoon sekä tarvittavaan koulutukseen. Jos työpaikassa on vähintään 20 työntekijää, heidän tulee valita keskuudestaan edustajat työsuojelutoimikuntaan. Se huolehtii yhteistoiminnasta työnantajan edustajien kanssa, mikä tarkoittaa käytännössä työntekijöiden näkökantojen esittämistä työnantajalle.

Työsuojelun historia ja nykytila

Työsuojelutoiminnan synty liittyy Suomessa teollistumiseen 1800-luvulla. Aluksi yksittäiset tehtaanomistajat pyrkivät parantamaan työläistensä olosuhteita. Tämän toiminnan vakiinnuttamiseksi säädettiin vuonna 1868 laki työväensuojelusta. Kolme vuotta myöhemmin aloittivat ammattientarkastajat toimintansa, josta kasvoi myöhemmin työsuojeluhallinto (Turunen 1975).

Nykyisin lainsäädäntö perustuu pitkälti Euroopan unionista tuleviin direktiiveihin, jotka laeilla ja asetuksilla saatetaan voimaan. Työsuojelun perustan muodostaa vuonna 2003 voimaan tullut työturvallisuuslaki. Siinä määritellään, että yrittys-

ten tulee tunnistaa ja arvioida ne riskit, jotka kohdistuvat sen työntekijöihin. Tähän riskinarviointiin voidaan tarvittaessa käyttää apuna ulkopuolisia asiantuntijoita.

Työsuojelun pääkohteet

Työtapaturmat

Vakuutusyhtiöt ovat korvanneet ja tilastoineet työtapaturmia yli 100 vuoden ajan. Tapaturmat lisääntyivät, sotavuosia lukuun ottamatta, aina 1970-luvulle asti yhtäältä teollistumisen ja toisaalta laajentuneen tapaturmavakuuttamisen seurauksena. Käännös parempaan tapahtui, kun tapaturmien torjuntaan kiinnitettiin huomiota muun muassa perustamalla Työsuojeluhallitus vuonna 1973. Siitä lähtien tapaturmat ovat vähentyneet aina 1990-luvulle asti, jolloin väheneminen on tasaantunut (kuvio 1). Tätä nykyä eniten tapaturmia sattuu maatalous- ja metsätyössä sekä rakennusalalla (Grönqvist ym. 2010). Suhteellisesti eniten työtapaturmia sattuu nuorille miehille.

Nykyisin työtapaturmien määrän kehitykseen vaikuttavat vahvimmin taloudelliset suhdanteet. Nousukauden aikana tapaturmat lisääntyvät, kun yrityksiin palkataan uusia, kokemattomia työntekijöitä. Vastaavasti taantuman aikana tapaturmat vähenevät, kun työnteko vähenee. Vuoden 2009 taantuma vähensi tapaturmia 12 prosenttia (www.tvl.fi/Tilastot).

Tulevaisuudessa voidaan odottaa työtapaturmien hidasta laskua elinkeinorakenteen muutoksen seurauksena. Kun palvelutyö korvaa teollisen työn, myös tapaturmien väheneminen on todennäköistä. Torjunnan kannalta laarin pohjalle jäävät



Kuvio 1. Työtapaturmien määrä

Lähde: Salminen 2009

kaikkein vaikeimmin torjuttavat tapaturmat, jotka johtuvat useiden, osin yllättävienkin tekijöiden yhteisvaikutuksesta.

Ammattitaudit

Ammattitaudilla tarkoitetaan sairautta, joka on pääasiallisesti aiheutunut työn fyysikaalisista, kemiallisista tai biologisista tekijöistä. Ammattitaudit ovat osa työperäistä sairauksista. Niihin luetaan ammattitautien ohella muut sairaudet, joiden syntyyn työn altisteilla on ollut osuutta. Raja ammattitautien ja muiden työperäisten sairauksien välillä on liukuva (Kämäräinen ym. 2009).

Vuonna 2007 kirjattiin yhteensä 6 279 ammattitautia tai niiden epäilystä. Ammattitautivaara oli suurin elintarvike-, metalli- ja kemianteollisuudessa (Karjalainen ym. 2009). Yleisin ammattitauti on jännetupentulehdus, joita on noin kolmasosa ammattitaudeista (www.tvl.fi/Tilastot). Työterveyslaitos pitää lisäksi syöpävaarallisille aineille altistuneista ASA-rekisteriä, johon kirjattiin vuonna 2007 yli 23 000 työntekijän tiedot (Saalo ym. 2009).

Tuhoisin ammattitautiryhmä nykyisin on asbestisairaudet, jotka aiheuttavat vuosittain yli sata kuolemantapausta. Asbestin aiheuttamat syövät ilmenevät vasta 20–30 vuoden kuluttua altistumisesta, joten 1980-luvun lopulla tehty asbestin täyskielto ei ole vielä ehkäissyt uusia sairastumisia. Asbestikuolemien arvellaan saavuttavan huippunsa 2010-luvulla ks. (www.tvl.fi/Tilastot).

Työhygieniä

Työntekijät altistuvat työpaikoilla kemiallisille, fyysikaalisille ja biologisille terveyshaitoille ja niiden mittaamista ja hallintaa kutsutaan työhygieniaksi. Työpaikoilla on käytössä noin 30 000 kemikaalia, jotka vaikuttavat arviolta miljoonaan työntekijään. Yli 85 desibelin melulle puolestaan altistuu arviolta 200 000–300 000 työntekijää. Täriseviä työkoneita käyttää noin 50 000 työntekijää. Säteilylle altistuu työssään hie-man yli 10 000 työntekijää (Kämäräinen ym. 2009).

Työsuojelusta työhyvinvointiin

Työsuojelussa on viime aikoina omaksuttu johtotähdeksi nollatapaturma -ajattelu. Sen mukaan ei ole hyväksyttävää, että kukaan kuolisi tai loukkaantuisi vakavasti työssä. Käytännön tasolla tätä ajatusta pyrkii toteuttamaan Nollatapaturma-foorumi (www.ttl.fi/nolla_tapaturmaa_-foorumi), jossa työpaikat vaihtavat kokemuksiin tapaturmien torjunnasta.

Työpsykologiassa hyvin tunnettu on Hertzbergin (1968) hygieniä-motivaatio-teoria, jonka mukaan on erotettavissa työmotivaatiota laskevat ja sitä lisäävät teki-

jät. Nyt työsuojelussa huomio on kiinnitetty työssä ilmenevien ongelmien ja puutteiden sijaan niihin tekijöihin, jotka lisäävät työntekijöiden työtyytyväisyyttä. Näitä kutsutaan työhyvinvoinniksi.

Esimerkkinä työhyvinvoinnin kehittämistä mainittakoon innovaatioiden etsintä. Vaikka sen ajatellaan ensisijaisesti olevan tuottavuutta lisäävä tekijä, edellyttää luovuus myös, että työpaikalla vallitsee hyvä ja innostava ilmapiiri. Tämän ilmapiirin luomisessa tarvitaan työhyvinvointia edistäviä toimenpiteitä.

Työhyvinvoinnin kehittämistä voidaan esimerkkinä mainita hanke, jossa keittiötyöntekijät paransivat työnsä ergonomiata. Työpajoissa he tekivät työn ergonomiata parantavia ehdotuksia, jotka liittyivät astianpesuun, ruoanvalmistukseen sekä sen jakeluun. Tuloksena oli liikuntaelinten sairauksien väheneminen ja työhyvinvoinnin lisääntyminen (www.tsr.fi/tiedonsilta/2005_2).

Työtapaturoiden torjunta on ollut työsuojelun lähtökohta, ja edelleen se muodostaa työsuojelun kovan ytimen. Vuosien saatossa työsuojelutoimintaan on tullut mukaan työpaikkojen yhteistoiminta, henkinen työsuojelu sekä väkivallan ja kiusaamisen ehkäisy. Viime aikoina työsuojelun on katsottu olevan osa laajempaa työhyvinvoinnin käsitettä.

Lähteet

- Grönqvist, Raoul & Mattila, Susanna & Salminen, Simo (2010) Työtapaturoidat. Teoksessa Kauppinen, Timo & Hanhela, Rauno & Kandolin, Irja & Karjalainen, Antti & Kasvio, Antti & Perkiö-Mäkelä, Merja & Priha, Eero & Toikkanen, Jouni & Viiluksela, Merja (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos, 109–117.
- Hertzberg, Frederick (1968) One more time: how do you motivate employees? *Harvard Business Review* 46(3), 71–76.
- Karjalainen, Antti & Palo, Lea & Saalo, Anja & Jolanki, Riitta & Mäkinen, Ilpo & Kauppinen, Timo (2009) Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2007. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kämäräinen, Markku & Lappalainen, Jorma & Oksa, Panu & Pääkkönen, Rauno & Rantanen, Salme & Saarela, Kaija Leena & Sillanpää, Jarmo & Soini, Sinikka (toim.) (2009) Työsuojelun perusteet. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Saalo, Anja & Länsimäki, Eila & Heikkilä, Maija & Kauppinen, Timo (2009) ASA 2007. Syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille ammatissaan altistuneiksi ilmoitetut Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Salminen, Simo (2009) Työtapaturoidat. Teoksessa Tiirikainen, Kati (toim.) Tapaturoidat Suomessa. Helsinki: Edita, 103–109.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006) Työsuojelu Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Turunen, Juho (1975) Työsuojeluhistoria. Helsinki: Tapaturmantorjunta ry.

12 Kuntoutuksen monialaisuus

Duodecimin kuntoutuksen oppikirjassa on luonnehdinta: ”Kuntoutuksen keinoin tähdätään ihmisen toimintakyvyn ja työkyvyn paranemiseen tai säilymiseen ja mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen elämän eri tilanteissa” (Paatero ym. 2008, 31). Siinä on osuvasti tavoitettu kuntoutuksen perusajatus: ihmisen toimintakyvyn ja työkyvyn tukeminen silloin kun hänen selviytymisensä on syystä tai toisesta heikentynyt. Kuntoutuksen ideologia viittaa yksilön jäljellä oleviin voimavaroihin ja niiden tukemiseen. Kuntoutukseen sisältyy aina toiveikkuutta tulevaisuuden suhteen.

Kuntoutusta järjestävät kunnat, Kansaneläkelaitos (Kela), työeläkelaitokset, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset, työ- ja elinkeinohallinto sekä kolmas sektori (mm. kuntoutuslaitokset). Järjestämisen periaatteet on kirjattu eri toimijoiden lakisääteisiin tehtäviin. Usein kuntoutuspalvelun järjestäjä ja maksaja on eri kuin kuntoutuspalvelun tuottaja. Suomalainen perusratkaisu kuntoutusvastuun määrittelyssä on ollut kuntoutuksen integroiminen osaksi yleisiä terveys-, sosiaali- ja työvoimapaalveluja sekä sosiaalivakuutusta.

Lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät pääasiallisesti terveydenhuolto ja Kela; ammatillista kuntoutusta puolestaan järjestävät Kela, työeläke- ja vakuutuslaitokset sekä työ- ja elinkeinotoimistot. Sosiaalisesta kuntoutuksesta vastaavat lähinnä kunnallinen sosiaalihuolto ja kolmas sektori. Usein myös vammaishuolto katsotaan sosiaalisen kuntoutuksen alueeseen kuuluvaksi. Kuntoutuksen järjestämisperiaatteesta seuraa, että toiminnasta säädetään useissa eri laeissa ja muissa säädöksissä. Kuntoutuksella onkin vahva hallinnollinen traditio. Kaikkia osajärjestelmiä koskee laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003). Siinä säädetään kuntoutuksen valtakunnallisesta, alueellisesta ja paikallisesta yhteistyöstä ja koordinaatiosta.

Kuntoutuksella on oma asema ja tehtävä eri hallinnonalojen ja usein myös järjestöjen toiminnassa. Kuntoutus on siten luonteeltaan erityisaluetta, eräänlaista erityispalvelua suhteessa hallinnonalan peruspalveluun. Seuraavassa taulukossa on esitetty maamme kuntoutuksen keskeiset toimijat, kuntoutuksen kohderyhmät ja tavoitteet sekä kuntoutuksen keskeinen sisältö.

Taulukko 1. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuus ja keskeinen sisältö (Paatero ym. 2008; muokattu versio)

Kuntoutuksen järjestäjä	Kohderyhmä	Tavoite	Kuntoutuksen keskeinen sisältö
Terveydenhuolto	Koko väestö	Työ- ja toimintakyvyn parantaminen	Kuntoutustarpeen tutkimus, työ- ja toimintakyvyn arvio, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, kuntoutusohjaus, terapia- ja kuntoutusjaksot
Sosiaalihuolto mukaan lukien vammaispalvelut	Koko väestö	Sosiaalisen selviytymisen tukeminen	Asumisen, liikkumisen ja tiedon- saannin tukipalvelut, henkilökohtainen avustaja; perhekuntoutus; sosiaalinen kuntoutus, kuntouttava työtoiminta ja muu työtoiminta
Kela	Alle 65-vuotiaat: a) vajaa- kuntoiset	Työelämään pääse- minen tai siellä py- syminen	Kuntoutustarpeen selvitys, kuntoutustutkimus, työkokeilu, ammattillinen koulutus, ASLAK ¹ -, TYK ² - kuntoutus, psykoterapia
	b) vaikea- vammaisat	työ- ja toimintaky- vyn tukeminen	avo- ja laituskuntoutus, apuvälineet opiskelussa ja työs- sä, koulutus, työhönvalmennus
Tapaturma- ja lii- kennevakuutus VKK (Vakuutus- kuntoutus ry)	Työtapaturman, am- mattitautin tai liiken- evahingon vammaut- tamattamat henkilöt	Menetyksen kor- vaaminen kuntou- tuksen mahdolli- suuksin	Kuntoutustarpeen tutkimus, työ- ja koulutuskokeilut, työhönvalmennus, ammattillinen koulutus, vaikeavammaisuuden tuki (mm. asunnon muutostyöt, apuväli- neet, elinkeinotuki)
Työeläkejärjes- telmä TELÄ (Työ- eläke-vakuutta- jat ry)	Vakiintuneesti työelä- mässä olevat, työky- vyttömyysuhan alaiset tai työeläkkeelle siirty- neet henkilöt	Työelämässä jat- kaminen tai sinne paluu	Ammattillinen kuntoutus: työkokeilu, työhönvalmennus, työolojen järjestely, uudelleen- koulutus
KEVA (aiemmin Kuntien eläkeva- kuutus)	Kuntien, valtion, kir- kon ja Kelan työnteki- jät, joita uhkaa työky- vyttömyys sairauden vuoksi	Työelämässä jat- kaminen tai sinne paluu	Työkokeilu, työhönvalmennus, ammattillinen koulutus, elinkei- notuki
Työ- ja elinkeino- hallinto	Työttömät vajaakun- toiset työnhakijat; työttömyysuhan alai- set, joilla ei ole työky- vyttömyyden uhkaa	Työllistyminen tai työssä pysyminen, ammattillinen kehit- tyminen	AmmatINVALINTA ja urasuunnitte- lu, työ- ja koulutuskokeilu, työhönvalmennus, työolosuhteiden järjestelytuki, starttiraha, työvoimakoulutus ja palkka- tuettu työ
Valtiokonttori	Sotainvalidit ja sotave- teraanit sekä heidän puolisonsa	Toimintakyvyn ja it- senäisen selviytymi- sen tukeminen	Avo- ja laituskuntoutus

1 Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus

2 Työkykyä ylläpitävä kuntoutus

Monien toimijoiden rinnakkaisuus tekee kuntoutusjärjestelmästä hallinnollisesti vaikeaselkoisen ja raskaan. Eri sektoreiden työntekijöiden on tarpeen tuntea kuntoutuksen kaikki osajärjestelmät ja niiden toimintalogiikka voidakseen parhaalla mahdollisella tavalla ohjata asiakkaita oikeaan kuntoutukseen. Myös kansalaisen olisi tunnettava kuntoutuksen osajärjestelmiä, jotta hän osaisi käyttää niitä.

Kuntoutuspalvelujen tuottaminen voi tapahtua järjestäjien omana toimintana (kuten usein julkisessa terveydenhuollossa) tai se on ostopalveluin kanavoitu yksityisille palvelujen tuottajille ja kuntoutuksen asiantuntijayhteisöille. Kuntoutuksen järjestäjä ohjaa asiakkaan maksamaansa kuntoutuspalveluun. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuspalvelut kohdentuvat koko väestöön, Kela rajaa kuntoutuksensa alle 65-vuotiaisiin vajaakuntoisiin ja vammaisiin, ja vakuutus pohjaiset järjestelmät järjestävät kuntoutusta syyperusteisesti. Työ- ja elinkeinohallinnon järjestämä ammatillinen kuntoutus kohdistuu pääsääntöisesti vajaakuntoisiin/osatyökykyisiin työttömiin työnhakijoihin, mutta se on mahdollista myös työsuhteessa oleville.

Eri osajärjestelmillä on omanlaisiaan kuntoutukseen pääsyn kriteerejä, mikä näkyy asiakkaiden erilaisina kohderyhmärajausina. On tavallista, että työntekijöiden tulkinnat kriteereistä eivät ole täysin yksiselitteisiä. Voi syntyä tilanteita, jolloin asiakkaan kuntoutusasia sijoittuu esimerkiksi terveydenhuollon ja Kelan rajapinnalle. Väliinputoamisten estämiseksi tarvitaan hyviä neuvottelu- ja yhteistyörakenteita sekä palveluohjauksellista työorientaatiota osajärjestelmien välillä ja niiden sisällä.

Kuntoutusjärjestelmän heikkouksia ja vahvuuksia

Kuntoutusjärjestelmässä on monia erilaisia palvelu- ja hallintokulttuureja. Silloin kun henkilö on esimerkiksi terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen asiakas, hänen kuntoutusasiaansa hoidetaan joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Tilanne on toinen, kun henkilö hakeutuu Kelan lääkinnälliseen kuntoutukseen. Tällöin kuntoutustarve täytyy todeta terveydenhuollossa ja laatia asiakaskohtainen kuntoutussuunnitelma. Asiakas lähettää kuntoutushakemuksen Kelalle, joka tekee asiasta päätöksen. Myönteisen päätöksen jälkeen kuntoutus käynnistyy Kelan kustantamana sen valitsemassa kuntoutusyksikössä. Ammatillisessa kuntoutuksessa on omanlaisensa haku-, päätös- ja järjestämismenettelynsä. Kuntoutus käynnistyy yleensä vasta onnistuneen hallinnollisen hakumenettelyn jälkeen.

Kuntoutuksen järjestäminen monimutkaistuu silloin, kun henkilöllä on samanaikaisesti monia erilaisia vaikeuksia (mm. sairaus, alentunut työkyky, työttömyys). Tällöin hän ei ehkä selkeästi kuulu minkään osajärjestelmän piiriin, ja häntä voidaan toistuvasti ohjata järjestelmästä toiseen. Esimerkiksi henkilön ammatillisen kuntoutuksen asiassa työeläkelaitokset ja Kela voivat epäröidä kuntoutuspäätöksissään, eikä työ- ja elinkeinohallintokaan selkeästi toimi viimesijaisena ammatillisen kuntoutuksen järjestäjänä. Pahimmillaan mikään järjestelmä ei halua ottaa kuntoutusvastuuta asiakkaasta. Tätä kuntoutusjärjestelmässä todettua pulmaa on

pyritty korjaamaan muun muassa asiakasyhteistyölainsäädännöllä. Myös Sosiaaliturvan uudistamiskomitea (2009), niin sanottu Satakomitea, esitti osajärjestelmien vastuunoton tehostamista. Esityksen mukaan paikallisille viranomaisille tulisi säätää velvoite ratkaista kolmen viikon kuluessa, minkä kuntoutusjärjestelmän vastuulle kuntoutustarpeen arviointi kuuluu silloin, kun tilanne on epäselvä ja kuntoutuksen aloitus uhkaa pitkittyä. Esitys ei ole johtanut – ainakaan tätä kirjoitettaessa – käytäntöjen uudistamiseen.

Monialaisella kuntoutusjärjestelmällä on myös vahvat puolensa. Silloin kun asiakas kuuluu selkeästi jonkin osajärjestelmän (esimerkiksi Kela, liikennevakuutus) piiriin, hänen saamansa kuntoutus on yleensä ammatillisesti pätevää ja ennalta asetetut laatuksiteerit täyttävää. Osajärjestelmissä seurataan kuntoutuskäytäntöjä ja uusien menetelmien käyttöön ottoa. Kuntoutuksen järjestäjät pitävät yhteyttä palvelujen tuottajiin – kuntoutuslaitoksiin – ja huolehtivat kuntoutuksen sisällöllisestä kehittämisestä. Julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa kuntoutuksen kehittäminen on osa näiden sektoreiden yleistä palveluntoiminnan laadun ja vaikuttavuuden kehittämistä. Kaikilla kuntoutuksen osajärjestelmillä on pitkä kehityshistoria takanaan, mikä tarkoittaa käytäntöjen vakiintuneen ja hioutuneen ajan myötä. Vakiintuneisuus tuo kuntoutukseen ennustettavuutta vahvistaen siten kuntoutuksen paikkaa ja tehtävää sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmässä.

Terveydenhuollon keskeinen rooli

Terveydenhuollon tehtävänä on järjestää kuntoutusta koko väestölle kansanterveyslain, erikoissairaanhoidon, terveydenhuoltolain, mielenterveyslain ja näitä täydentävien asetusten mukaisesti. Käytännössä asiakkaiden siirtyminen hoidosta kuntoutukseen ei ole kuitenkaan suoraviivaista. Jo yhdenkin sairaanhoitopiirin alueella asiakkaiden ohjautuminen kuntoutukseen on varsin epätasaista (Pulkki 2012). Osittain tätä selittää kuntien voimavarojen yleinen niukkuus mutta myös kuntoutuksen asiantuntemuksen ja osaavan henkilöstön riittämättömyys terveydenhuollon yksiköissä. Terveydenhuollon sisällä käydäänkin toistuvaa keskustelua hoidon ja kuntoutuksen välisestä rajasta (mm. mielenterveyspalveluissa ja geriatriassa) sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä yhteistyöstä ja työnjaosta.

Terveydenhuollon asiantuntijan kannanotto on portti kuntoutukseen. Yleensä kuntoutus pohjautuu terveydenhuollossa tehtyyn yksilön toiminta- ja/tai työkyvyn heikentymisen toteamiseen ja jäljellä olevien voimavarojen arvioimiseen. Kuntoutustarpeen toteaa lääkäri julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa, myös työterveyshuolto voi tulla kysymykseen. Usein kuntoutustarpeen toteaminen viivästyy tai jää kokonaan tekemättä. Näin tapahtuu varsinkin syrjäytyvien kuten monisairaiden, pitkäaikaistyöttömien ja sosiaalisesti vaikeassa tilanteessa olevien kohdalla (Järvi-koski ym. 1999; Karjalainen 2012). Terveyden eriarvoisuus väestöryhmien välillä näkyy siten myös kuntoutuksessa.

Terveydenhuollon sosiaalityössä kartoitetaan henkilön tilannetta, silloin kun hänellä on sairauden tai pitkäaikaisen vajaakuntoisuuden vuoksi monia eri järjestyjä vaativa vaihe elämässään. Sosiaalisen kuntoutuksen käsite on tulkinnallinen ja sitä määritelläänkin uudistuvassa sosiaalihuoltolaissa. Tavallisimmin sosiaalisen kuntoutuksen piiriin on kunnissa luettu vammaispalvelut, ns. sosiaalinen työllistämisen ja kuntouttava työtoiminta. Aikuissosiaalityön yhtenä kehittämissuuntana on alettu pitää sosiaalista kuntoutusta.

Kuntoutuksen yhteistyö

Yksilön kuntoutusasian järjestyminen monitoimijaisessa kuntoutusjärjestelmässä edellyttää aina yhteistyötä sekä osajärjestelmien sisällä että niiden kesken niin asiakaspalvelun kuin hallinnonkin tasolla. Yhteistyö onkin läpi vuosikymmenten kulu-
lutun kuntoutuksen retoriikkaan niin alan asiakirjoissa kuin seminaaripuheissa.

Kuntoutuksen yhteistyöstä säädettiin laki vuonna 1991 ja sitä uudistettiin vuonna 2003 (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003). Lain mukaan kunnan alueella tulee toimia kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä. Sen tehtävänä on käsitellä sekä kuntoutuksen yleisiä asioita kunnassa että yksittäisten, järjestelmien väliin jäävien asiakkaiden tilanteita. Viimeisimmän tutkimuksen mukaan (Saikku 2006) asiakasyhteistyöryhmien toiminta on vuosien mittaan kehittynyt, mutta kokonaisuutena niiden rooli on jäänyt paikallistasolla vaatimattomaksi. Ryhmät koontuvat harvakseltaan, joten ne pystyvät hoitamaan vain osan asiakaskohtaisen yhteistyön tarpeista. Kehitystä on tapahtunut siinä, että asiakkaat itse ovat ryhmässä yhä yleisemmin mukana. Ryhmien työskentelyn suuntaaminen joko kuntoutuksen paikallis-seudullisiin kehittämisasioihin tai asiakasasioihin vaihtelee kunnittain. (Saikku 2006.)

Aluetasolla asiakasyhteisryhmiä vastaava foorumi on kuntoutuksen alueellinen yhteistyötoimikunta. Ne toimivat sairaanhoitopiirien alueella ja niille kuuluu kuntoutuksen alueellinen seuranta sekä paikallisten asiakasyhteistyöryhmien ohjaus ja tuki. Aluetason kuntoutusjärjestelmä on kokonaisuudessaan hahmottomaton, sen kehittäminen ja koordinointi eivät ole selkeästi minkään osajärjestelmän vastuulla (Pulkki 2012). Osajärjestelmien yhteisten tavoitteiden ja strategioiden epäselvyys aluetasolla selittää osaltaan maamme kuntoutuspalvelujen epätasaista jakautumista myös paikallistasolla.

Käytännössä kuntoutuksen yhteistyön kehittäminen on vaativaa, koska kaikki osajärjestelmät ovat autonomisia omine lainsäädäntöineen ja hallintokulttuureineen. Yhteistyörakenne voi tällöin olla lähinnä verkostomainen. Verkstorakenteessa voidaan käydä eri osapuolten välisiä neuvotteluja, mutta lopulliset kuntoutusta koskevat päätökset tehdään erikseen kussakin osajärjestelmässä. Osajärjestelmien rajapintojen vastuusuhteista on laadittu yhteisiä sopimuksia. Tällainen on olemassa muun muassa ammatillisesta kuntoutuksesta. Vakavaa keskustelua ei ole käyty osa-

järjestelmien säädöspohjaisen yhdistämisen mahdollisuuksista ja sitä kautta kokonaisjärjestelmän yksinkertaistamisesta.

Tarvitaanko erillistä kuntoutuspolitiikkaa?

Kun kuntoutus integroituu hyvinvointivaltion eri sektoreihin, se on aina osa jotain suurempaa kokonaisuutta ja toimintapolitiikkaa. Lääkinnällinen kuntoutus on osa terveyspolitiikkaa, ammatillinen kuntoutus osa työllisyyspolitiikkaa jne. Kuntoutuksen kokonaisuutta, sen asemaa, tavoitteita ja suuntaa hyvinvointivaltiossa onkin vaikea hahmottaa. On alettu kysellä kuntoutuspolitiikan perään (Suikkanen & Lindh 2007; Miettinen 2011). Eduskunnalle annetut selonteot neljän vuoden välein (viimeisin vuonna 2002) toimivat aikoinaan kuntoutuksen valtakunnallisen ”tilan” kartoituksina. Niissä analysoitiin kuntoutuksen toteutumista ja kaavailtiin voimavarojen suuntaamista eri väestöryhmien tarpeisiin. Selonteot olivat valtakunnallisen kuntoutuspolitiikan aihioita. Niissä kuntoutus nähtiin politiikkayhteyksineen, osana vaihtuvia hallitusohjelmia. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lakisääteinen kuntoutusasiain neuvottelukunta valmisteli selonteot. Eduskunta ei ole enää 10 vuoteen edellyttänyt kuntoutuksesta selontekoa. Neuvottelukunta on kuitenkin edelleen foorumi, jossa on mahdollista keskustella kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisen ajankohtaisista asioista.

Kuntoutuksella on vahvat yhteydet työllisyys-, sosiaali- ja talouspolitiikkaan ja siihen keskusteluun jota käydään esimerkiksi työurien pidentämisestä. Kuntoutus on yksi keskeinen keino työkyvyn ja työhyvinvoinnin tukemisessa (Järvikoski & Härkäpää 2004). Oikein ajoitetulla kuntoutuksella voidaan osaltaan ehkäistä nuorten ja työikäisten siirtymistä työkyvyttömyyseläkkeelle ja siten työvoiman ulkopuolelle. Kuntoutus voi olla avainasemassa myös silloin, kun eläkkeeltä tehdään paluuta esimerkiksi osa-aikaiseen työhön.

Kuntoutuksen kytkennät työterveyshuoltoon ja ylipäänsä työelämään ovat korostuneet viime vuosina. Kehitys korostaa kuntoutuksen yhteiskuntapoliittista ja strategista luonnetta. Työurien pidentämisen ohella muita yhteiskuntapoliittisesti ajankohtaisia kuntoutuksen kehittämisalueita ovat muun muassa mielenterveys- ja päihdekuntoutus, toimintakykyä ja osallisuutta ylläpitävä sosiaalinen kuntoutus sekä ikäihmisten kuntoutus. Kaikki nämä haastavat kuntoutusjärjestelmää paino-alueidensa strategisiin uudelleen arviointeihin. Tarvetta kuntoutuspolitiikan toiminnalliseen hahmottamiseen ja kuntoutuksen sisällölliseen profilointiin osana yhteiskuntapolitiikkaa on selvästi olemassa.

Kuntoutuksen tulevaisuus

Kuntoutus kehittyi kaksijakoisesti: toisaalta ammattilaisten omana osaamis- ja asiantuntijuusalueenaan ja toisaalta osana hyvinvointivaltion eri sektoreita ja niil-

lä tapahtuvia poliittis-hallinnollisia muutoksia. Niinpä esimerkiksi kuntarakenteen ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen mahdolliset muutokset tulevat näkymään myös kuntoutuksen järjestelyissä. Samaten työ- ja elinkeinohallinnon painotukset työvoiman saannin turvaamiseksi ja työurien pidentämiseksi vaikuttanevat ammatillisen kuntoutuksen sisältöön ja suuntaamiseen. Tämä heijastuu edelleen Kelan ja TELAn ammatillisen kuntoutuksen priorisointeihin. Työelämän muutoksen ja kuntoutuksen välisistä yhteyksistä on tarvittu ja tarvitaan 2000-luvulla selvästi yhä enemmän tietoa (ks. esimerkiksi Järvikoski ym. 2011).

Kuntoutus koskee paitsi työikäisiä aina myös lapsia, nuoria ja ikäihmisiä. Lasten hyvällä lääkinnällisellä ja oppimista tukevalla kuntoutuksella voidaan kannustaa sairauksien vuoksi vajaakuntoisia tai vammaisia lapsia mahdollisimman normaaliin elämään. Nuorten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen minimoiminen on mitä suurimmassa määrin myös kuntoutuksen tehtävä. Niin sanottu vanhuspalvelulaki korostaa ikäihmisten itsenäistä selviytymistä ja monipuolisen kuntoutuksen käyttöä (Laki ikääntyneen väestön ..., 2012). Kuntoutus on vahvasti kiinni kaikessa, mikä koskettaa kansalaisten toimintakykyä, työkykyä ja selviytymistä. Kuntoutuksessa tarvitaan jatkuvaa ja ajantasaista keskustelua kuntoutuksen tehtävästä ja siitä paradigmasta, johon kuntoutuksen käytäntöjen olisi tarkoituksenmukaista hyvinvointivaltiossa kiinnittyä.

Arvioivan kuntoutustiedon tuottamisessa keskeisiä toimijoita ovat yliopistot ja tutkimuslaitokset. Lapin yliopistossa on noin 10 vuoden ajan toteutettu monialaista kuntoutustieteen opetusta ja tutkimusta. Tampereen yliopisto on puolestaan profiloitunut kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta arvioivassa tutkimuksessa. Kuntoutusalan ajankohtaisia tutkimusteemoja 2010-luvulla ovat muun muassa kuntoutuksen vaikuttavuus ja asiakkaan asema kuntoutusjärjestelmässä.

Lähteet

- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2004) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, Aila & Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.) (2011) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Järvikoski, Aila & Peltoniemi, Jyri & Puumalainen, Jouni (1999) Ikääntyneet pitkäaikaistyöttömät perusterveydenhuollossa ja kuntoutuspalveluissa. Tutkimuksia 61. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Karjalainen, Vappu (2011) Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys. Teoksessa Järvikoski, Aila & Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 89–101.
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Ohjausryhmän muistio (2012) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Miettinen, Sari (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Acta Universitatis Tamperensis; 1625. Tampereen yliopisto.
- Paatero, Heidi & Lehmijoki, Pentti & Kivekäs, Jukka & Ståhl, Tomi (2008) Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 31–50.
- Pulkki, Jutta (2012) Aluetason kuntoutusjär-

- jestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Acta Universitatis Tamperensis; 1703. Tampereen yliopisto.
- Saikku, Peppi (2006) Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:47. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi (2009) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari (2007) Rehabstruktio – lajinsa viimeinen? Keskustelun avauksia kuntoutuksen tulevaisuuden haasteisiin. Kuntoutus 30(2), 4–8.

13 Köyhyyden torjunnasta toimintakyvyn edistämiseen: vanhuspolitiikka terveystalouden näkökulmasta

Suomalainen vanhuspolitiikka on rakentunut pitkälti kahdelle perustalle: ensinnäkin toimeentulon varmistamiselle vanhuusiässä ja toiseksi perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon rakentamiselle. Näistä vain ensimmäinen on suoranaista vanhuspoliittista toimintaa. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon rakentaminen sen sijaan on palvellut koko väestöä, mutta ehkä eniten siitä ovat hyötynneet juuri iäkkäät ihmiset.

Kirkko aloitti 1800-luvulla ensimmäiset toimet köyhien iäkkäiden ja silloisella terminologialla ilmaisten ennenaikaisesti ”vanhustuneiden” tukemiseksi. Ikäraja tuen saamiseksi oli 75 vuotta. Samaan aikaan odotettavissa oleva elinikä vaihteli 35 ja 40 vuoden välillä. Kuitenkin joka kolmas niistä, jotka elivät 20-vuotiaiksi, eli yli 60-vuotiaaksi. (Pulma 1994; Koskinen 1983.)

Vanhvoja ihmisiä ei juuri tarkasteltu omana ryhmänään, vaan huomio kiinnitettiin köyhyyteen. Köyhyys puolestaan liittyi usein alhaiseen työkykyyn, joka oli orpojen lasten, vammaisten ihmisten ja vanhuuttaan heikkojen ihmisten ongelma. Vasta 1930-luvulla alettiin vanhuutta tarkastella yhteiskunnallisena kysymyksenä. (Koskinen 1983.)

Köyhyyden vähentämisen kannalta olennaista on ollut eläkejärjestelmien kehittyminen. Se käynnistyi tehdastyöläisten eläkekassoilla 1880-luvulla, mutta ensimmäinen varsinainen lainsäädäntö tuli voimaan 1937. Silloin eläketurva kattoi ne yli 65-vuotiaat, jotka olivat tehneet palkkatöitä. Uudistuksen myötä ei heti syntynyt eläkeläisten suurta joukkoa, vaan vielä 1950-luvun alussa enemmistö 65–69-vuotiaista miehistä ja kolmannes samanikäisistä naisista jatkoi työtekoa. (Piirainen 1974; Pulma 1994; Koskinen 1983.)

Eläketurvan ulkopuolelle olivat jääneet kaikki, joilla ei ollut palkkatyön historiaa. Heidän tilannettaan korjaamaan säädettiin vuonna 1956 kansaneläke. Eläkelainsäädäntöä on uudistettu tämän jälkeen, mutta koko väestöryhmän kannalta katsoen tärkeimmät päätökset tehtiin runsas puoli vuosisataa sitten. Iäkästä väestöstä vuosisatoja koetellut absoluuttinen köyhyys lieveni merkittävästi, ja tätä nykyä suomalaista suhteellista köyhyyttä ei niinkään leimaa vanhuus, vaan sen jakavat eri ikäryhmät, mutta sen yhtenä taustatekijänä on säilynyt alhainen työkyky. (Topo 2011; Tilastokeskus 2011.)

Eläkkeiden vaikutus näkyi viiveellä iäkkäiden ihmisten tarvitsemisessa palveluis-

sa. Köyhyyden vuoksi oli eri ajankohtina jouduttu ruotuhoidtoon, huutolaismarkkinoille, köyhäntaloihin ja kunnalliskoteihin. Vielä 1970-luvulla heikko eläketurva ja sen myötä kehnot asuinolot olivat pääsyy muuttaa kunnalliskoteihin. Kunnalliskodeille oli paljon tarvetta, ja niiden toiminnassa asukkaiden työpanos pelloilla, puutarhoissa, navetoissa, keittiöissä ja katujen puhtaanapidossa oli niin merkittävä, ettei toisinaan kunnalliskodin holhokeille anomuksista huolimatta myönnetty edes vaapaapäiviä. (Paasivaara 2002.)

Kun iäkkäiden ihmisten köyhyys vähitellen hellitti, heidän asuinolonsakin kohenivat. Iäkkäiden ihmisten kotona asumista kunnalliskotien sijaan tuki merkittävästi myös sosiaalipalveluiden ja sosiaaliturvan kehittyminen 1960- ja 1970-lukujen aikana. Sairausvakuutuslaki vuodelta 1963 ja kansanterveyslaki vuodelta 1972 takasivat perusterveydenhuollon saatavuuden, eikä tulojen pienuus estänyt näiden palvelujen käyttöä ja sairaudenhoitoa. Sosiaalihuoltolaki vuodelta 1984 takasi vähitellen myös sosiaalihuollon avopalvelut iäkkäille ihmisille. (Koskinen 1983; Topo 2011.)

Käytettävissä olevien tulojen kasvu, asuinolojen koheneminen ja terveysongelmien hoitaminen asianmukaisesti vaikuttivat kaikki osaltaan siihen, että odotettavissa oleva elinikä on noussut jatkuvasti. Samalla myös palvelujen tarve on muuttunut. Yhä pienempi osa iäkkäistä ihmisistä asuu ympärivuorokautisessa hoidossa vanhainkodeissa, tehostetussa palveluasumisessa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla, ja niihin muutetaan vaikeiden toimintakyvyn ongelmien vuoksi ja erityisesti muistisairauksien vuoksi (ks. tarkemmin Voutilainen tässä teoksessa, luku 31).

Eliniän yhtäjaksoinen piteneminen alkoi viime vuosisadan lopulla. Vastasyntyneen tytön odotettavissa oleva elinikä oli 1870-luvulla 43 vuotta ja 1920-luvulla 55 vuotta. Se nousi 70 vuoteen 1950-luvulla ja edelleen yli 80 vuoteen 2010-luvulla. 1870-luvulla syntyneen pojan keskimääräinen elinikä oli puolestaan 41 vuotta, ja se nousi 1920-luvulla 50 vuoteen, 1940-luvulla 60 vuoteen ja edelleen 1980-luvulla 70 vuoteen. Nykyisin se on 76 vuotta. Suomessa väestön ikääntyminen tarkoittaa myös sitä, että kaikkein iäkkäimpien kansalaisten eli yli 95-vuotiaiden määrä kasvaa nopeimmin. Terveyspoliittisesti väestön keskimääräinen eliniän piteneminen on ollut yksi merkittävimpiä saavutuksia. Sen taustalla on ollut taloudellinen ja yhteiskuntapolitiittinen kehitys, jossa terveyspolitiikalla on ollut oma roolinsa. (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille 2004.) Väestön ikääntyminen ei puolestaan ole seurausta vain keskimääräisen eliniän pitenemisestä vaan myös syntyvyudessa tapahtuneista muutoksista. Suuret ikäluokat ovat saavuttaneet tai saavuttamassa eläkeiän ja samalla 1970-luvulta asti lapsia on syntynyt vähemmän kuin väestön uudistumistaso olisi vaatinut. (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille 2004.)

Kohti toimintakyvyn ja terveyden edistämistä

Samalla kun väestön odotettavissa oleva elinikä on noussut, on iäkkäiden toimintakyky parantunut kaikkein iäkkäimpiä ihmisiä lukuun ottamatta. Vanhuspolitiikassa

onkin tehty erilaisia jaotteluja, jotka kuvastavat ikääntymisen kirjoa. Yhdistyneiden kansakuntien ikääntymispoliittisen asiakirjan ajatuksia mukaillen voidaan puhua kolmesta ikääntymisen vaiheesta: menevä, toimintakykyinen go go -vanhuus, heikkenevän toimintakyvyn *slow go* -vanhuus sekä toimintakyvyn vajeiden ja sairauksien leimaama *no go* -vanhuus. Tyypillistä vanhenemiselle on se, että henkilön kronologinen ikä ei paljon kerro siitä, mihin hän tuossa kolmijaottelussa sijoittuu. (Jylhä ym. 2009.)

Vanhuuden tarkastelu kokonaisuutena sai alkunsa Suomessa 1940-luvulta alkaen ja vanhuuteen sisältyvän moninaisuuden tarkastelu puolestaan 1980-luvun ja 1990-luvun taitteessa. Tämä näkyy vuonna 1996 laaditussa vanhuspoliittisessa mietinnössä toteamuksena: *Vanhuuden määrittely yleisen vanhuuseläkeikärajan perusteella on käynyt perusteettomaksi eliniän kasvun, vanhuuseläkeläisten parantuneen toimintakyvyn sekä elämäntyylin muutosten johdosta.* (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996, 3.) Samasta asiakirjasta voi lukea myös kaksi muuta keskeistä muutosta: huomion kiinnittäminen vanhuuden voimavaroihin ja iäkkäiden ihmisten tarpeiden rinnastaminen muiden väestöryhmien tarpeisiin eikä niinkään erillisenä kysymyksenä.

Terveyksipolitiikan kannalta tämä on tarkoittanut ensinnäkin sitä, että toimintakykyä on ryhdytty katsomaan laajemmin ja myös yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä (Raassina 1994). Esteettömyydestä on tullut yksi kaupunkisuunnittelun, rakentamisen ja vähitellen myös asuntotuotannon ja kaavoituksen kriteeri. Näin on edistetty sitä, että toimintakyvyn ongelmat eivät ole niin paljon arkielämän esteinä kuin aikaisemmin. Asuinympäristön esteellisyys on kuitenkin edelleen yksi iäkkäiden ihmisten huolenaihe, ja sen on arvioitu moninkertaistavan sitä, että iäkäs henkilö tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kotiinsa. Samoin muutoin puutteelliset asuinolot ja huonot julkisen liikenteen yhteydet ovat monien maaseudulla asuvien iäkkäiden ihmisten ongelmia. Oman haasteensa esteettömyydelle on tuonut tietoyhteiskunnan kehittyminen. Tietoyhteiskunnan edut ovat yhä edelleen monen iäkkään ihmisen ulottumattomissa. Keskustelun laajenemisen myötä vähitellen käyttöön on tullut termi ikäpolitiikka, joka viittaa ikääntymiseen eikä vain vanhuuteen erillisenä elämänvaiheena. (Koskinen 2007; Rintala 2005.)

Vanhuuden voimavarojen tukeminen on puolestaan näkynyt esimerkiksi eri ministeriöiden yhdessä toteuttamassa terveyden edistämisen ohjelmassa *Kunnossa kaiken ikää* sekä vuonna 2010 laaditussa ikäihmisten liikunnan kansallisessa toimenpideohjelmassa. Viimeksi mainittu on kohdistettu kolmelle eri iäkkäiden ryhmälle: eläkkeelle siirtyviin, yli 75-vuotiaisiin, joilla on alkavia toimintakyvyn ongelmia sekä niihin iäkkäisiin, jotka saavat säännöllisesti palveluja tai asuvat ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Yksi ikääntymispoliittisesti tärkeä päätös on ollut korkeimman opetustoiminnan avaaminen iäkkäille niin sanottujen kolmannen iän yliopistojen kautta. Suomessa on poikkeuksellisen vahvat aikuisopiskelun perinteet ja siinä yli 65-vuotiaiden opiskelijoiden osuus merkittävä. Terveyksipolitiikan näkökulmasta nämä ovat esimerkkejä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävästä toiminnasta, jota eri sektorit tekevät yhteistyössä.

Ikääntymispolitiikka oli Suomessa aluksi YK:n ja sen alajärjestöjen myötävai-

kutuksella syntyynyttä toimintaa. Näiden rinnalle ovat EU-jäsenyyden kautta tulleet erilaiset eurooppalaiset ohjelmat, kuten aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden teemavuosi 2012. Tärkeimmät ikääntymis- ja vanhuspoliittiset käytännön toimet tehdään kuitenkin kuntien tasolla. Kuntien harjoittamaan ikäpolitiikkaan on järjestelmällisesti kiinnitetty huomiota viimeisten kymmenen vuoden ajan. Kunnat laativat ikäpoliittisia strategioita ja niissä toimii vanhusneuvostoja. (Virnes ym. 2006.) Haasteena on nimenomaan se, että ikäpolitiikka olisi käytännössä muutakin kuin suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon painopisteistä ja niiden toteuttamisesta. Monen kunnan suunnitelmat sisältävätkin toimia asuinolojen ja liikenneyhteyksien sekä liikuntamahdollisuuksien kehittämiseksi. Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen kannalta olennaisia kysymyksiä ovat osallisuuden ja sosiaalisesti aktiivisen elämän tukeminen, johon on toistaiseksi kiinnitetty vain vähän huomiota kuntien ohjelmissa.

Haasteena eriarvoisuus

Vaikka absoluuttinen köyhyys on Suomessa harvinaista, on eriarvoisuus edelleen vanhuuteen liittyvä kysymys. Jo pelkästään suuret erot sosiaaliryhmien välisessä kuolleisuudessa tarkoittavat sitä, että vanhan vanhuuden saa elää todennäköisemmin pitemmän koulutuksen saanut ihminen kuin vain peruskoulutuksen saanut. Samoin toimintakyvyn ongelmat ja monet sairaudet vaivaavat enemmän lyhyemmän kuin pitemmän koulutuksen saaneita. Tämän ilmiön taustalla on monia tekijöitä, kuten aikaisemmat työolot ja työn raskaus sekä elämäntavat. Osaltaan kuolleisuuden, sairastavuuden ja toimintakyvyn ongelmien taustalla ovat erot palveluiden saatavuudessa ja laadussa, kuten yli 65-vuotiaiden pitkäaikaissairautta sairastavien vaikeudet saada kuntoutuspalveluita.

Tilastokeskuksen (2011) mukaan yli 75-vuotiaiden pienituloisuus on muuhun väestöön verrattuna suurempaa, mutta ero on pienentynyt. Leskeksi jääminen iäkkäänä on edelleen usein pienituloisuuden taustalla. Työikäisen väestön keskittyminen kaupunkeihin ja taajamiin on puolestaan luonut Suomeen alueita, joissa huoltosuhte eli alle 15- ja yli 65-vuotiaiden suhde 100 työikäistä kohti on jo lähempänä 60:tä, kun se koko maassa on noin 50. Kunnittain tarkastellen erot ovat vielä suuremmat ja ne vaihtelevat 89:n ja 39:n välillä (<http://www.findikaattori.fi/fi/32>). Seuraavien vuosikymmenten aikana huoltosuhteen oletetaan muuttuvan epäedullisemmäksi. On selvää, että kuntien kyvyt vastata iäkkäiden ihmisten tarpeisiin vaihtelevat suuresti. Terveyspolitiikan kannalta on mielenkiintoista nähdä, onnistutaanko kuntauudistusten avulla hillitsemään eriarvoisuuden kasvua tältä osin. Kaikkein olennaisinta on kuitenkin se, että erilaisissa elämäntilanteissa olevat iäkkäät ihmiset saavat tukea oman terveytensä ja toimintakykynsä edistämiseen.

Ikääntymisen lääketieteellistyminen on liittynyt väestön ikääntymiseen ja iäkkään väestön tulotason nousuun sekä lääketieteellisen teknologian kehittymiseen. Huomio

on näin kääntynyt yhä enemmän lääkkeellisen ennaltaehkäisyn mahdollisuuksiin sekä itse ikääntymisprosessin hidastamisen mahdollisuuksiin. Medikalisaation seuraukset eivät kuitenkaan rajoitu vain lääketieteelliseen toimintaan, vaan ne heijastuvat koko yhteiskuntaan painottaen yksilöllisiä syitä terveyden ja sairauden selittäjinä. Toisaalta iäkkäiden ihmisten terveysongelmat voivat medikalisoivan keskustelun hyvänä sivuvaikutuksena saada nykyistä enemmän huomiota terveydenhuollossa.

Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn yksi suuri haaste on mielenterveyden edistäminen. Suomi kiinnitti iäkkäiden ihmisten mielenterveyteen ja sen edistämiseen huomiota ollessaan Euroopan unionin puheenjohtajamaana vuonna 1999. Siitä huolimatta teema puuttuu monista kansallisista ja alueellisista ikäpoliittisista strategioista. Iäkkäiden ihmisten mielenterveyden ongelmien tunnistamisessa on puutteita, ja siten on myös ymmärrettävää, että iäkkäiden mielenterveyden edistämiseen ei tartuta tai osata tarttua. Viime vuosina tähän ongelmaan on kehitetty muutamia toimintamalleja, joiden avulla iäkkäiden ihmisten mielenterveyden ongelmiin voitaisiin puuttua ja mielenterveyttä edistää. Toinen keskeinen haaste on muistisairauksien ennaltaehkäisy ja sairastuneiden toimintakykyä tukeva hoito ja palvelu. Kansallinen muistiohjelma julkaistiin vuonna 2012 juuri tämän kasvavan terveysongelman vuoksi. (STM 2012.)

Suomessa yksinasuminen on poikkeuksellisen yleistä ja yli 65-vuotiaista kolmannes asuu yksin. Yksinasuminen on vielä yleisempää 75 ikävuoden jälkeen. Terveyspolitiikan kannalta yksiasuvien iäkkäiden ihmisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on tärkeää silloinkin kun taustalla on pitkäaikainen ja etenevä sairaus. Näin voidaan edistää hyvinvointia ja samalla hillitä palveluiden tarvetta. Koska yksinasumisen taustalla on iäkkäillä ihmisillä usein puolison menettäminen ja pienituloisuutta, on senkin vuoksi olennaista löytää tavat tukea heitä.

Ikääntyneet ihmiset kertovat lähes kaikkialla maailmassa kokevansa syrjintää korkean ikänsä vuoksi, vaikka YK:n yleiskokous hyväksyi vuonna 1991 ikääntyvien oikeuksien kunnioittamisen periaatteet. Suomessa ei muun muassa perustus- ja rikoslain suojakaan ole poistanut ikäsyrjintää, vaan se on kulttuurissamme vaikuttamassa käytännön toimintaan. (Jyrkämä & Nikander 2007.) Terveyspolitiikan kannalta ikäsyrjintä on ongelma ja se haittaa terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. Se näkyy esimerkiksi ympärivuorokautisessa hoidossa olevien puutteellisina asuinoloina ja heidän terveydenedistämisensä väheksymisenä. Samoin se näkyy iäkkäiden omaishoitajina toimivien ihmisten vähäisinä tukipalveluina, joka osaltaan heikentää heidän toimintakykyään ja terveyttään. Se näkyy myös siinä, että arviolta vain puolet iäkkäistä muistioireista kärsivistä ihmisistä saa asianmukaisen oiretunnistuksen ja hoidon. (STM 2012.)

Ikäsyrjinnän vähentämisen vaikeudet lienevätkin osittain vuonna 2012 tekeillä olevan iäkkäiden palveluihin liittyvän lainsäädäntötyön taustalla. Yhteiskuntapoliittisesti tarkastellen erillislain säätäminen varmistamaan iäkkään väestön jo suureksi osaksi muuallakin lainsäädännössä taatut oikeudet on selvä poliittinen muutos. Suomessa on poliittisella ja lainsäädännön tasolla jo pitkään pyritty tarkastelemaan

ikäntyneiden ihmisten tarpeita ei niinkään kronologiseen ikään liittyvinä vaan voimavaroihin, toimintakykyyn ja terveyteen liittyvinä kysymyksinä. On kuitenkin selvää, että ikäsyrynnän vähentäminen on olennainen osa kestäväää terveyspolitiikkaa nopeasti ikääntyvässä Suomessa.

Lähteet

- Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille – valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta (2004) Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27/2004. Helsinki.
- Jylhä, Marja & Vuorisalmi, Merja & Luukkaala, Tiina & Sarkeala, Tytti & Hervonen, Antti (2009) Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee – 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. Suomen Lääkäri-lehti, 64(25), 2285–90.
- Jyrkämä, Jyrki & Nikander, Pirjo (2007) Ikäsyryntä, ageismi. Teoksessa Lepola, Outi & Villa, Susan (toim.) Syryntä Suomessa 2006. Helsinki: Ihmisoikeusliitto ry.
- Koskinen, Simo (1983) Vanhusten asema Suomessa 1800-luvulta nykypäivään. Teoksessa Ruth, Jan-Erik & Heikkinen, Eino (toim.) Vanhuus Suomessa. Helsinki: Weilin + Göös.
- Koskinen, Simo (1994) Gerontologinen sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena. Acta Universitatis Lapponensis; 3. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Koskinen, Simo (2007) Gerontologisen sosiaalityön muotoutuminen: Kansainvälisiä ja kansallisia kehityslinjoja. Teoksessa Sepänen, Marjaana & Karisto, Antti & Gröger, Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö: Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Paasivaara, Leena (2002) Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta: Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Acta Universitatis Ouluensis; Medica D 707. Oulu: Oulun yliopisto.
- Piirainen, Vesa (1974) Vaivahoidosta sosiaaliturvaan: Sosiaalihuollon ja sen työntekijöiden historiaa Suomen itsenäisyyden ajalta. Hämeenlinna: Karisto.
- Pulma, Panu (1994) Vaivaisten valtakunta. Teoksessa Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Merja & Urponen, Kyösti (toim.) Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Raassina, Anne (1994) Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1994:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rintala, Taina (2005) Euroopan unionin sosiaalipoliittiset linjaukset ja suomalainen vanhuspolitiikka. Yhteiskuntapolitiikka, 70(4), 396–410.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö), Komiteamietintö 1996:1, Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001: Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö, Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012). Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi (2012) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkossa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf
- Tilastokeskus (2011) Tulonjakotilasto 2009. Suomen virallinen tilasto. Helsinki. Verkossa: www.stat.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_fi.pdf. http://www.stat.fi/til/tjt/index_en.html.
- Topo, Päivi (2011) Social Protection of Older People in Finland from the Eighteenth to the Twenty-First Centuries: Messages for Current Policy and Practice from an Historical Analysis. British Journal of Social Work, June, 41(5), 876–893.
- Virnes, Eevaliisa & Sahala, Heli & Majoinen, Kaija & Laukkanen, Heidi (toim.) (2006) Ikäpolitiikka kunnissa: Strategia johtamisen tukena. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

14 Ympäristöterveys ja terveysvalvonta

Ympäristö, ympäristöterveys ja ympäristölääketeiede

Lääketieteessä ympäristökäsitettä on usein pyritty rajaamaan koskemaan vain esimerkiksi fyysisiä, yksilön elintapoja laajempia elinympäristöön liittyviä terveystekijöitä. Ympäristökäsitteen sisältö on kuitenkin aikakausiin sidottuna muuntunut. Yhteiskunnallinen kehitys on viime vuosina korostanut myös psyykkisen ympäristön vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin.

Ympäristöterveyteen sisältyvät sellaiset ihmisen terveyden ja sairauden näkökulmat, joihin ympäristötekijät vaikuttavat. Sillä tarkoitetaan myös teoriaa ja käytännön toimenpiteitä, joilla arvioidaan ja hallitaan ympäristössä olevia terveyteen vaikuttavia tekijöitä (WHO 1990). Suomessa edellä esitetty WHO:n määritelmä sisältyy terveydensuojelulakiin (1994), jonka perusteiden mukaan terveyteen vaikuttavia ympäristötekijöitä ovat fyysikaalisten, biologisten ja kemiallisten tekijöiden lisäksi myös fyysinen ympäristö sekä ympäristön psykologiset, sosiaaliset ja esteettiset tekijät. Ympäristöterveyteen ei lueta elintapoihin kuuluvia asioita, kuten tupakointia tai epäterveitä ravintotottumuksia. Siihen luetaan kuitenkin elintapojen aiheuttama ympäristöperäinen altistuminen, kuten passiivinen tupakointi tai liikenteen aiheuttamien ilmansaasteiden ja melun esiintyminen tai tapaturmavaara.

Ympäristölääketeieteestä oppialana alettiin Suomessa puhua 1970–80-lukujen vaihteessa. Ympäristölääketeieteelle ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Se voidaan esittää alana, joka tutkii ympäristölle haitallisia muutoksia, niiden torjuntaa ja vaikutuksia terveyteen (Santti & Tenovuo 1985; Mussalo-Rauhamaa & Vuorinen 1990). Se voidaan myös määritellä ympäristön ja terveyden välisiä suhteita tutkivaksi lääketieteen osa-alkaksi (Mussalo-Rauhamaa & Jaakkola 1993). Useat ensimmäiset englanninkieliset ympäristölääketeieteen nimellä ilmestyneet oppikirjat olivat luonteeltaan epidemiologisia, tautilähtökohtaisia. Vielä 1990-luvulla ilmestyi kyseisenlaisia oppikirjoja (Foster 1992). Tämä juontui siitä, että oppihistoriallisesti ympäristölääketeiede eriytyi terveydenhuolto-opista eli hygieniasta. Hygienian opetuksen nimike vaihdettiin Suomessa lääketieteellisissä tiedekunnissa 1970-luvulla nimikkeeksi kansanterveystiede, jonka piirissä perustettiin myöhemmin muun muassa sosiaali-, ja työlääketeieteen virkoja.

Ympäristön terveysvaikutus – painotusten muuttuminen ajassa

Ympäristön aiheuttamien terveysongelmien hahmottumisen on esitetty jakautuvan länsimaisessa lääketieteessä neljään vaiheeseen (Vuorinen ym. 2007). Ensimmäinen vaihe, kokonaisvaltaisen hippokraattisen ympäristöterveydellisen ajattelun vaihe, ulottui antiikista 1800-luvun puoliväliin. Toinen vaihe, yleinen hygieniavaihe, kesti 1800-luvun puolivälistä vuoteen 1950. Tuolloin päähuomio oli elintarvikkeiden, veden ja ilman välityksellä leviävissä biologisissa terveysriskeissä. Kolmas vaihe, eriytyvän, lähde- ja päästökohtaisen ympäristölääketieteen vaihe, alkoi 1950-luvulla ja se kesti 1990-luvulle, jolloin päähuomio kiinnitettiin ympäristön kemiallisiin ja fyysikaalisiin terveysvaaroihin. Neljännessä vaiheessa, joka edelleen jatkuu, on pyrkimys kokonaisvaltaiseen ympäristöterveyden käsitteeseen, ja se on ollut vallitseva painotus 1990-luvulta saakka.

Antiikin aikana syntyi käsitys siitä, kuinka luonnon ympäristö keskeisesti määrittää ihmisen terveyden (Vuorinen ym. 2007). Vaikuttavia tekijöitä olivat vuodenajat, paikkakunnan sijainti tuuliin ja ilmansuuntiin nähden, vesi, maaperä ja väestön elintavat. Euroopassa 1700-luvulta lähtien alettiin esittää ajatuksia julkisen vallan velvollisuuksista ja toimista ihmisten terveydestä huolehtimiseksi. Saksassa ja Ranskassa syntyi käsite *medicinischer Polizey*, la *police medicale*. Ruotsiksi tämän nimitys oli *sundhets polis* tai *medicinal polis* ja suomeksi terveyspoliisi. Näiden tehtäviin kuului muun muassa ympäristöterveydestä huolehtiminen.

Yleinen hygieniavaihe

Hygienia eli terveydenhuolto-oppi tai oppi ennaltaehkäisevästä terveydenhoidosta nousi 1800-luvun lopulla lääketieteen piirissä hallitsevaksi oppialaksi. Ympäristöterveydelliset asiat saivat tuolloin kautta aikain verrattuna suurimman painotuksensa omaksutussa terveyspolitiikassa. Hygienia-ajattelun pyrkimyksenä oli koko yhteiskunnan järjestäminen ennaltaehkäisevän terveydenhuollon oppien mukaiseksi (Hjelt 1911, 404). Hygienian tehtävänä oli terveyden säilyttäminen ja edistäminen, ja se sisälsi lähinnä ympäristön biologisten terveysriskien selvittämisen ja torjumisen. Hygieniaopin katsotaan usein alkaneen 1830-luvun Englannista, jossa koleran aiheuttamat sairastumisten ja kuolemien paikalliset vaihtelut johtivat huomaamaan huonojen elinolojen yhteyden kuolleisuuteen (Harjula 2007). Kuitenkin myös Ranskassa hygienialiike oli kehittynyt jo 1800-luvun alussa. Hygienia-ajattelun perustana oli miasmateorian (*miasma* = tauteja aiheuttava ilma) havainnot huonon ilman ja tautien yhteydestä (Harjula 2007; Vuorinen 2006, 56). Bakteriologian läpimurto tapahtui kuitenkin vasta 1800-luvun loppupuolella. Mikroskooppi oli keksitty jo 1600-luvulla, mutta vasta linssien hiomistekniikan kehittyminen 1800-luvun lopulla johti mikrobiologian ja solupatologian tieteenalojen nousuun.

Mikrobiologian keksinnöt voimistivat yhteiskunnassa tarvetta tehdä hygieenisiä toimenpiteitä ja antoivat siten toimenpiteille pontta ja perusteita. Hygieniäopin läpimurtoon kytkeytyvät myös kaupungistumisen esiintuomat terveyshaitat, teollisuuden työvoimalle asettamat laatuvaatimukset ja sivistyneistön kansallisen herääminen (KM 1892:8, 20; Harjula 2007). Suomessa oli vuonna 1860 94 lääkäriä, vuonna 1870 heitä oli 123 ja edelleen vuonna 1900 lukumäärä oli vain 360 (Vuorinen 2006, 15). Lääkärikunta omaksui nopeasti 1800-luvun lopulla hygienian ja bakteriologian opit (Vuorinen ym. 2007).

Piirilääkärit hygieniä-aatteen levittäjinä

Suomessa piirilääkärit, joiden toiminta perustui vuoden 1832 piirilääkärijohtosääntöön, olivat keskeisiä hygieniä-aatteen levittäjiä. Johtosääntö velvoitti viranhaltijan ottamaan selkoa siitä, miten eri ammatit ja elinolosuhteet vaikuttivat terveydelle haitallisesti, ja ryhtymään toimenpiteisiin haittojen poistamiseksi (Relander 1992/1892). He raportoivat toimistaan lääkintätoimen ylihallitukselle (Vuorinen 2006). Heidän velvollisuuksiinsa kuului myös valvoa tehdastyöntekijöiden työoloja ja työsuhteiden vaikutusta terveyteen. Valvonta oli kuitenkin ilmeisen tehotonta jo piirilääkäreiden vähäisen lukumäärän takia (Mussalo-Rauhamaa & Vuorinen 1990). Merkittäviä käytännön toimenpiteitä alettiin tehdä vasta kun ensimmäinen terveydenhoitoasetus annettiin vuonna 1879. Asetuksesta muodostui Suomessa hygieenisyyden juurruttamisen tärkein työväline. Suomessa ympäristön terveyshaittojen ajattelun ensimmäisen ja toisen vaiheen taitekohtana voidaan siis pitää vuotta 1879.

Hygieniäopin keskeisiä työkaluja olivat tilastot, joiden perusteella eri paikkakuntien välisiä vertailuja voitiin tehdä. Kuolleisuus- ja epidemiatilastojen ohella kunkin seudun väestö-, köyhäinhoito-, elinkeino- ja asuntotilastot muodostivat lähtökohdan hygieenisille toimenpiteille ja paikkakunnan yleisen terveydentilan tarkastelulle (Vuorinen 2006). Hygieniä nähtiin myös sivistyksen ja kansallisen kunnian ohella kansan tulevaisuuden kannalta ratkaisevaksi (Harjula 2007).

Kulkutaudit

Yleisen hygieniävaiheen aikana kuolleisuus oli Suomessa selkeästi naapurimaita korkeampaa (Vuorinen 2006). Tilastojen perusteella terveysongelmana olivat erityisesti keuhkotuberkuloosi sekä äkilliset kulkutaudit, jotka nopeasti leviävänä tuottivat runsaasti kuolemia. Isorokko kyettiin torjumaan Suomessa vuonna 1883 pakolliseksi säädetyn ja alueittain asteittain toteutetun rokotuksen avulla. Kolera, joka on *Vibrio cholerae* -bakteerin tartunta, aiheutti runsaasti ongelmia. *Salmonella typhi* -bakteerin aiheuttamaa lavantautia esiintyi myös runsaasti. Vaikea yksittäinen lavantautiepiemia oli muun muassa vuosina 1915–1916 Tampereella. Sukupuolitau-

teja pidettiin myös tuhoisina yhteiskunnan kannalta, vaikka ne eivät näkyneetkään kuolintilastoissa. Kansantaudin asemaan nousi 1900-luvun alussa tuberkuloosi. Tautia ilmeni monesti parhaassa työiässä olevilla, 20–40-vuotiailla. Muuhun Eurooppaan verrattuna Suomessa oli 1930-luvulla tuberkuloosia poikkeuksellisen runsaasti. Ensimmäiset tuberkuloosiparantolat perustettiin Suomeen vuonna 1903. Sairastuneiden parantolahoitoa ei kuitenkaan pidetty riittävänä toimenpiteenä. Toiminnan päämääränä oli taudin hävittäminen kokonaan tartuntoja ehkäisemällä. Vielä 1920-luvulla joka yhdeksäs lapsi kuoli ennen ensimmäistä ikävuottaan (Harjula 2007). Lastenhuollon vaikuttajat ”suomalaisen neuvolan isä” Arvo Ylppö ja Armas Ruotsalainen, joka laati muun muassa *Terveysopillisia kertomuksia Suomen lapsille*, painottivat töillään ja kirjoituksillaan lapsikuolleisuuden vähentämisen tärkeyttä.

Terveys- ja kunnallislautakunnat

Suomessa vuonna 1879 säädetty terveydenhoitoasetus määräsi, että kuhunkin kaupunkikuntaan oli nimitettävä erityinen terveyslautakunta valvomaan paikkakunnan terveydellisiä oloja, ja maaseudulla nämä velvollisuudet sisällytettiin kunnallislautakunnan tehtäviin. Elinympäristön terveysongelmat kärjistyivät alueilla, joissa nopea väestönkasvu lisäsi asumistiheyttä, asuntoja rakennettiin huonoille rakennusmaille ja tiiviisti (Harjula 2003). Voimakas muuttoliike yhdistettiin myös kulkutautien leviämiseen. Tämän vuoksi vuosisadan vaihteessa yleisen hygienian pääpaino asetettiin kaupungeissa pihojen ja kujien puhtauden vaalimiseen. Vuoden 1879 terveydenhoitoasetus edellytti, että kaupunkien tuli laatia viemärisuunnitelma kymmenen vuoden kuluessa. Rakennustyöhön ryhtyminen riippui kuitenkin kaupungin taloudellisesta tilanteesta. Terveyslautakuntien tuli suojata kaivot ja lähteet siten, ettei maanpäällinen vesi ja lika pääse valumaan niihin, ja tarvittaessa sulkea terveydelle vahingolliset kaivot. Erityisesti kaupunkilaisten terveyden turvaamiseksi tuli tuottaa väestölle puhdasta vettä, jolla kaupunkien saasta huuhdottaisiin viemäreiden kautta pois. Vedellä huuhdeltavat käymälät alkoivat yleistyä kaupungeissa 1900-luvun alussa, ja vasta myöhemmin niitä otettiin käyttöön myös maaseudulla. Järjestelmällinen vesijohto- ja viemäriverkoston rakentaminen toteutui Suomen kaupungeissa 1800-luvun lopussa ja 1900-luvun alussa (Nygård 2004; Katko 1996).

Asunto- ja elintarvikeolojen katsottiin olevan yleisen ja yksityisen terveydenhoidon välimaastossa, niitä pidettiin lähinnä jokaisen perheen yksityisasiana (Harjula 2003). Epäterveellisen asunnon tuntomerkeiksi nimettiin valon, ilman ja lämmön puute, kosteus, siivottomuus sekä rakennuksen heikko laatu. Terveyslautakunnalle säädettiin oikeus kieltää tällaisen asunnon käyttö tai vuokralle antaminen.

Vuonna 1927 uusitussa terveydenhoitolaissa maalaiskunnilla oli edelleen kaupunkien väljemmät vaatimukset hygienian suhteen, esimerkiksi asemakaavalaki ja lihatarkastuslaki koskettivat yksinomaan kaupunkia (Harjula 2007). Tämä johti siihen, että kaupunkia alettiin pitää hygienian malleina ja painopiste yleisessä hygie-

niatyössä siirtyi maaseudulle. Siellä asunto- ja terveysoloja ryhdyttiin tarkemmin selvittämään 1930-luvun lopulla. Suomenkieliselle väestölle jakoi terveydenhoidon tietoa vuonna 1889 perustettu Terveydenhoitolehti ja ruotsinkielisille 1891 perustettu Tidskrift för hälsovård.

Suomalaisen terveyspolitiikan painopiste oli hygieniavoimien yleisen hygieniavaiheen alkuvuosikymmeninä, 1800-luvun lopusta 1920-luvulle (Harjula 2007). Rotuhygieniä valtasi ajattelua 1920-luvulla ja 1940-luvulla keskeinen teema oli väestöpolitiikka. Terveyspalvelupolitiikka 1960-luvulla ja yhteiskuntapolitiikka 1970-luvulla siirsivät painopisteen pois ympäristöterveydestä. Yksilön vapauden ja vastuun politiikka 1990-luvulla vaikuttivat siihen, että ympäristöterveyden merkitys terveyspolitiikan valtavirrassa edelleen väheni.

Jo 1900-luvun alussa esiintyi ajattelumalleja, joita kutsutaan sosiaalihygieniaksi. Alettiin keskustella yhteiskunnallisten olojen yhteydestä terveyteen ja lääkäreiden roolista muutoksen alulleaattajana. Esimerkiksi lääkäri Albert Palmberg kritisoi tuberkuloosityötä liiasta yksilökohtaisuudesta ja sosiaalisiekköjen laiminlyönnistä. Hän peräänkuulutti terveellisen rakentamisen ja asumisen yhteiskunnallista tukemista ja valvontaa. Vuoden 1924 tuberkuloosikomitea suositteli myös halpojen, terveellisten ja riittävän suurien asuntojen rakentamista valtion tuella. Keskustelu sosiaalihygieniasta jäi kuitenkin vaikutukseltaan vähäiseksi 1920–1930-luvuilla. (Harjula 2007.)

Teollistuneen Suomen merkittävimällä teollisuuden alalla, puunjalostusteollisuudessa, selluloosan tehdasmaisen valmistus aloitettiin Valkeakoskella vuonna 1880. Puunjalostusteollisuudessa hajurikkiyhdisteiden mahdollisista terveysvaikutuksista alettiin keskustella 20 vuotta myöhemmin vuonna 1908. Näistä yhdisteistä ei voitu professori Kompan komitealausannon mukaan todeta olevan mahdollisia haittoja kuin ”naisille, lapsille ja hermostuneille”. (Vuorinen 2007.)

Elintarvikkeiden valvonta tehostui, kun Suomeen perustettiin valvontayksiköitä. Helsingin kaupungin elintarvikkeiden tutkimusasema aloitti toimintansa vuonna 1824, ja yleinen lihantarkastus aloitettiin Oulussa vuonna 1898. Helsingin kaupungin vesilaitoksella veden säännöllinen kemiallinen tutkiminen alkoi vuonna 1882 ja bakteriologinen tutkimus vuonna 1889. Helsinkiin perustettiin eläinlääkärin johtama maidontarkastamo vuonna 1922. Turkuun maidontarkastamo oli perustettu jo vuonna 1916. Kulutusmaidon pastörointia ja pakkaamista tehtiin kattavasti kuitenkin vasta 1950-luvulla. (Vuorinen ym. 2007.)

Eriytyvän, lähde- ja päästökohtaisen ympäristölääkietieteen vaihe

Kolmas vaihe, eriytyvän, lähde- ja päästökohtaisen ympäristölääkietieteen vaihe, alkoi 1950-luvulla ja sen mahdollisti tekniikan kehittyminen erityisesti laboratoriomittalaitteiden valmistamisen alalla. Yhä pienempiä pitoisuuksia aineista ja

yhdisteistä kyettiin määrittämään. Voimistuva teollistuminen, puunjalostus- ja metalliteollisuuden kasvu, liikenteen lisääntyminen ja 1960-luvun voimakas kaupunkistuminen synnyttivät laitetekniikan kehityksen ohella edellytykset etenkin kemiallisiin ja fyysikaalisiin vaikutuksiin painottuvan ympäristölääketehteen nousulle.

Kemiallisiin aineisiin liittyvän lääketieteellisen tiedon keruuta edisti myös työterveyshuollon ja työterveyskysymysten tutkimisen nousu 1940-luvulta lähtien, ja pääosa varhaisista ympäristön kemiallistumista koskevista keskeisistä tutkimuksista tehtiin Työterveyslaitoksessa. Ympäristön kemiallistuminen nähtiin kuitenkin Suomessa aina 1960-luvulle asti lähinnä myrkytys- ja työterveysongelmana. (Vuorinen ym. 2007.)

Uudet torjunta-aineet, tuholais- ja kasvimyrkyt sekä koneet edistivät tehokkuuden ja tehoviljelyn kasvua maataloudessa ja antoivat keinoja myös maailmanlaajuisten terveysongelmien torjuntaan. Ydinkokeet herättivät huomaamaan säteilyvalvonnan tärkeyden. Alkuaineiden ja yhdisteiden havaitsemisen lisäksi huolta ympäristön terveysvaikutuksista tuotti muuttunut käsitys kynnsarvoista. Alettiin epäillä, että säteilylle tai kemiallisten aineiden terveysvaikutuksille ei olisikaan kynnsarvoa ja että myös pieni altistus saattaisi johtaa terveyshaittoihin.

Suuri osa ympäristöhygieniatyöstä eriytyi 1900-luvulla vähitellen hallinnollisesti usealle ammattikunnalle, muun muassa vesi- ja jätehuollosta vastasivat insinöörit ja lihan- ja maidontarkastuksesta vastasivat eläinlääkärit. Lääkäreille jäi tartuntataudit ja epidemiat, joiden hallinnassa painottuivat lääkkeet ja rokotukset.

Ympäristöterveyden kentän tehtävistä siirtyi 1970–1980-luvun vaihteessa myös osa uusille ympäristön suojeluun keskittyneille toimijoille. Suomessa vesilain voimaantulo 1960-luvun alussa myötävaikuttanut ympäristönsuojelutyön alkamiseen. Ympäristönsuojelun ohjaus ja hallinto koottiin vuonna 1983 perustettuun ympäristöministeriöön.

Ympäristölääketehteen alkoi erottua omana lääketieteellisenä kokonaisuutenaan, kun ympäristöhygienian ja ympäristölääketehteen oppialojen väliin vedettiin määritelmällisiä rajoja siten, että ympäristöhygienian sisältää ympäristön kemiallisten, fyysikaalisten ja biologisten terveysvaarojen mittaus- ja torjuntatekniikan. Ympäristölääketehteen pyrkii epidemiologisen ja toksikologisen tiedon pohjalta arvioimaan näiden ympäristötekijöiden aiheuttamaa terveydellisestä riskiä.

Ympäristön terveysvaaroja tutkivat laitokset

Vuonna 1982 Kansanterveyslaitoksen (KTL) yhteyteen perustettiin Kuopioon ympäristöhygienian ja toksikologian osasto. Nykyisin tartuntatauteja koskevissa asioissa yhteistoimintaviranomainen on Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, joka muodostettiin vuoden 2009 alussa yhdistämällä Kansanterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). Säteilyaltistuksen seuraamista varten on ympäri vuorokautinen valvontajärjestelmä, josta huolehtii Säteilyturvakeskus. Li-

säksi maassamme on Työterveyslaitoksen koordinoima kemiallisten uhkien osaamiskeskus (C-osaamiskeskus), joka myös päivystää ympärivuorokautisesti.

Kansallinen ympäristöterveysohjelma

Vuoden 1999 Suomen hallitusmuodon muutoksessa on nähtävissä yhteiskunnallisten asenteiden muuttuminen ympäristöterveyteen. Perustuslain 20 §:n mukaan julkisen vallan on pyrittävä turvaamaan kaikille suomalaisille oikeus terveelliseen ympäristöön ja mahdollisuus vaikuttaa elinympäristöön koskevaan päätöksentekoon. 1990-luvun lainsäädäntömuutoksissa useihin lakeihin, muun muassa ilmoitus- ja lupamenettelyihin, lisättiin kansalaisten kuulemismenettely. Kesäkuussa 1994 Euroopan terveys- ja ympäristöministerit pitivät Helsingissä Euroopan ympäristöterveys -kokouksen, jossa jäsenmaat sitoutuivat laatimaan ympäristöterveysohjelmat. Suomessa oli jo vuonna 1993 nimitetty ohjelmaa laatimaan kansallinen ympäristöterveystoimikunta, jonka tehtävänä oli kartoittaa keskeiset terveysvaarat ja koota tutkimustarpeet sekä toimet ympäristöterveysriskien vähentämiseksi ja ympäristöterveyden korkean tason säilyttämiseksi.

Toimikunta antoi mietintönsä 1997 (KM 1997, 8). Mietinnön mukaan talousveden laatu, elintarvikkeiden turvallisuus ja terveellisyys sekä säteilyturvallisuus ovat ympäristöterveyden keskeisiä alueita, joilla saavutettu korkea taso tulee säilyttää. Sisäilman ja yhteiskuntailman laatu, meluhaitat, tapaturmat ja onnettomuudet sekä ympäristön psyykkiset ja sosiaaliset terveysriskit ovat ympäristöterveyshaittoja, joiden hallinta ja vähentäminen edellyttävät merkittäviä lisätoimia. Ympäristöterveyden edistäminen edellyttää myös ilmastomuutoksen ja otsonikerroksen ohentamisen torjuntaa ja terveyttä edistävien ajatusten huomioimista yhdyskuntasuunnittelussa ja rakentamisessa. Kansallisen ympäristöterveysohjelman mukaisesti kunnat laativat myöhemmin alueilleen omia kokonaisvaltaisia ympäristöohjelmia.

Kaksituhattaluvulla ulkoilman saasteet nousivat entistä merkittävimiksi ympäristöterveys-kysymyksiksi. Fossiilisen polttoaineen poltosta energiantuotannossa ja liikenteestä syntyy pienhiukkasia. Jo 1990-luvulla alkoi kertyä tieteellistä näyttöä siitä, että ulkoilman pienhiukkaset ovat huomattava terveysriski.

Ympäristöterveydenhuolto 2000-luvulla

Elintarviketurvallisuusviraston (Evira) tehtävänä on valtion keskushallintovirastona varmistaa elintarvikkeiden turvallisuus, edistää eläinten terveyttä ja hyvinvointia, huolehtia kasvin- ja eläintuotannon edellytyksistä sekä kasvinterveydestä. Ympäristöterveyden kannalta tärkeää on myös panostus zoonoosien, bakteerien, virusten tai alkueläinten aiheuttamien sairauksien torjuntaan. Niiden, samoin kuin muiden eläintautien torjuntaan on Suomessa rakennettu ympärivuorokautinen läänineläin-

lääkäreiden päivystys, Eviran päivystys ja Euroopan yhteisössä eläintautien ilmoitusjärjestelmä ADNS (Animal Disease Information System).

Ympäristöterveydenhuollon yhteinen valtakunnallisen valvontaohjelman laadittiin 2007 (Eviran julkaisuja 18/2007). Siinä määritellään ympäristöterveydenhuollon yhteiset periaatteet toimialakohtaisille valvontaohjelmille ja ympäristöterveydenhuollon lainsäädännössä tarkoitettujen kunnallisten valvontaviranomaisten suorittamalle valvonnalle.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot, entiset lääninhallitukset, ohjaavat ja valvovat kuntien terveydensuojeluviranomaisia terveydensuojelulain toimeenpanossa. Jatkuvasti päivitettävän valtakunnallisen terveydensuojelun valvontaohjelman (STTV 2007) tavoitteena on ohjata kuntien terveydensuojelun valvontaa, edistää sen suunnitelmallisuutta, laatua ja yhtenäisyyttä. Sen perusteella kunnan ympäristöterveydenhuollot ovat laatineet omat valvontasuunnitelmansa, joita aluehallintovirastot ovat arvioineet.

Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kansanterveystyö on yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä ja sairauksien ja tapaturmien ehkäisemistä. Elinympäristön laadun valvonta on siten ennaltaehkäisevää kansanterveystyötä. Yksilön ja hänen elinympäristönsä terveydensuojelusta säädetään terveydensuojelulaissa (763/1994), elintarvikelaissa (361/1995), eläimistä saatavien elintarvikkeiden elintarvikehygieniasta annetussa laissa (1195/1996), kulutustavaroitten ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta annetussa laissa (75/2004), toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetussa laissa (693/1976), kemikaalilaissa (744/1989) ja eläinlääkintähuoltolaissa (685/1990).

Ympäristöterveydenhuollon ensisijaisena tavoitteena on suojella ja edistää terveyttä ehkäisemällä ja hoitamalla ympäristön terveydellisiä haittoja ja ylläpitämällä terveellistä ympäristöä. Ympäristöterveydenhuolto on käytännössä valvontaa ja hallinnointia, joiden kautta toteutetaan ympäristöterveydenhuollolle asetettuja tavoitteita (Laiho ym. 2006). Se voidaan jakaa useaan osa-alueeseen: yhdyskuntasuunnittelu, asunto-olot (rakentaminen ja asunnontarkastustoiminta), jätehuolto, ilma (ulkoilma ja sisäilma), vesi (talous- ja jätevesi), maaperähygieniä, kemikaali- elintarvike-, kulutustavara- ja säteilyvalvonta, tapaturmantorjunta, työympäristö, eläinlääkintähuolto ja ympäristöonnettomuudet (Pönkä 1998). Kunnallinen ympäristöterveydenhuolto toimii kuitenkin kapeammin keskittyen talousveden, uimaveden, jäteveden ja jätteiden terveysvaikutuksiin, kemikaali-, elintarvike- ja säteilyvalvontaan, tuoteturvallisuuteen, sisäilmaan sekä eläinlääkintähuoltoon.

Euroopan unioniin liittymisen vaikutuksia

Euroopan unioniin liittymisen seurauksena Suomen kansallista lainsäädäntöä muutettiin harmonisoimalla se yhteisön lainsäädäntöön. Tämä johti muutoksiin ympäristöterveydenhuollon toiminnassa. Lakien tulkinta, tiedon hankinta ja lain sovel-

tamisen periaatteiden luominen siirtyi yhä enemmän kuntiin (Laiho ym. 2006). Vuonna 1995 tapahtuneen Euroopan unioniin liittymisen seurauksena muun muassa terveydensuojelulakia jouduttiin muuttamaan, mikä osaltaan vaikutti siihen, että terveydensuojeluviranomaisten antamista monista lupamenettelyistä osin luovuttiin ja siirryttiin ilmoitusmenettelyyn. Euroopan unioniin liittymisen toi lainsäädäntöön myös omavalvonnan. Omavalvonta perustuu Euroopan unionin hygieniadirektiiviin ja kansalliseen terveydensuojelulakiin, elintarvikelakiin ja eläimistä saatavien elintarvikkeiden elintarvikehygieniasta annettuun lakiin. Omavalvonnan sa elinkeinonharjoittaja itse valvoo ja varmistaa tuotteensa laadun ja turvallisuuden samoin kuin myyntiolosuhteiden asianmukaisuuden. Omavalvonta on korvannut osin viranomaisvalvontaa ja vähentänyt sen tarvetta. (Vuorinen ym. 2007.)

Ympäristöterveydenhuollon valvonta-alueiden kokoaminen yhteistoiminta-alueiksi

Suomessa ympäristöterveydenhuollon sisäiset organisaatiot ovat olleet aiemmin hyvin erilaisia kuntien kokoerojen ja viranhaltijoiden määrien erojen vuoksi. Suurissa kunnissa valvontaan osallistuu kymmeniä viranhaltijoita, kun taas pienissä kunnissa valvonnasta saattoi vastata yksi osa-aikainen terveystarkastaja (Keinänen 1999). Vuonna 1997 kansanterveyslakia muutettiin niin, että ympäristöterveydenhuolto ei ole enää ollut välttämätön osa kansanterveystyötä ja se on voinut kuulua myös toisen hallinnonalan piiriin. Kunta voi hoitaa ympäristöterveydenhuollon tehtävät itse tai alueellisesti yhteistyössä muiden kuntien, kuntayhtymien tai koko maakunnan kanssa tai niin kutsutulla isäntäkuntamallilla. Vuonna 2005 noin 70 kunnalla Suomessa oli erilaisia osto- ja myyntisopimuksia ympäristöterveydenhuollon järjestämiseksi.

Vuonna 2002 valtioneuvosto antoi periaatepäätöksen, jonka tavoitteena on paikallisten kuntien vastuulla olevan elintarvikevalvonnan kokoamisen 50–85 seudulliseen toimintayksikköön (MMM 2003). Ympäristöterveydenhuollon alueellinen yhteistoiminnan kehittämiskokeiluhanke (YTAKE) pyrki lisäämään seudullisten toimintayksiköiden vapaaehtoista muodostusta. Käytännössä vapaaehtoisuus on pääsääntöisesti toteutunut, mutta vuonna 2009 valtioneuvosto lisäksi määräsi joitakin kuntia liittymään niille osoitettuihin alueellisiin yhteistoimintayksiköihin (Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueista 410/2009) ja tämän seurauksena yksikköjen määrä vähentyi runsaaseen sataan.

Ympäristöterveydenhuollon virkojen määrä oli esimerkiksi vuonna 2004 noin 1200 henkilöä, mikä on noin yksi prosentti terveydenhoidon viroista. Ympäristöterveydenhuollon kustannukset ovat noin 1,2 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista.

Uusia ohjelmia ympäristöterveyden edistämiseksi

Vuonna 2001 käynnistettiin Puhdasta ilmaa Euroopalle (Clean Air for Europe, CAFE) -ohjelma. Sen tulosten pohjalta Euroopan unioni on julkistanut arvion, jonka mukaan pienhiukkaset (alle 2,5 mikrometriä läpimitaltaan olevat hiukkaset) aiheuttavat Euroopassa jopa 350 000 ennen aikaista kuolemantapausta vuodessa (<http://ec.europa.eu/environment/archives/cafe>). Suomi on CAFE-selvityksessä arvioitu Euroopan puhtaimmaksi maaksi, jossa vuonna 2000 kuitenkin pienhiukkasten aiheuttamaksi arvioitiin lähes 1300 ennen aikaista kuolemantapausta ja yli 600 uutta kroonista keuhkoputkentulehdusta. Pienhiukkaspäästöt liittyvät erityisesti energialaitosten ja liikenteen päästöihin ja puun pienpolttoon. Viime vuosina Venäjän metsäpalojen savut ovat ajoittain nostaneet pienhiukkasten määrää Suomessa.

Johannesburgissa vuonna 2002 maailmanlaajuisessa valtionpäämiestasolla pidetyssä kestäväkehityksen huippukokouksessa sovittiin tavoitteeksi saavuttaa vuoteen 2020 mennessä kemikaalien käytön ja valmistuksen taso, jossa merkittävät haitat terveydelle ja ympäristölle minimoidaan. Suomessa ohjelman tavoitteena on toteuttaa Johannesburgissa sovittua tavoitetta siten, että kemikaalit eivät aiheuta Suomessa merkittävää terveys- ja ympäristöhaittaa vuonna 2020.

Euroopan kemikaalivirasto (European Chemicals Agency, ECHA) aloitti toimintansa Helsingissä vuonna 2007. Se on Euroopan unionin erillisvirasto, jonka tehtävänä on antaa muun muassa teknistä, tieteellistä ja hallinnollista tukea vuonna 2006 annetun, Euroopan unionissa hyväksytyt REACH-asetuksen (Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals), ohjelman toimeenpanossa. Asetuksen tarkoituksena on varmistaa terveyden- ja ympäristönsuojelun korkea taso koko EU-alueella. Ohjelman yksi osa on jo käytössä olevien aineiden arviointi ja kemikaaliriskien kontrollointi. Kemikaalien riskinhallinta Suomessa perustuu kansallisista lähtökohdista lähteviin lakeihin, Euroopan yhteisötason säädöksiin ja kansainvälisiin sopimuksiin ja niiden toimeenpanoon. Ongelmakemikaalien joutuminen ympäristöön on merkittävästi vähentynyt tähän toteutetuilla toimilla.

Energia- ja liikennepolitiikkaan, ilmanlaadun ohjearvoihin, elintarvikehuoltoon, torjunta-aineiden rekisteröintiin ja muihin yleisiin kysymyksiin liittyvistä päätöksistä ja lainsäädännöstä sovitaan Suomessa valtakunnallisesti. Kuitenkin keskeiset välittömästi ihmisten turvallisuuteen liittyvät tekijät riippuvat paikallisista päätöksistä ja paikallisesta valvonnasta (Tuomisto 2007). Juomaveden laatu on Suomessa yleisesti hyvä. Siitä huolimatta maassamme on jatkuvasti vuosittain useita vesiperäisiä ripuliepidemioita. Ravinnosta aiheutuneita ruokamyrkytystapauksia ilmoitetaan viranomaisille vuosittain tuhannesta kahteen tuhanteen. Asuntojen, koulujen ja päiväkotien kosteusvauriot ja niistä asukkaille ja väestölle aiheutuvat terveysongelmat kuormittavat paikallisia terveydensuojelu- ja terveysviranomaisia. Liikenne tuottaa kuolemia, sairastumisia ja loukkaantumisia, jotka johtuvat joko onnettomuuksista tai päästöistä. Ympäristöterveydelliset näkökohdat huomioon ottavalla liikennesuunnittelulla osa näistä voitaisiin estää.

Tuomisto, Jouko & Vuorinen, Heikki S. (toim.) Ympäristöterveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 187–220.
Vuorinen, Heikki S. (2006) Tautinen Suomi 1857–1865. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
Vuorinen, Heikki & Mussalo-Rauhamaa, Helena & Koivusalo, Meri (2007) Suomen

ympäristöterveyden historiaa ja haasteita. Teoksessa Mussalo-Rauhamaa, Helena & Paile, Wendla & Tuomisto, Jouko & Vuorinen, Heikki S. (toim.) Ympäristöterveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 222–247.

15 Infektiotautien torjunta osana terveyden suojelua

Terveiden suojelu on yksi kansanterveydellisen toiminnan kolmesta keskeisestä osa-alueesta (ks. Sihto tässä teoksessa luku 1 kuvio 1) terveyden edistämisen ja terveystalouden lisäksi. Kyseisten kolmen pääalueen toiminnot menevät osittain päällekkäin, ja ne ovat toisistaan riippuvaisia. Tavallisimmin terveyden suojeluun luetaan kuuluvaksi infektiotautien sekä kemiallisten ja säteilyaltistusten aiheuttamat ympäristöterveyshaitat ja niiden aiheuttamien tautien torjunta (ks. Mussalo-Rauhamaa tässä teoksessa, luku 14). Tässä kirjoituksessa keskitytään tarkastelemaan infektiotautien ehkäisyä ja torjuntaa terveydensuojelun osana. Käsite ”tartuntataudit” korostaa klassisia tarttuvia tauteja. Ehkäisyyn ja torjuntaan sisältyy lisääntyvästi sellaisia mikrobien aiheuttamia sairauksia, joissa aiheuttajamikrobi on saattanut kuulua pitkään kehon omaan mikrobiflooraan (esim. hoitoon liittyvät infektiot). Sen vuoksi on yhä enemmän käytetty käsitettä infektiotaudit tartuntatauti-käsitteen sijasta. Lainsäädännössä käytetään yleisesti edelleen käsitettä tartuntataudit.

Puhtaan ilman, veden ja ruoan turvaamiseen tähtäävillä toimilla on pitkä perinne. Väestön ja liikkuvuuden jatkuva lisääntyminen, kanssakäymisen tiivistyminen, ikääntyvän väestön ja terveydenhuollon teknologian kehittymisen aiheuttama infektiolle alttiin väestönosan kasvaminen, ruoka-aineiden jakeluketjuiltaan yhä globaallimmaksi muuttunut teollinen tuotanto sekä ilmaston ja ekosysteemin muutokset ovat kuitenkin luoneet olosuhteet, joissa infektiotautien merkitys globaalisti kasvaa.

Parin viime vuosikymmenen aikana ovat infektiotaudit, joihin kohdistunut kiinnostus väheni 1900-luvun puolivälistä lähtien mikrobilääkkeiden ja rokotteiden käyttöön tulon myötä, nousseet uudelleen terveyden suojelun polttopisteeseen. Syyinä ovat laajat äkilliset epidemiat kuten SARS (Sudden Acute Respiratory Syndrome), influenssapandemia, lukuisat kansainväliset elintarvikevälitteiset epidemiat sekä bioterrorismin uhka (Ruutu & Nuorti 2011). Isot vesijärjestelmien toimintahäiriöistä johtuneet juomavesiepidemiat sekä lauhdutus- ja vesijohtojärjestelmiin liittyneet legionella-keuhkokuume-epidemiat ovat osoittaneet järjestelmien haavoittuvuuden.

Terveyden suojeluun liittyvien yhteiskunnan ”turvarakenteiden” merkitys on katsottu väestön terveyden ja turvallisuuden kannalta niin tärkeiksi, että niiden toteuttamiseksi on annettu joukko täsmällisiä säädöksiä eri hallinnon aloille (Ruutu ym. 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalla tartuntatautilaki ja -asetus

ovat keskeisiä. Niiden lisäksi joukko muita hallinnonalan sekä maa- ja metsätalousministeriön hallinnon alan säädöksiä sekä joukko sitovien kansainvälisten sopimusten tai säädösten toimeenpanoa koskevia määräyksiä määrittelee terveyden suojeluun liittyviä vastuualueita.

Keskeisiä ennalta ehkäiseviä ohjelmia terveyden suojelun tavoitteiden toteuttamiseksi ovat kansallinen rokotusohjelma, elintarvikkeiden infektioriskien torjunta koko tuotantoketjussa ”pellolta pöytään”, juomaveden tuottamiseen ja jakeluun kohdistuvat toimet ja yleinen hygieniakoulutus elintarvikkeista sekä henkilöstä toiseen tapahtuvien tartuntojen estämiseksi.

Ehkäisyohjelmista huolimatta terveyden suojelun haasteina ovat yllättävät infektioepidemiat, joiden torjunta edellyttää ajantasaista tiedonkeruuta tilanteen havaitsemiseksi (Nuorti ym. 2011), ilmaantuvien vaarasignaalien merkityksen pikaisista riskinarviointia sekä usein nopeata, laajaa ja hyvin koordinoitua usean hallinnon sektorin toimintaa.

Terveyden suojeluun kuuluvan toiminnan rajaus elää jatkuvasti. Vaikka jo vuosikymmeniä on tiedetty hoitoon liittyvien infektioiden (ennen sairaalainfektiot) olevan yleisiä ja uhkaavan muiden sairauksien hoitotuloksia, oivallettiin tämä kansanterveydellisen tason ongelmaksi vasta 2000-luvulla, jolloin velvoite torjuntatoimintaan sisällytettiin säädöksiin. Matkailuterveyttä pidettiin vielä äskettäin etupäässä vapaa-ajantoimintaan liittyvänä asiana, ja se kuului yksittäisen kansalaisen ja yksityisen terveydenhuollon hoidettavaksi. Matkailun sekä siihen liittyvien infektioiden ja muiden terveysongelmien lisääntyä on tämänkin alueen ongelmien torjunnan katsottu kuuluvan kansanterveyteen. Siksi hiljattain vahvistettiin julkisen sektorin velvoitetta matkailuterveyden ehkäisevään toimintaan osana muuta kansanterveydellistä toimintaa. Terveyden suojelun alueeseen sisällytetään nykyään myös mikrobilajien lisääntyvän mikrobilääkeresistenssin seuranta ja torjunta tavoitteena säilyttää niiden käyttökelpoisuus.

Terveyden suojelun toteutus edellyttää torjuntaohjelmien, kuten rokotusten ja elintarvikehygienian, toimeenpanon monitoroinnin lisäksi herkkiä seurantavälineitä ohjelmien toimivuuden varmistamiseksi, niiden äkillisen pettämisen aiheuttaman epidemian havaitsemiseksi välittömästi ja epidemiantorjuntatoimien onnistumisen varmistamiseksi. Mikään yksittäinen järjestelmä ei kata kaikkia seurannan tarpeita. Jatkuvan laboratoriovarmistettujen tapauksien ilmoitusjärjestelmään perustuvan tartuntatautirekisterin lisäksi on käytössä elintarvike- ja vesivälitteisten epidemioiden epäilyilmoitusjärjestelmä sekä valtakunnallinen sairaalainfektioiden seurantaohjelma. Äkillisten epidemioiden havaitsemiseksi kehitetään avoterveydenhuollon käyntisyiden automatisoitua päivittäistä seuranta. Terveyden suojelu asettaa jatkuvasti muuttuvia vaatimuksia kansallisille asiantuntijalaboratorioille, joiden merkitys erityisesti maantieteellisesti laajalle sijoittuvien epidemioiden havaitsemisessa kohoaa ongelmien kansainvälistyessä ja mikrobiologisten menetelmien kehittyessä.

Infektioepidemioiden historiallisesti kansainvälinen luonne sekä ihmisten, elintarvikkeiden ja eläinten liikkuvuus yli rajojen ovat olleet pitkään perustana ter-

veyden suojelua koskeville kansainvälisille säädöksille. Maailman terveysjärjestön WHO:n jäsenmaita sitova kansainvälinen terveyssäännöstö (International Health Regulations, IHR 2005) uusittiin perin pohjin, ja se astui voimaan vuonna 2007. Se määrittelee jäsenmaiden ja WHO:n velvoitteet ja oikeudet antaen WHO:lle entistä vahvemman aseman tietojen hankinnassa. Säännöstö edellyttää jäsenmaiden kehittävän vuoteen 2012 mennessä riittävän perusvalmiuden kansainvälisen kansanterveydellisen uhkatilanteen havaitsemiseen, tilannearviointiin, torjuntaan sekä kansalliseen ja kansainväliseen koordinaatioon. Vaikka IHR:n ohjeiston sisältämät perusteet uhkatilanteen arvioimisessa painottuvat infektioauteihin, kattaa velvoite myös kemialliset ja säteilytilanteet. IHR:n voimassa olon aikana esiintyneet uhkatilanteet, joista WHO:lle on ilmoitettu kansainvälisenä kansanterveysuhkatilanteena, ovat jokseenkin kaikki olleet infektioautien aiheuttamia. Jokainen WHO:n jäsenvaltio on nimennyt kansainvälisen terveyssäännöstön kansallisen asiantuntijalaitoksen, joka Suomessa on Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tämä velvoittaa laitosta ylläpitämään jatkuvaa asiantuntijapäivystystä, joka arvioi kotimaassa syntyviä äkillisiä uhkatilanteita, osallistuu uhkia koskevaan kansainväliseen viestintään ja käynnistää tarvittaessa viiveettä kansalliset toimet.

Kansanterveys sisällytettiin EU:n toimivaltaan 1990-luvun puolivälissä. Toiminnassa yksi keskeinen alue ovat infektioaudit. Jäsenmaat velvoitettiin yli neljäkymmenen infektioaudin vakioituun seurantaan ja luotiin äkillisiä uhkatilanteita koskeva tehokas tiedonvälitys. Päätävältä terveydenhuoltoa koskevissa torjuntatoimissa on edelleen jäsenmaalla itsellään, mutta esimerkiksi elintarvikkeita koskevia sitovia, yksityiskohtiin ulottuvia säädöksiä annetaan EU:sta. Vuodesta 2005 Tukholmassa infektioautien alueella toimineen asiantuntijalaitoksen Euroopan tautikeskuksen (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) monipuolinen työ on tukenut jäsenmaiden toimien samankaltaistumista tällä terveydensuojelun sektorilla.

Lähteet

- Nuorti, Pekka & Lyytikäinen, Outi & Ruutu, Petri (2011) Tartuntatautien seuranta. Teoksessa Hedman, Klaus & Heikkinen, Terho & Huovinen, Pentti & Järvinen, Asko & Meri, Seppo & Vaara, Martti. (toim.) *Infektiosairaudet*, 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 279–285.
- Ruutu, Petri & Lyytikäinen, Outi & Kotilainen, Hannele (2010) Infektioiden torjuntaa koskevat säädökset sekä viranomais-toiminta. Teoksessa Anttila, Veli-Jukka & Hellsten, Soile & Rantala, Arto & Routamaa, Marianne & Syrjälä, Hannu & Vuento, Risto (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*, 6. painos. Helsinki: Kuntaliitto, 636–645.
- Ruutu, Petri & Nuorti, Pekka (2011) Tartuntatautien kansainvälinen torjunta. Teoksessa Hedman, Klaus & Heikkinen, Terho & Huovinen, Pentti & Järvinen, Asko & Meri, Seppo & Vaara, Martti. (toim.) *Infektiosairaudet*, 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 286–290.

16 Terveydenhuoltopolitiikka

Terveydenhuolto

Terveydenhuolto liittyy arkikielessä yleisimmin sairauksien hoitoon sekä lääkärin ja mahdollisesti muiden erityisammattilaisten toimintaan. Poliittishallinnollisena yhteiskunnan osa-alueena sillä voidaan tarkoittaa kaikkea sitä, mitä säädetään erityisillä terveydenhuollon laeilla, hallinnoidaan terveydenhuoltovastuuseen nimettyjen viranomaisten toimesta ja rahoitetaan terveydenhuoltoon osoitetuista budjeteista, rahastoista ja maksuista.

Käytännössä terveydenhuollon laeista, hallinnosta ja rahoituksesta suurin osa liittyy sairauksista aiheutuvien ongelmien ja puutteiden käsittelyyn, sairauksien hoitoon ja sairaista huolehtimiseen. Useimmiten määritelmään kuuluu myös se osa sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä, josta vastuu on annettu sairaanhoidosta huolehtiville organisaatioille ja ammattikunnille. Tällaiseen ehkäisyyn ja edistämiseen kuuluvat esimerkiksi rokotukset, terveystarkastukset, seulonnat ja terveydenhuoltohenkilökunnan antama terveystarkastus. Viime aikoina poliittishallinnollisessa keskustelussa terveydenhuollon käsitteen piirin ulkopuolelle on jäänyt yksi aiemmin siinä keskeinen yhteiskunnallinen huoltotoiminta: sairastamiseen liittyvä toimeentuloturva eli sairausajan päivärahojen tai työkyvyttömyyseläkkeiden turvaaminen sairauden vuoksi työkyvyttömälle. Toisin sanoen *terveydenhuolto on alkanut määrittyä terveydenhuollon ammattilaisten antamien hoidollisten ja ehkäisevien palvelujen tuottamiseksi, rahoittamiseksi ja sääntelyksi*. Yksinkertaistaen voisi myös sanoa, että terveydenhuolto on sitä, mitä terveydenhuollon hallinnon sääntelemässä piirissä tehdään. Terveyden edellytyksiä kyllä tuotetaan suuressa määrin myös esimerkiksi koulutuksella, sosiaaliturvalla, kulttuurilla, työllistämällä sekä asumisen edellytyksiin ja tasoon vaikuttamalla, mutta niistä huolehtimista ei useinkaan kutsuta terveydenhuolloksi.

Terveydenhuolto edellä määritellyllä tavalla on monessa suhteessa merkittävä yhteiskunnallinen instituutio. Siihen käytetään lähes 10 prosenttia bruttokansantuotteesta, Yhdysvalloissa jopa 17 prosenttia bruttokansantuotteesta (OECD 2011). Eikä kysymys ole vain bruttokansantuotteen ”käyttämisestä”. Terveydenhuollon tuottaminen on osa, lähes 10 prosentin osa, tuon saman bruttokansantuotteen tuottamista. Jos terveydenhuoltoa ei olisi, bruttokansantuote olisi 10 prosenttia pienempi. Ja yli kymmenes työvoimasta jäisi vaille työtä. Ja sadat yritykset menettäisivät asiakkaitaan. Jos terveydenhuollon menot eivät kasvaisi, myös bruttokansantuotteen kasvu jäisi pienemmäksi.

Terveydenhuolto on myös monessa muussa mielessä tärkeä osa yhteiskuntakokonaisuutta. Sen nimissä otetaan kantaa tärkeisiin yhteiskuntamoraalia koskeviin kysymyksiin, esimerkiksi siihen, mitä sisältyy hyvään (terveyden kannalta) elämään, tai tehdään rajanvetoja sen suhteen, onko jokin poikkeava käyttäytyminen ilmaus sairaudesta vai jostakin muusta (Kangas ym. 2000). Se vaikuttaa elämäntapojen ja kulttuurin muovaamiseen jopa siinä määrin, että puhutaan ”arjen medikalisaatiosta”.

Terveydenhuoltopolitiikka

Edellä mainitut esimerkit terveydenhuollon taloudellisesta, työllistävästä, yritystoiminnallisesta, yhteiskuntamoraalisesta, kulttuurisesta ja vallankäytöllisestä merkityksestä vievät pohjan pois joillakin tahoilla olevasta toiveesta, että politiikka pysyisi poissa terveydenhuollon asioiden käsittelystä. Todennäköisempää on, että kun terveydenhuollon osuus taloudesta, työllisyydestä ja arjen muovaamisessa näyttää olevan edelleen kasvussa, myös terveydenhuollon merkitys politiikassa tulee vain kasvamaan.

Myös politiikan käsite on vähintään kaksimerkityksinen. Englannin kielessä näille kahdelle merkitykselle on eri sanat: *politics* ja *policy*.

Terveydenhuoltopolitiikka *politics-merkityksessä* pitää sisällään erilaisia yhteiskunnallisia intressejä, toimijoita ja toimintaa, joilla pyritetään vaikuttamaan siihen, mitä esimerkiksi maan hallitus, terveydenhuollosta vastaava ministeriö, kunta tai terveydenhuolto-organisaation päätöksentekoelein tekee terveydenhuollolle. Voidaan yrittää vaikuttaa esimerkiksi lainsäädännön kehitykseen, budjettiin tai viranomaispäätöksiin. On oletettavaa, että terveydenhuoltopolitiikan toimijoilla on sekä yhteisiä että erilaisia tavoitteita terveydenhuollon suhteen. Joillekin esimerkiksi elinkeino- tai työllisyystavoite on tärkeämpi, joillekin rahan tai työvoiman säästäminen johonkin muuhun kuin terveydenhuoltoon tai joillekin lasten ja toisille vanhusten terveydenhuolto.

Terveydenhuoltopolitiikka *policy-merkityksessä* tarkoittaa jonkin toimijan (esimerkiksi hallitus, kunta, vakuutusyhtiö) joksikin ajaksi vakiinnutettua tavoitteita ja toimintaa koskevaa linjausta terveydenhuollon suhteen. Monesti tällainen politiikka on pyritty kirjoittamaan ohjelman, strategian tai toimintasuunnitelman muotoon. Täsmällisempi suomenkielinen ilmaus voisi olla *toimintapolitiikka*. *Politics-politiikassa* on erittäin usein kysymys pyrkimyksestä vaikuttaa keskeisen toimijan *policy-politiikkaan*. *Politics-politiikalle* on ominaista erilaisten tavoitteiden ja toimintalinjojen kilpailu ja ristiriitaisuus. *Policy-politiikka* taas on usein eri tavoitteiden yhteensovittamisella tai voimakkaimpien intressien tahtoa noudattamalla syntyneestä tilapäisestä kompromissista (Palonen 2003). Tilapäisyys voi tarkoittaa esimerkiksi aikaa seuraaviin vaaleihin, voimasuhteiden muutoksiin tai kriisiin asti.

Terveydenhuoltopolitiikan keskeisiä toimijoita

Politiikan toimijoista ensimmäisenä saattavat tulla mieleen *poliittiset puolueet*. Monilla puolueilla on terveydenhuoltoa koskevia tavoitteita sekä yleisissä että erityisesti terveyspolitiikkaan painottuvissa ohjelmissaan (ks. Saarinen tässä teoksessa, luku 4). Niillä on myös omia terveydenhuoltopoliittisia asiantuntijaryhmiä tai -toimikuntia. Terveydenhuollon kysymykset ovat usein esillä puolueiden vaalikampanjoissa ja julkisessa keskustelussa kulloinkin ajankohtaisista terveydenhuollon ongelmista tai uudistuspyrkimyksistä. Monien arvioijien toteama puolueiden ohjelmien yhdenmukaistuminen ja toisaalta puolueiden sisällä esiintyvien poliittisten kantojen moninaistuminen näyttää koskevan myös terveydenhuoltopolitiikkaa. Tätä ei kuitenkaan ole syytä ylikorostaa. Kyllä esimerkiksi poliittisen kentän oikealla laidalla on myös taipumusta olla suosiollisempi yksityissektorin ja vasemmalla puolella julkisen sektorin korostumiselle terveydenhuollossa.

Vaikka poliittisissa päätöksentekoeleimissä olevilla puolueiden ehdokaslistoilta valituilla henkilöillä on mahdollisuus päättää terveydenhuoltopolitiikan sisällöstä, on puolueiden rinnalla myös muita erittäin vaikutusvaltaisia politiikan toimijoita (Lehto 2003; Wrede 2001; Saarinen 2010). Terveydenhuoltopolitiikan valmistelu on varsin asiantuntijavaltaista, ja siksi *asiantuntijavirkamiehet ja valmisteluun osallistuvat organisaatiot*, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ovat myös keskeisiä toimijoita.

Päätösten valmisteluun ja toimeenpanoon kohdistuu myös varsin monien etupiirien poliittista toimintaa. Esimerkiksi *yleiset työnantaja- ja työntekijäjärjestöt* ovat keskeisiä vaikuttajia erityisesti työterveydenhuoltoa ja terveydenhuollon rahoitusta koskevissa kysymyksissä. Terveydenhuollon *tuottajaorganisaatiot* – esimerkiksi julkisten sairaaloiden ylläpitäjäorganisaatiot ja yksityiset terveyspalveluyritykset – ajavat omia taloudellisia ja asemansa kehittämiseen liittyviä etujaan. Myös *lääke- ja instrumenttiteollisuus* on tutkimuksissa osoitettu merkittäväksi terveydenhuoltopoliittiseksi toimijaksi. Terveydenhuollon *ammattikunnat*, erityisesti lääkärikunta, on todettu monissa tutkimuksissa merkittävän poliittisen vaikutuksen omaaviksi toimijoiksi. Kun Suomessa kunnilla on merkittävä rahoitus- ja palvelujen järjestämisvastuu terveydenhuollossa, varsinkin *isot kunnat* ja kaikkien kuntien etujärjestö *Kuntaliitto* ovat aktiivisia terveydenhuoltopolitiikan toimijoita.

Terveydenhuoltopalveluja tarvitsevat kansalaiset voivat vaikuttaa vaaleissa poliittisiin päättäjiin, jäseninä ammatti- ja muissa yleisissä etujärjestöissä. Lisäksi terveydenhuoltopolitiikkaan vaikutetaan esimerkiksi *potilas-, omais- ja kansanterveysjärjestöjen* kautta. Järjestöjä on muodostettu tautipohjaisesti, kuten Psoriasisliitto tai Diabetesliitto. Ne voivat olla myös yleisempiä, kuten Läheis- ja omaishoitajien liitto tai Potilasliitto. Tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollon ammattilaiset ja jopa lääketeollisuus ovat hankkineet itselleen vaikutusvaltaa näissäkin järjestöissä, joten niitäkään ei voi pitää mitenkään ”puhtaina” potilaiden tai kansalaisten tahdon ilmaisijoina (Toiviainen 2007).

Poliittinen vaikuttaminen

Toimijoilla on useimmiten useita erilaisia vaikuttamisen tapoja. Päätöksenteon välittömään valmisteluun vaikutetaan yleisesti julkisia kannanottoja ja asiantuntijalausuntoja esittämällä. Monenlaiset yhteydenpidot keskeisiin valmistelijoihin ja päättäjiin voivat olla myös vähemmän julkisia tai salaisia. Eräs vaikuttamisen keino on myös julkisen tai ei-julkisen tuen antaminen omia tavoitteita ymmärtävillä puolueiden ehdokkaille tai puolueille.

Merkittävä vaikuttamisen keino on osallistuminen julkiseen keskusteluun, jossa voi vaikuttaa siihen, mitkä kysymykset tunnistetaan yleisemmin terveydenhuollon keskeisiksi ongelmiksi ja millaisia ratkaisuehdotuksia pidetään mahdollisina, tarpeellisina tai toivottavina. Julkisuus voi myös nostaa joidenkin vaihtoehtojen ehdottajat mielipidejohtajaksi ja pitää joidenkin vaihtoehtojen esittäjät näkymättömissä. Tässä suhteessa asiantuntemus ei ole poliittisesti neutraalia, vaan se, mitä pidetään asiantuntemuksena ja mitä ei, on osittain tiedotusvälineiden, osittain poliittisten päätösten valmistelijoiden ja osittain päättäjien valikoimaa. Suhteellisen tyypillistä on, että vaikkapa lääkärien on paljon helpompi saada julkisuuden tukea kuin hoitajien tai potilaiden.

Terveydenhuoltopolitiikan historia tuntee myös näyttävämpiä vaikuttamisen keinoja, esimerkiksi poliittisten tavoitteiden esittämisen mielenosoituksissa, televisiomainoksissa tai nettikampanjoinnilla. Tällainen oli esimerkiksi vahvasti esillä USA:ssa presidentti Barack Obaman terveydenhuoltouudistuksen puolesta ja vastaan vuosina 2008–2010.

Keskeisiä terveydenhuoltojärjestelmän käännteitä 1961–2011

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä on mahdollista kuvata kiinnittämällä huomiota olennaisissa muutosvaiheissa keskeisiin toimijoihin, muutosta perusteleviin ongelmamäärittelyihin ja sopivaksi katsottuihin poliittikkamuutoksiin.

Sairausvakuutus

Suomi oli yksi viimeisistä Länsi-Euroopan maista, kun maahan säädettiin vuonna 1962 voimaan tullut sairausvakuutuslaki. Sen nojalla turvattiin sairastumisen aikaisen työkyvyttömyyden ajalle sairauspäiväraha sekä sairauden hoidosta aiheutuviin lääke- ja hoitokuluihin maksettava vakuutuskorvaus käytännöllisesti katsoen koko väestölle. Tätä ennen vastaavia etuuksia oli voinut saada yksityisestä vakuutuksesta, työpaikan sairaskassasta ja köyhimpien osalta kunnallisesta huoltoavusta (nykyistä toimeentulotukea vastaava viimesijainen turvajärjestelmä). Kunnat olivat tarjonneet tätä ennen sairaala-, kunnanlääkäri- ja neuvolapalveluita, mutta erityisesti

työikäisten ja vanhusten avosairaanhoidopalvelut vaihtelivat asuinpaikan ja tulotason mukaan.

Sairausvakuutus oli ollut Suomen työväenliikkeen vaatimuksissa 1900-luvun alusta alkaen. Se kuitenkin saatiin voimaan vasta, kun maaseudun väestöä edustavat puolueet saivat turvattua palkkatyöläisten lisäksi myös pienten ja keskisuurten maatalousyrittäjien edut ja lakiesitystä muokattiin niin, ettei Suomen Lääkäriliitto asettanut sitä vastaan samalla tavoin kuin se oli aiemmin tehnyt. SAK:ta edustaneet sosialidemokraattiset ministerit olivat panneet hallitukseen mukaan tulonsa ehdoksi sairausvakuutuslain aikaansaamisen. Taustalla, kuten myöhemmissäkin käänteisissä, oli asiantuntijankemys siitä, että ehdotettu muutos parantaisi väestön terveyttä ja hyvinvointia. Eri toimijat kuitenkin pyrkivät muokkaamaan ratkaisua niin, että se vastaisi myös heidän muita tavoitteitaan. (Saarinen 2010; Mattila 2011.)

Kunnallinen terveyskeskus

Sairausvakuutus ei kuitenkaan alun perinkään tyydyttänyt kaikkien toimijoiden tavoitteita. Se tuki avohoidon kehitystä enemmän suurissa asutuskeskuksissa kuin maaseudulla ja Itä- ja Pohjois-Suomessa. Omavastuiden korkeuden vuoksi se ei myöskään kylliksi pienentänyt pienituloisten kynnystä hakeutua hoitoon. Kansanterveysjärjestöjen ja monien asiantuntijoiden mielestä se laiminlöi sairauksien ehkäisyyn liittyvän toiminnan tukemisen.

Suomi oli siirtynyt kansainvälisestäkin poikkeuksellisen nopean kaupungistumisen vaiheeseen, työväenliikettä heikentänyt sosialidemokratian ja ammattiyhdistysliikkeen hajaannus oli loppumassa ja eduskuntaan tuli vasemmistopuolueiden enemmistö vuosiksi 1966–1970. Näistä lähtökohdista tuli mahdolliseksi perusterveydenhuoltopolitiikan merkittävä suunnan muutos, jota ilmaisi Kansanterveyslain säätäminen 1971. Ehkäisevät toiminnot ja niin kutsuttu ”perustason” sairaanhoito sekä avohoitona että laitoshoidona koottiin kuntien vastuulla olevaan julkiseen verorahoitteiseen organisaatioon, jota kutsuttiin terveyskeskukseksi. Samalla kunnille tarjottiin merkittävä valtion rahoitusosuus, joka mahdollisti terveyskeskustoiminnan nopean laajentamisen. Rahoituksen kasvu ohjattiin valtion suunnittelumekanismilla ensi vaiheessa erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomen terveyskeskusten kehittämiseen. (Aer 1975.)

Työterveydenhuolto

Kun terveyskeskustoiminnan kehittämisen painopiste oli erityisesti ensimmäisen vuosikymmenen ajan Itä- ja Pohjois-Suomessa, oli avoterveydenhuollon kehitys Etelä-Suomessa ja suurissa asutuskeskuksissa edelleen hidasta. Tästä aiheutuva sekä työntekijöiden että työnantajien tyytymättömyys ja paine on yksi keskeinen selitys sille, että Suomeen rakennettiin kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen laajan

avosairaanhoidon sisältävä työterveydenhuoltojärjestelmä. Useimmissa maissa työterveydenhuolto painottuu lähinnä ehkäisevään toimintaan, Suomessa sillä paikattiin varsinaisen yleislääkäritoiminnan kehittymättömyyttä Etelä-Suomessa 1970- ja 1980-luvulla. (Hämäläinen 2008.) Kun järjestelmä luotiin erityisesti työmarkkinajärjestöjen paineessa, sen rahoitus pantiin näiden järjestöjen kannalta kuntia luotettavamman organisaation, Kansaneläkelaitoksen, hallinnoiman sairausvakuutukseen vastuulle.

Kustannusten kasvun hillintä hallintouudistuksilla

1960-luvulta 1980-luvun loppuun Suomen terveydenhuolto kasvoi nopeasti henkilöstön, tilojen, toiminnan ja kustannusten määrällä mitattuna. Kasvu toimeenpantiin vasemmiston ja keskustan puolueista muodostettujen hallitusten johdolla, tosin hallituspohjiakin laajemman poliittisen yksimielisyyden vallitessa. Järjestelmää kehitettiin lähinnä lisäämällä aina uusia elementtejä aikaisempaan, mikä omalta osaltaan aiheutti jatkuvaa kustannusten kasvua. Esimerkiksi vasemmiston kannatuksen heikentyminen ja uusien hallituskokoonpanojen aika vuodesta 1987 alkaen sekä Suomen talouden avautuminen suoremmin kansainvälisen kilpailun ja rahoitusmarkkinoiden vaikutukselle muuttivat monien politiikan toimijoiden näkemyksiä. Terveydenhuollon rahoituksen kasvu muuttui tavoitteesta ongelmaksi. Myös kansainväliset tahot – erityisesti vauraiden maiden taloudellisen kehityksen järjestö OECD – suosittelevat hyvinvointivaltioiden kasvun pysäyttämistä tai hillitsemistä (Lehto & Blomster 1999).

Terveydenhuoltopolitiikan valmistelussa hillintää uskottiin edistettävän kokoomalla koko terveydenhuolto ja siihen liittyvä sosiaalihuolto hallinnollisesti yhtenäisemmäksi kokonaisuudeksi ja muuttamalla niitä valtion rahoitukseen liittyviä pelisääntöjä, jotka olivat rahalla kannustaneet kuntia terveydenhuollon laajentamiseen. Hallintomuutokset alkoivat 1984 voimaan tulleella Valtava-uudistuksella, jossa terveydenhuollon rinnalle nostettiin myös sosiaalihuolto ja erityisesti siihen kuulunut lasten päivähoito kilpailemaan terveydenhuollon kanssa samoista valtionosuusresursseista. 1990-luvun alussa oltiin jo valmiita radikaalimpaan muutokseen, jossa aiemmin laajennusta sitovilla ohjekirjeillä ohjannut lääkintöhallitus lakkautettiin ja laajentamista palkinnut valtion rahoitusosuusjärjestelmä muutettiin pikemminkin kuntien kustannussäästöjä kannustavaan muotoon. 1990-luvun syvän laman oloissa vielä valtion osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta laski noin 45 prosentista selvästi alle 30 prosenttiin. (Kokko & Lehto 1993; Lehto & Blomster 2000.)

Kustannusten kasvun hillinnän terveydenhuoltopolitiikkaan ei liittynyt mitään merkittäviä kansalaisten terveydenhuolto-oikeuksia koskevien säädösten lievennyksiä, eivätkä terveydenhuoltomenot myöskään absoluuttisesti ole supistuneet kuin parina vuotena 1990–2010. Poliitikka on johtanut lähinnä järjestelmän kasvun hillintään, joihinkin painopistemuutoksiin järjestelmän sisällä sekä taloudellisten ja

hallinnollisten tavoitteiden korostumisena terveydenhuoltopoliittisessa keskustelussa ja tavoitemuotoiluissa.

Vallanjaon muutospyrkimykset voimistuvat

Politiikassa – myös terveydenhuoltopoliitikassa – on aina kysymys myös siitä, miten valta ja vaikutusvalta jakautuu eri toimijoiden kesken. Sen jälkeen kun Suomen terveydenhuollon muodollista päätösvaltaa siirtyi valtiolta kunnille 1990-luvun alun uudistuksissa, monet toimijat ovat kokeneet, ettei heillä ole riittävää terveydenhuoltopoliittista vaikutusvaltaa kuntien päätöksiin. Kuntien päätöksentekoa on syytetty sekä kykenemättömyydestä kustannussäästöihin että asiantuntemattomuudesta. Argumentit voi tulkita myös ilmauksiksi siitä, mitä tavoitteita nämä toimijat pitävät terveydenhuoltopoliitikassa keskeisinä.

2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana kuntien terveydenhuoltopoliitiikan kuriin saattamista on valmisteltu useilla korkean tason valtiollisilla hankkeilla (Lehto 2003). Hankkeet ovat toistaiseksi tuottaneet pienehköjä osittaisuudistuksia, kuten hoitotakuusäädökset, ja ilmapiirin muokkaamista terveydenhuollon päätöksenteon irrottamiseksi nykyisistä kunnista joko kuntia yhdistämällä tai uusi-
muotoisia kuntien yhteenliittymiä luomalla.

Eräänä vallanjaon uudistamispyrkimyksenä voidaan nähdä myös vuosina 2008–2011 tehdyt useat politiikan valmisteluun suunnatut ehdotukset terveydenhuollon sairausvakuutusrahoituksen, valtion rahoitusosuuksien ja kuntien suuren rahoitusosuuden kokoamisesta yhteen keskuksen, jonka kautta terveystalvelujen tuotantojärjestelmän kehitystä ohjattaisiin (Valtonen 2011). Kysymys olisi erittäin suuresta vallan ja vaikutusvallan muutoksesta. Toistaiseksi on riittämättömästi tutkittu, miten ehdotukset muuttaisivat eri toimijoiden kykyä vaikuttaa terveydenhuoltopoliitikassa.

Terveydenhuoltobisneksen merkityksen kasvu?

Terveysalalle on muodostunut myös erittäin merkittävää yksityistä yritystoimintaa, jolla on omat etunsa ja tavoitteensa terveydenhuoltopoliitikassa. Lääketeollisuus on eräs globaalisti keskittyneimmistä ja omalla sektorillaan vaikutusvaltaisimmista yritystoiminnan sektoreista. Uudempi ilmiö on terveydenhuollon palveluyritystoiminnan keskittyminen ja kansainvälistyminen. Palvelutuotannossa yksityissektori on useimmissa maissa perinteisesti ollut yksittäisten ammattinharjoittajien tai pienten ammattinharjoittajaryhmien leimaamaa ja laitoshoidonkin osalta pienehköjen pääasiassa paikallisten yritysten toimintaa. Tämä sektori on kuitenkin nopeasti muuttunut siten, että pienet organisaatiot ketjuuntuvat, niiden omistus irtaantuu ammattinharjoittajista sijoittajille ja siirtyy nopeasti myös kansainvälisille ”kasvottomille” pääomasijoitusyhtiöille.

Rinnan edellä kuvatun kehityksen kanssa on terveydenhuoltopoliittisessa argumentaatiossa tapahtunut siirtymää, jossa markkinatalouden käsitteistö – esimerkiksi kuluttaja, valinta, kilpailu, taloudellinen kannustin – saa aiempaa suuremman merkityksen. Näyttää myös siltä, että terveydenhuoltoa ei niinkään ajatella arvioitavan sen tuottaman kansanterveyden, väestötason terveyshyödyn, vaan yksilölle tuotetun sairaanhoidollisen arvon kannalta. Samaan aikaan sivummalle ovat jääneet kansalaisten tasa-arvo, tasavertaiset oikeudet, huolenpito ja sairauksien ehkäisy. Samoin näyttää helposti käyvän pyrkimyksille käyttää palvelujärjestelmän mahdollisuuksia parantaa terveyden suhteen huono-osaisimpien väestöryhmien suhteellista asemaa.

Lähivuosien aikana voidaan nähdä, onko tämä kehitys omiaan siirtämään suuremman osuuden terveydenhuollon julkisrahoitteisesta palvelutuotannosta yksityisten yritysten hoitamaksi ja syntykö sen rinnalla myös entistä merkittävämpi rooli terveydenhuoltoa yksityisen vakuutuksen periaattein rahoittaville yrityksille. Terveydenhuollon tuotannon kehitystä ja yksityisten sairausvakuutuksen yleisyyttä kuvaavissa tilastoissa tällainen kehityssuunta on ollut nähtävissä 1990-luvun lopulta asti. Poliittisin päätöksin sitä on edesautettu niin kuntien ostopalvelujen lisäämisellä kuin asukkaiden palveluostoa kannustavan palvelusetelijärjestelmän luomisella. Yksityisten vakuutusten ottoa suosii kansalaisten epävarmuus poliittisten päätöksentekijöiden halusta ja kyvystä turvata tulevaisuudessa terveydenhuollon tarvittava julkinen rahoitus.

Terveydenhuoltopoliittikan jatkuvuudet ja muutokset

Vaikka terveydenhuoltopoliittikassa toimijoiden keskinäissuhteet muuttuvat, ongelmamäärittelyt muuntuvat ja hyvän politiikan esikuvatkin vaihtuvat, voidaan jatkuvuutta pitää keskeisempänä terveydenhuoltopoliittikan piirteinä kuin muutosta. Väestölle terveydenhuolto on sananmukaisesti elintärkeä asia, mikä näkyy myös mielipidetutkimuksissa: terveydenhuolto on asia, johon kansalaiset ovat valmiit hyvillä mielin antamaan verourojaan, vuosikymmenestä toiseen. Kerran muodostuneita terveydenhuollon organisaatioita tai palveluoikeuksia ei pienten poliittisten tai taloudellisten muutosten vuoksi juurikaan horjuteta. Myös keskeiset poliittiset toimijat ovat pysyneet vuosikymmeniä pääasiassa samoina.

Muutoksia ei ajeta niinkään suurilla avoimesti muutostavoitteita näkyville tuovilla julistuksilla, vaan useimmiten vähitellen ja pikemminkin muutoksen pienuutta kuin todellista suuruutta korostavin perusteluin. Muutosta on kuitenkin tapahtunut ja tapahtumassa, toimijoiden keskinäissuhteissa, ratkaistavien ongelmien tunnistamisessa ja ratkaisumalleissa.

Lähteet

- Aer, Juhani (toim.) (1975) Kansanterveystyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Hämäläinen, Riitta-Maija (2008) *The Europeanization of Occupational Health Services. A study of the impact of the EU.* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.) (2000) *Terveys sosiologian suuntauksia.* Helsinki: Gaudeamus.
- Kokko, Simo & Lehto, Juhani (1993) Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Helsinki: Stakes.
- Lehto, Juhani (2003) *Terveydenhuoltopolitiikka uusilla säännöillä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 40(4), 237–244.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter (1999) 90-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 3, 207–221.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter (2000) *Taluskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä.* Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 1, 44–60.
- Mattila, Yrjö (2011) *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista.* Helsinki: Kela.
- OECD. Health Data (2011) *Elektroninen tietokanta.* Luettu 30.8.2011.
- Palonen, Kari (2003) *Politiikka.* Teoksessa Hyvärinen, Matti & Kurunmäki, Jussi & Palonen, Kari & Pulkkinen, Tuija & Stenius, Henrik. *Käsitteet liikkeessä.* Tampere: Vastapaino.
- Saarinen, Arttu (2010) *Suomalaiset lääkärit ja Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa.* Helsinki: Kela.
- Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina.* Helsinki: Stakes.
- Valtonen, Hannu (2011) *Terveydenhuollon rahoitusehdotusten arviointi.* Teoksessa *Ehdotukset terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi.* Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Wrede, Sirpa (2001) *Decentering Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services.* Turku: Åbo Akademi University Press.

17 Lääkepolitiikka

Lääkkeet ovat erottamaton osa nykyaikaista terveydenhuoltoa, ja ne kuuluvat miltei kaikkien sairauksien hoitoon. Lääkkeiden merkitys on vieläpä sairauksien hoitoa laajempi, sillä lääkkeitä käytetään enenevästi myös sairauksien ehkäisyyn ja tiloihin, joita ei välttämättä luokitella sairauksiksi. Myös taloudellisessa mielessä lääkkeillä on keskeinen asema terveydenhuollossa, jossa kustannuksista noin viidennes kuluu lääkkeisiin. Lääkepolitiikka on siis yksi terveydenhuoltopolitiikan ja myös terveystalouden keskeisistä osa-alueista. Vuonna 2011 valmistuneeseen Lääkepolitiikka 2020 (2011) -asiakirjaan on koottu sosiaali- ja terveystalouden viranomaisten ja lääkealan toimijoiden keskeisiä yhteisiä tavoitteita tälle vuosikymmenelle. Suomen lääkehuollosta on tehty myös kattava kansainvälinen arvio (Mosialos & Srivastava 2008).

Lääkkeiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista kasvaa. Tämä johtuu pääosin kahdesta syystä. Uudet lääkkeet ovat lähes aina kalliimpia kuin aiemmin markkinoille tulleet lääkkeet. Hyvä esimerkki tästä on diabeteksen hoito, jossa uuden lääkeryhmän hintataso asetetaan aina huomattavasti korkeammaksi kuin aiemmin tulleen lääkeryhmän. Lisäksi lääkkeitä kehitetään sairauksiin, joihin ei aiemmin ollut lääkkeitä. Tyypillinen esimerkki on Alzheimerin tauti. Lääkkeitä kehitetään myös entistä enemmän sairauksien ehkäisyyn, ei pelkästään sairauksien hoitamiseen. Lääkkeiden käytön indikaatiot myös laajentuvat, esimerkiksi verenpainelääkkeiden käytön kynnyks on vuosien saatossa alentunut. Uusin trendi on lääkkeiden tuottaminen hyvin rajatulle potilasjoukolle, minkä vuoksi ne ovat erittäin kalliita. Esimerkiksi syövän hoitoon on tullut viime vuosina useita tämän tyyppisiä lääkevalmisteita. Vaikka lääkekustannukset näin kasvavatkin, tästä lisäpanostuksesta saadaan kuitenkin usein lisähyötyjä parempaan elämänlaatuun ja eliniän pidentymiseen. Lisäksi uudet lääkkeet voivat vähentää terveydenhuollon muita kustannuksia, esimerkiksi laitoshoidon kustannuksia.

Lääkehuolto voidaan jakaa useaan alueeseen: lääketutkimukseen ja tuotekehitykseen, lääkkeiden tuotantoon, lääkkeiden maahantuontiin ja tukkukauppaan, lääkkeiden vähittäismyyntiin sekä lääkkeiden käyttöön terveydenhuollon toimintayksiköissä. Lääkepolitiikan keskeisiä toimijoita ovat lääkeyritykset, maahantuojat, tukkuliikkeet, apteekit, sairaala-apteekit, viranomaiset, lääkärijärjestöt ja potilasjärjestöt.

Lääkkeitä koskeva säätely

Lääkehuolto on erittäin vahvasti säädeltyä (Mossialos ym. 2004). Lääkkeiden tutkimus, valmistus, tukkukauppa ja vähittäismyynti on luvanvaraista toimintaa. Suurin osa lääkkeistä voidaan lisäksi toimittaa vain lääkärin määräyksellä (vuonna 2010 säädetyn lain mukaan myös hoitajilla on mahdollisuus rajoitetusti määrätä reseptilääkkeitä). Joissakin tapauksissa lääkkeen määrääminen on jopa rajoitettu vain suppeaan lääkäriyhmään. Lisäksi lääkkeiden markkinointi on vahvasti säädelty.

Vahva säätely johtuu suurelta osin siitä, että hyötyjen ohella useimmilla lääkkeillä on myös haittoja. Vakavia haittoja voi esiintyä, vaikka lääkkeitä käytettäisiin oikein. Säätelyllä pyritään siis turvaamaan lääketurvallisuus (lääkevalmisteet ovat turvallisia) ja lääkitysturvallisuus (lääkehoidot toteutetaan turvallisella tavalla) sekä tukemaan rationaalista lääkohoitoa. Tärkeä tapahtuma nykyaikaisen lääkkeiden säätelyn suhteen oli talidomidikatastrofi 1960-luvun alussa. Raskauspahoinvoinnin hoitoon käytetty talidomidi ehti aiheuttaa epämuodostumia tuhansille lapsille ennen kuin sen käyttö lopetettiin.

Suomessa lääkehuollon säätelystä vastaa suurelta osin Fimea (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, aiemmin Lääkelaitos). Fimean tehtäviin kuuluvat lääkealan lupa- ja valvontatehtävät, tutkimus- ja kehittämistehtävät sekä lääketiedon tuottaminen ja välittäminen lääkehuollon ja lääkehoidojen vaikuttavuuden parantamiseksi. Fimea muun muassa vastaa kansallisella tasolla lääkkeiden myyntiluvista ja apteekkiluvista. Fimea on kansallisena viranomaisena osa eurooppalaista lääkevalvontaverkostoa.

Lääkevalmiste ei pääse Suomen markkinoille, ennen kuin Fimea tai Lontoossa sijaitseva Euroopan lääkevirasto (European Medicine Agency, EMA) on antanut valmisteelle myyntiluvan. Myyntiluvan saamiseksi lääkeyrityksen tulee tehdä kattavat tutkimukset, joissa voidaan osoittaa lääkkeen turvallisuus ja vaikuttavuus. Näiden tekeminen on kallista: se voi maksaa jopa satoja miljoonia euroja. Tutkimuksissa ei kuitenkaan pystytä havaitsemaan kaikkia harvinaisia haittavaikutuksia, jotka havaitaan vasta kun lääkevalmisteen käyttö on laajaa.

Apteekkijärjestelmä ja apteekkien toiminta ovat myös hyvin vahvasti säädeltyä. Toisin kuin Suomessa, useassa muussa Euroopan maassa on apteekkijärjestelmän säätelyä pikkuhiljaa lievennetty. Suomessa Fimea päättää, mihin apteekin voi perustaa ja kenelle lupa apteekkitoiminnan harjoittamiseksi annetaan. Yhdellä apteekkarilla voi olla hoidettavanaan vain yksi apteekki. Tällä yksityisen monopolin tyyppisellä järjestelmällä taataan osaltaan se, että apteekkeja ei ole liian tiheässä. Näin ehkäistään tilannetta, jossa kilpailu voisi kaventaa apteekkien taloudellista tuottoa liikaa. Sillä varmistetaan myös apteekkiverkoston maantieteellinen kattavuus. Apteekkien taloutta säädelään myös säätämällä kansallisella tasolla reseptilääkkeille yhtenäiset tukku- ja vähittäishinnat. Lisäksi apteekkimaksulla tasataan apteekkien välisiä kannattavuuseroja.

Suomessa avohoidon lääkkeiden tukkuhintojen kohtuullisuudesta päättää sosi-

aali- ja terveysministeriön alainen Lääkkeiden hintalautakunta. Lääkeyrityksen tekemän hakemuksen perusteella Lääkkeiden hintalautakunta arvioi, onko lääkevalmisteen peruskorvattavuus perusteltua ja onko lääkkeelle ehdotettu hinta kohtuullinen, eli otetaanko lääke sairausvakuutuksen piiriin. Lääkkeiden hintalautakunta hyväksyy hakemusten perusteella myös lääkkeiden ottamisen erityiskorvattavuuden piiriin. EU:n tavaroiden vapaan liikkuvuuden periaatteen takia lääkkeiden hinnat eivät voi kuitenkaan poiketa kovin paljoa jäsenmaiden välillä. Mikäli lääke ei ole korvausjärjestelmässä (kuten suurin osa reseptivapaista lääkkeistä), lääkeyritykset voivat hinnoitella valmisteet vapaasti.

Terveydenhuollon toimintayksiköissä käytettyjä lääkkeitä ei korvata sairausvakuutuksesta. Lääkehuoltoa varten niissä on yleensä sairaala-apteekki tai lääkekeskus. Terveydenhuollon toimintayksiköt päättävät ostohinnoista itsenäisesti tavallisesti tarjouskilpailujen perusteella. Toimintayksiköissä on yleensä määritelty jokin tietty lääkevalikoima, jota käytetään.

Lääkekustannusten kasvu on ollut jo pitkään yhteiskunnan huolenaihe. Lääkekustannusten kasvua onkin pyritty hillitsemään monin tavoin, merkittävimpinä keinoina viime aikoina on ollut lääkevaihdon ja viitehintajärjestelmän ottaminen käyttöön.

Elinkeinopolitiikka ja innovaatiopolitiikka

Lääkepolitiikka ei ole pelkästään terveydenhuoltopolitiikan toimintakenttää. Lääkepolitiikka on myös vahvasti elinkeinopolitiikkaa ja innovaatiopolitiikkaa. Elinkeinopolitiikan näkökulmasta lääkehuollon keskeinen tehtävä on yhteiskunnan taloudellisen perustan vahvistaminen. Sen vuoksi on tärkeää luoda sellainen toimintaympäristö, joka edistää alan yritysten syntymistä, toimintaa, kasvua, kilpailukykyä ja työllisyyttä. Erityisen vahva elinkeinopolitiikan painotus on niissä maissa, joissa suurilla kansainvälisillä lääkeyrityksillä on pääkonttori, kuten esimerkiksi Isossa-Britanniassa, jossa on GlaxoSmithKlinen kotipesä. Suomessa oli vielä 90-luvun alkuun asti useita kansallisia lääkeyrityksiä, jotka tuottivat pääosin rinnakkaisvalmisteita (alkuperäislääkkeen rinnalle myöhemmin tulleet samaa vaikuttavaa ainetta sisältävät valmisteet). Nykyisellään on jäljellä enää yksi merkittävä suomalainen lääketutkimusta ja -tuotantoa harjoittava lääkeyritys, Orion Oyj.

Elinkeinopolitiikan merkitys lääkepolitiikassa ei silti Suomessakaan ole vähäinen. Elinkeinopoliittinen painotus tulee erityisesti Euroopan unionin kautta. Lääkepolitiikka, kuten terveydenhuoltopolitiikka yleisemminkin, on EU:n näkökulmasta hyvin elinkeinopolitiikka- keskeinen. Lääkehuolto nähdään työllisyyden, talouskasvun ja kilpailukyvyyn edistämisen näkökulmasta. Osittain tämä johtuu siitä, että terveydenhuolto ja sen terveyspoliittiset dimensiot ovat läheisyysperiaatteen mukaisesti pääosin jäsenmaiden toimivallassa. Keskeinen EU:n lääkepolitiikkaan vaikuttava periaate on Lissabonin strategia, jonka tarkoituksena on muun muassa kehittää

EU:sta maailman kilpailukykyisin talousalue. Terveyspolitiikan kannalta myönteinen päätös oli lääkeasioiden siirtäminen EU-komission Yritys- ja teollisuustoiminnan pääosastolta Terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosastolle.

Teknologia- ja innovaatiopolitiikan näkökulmasta tärkeää on tukea lääkesektorin tutkimus- ja tuotekehitystoimintaa ja sitä kautta edistää elinkeinoelämän kilpailukykyä ja taloudellista tuottavuutta. Lääketeollisuuden näkökulmasta tärkeimmässä asemassa tutkimus- ja tuotekehitystoiminnan tukemisessa ovat lääkepatentit. Nykyisellään lääkevalmisteelle annetaan Euroopassa 20 vuoden patenttisuoja, jona aikana lääkkeen kehittäjällä on yksinoikeus myydä kyseistä lääkeainetta. Ennen Euroopan unioniin liittymistä Suomessa ei ollut näin vahvaa patenttisuojaa lääkkeille. Patenttisuojan rautessa markkinoille tulee useita kilpailevia rinnakkaisvalmisteita, jotka sisältävät samaa vaikuttavaa ainetta. Silloin lääkkeiden hinnat laskevat huomattavasti, jopa 50–90 prosenttia.

Vaikka patenttisuojan umpeuduttua kilpailijat tuovat markkinoille rinnakkaisvalmisteita huomattavasti halvemmilla hinnoilla, usein alkuperäisvalmistetta myydään silti vanhalla korkealla tai hieman alennetulla hinnalla. Suomessa, kuten useissa muissakin maissa, on käytössä mekanismeja, joilla tällöin pyritään suosimaan halvimpien rinnakkaisvalmisteiden käyttöä. Tärkeimmät näistä ovat lääkevaihto- ja viitehintajärjestelmät, jotka kannustavat potilaita käyttämään ja apteekkeja toimittamaan halvinta samaa vaikuttavaa ainetta sisältävää lääkevalmistetta.

Lääkepolitiikka on aina tasapainoilua alkuperäis- ja rinnakkaisvalmisteiden välillä. Optimaalisessa tilanteessa patenttisuoja antaa riittävän mahdollisuuden lääkeyritykselle kattaa tutkimus- ja tuotekehityskustannukset, toiminnan riskeistä johtuvat kustannukset sekä taata kohtuullisen taloudellisen voiton. Patenttisuoja ei saa olla kuitenkaan liian vahva, koska muuten potilaat ja kustannuksista vastaavat tahot joutuvat maksamaan kohtuutonta voittoa lääkeyrityksille. Pahimmassa tapauksessa patenttisuojan takia lääke saattaa olla niin kallis, ettei lääkettä tarvitseva voi sitä käyttää. Erityisesti tämä on ongelma kehittyvissä maissa. Käytännössä joissakin köyhimmissä maissa ei ole patenttien takia mitään mahdollisuutta käyttää esimerkiksi henkeä pelastavia hiv-lääkkeitä. Patenttijärjestelmään liittyy useita muitakin ei-toivottuja kannusteita, ja tästä syystä on kehitelty vaihtoehtoisia järjestelmiä lääkekehityksen taloudelliseksi kannustimeksi. Tällainen on esimerkiksi idea siitä, että maailmanlaajuisesta rahastosta maksettaisiin lääkeyritykselle kertakorvaus sen mukaan, kuinka hyvä ja innovatiivinen uusi lääkeaine on, minkä jälkeen lääkettä voitaisiin vapaasti valmistaa.

Suomalaisen teknologia- ja innovaatiopolitiikan näkökulmasta merkittävää on se, että maassa on tehty varsin paljon lääkeyritysten rahoittamaa lääketutkimusta. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on antanut varsin hyvät mahdollisuudet kliinisten lääketutkimusten tekemiseen. Suomessa on lisäksi lukuisia pieniä yrityksiä, jotka keskittyvät pelkästään lääkkeiden kehittämiseen.

Lääkkeiden markkinointi ja sen sääntely

Myynninedistämiseksi lääkeyritykset pyrkivät muokkaamaan hoitokäytäntöjä vaikuttamalla lääkkeitä koskevaan tutkimustiedon tuottamiseen ja tulkittamiseen sekä suoraan hoitopäätöksiä tekeviin lääkäreihin ja lääkkeiden käyttäjiin. Myynninedistämiseen suunnatut resurssit ovat monella tapaa varsin tärkeitä niin yksittäisille lääkäreille kuin lääkärijärjestöillekin. Lääkeyritykset ovat esimerkiksi tärkeitä uusia lääkkeitä koskevan tiedon lähteitä ja täydennyskoulutuksen järjestäjiä. Niiden lääkäreihin kohdistaman myynninedistämisen vaikuttavuudesta on kosolti tutkimusnäyttöä (Vuorenkoski 2009). Jopa pienillä lahjoilla ja muilla vähäisillä etuuksilla on vaikutusta lääkkeiden määräyskäytäntöihin. Tämä ei aina ole ongelmallista, mutta jossain tilanteissa se voi johtaa potilaan ja yhteiskunnan kannalta epätarkoituksenmukaisiin hoitokäytäntöihin. Lääkeyrityksillä on taloudellinen kannuste saada uusien lääkkeiden myynti kasvamaan riippumatta niiden hoidollisesta arvosta. Lääkkeiden markkinointiin on arvioitu sijoitettavan enemmän rahaa kuin tutkimukseen ja tuotekehitykseen.

Potilaat ovat yhä keskeisemmässä asemassa hoitoja koskevassa päätöksenteossa, ja lääkeyritykset ovat yhä kiinnostuneempia markkinoimaan reseptilääkkeitä suoraan potilaille. Itsehoitolääkkeiden markkinointi yleisölle on sallittua, mutta säänneltyä. Sen sijaan reseptilääkkeiden suora markkinointi kansalaisille on Suomessa, kuten muissakin EU:n jäsenmaissa, kiellettyä. Tästä huolimatta lääkeyritykset markkinoivat reseptilääkkeitä kansalaisille erilaisten epäsuorien kanavien kautta. Näitä ovat muun muassa aikakauslehtien artikkelit, internetin sairauslähtöinen markkinointi ja sairauksia käsittelevät yleisötilaisuudet. EU:n komissio on viime vuosina pyrkinyt osittain vapauttamaan kuluttajille suunnatun reseptilääkemarkkinoinnin. Tällöin ei haluta puhua markkinoinnista, vaan *puhutaan lääkeinformaation vapauttamisesta kuluttajien ulottuville*.

Lääkeyritykset ovat merkittäviä lääketutkimuksen rahoittajia, ja niiden kaupallinen intressi näkyy tutkimusasetelmissa ja tutkimustuloksien julkaisemisessa. Esimerkiksi negatiivisia tutkimustuloksia ei aina julkisteta vaan ne pidetään niin sanottuna liikesalaisuutena. Julkaisuvinouma ja lopputulosvinouma ovat tunnistettuja ongelmia, joita on pyritty vähentämään ja tutkimustoiminnan läpinäkyvyyttä lisäämällä. Lääkeyritykset pyrkivät vaikuttamaan myös tutkimustiedon tulkintaan. Tässä tärkeässä asemassa ovat lääketieteen mielipidejohtajat ja alan asiantuntijat. He vaikuttavat hoitokäytäntöjen muotoutumiseen ja uusien lääkevalmisteiden käyttöönottoon esimerkiksi asiantuntija-artikkeleiden, katsausten, hoitosuosituksen, koulutustilaisuuksien sekä opetuksen ja ohjauksen välityksellä. Lääketeollisuus pyrkii pitämään yllä suhteita mielipidejohtajiin monin tavoin, jotka luovat taloudellisia ja henkisiä sidonnaisuuksia.

Lääketeollisuudella on velvollisuus toimia omistajiensa eduksi, mutta yhteiskunnan ja terveydenhuollon tulee omalta osaltaan huolehtia siitä, että yritysten pyrkimykset edistää myyntiään eivät vaikuta haitallisesti potilaisiin ja hoitokä-

täntöihin. Lainsäädännöllä pyritäänkin vähentämään markkinoinnin negatiivisia vaikutuksia. Lääkkeiden markkinointia valvoo Suomessa Fimea, joskin varsin niukoilla resursseilla. Lääkeyritykset pyrkivät myös itse karsimaan markkinoinnin pahimmat ylilyönnit omilla eettisillä ohjeillaan ja pääosin kanteluihin perustuvalla omavalvonnalla.

Viime vuosina myös terveydenhuollon ammattilaiset ovat kiinnittäneet runsaasti huomiota lääkkeiden myynninedistämisen toimintatapoihin. Esimerkiksi läpinäkyvyyttä on lisätty julkistamalla asiantuntijoiden taloudellisia sidonnaisuuksia. Tätä edellyttävät nykyään muun muassa tärkeimmät suomalaiset lääketieteelliset lehdet, Käypä hoito -hanke ja Lääkäreiden ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto.

Lopuksi

Lääkepolitiikka on keskeinen terveyspolitiikan osa-alue. Terveyspolitiikan lisäksi lääkepolitiikkaan vaikuttavat myös elinkeinopolitiikka ja innovaatiopolitiikka. Lääkepolitiikan keskeisiä toimijoita ovat lääkeyritykset, maahantuojat, tukkuliikkeet, apteekit, sairaala-apteekit, viranomaiset, lääkärijärjestöt ja potilasjärjestöt. Lääkepolitiikassa vastakkainasettelu ilmenee useimmiten kansanterveydellisten ja eri toimijoiden taloudellisten intressien välillä. Vahvalla säätelyllä pyritään vähentämään taloudellisten intressien negatiivisia vaikutuksia lääkehuoltoon.

Lähteet

- Lääkepolitiikka 2020 (2011) Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mossialos, Elias & Mrazek, Monique & Walle, Tom (eds.) (2004) *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: Open University Press.
- Mossialos, Elias & Srivastava, Divya (2008) *Pharmaceutical Policies in Finland – challenges and opportunities*. Observatory Studies Series No 10, MSAH Finland and European Observatory on Health Systems. WHO.
- Vuorenkoski, Lauri (2009) Lääkeyritysten vaikutus hoitokäytäntöihin. *Duodecim* 125(4), 339–41.

18 Mielen terveyden politiikka

Lääketiede ja lääkintätaito ovat kehittyneet yhdessä ihmisen fysiologian, kudosten ja niiden solukoiden toiminnan ja näihin toimintoihin vaikuttavien mekanismien ymmärtämisen kautta. Hiljalleen, vasta viime vuosisadan jälkipuoliskolla, on edistytty mielen sairauksien biologian ymmärtämisessä ja hieman myös niiden lääkinnällisessä oireenmukaisessa hoitamisessa. Aivojen toiminnan ymmärtäminen on edelleen vajavaista (Lehtonen 2011). Emme vielä voi sanoa tietävämmme psykoottisten sairauksien syitä emmekä siten myöskään tiedä, miten niiden ehkäisy yksilötasolla aina olisi mahdollista. Sairastamiseen yleisesti liittyvien sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden ymmärtäminen on historian aikana ollut parantamisen ehtona, mutta luonnontieteen edistyessä tätä tietoa on syrjitty. Mielen terveyteen ja sen häiriöihin liittyvä tiede on jäänyt jälkeen kehityksestä. Se on nousemassa nyt merkitykselliseksi tietoyhteiskuntakehityksen myötä.

Mielen sairaudet

Mielen sairauksien outous on aina herättänyt pelkoa ja ahdistuneisuutta ympäristössään. Niiden syyt ovat olleet vaikeasti ymmärrettäviä, ja useissa kulttuureissa ne on tulkittu joko ”pahojen henkien” tai noituuden seuraamuksiksi. Mielen terveyden häiriöt ovat oireistoltaan aina heijastaneet aikansa kulttuuria tai teknologisen kehityksen muutosta. Ajatusharhat ovat saaneet aiheensa ympäröivän todellisuuden muutoksista. Esimerkiksi radion keksiminen muutti psykoottisten potilaiden harhamaailmaa: 1930-luvulla radioaalto alkoivat välittää toisten ihmisten ajatuksia psykoottisen henkilön aivoihin.

”Hulluuden” ymmärtämisen ja sen oireiston käsittelyn historia on vasta runsaan sadan vuoden mittainen (Shorter 2005). Lääketiede, jonka yhteyteen hulluus ja sen hoito on liitetty, on ensisijaisesti kehittynyt ihmisen anatomian ja fysiologian ymmärtämisen myötä. Sairauksien selitysmallit ovat avautuneet elinten ja kudosten sekä ruumiin toimintojen selvittämisen kautta. Hulluudelle ei ole ollut helppoa löytää kehollista sijaintipaikkaa. Se olikin pitkään ”sielullinen sairaus”, jonka sijoittuminen ihmisruumiin sisään pysyi arvoituksena. Sille löydettiin aikanaan sijaintipaikaksi aivojen anatomiastä käpylisäke – selkeä lokalisaatio kuten muillekin silloin tunnetuille elinsairauksille. Aivojen ymmärtäminen ”sielullisten sairauksien” selityspaikaksi siirsi hysterian, ”vaeltavan kohdun”, kohdusta tunteiden ja ymmärtämisen alueelle. Siitä avautui uusi ihmismielen toimintojen tutkiminen. Sigmund Freud oli

tätä tietä raivaamassa. Mentaalihygienialle, mielenterveystyölle, avautui mahdollisuus. Vasta tästä ymmärryksestä lähti varovainen tie kohti mielenterveyden käsitettä ja samalla mielenterveyden edistämistä.

Hulluus – mielisairaus – merkitsi länsimaissa 1960-luvulle saakka yhteiskuntaan sopeutumattomuutta. Sen ”hoitokeinona” on ollut eristys ja säilytys erillisissä hoitoyksiköissä, mielisairaaloissa. Rotuhygieniaoipit 1930-luvulla – erityisesti natsi-Saksassa – johtivat jopa mielisairaiden eliminointiin yhdessä kehitysvammaisten ja juutalaisten kanssa. Neuvostoliiton psykiatria kehitti käsitteen ”hitaasti hiipivä skitsofrenia”. Se sopi jokaiseen, joka ei ymmärtänyt neuvostoihmisen roolia, ja toisinajattelijat voitiin tällä ”diagnoosilla” yhteiskuntaan sopeutumattomina eristää mielisairaalaan. Ymmärrys mielen sairastumisesta alkoi hiljalleen muuttua 1950- ja 1960-luvulla. Sairauden liittyminen yksilön sosiaalisiin ja ympäristöllisiin vaikutussuhteisiin alkoi saada lisääntyvää hyväksyntää ja samalla hoitoideologia koki vahvan murroksen. Myönteiseen kehitykseen liittyi osaltaan aivojen toimintaan vaikuttavien ensimmäisten rauhoittavien lääkkeiden keksiminen. Koko lääketieteessä alkoi voimakas biolääketieteellisen suuntautumisen ja siihen liittyvän ymmärryksen valtakausi, joka edelleen näyttää jatkuvan.

Mitä on stigma?

Mielisairaudet on tunnettu koko ihmiskunnan historian ajan. Yleensä niihin on suhtauduttu pelokkaasti ja syrjiin, joten mielisairauksien hoidon historia kertoo seinään kahlituista ”seinähulluista” ja ala-arvoisissa olosuhteissa toimineista säilytyspaikoista. Mielisairauksiin on kautta aikojen liittynyt stigma, kielteinen leima, joka värittää tavallisten kansalaisten ajatuksia ja vaikuttaa kielteisesti terveydenhuollon resurssien jakoon tänäkin päivänä. Stigman voittaminen on mielenterveystyön ensimmäinen haaste.

Mitä on mielenterveys?

Mielenterveys on olennainen osa kaikkien ihmisten ja yhteisöjen terveyttä. Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä. Mielenterveys on olemukseltaan **uusiutuva voimavara**. Mielenterveydellä on **biologiset, sosiaaliset ja psykologiset** juurensa (Lehtinen 2008).

Arkielämässä näkyy hyvin mielenterveyden uusiutuvan luonnonvaran kaltainen luonne. Tämä voimavara on eri ihmisillä erilainen ja saman ihmisen eri elä-

mänvaiheissa tai -kohtaloissa erisuuruinen. Lapsuuden kehityspotentiaali antaa periaatteessa isot myönteiset voimavarat. Nuoruusikä luo ”toisen mahdollisuuden”: voi ottaa etäisyyttä lapsuuden ongelmiin ja kasvaa niistä yli. Ikääntyessä ymmärrys ja oman elämän hyväksyminen antaa mentaalaisia voimavaroja.

Mielenterveys uusiutuu ja kuluu koko ajan arkipäivän kokemuksissa. On myönteisiä kohtaamisia ihmissuhteissa, on kauneuden ja ilon elämyksiä, hellyyttä ja hoivaa. Uusiutuminen on arkipäivässä varsin huomaamatonta, mutta se on silti mielenterveyden lähde. Kulumisen kokemuksia voivat olla jokapäiväiset ärtymyksen hetket, pienet harmit ja vastoinkäymiset. Pitkäjaksoisesti mielenterveyttä uusintavat hyvä itsetunto, selviäminen elämän arjesta ja myönteiset ihmissuhteet. Mielenterveyttä taas kuluttavat ankarat vastoinkäymiset, ihmissuhdekriseit ja menetykset. Liit vastoinkäymiset voivat murtaa kenen tahansa kestokyvyn. Toisaalta vaikeuksista selviytymisen kyky, **resilienssi**, on inhimillinen perusominaisuus, joka ei tarvitse ammattiapua tuekseen. Resilienssi kasvaa, kun ihmisellä on tunne oman elämän mielekkyydestä ja omasta selviytymisestä. Selviytymistä edistävät kannustavat ihmissuhteet. Väestötasoa kuvaavien epidemiologisten tutkimusten pohjalta on ilmeistä, että mielenterveyttä kuluttavien ja uusintavien tekijöiden tasapainoon vaikuttavat merkittävästi sosiaaliset olot ja ihmisen sosioekonominen asema (Ostamo ym. 2007).

Mielenterveyden juuret

Perhetutkija Theodore Lidz sanoo, että ihmisellä on kaksi perimää: toisen kanssa hän syntyy, ja toinen on se, johon hän syntyy. Lapsi saa geneettisen rakenteen, joka toisaalta on hänelle aivan yksilöllinen ja toisaalta ihmisrajille yhteinen. Hän syntyy koko ihmiskunnan yhteiseen kulttuuriperintöön, mutta samalla myös perheeseensä ja siinä ainutkertaiseen tilanteeseen. Vastasyntyneellä ei ole kehittymisen edellytyksiä ilman sosiaalista yhteisöään. Hän tarvitsee pitkään hoivaa ja rakastavaa vuorovaikutusta, jotta hänen kykynsä ja kehitysmahdollisuutensa pääsisivät esille. Kunkin yhteisön kulttuuri ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat myös suuresti lasten kehitykseen, nuorten mahdollisuuksiin ja aikuisten moraaliiin, vastuullisuuteen ja toiveisiin.

Mielenterveyden biologiset juuret antavat ihmiselle temperamentin, joka värittää hänen myöhempiä kehitysvaiheitaan. Geneettiset tutkimukset alkavat vähitellen antaa tarkempia osviittoja psyyken biologisesta pohjasta. Mielenterveyden psyykinen pohja rakentuu ihmisen varhaisille hoivan ja hyväksynnän kokemuksille, mutta se myös rakentuu kautta nuoruusiän ja aikuisuuden.

Mielenterveys eri elämänvaiheissa

Pikkulapsitutkimus on lisännyt tietoa vastasyntyneen biologisista, psykologisista ja sosiaalisista valmiuksista. Sikiökautta tai vastasyntyntä tutkitaan monitieteisesti

psykologian, fysiologian, psykoanalyysin, aivotutkimuksen ja sosiologian näkökulmista. Tiedämme sikiön tunnistavan ääniä ja näkevän unia. Vastasyntynyt on heti valmis vuorovaikutukseen. Nykyisin arvellaan vauvan moraalikehityksen alkavan jo neljännellä kuukaudella. Kymmenkuukautinen tunnistaa perheensä vuorovaikutustavat ja valtasuhteet.

VARHAISLAPSUUS on tärkeä mielenterveyden kehitykselle. Terveen itsetunnon pohja ja perusluottamus elämään syntyy yksinkertaisista hoivan tapahtumista ja rutiineista. Oppimiskyky on lapsille olennaisen tärkeä. Tietoyhteiskunnassa tämä korostuu, sillä ihmisiltä vaaditaan aikaisempaa enemmän luovuutta, joustavuutta, innovatiivisuutta, oppimiskykyä ja sosiaalisia taitoja, ja kaiken tämän perusta luodaan varhaislapsuudessa. Liittyminen toisiin tapahtuu päivähoitossa ja koulussa. Aggressioiden hallintaa kysytään, lapset ovat alttiita aggressiivisille oireille ja toisaalta lasten masennusoireet myös lisääntyvät nykyisin.

Myös taloudellinen ja terveydellinen eriarvoisuus ovat kasvaneet Suomessa 2000-luvulla ja samalla lastenkin huono-osaisuus on lisääntynyt. Valtaosasta lapsia on kuitenkin pidetty huolta paremmin kuin koskaan aiemmin maamme historiassa, mutta pieni, kasvava vähemmistö jää syrjäytyneiksi ja sukupolvittaisen köyhyyden kasvateiksi (Lammi-Taskula & Salmi 2010).

NUORUUSIKÄ oli aikaisemmin kriisivaihe, kun nuorten oli riuhtaistava itsensä irti aiemmasta vanhempiensa kulttuurista. Tietoyhteiskuntakehitys lyhentää lapsuutta ja pidentää nuoruutta. Puberteetin tiedetään varhaistuneen (Koivula 2005 viittaus Dunkel 2005), ja nuoruusiän psyykinen kypsyminen, adolesenssi, venyy aiempaa pidemmäksi. Nuorten haasteet ovat ennallaan: on saatava oma seksuaalisuus hallintaan, otettava kantaa nautintoaineisiin, erityisesti huumeisiin ja alkoholiin, on ohjattava sisäinen energia palvelemaan omaa aikuistumiskehitystä ja saatava otetta työelämästä. Nuoruusiässä mielenterveyden häiriöitä alkaa esiintyä lapsuusikää enemmän, ja epidemiologisten tutkimusten mukaan 15–25 prosenttia nuorista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä (Ostamo ym. 2007 viittaus Marttunen & Rantanen 2001).

NUORESTA AIKUISUUDESTA puhutaan toisinaan ruuhkavuosina, johon kuuluvat uran ja parisuhteen rakentaminen, vanhemmuus sekä arjen taloudelliset ja työn saannin vaateet. Lasten hankinta on myöhentynyt ja lapsettomuudesta on tullut ongelma. Avioeroisuus on lisääntynyt ja tuonut psyykkisiä ja sosiaalisia haasteita aikuisille ja lapsille. Työelämän vaatimukset ovat kasvaneet ja samalla epävarmuus tulevaisuudesta on lisääntynyt muun muassa globaalien työmarkkinoiden vuoksi. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen ei ole onnistunut vielä yhdessäkään kehittyneessä teollisuusmaassa. (Hiilamo 2003.)

TYÖIKÄISTEN mielenterveyden ongelmaksi on muodostunut erityisesti masennusoireiden määrän kasvu. Vaikka kliinisesti määritelty vakava masennus epidemiologisesti ei ole lisääntynyt, masennuksen perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut vuoteen 2007 asti (ja kääntynyt sitten laskuun), ja masennus on merkittävin työkyvyttömyyseläkkeiden mielenterveydellinen syy-

peruste (Gould ym. 2007). Yhä kasvava osa työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään masennuksen perusteella. Masennus siis ajaa ihmisiä ulos työelämästä. Stressioireet ja päihteiden käyttöön liittyvät oireet ovat lisääntyneet (Ostamo ym. 2007).

IKÄÄNTYMISVAIHETTA nimitetään joskus ”elämän kruunuksi”. Se sisältää monia myönteisiä elementtejä, mutta myös yksinäisyyden ja syrjään jäämisen riskin. Ikädiversiteetti, vanhojen ihmisten keskinäinen erilaisuus, kasvaa; mikään ikäryhmä ei ole keskenään niin erilainen kuin eläkeikäiset. Oma hyväksi koettu terveys ja elämän mielekkääksi kokeminen ovat ikäihmisten mielenterveyden parhaita mittareita. Taloudellinen eriarvoisuus näkyy myös ikäihmisten elämässä. Ikääntyneiden mielenterveyden häiriöt ovat harvinaisempia kuin työikäisillä. Noin 16–30 prosenttia yli 60-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Lisäksi ikääntyneillä liittyy elimellisiin sairauksiin psyykkisiä oireita. (Ostamo ym. 2007.)

Mielenterveyshäiriöiden epidemiologiaa Suomessa

Suomessa on käynnissä laaja monikeskustutkimus, jossa seurataan lasten psyykkisiä häiriöitä lastenpsykiatrian osastoilla viidessä yliopistosairaalassa. Tämän tutkimusryppään kautta saadaan käsitystä myös lapsuuden häiriöiden yhteydestä myöhemmän iän ongelmiin ja psyykkisiin sairauksiin. Samalla voidaan verrata vanhempien, opettajien ja lasten itsensä raportoimien psyykkisten ongelmien määrän suhtautumista toisiinsa. Yleisesti ottaen lasten masennusoireet jäävät aikuisilta varsin usein huomiotta, kun taas käytöshäiriöt ja aggressiivisuusoireet huomataan.

Suomessa on tehty useita edustavaan laajaan väestötökseen perustuvia, kansainvälisesti arvostettuja, mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä koskevia tutkimuksia. Kansaneläkelaitoksen Mini-Suomi-terveystutkimus (Aromaa ym. 1989) selvitti poikkileikkauksena keskeisimpien kansantautien esiintyvyyttä ja siinä yhteydessä myös mielenterveyshäiriöiden määrää. Kaikkiaan eriaisteisista mielenterveyden häiriöistä kärsii suunnilleen joka viides kansalainen. Uusien häiriöiden ilmaantuvuus on noin 1,5 prosenttia vuodessa. Psykoosien esiintyvyys on noin 2 prosenttia, josta runsaat puolet on diagnosoitu skitsofreniaksi. Niin sanottujen neuroottisten häiriöiden määrä vaihtelee 10 ja 15 prosentin välillä. Vakavan masentuneisuuden esiintyvyys on 3–4 prosenttia. Niin sanottujen persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi arvioidaan hieman alle 10 prosenttia. Psykiatrisen hoidon käyttö on kuitenkin merkittävästi niukempaa.

Mielenterveyden areenat

Mielenterveyden muotoutumisen keskeiset areenat ovat paljolti samoja kuin terveyden areenat. Mielenterveyden ekologia tutkii ihmisen ympärillä olevia laajenevia kehiä. Sisin on **dyadi**, vauvan ensimmäiset kahdenväliset ihmissuhteet äidin, isän ja hoivaajien kanssa. Tästä laajenee nopeasti **perheyhteisö**, joka on mielenterveyden

keskeinen arena koko elämän ajan. Suomessa vauvojen varhaiskokemukset kertyvät enimmäkseen ydinperheessä, mutta perheyhteisö on varhaislapsuudessa useilla lapsilla jo hyvin vaihteleva sisältäen aikuisia, isovanhempia ja lapsia. Vanhempien parisuhde on lasten elämän kantava akseli. Vanhempien alkoholismi tai psyykkinen sairaus siirtyy helposti lasten taakaksi, jollei tilanteeseen puututa. Lapsuuden **toverisuhteet** ovat hyvin varhaisia. Ne siirtyvät perheyhteisöstä nopeasti lasten omiin yhteisöihin **pihapiireissä, päivähoitossa ja koulussa**. Nyky-yhteiskunnassa tovereiden merkitys oheis- ja vertaiskasvattajana on korostunut (Kupersmidt & Dodge 2004). Suomalaiset lapset ja nuoret itsenäistyvät kodin vaikutuspiiristä varhain, jolloin toveripiiri tai sen puute on merkittävä kasvutekijä. **Ystävyyssuhteilla** ja niiden puuttumisella on tärkeä merkitys mielenterveyden ylläpidon kannalta. Yhteisöllisissä murroksissa, kuten esimerkiksi 1960-luvun suuressa muutossa maalta kaupunkeihin ihmisten ystävyyssuhteet katkeilivat ja yksinäisten määrä oli suuri. Nykyisin ystävyyssuhteille on uudenlaisia areenoita sosiaalisen median myötä.

TYÖMARKKINAT JA TYÖ ovat keskeinen aikuisten mielenterveyden arena. Työ antaa itsetunnolle tukea ja osaamiselle haasteita. Työ rytmittää elämää; nykyisin työ myös tunkeutuu yhä enemmän vapaa-aikaan. Tietoyhteiskunta edellyttää monien ihmisten saatavilla oloa ympäri vuorokauden ja vuoden. Nopeasti muuttuva työ ja työyhteisöt kuormittavat erityisesti henkisesti, mutta myös työn fyysisellä kuormittavuudella on edelleen merkitystä ja sillä voi olla myös mielenterveydellisiä seuraamuksia esimerkiksi liian raskaasta työstä aiheutuneen työkyvyttömyyden ja siihen liittyvän toimeentulon heikkenemisen kautta. Työyhteisön hyvä ilmapiiri ja tuki luovat edellytyksiä mielenterveyden uusiutumiseksi päivittäin työyhteisössä, mutta painostava ilmapiiri, häirintä ja syrjiminen kuormittavat kaikkia. Työttömyyden mielenterveyttä horjuttavista vaikutuksista on tutkimustietoa jo 1930-luvulta.

VAPAA-AJAN HARRASTUKSET ovat nyky-yhteiskunnassa organisoituneita, usein välineitä ja kuljetuksia vaativia tapahtumia niin lapsille kuin aikuisillekin. Erityisesti vanhoille ihmisille harrastukset luovat mielekkäitä tapaamisen areenoita, joilla mielenterveys lujittuu ja hyvä mieli tarttuu.

Mentaalihygienian kehitys

Mielenterveystyöstä on aiemmin puhuttu käsitteellä mentaalihygienia. Suomessa mentaalihygienian kehitys on lähtenyt liikkeelle kansalaisliikkeiden kautta. Suomen mielenterveysseura on maailman vanhimpia tämän alueen uranuurtajia. Se käynnisti mielenterveyttä edistävän perhekeskeisen toimintayksikön jo 1930-luvulla. Suomessa rakennettiin kuitenkin vielä 1950- ja 1960-luvuilla laaja mielisairaala-verkosto, jossa oli väestömäärään suhteutettuna suurin sairaansijamäärä länsimaissa 1970-luvun taitteessa. Lääkintöhallituksen asiantuntijaryhmän mietintö vuodelta 1977 muutti radikaalisti mielisairaanhoidon suuntaa: avohoito tuli tavoitteeksi ja laitოსvaltauuden purkamiseen ryhdyttiin. Muistioon sisältyi myös selkeä näkemys

ehkäisevän mielenterveystyön merkityksestä ja suosituksia sen toimeenpanosta. Eri-tyisen voimakkaasti edellytettiin varhaista puuttumista lasten mielenterveyttä uhkaaviin perhe-elämän ongelmiin.

Yhteiskunnallista kehitystä ohjattiin vielä 1990-luvulle saakka ensisijaisesti vertikaalisiin ylhäältä alas suuntautuvien rakentein, joita valtionhallinnossa edustivat sosiaalihuolto ja lääkintöhallitus. Palveluista vastaavalla kunnallishallinnon tasolla sektoroituminen oli vielä monimuotoisempaa. Terveydenhuollossa kansanterveys-työ, somaattinen erikoissairaanhoido, tuberkuloosihoido ja mielisairaanhoido olivat erillään toisistaan. Sosiaalihuollossa vastaava sektorijako heikensi yhteistyön mahdollisuuksia. Hallinnon tasolla koordinaatiota koetettiin vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon viisivuotissuunnittelulla, jolla ohjattiin uusien investointien, uuden henkilöstön ja toiminnan painopisteiden kehityksen suuntaa. Horisontaalisen toiminnan mahdollisuus avautui vasta hiljalleen hallinnon rakenteiden muuttumisen kautta.

1970-luvun alkuun ajoittuvat merkittävät yhteiskuntapoliittiset uudistukset heijastivat nopeasti teollistuvan yhteiskunnan tarpeita. Peruskoulu-uudistus mahdollisti kaikille avoimen koulutuskanavan, kansanterveyslaki loi kunnallisen terveysasemaverkoston ja oleellisesti paransi koko väestön terveydenhoidon mahdollisuuksia. Päivähoidon kunnallinen järjestäminen loi naisille huomattavasti paremmat mahdollisuudet oman työuran luomiseen. Nämä uudistukset olivat osa sitä hyvinvointiyhteiskunnan perustaa, jolla avattiin mahdollisuudet kaikkien ulottuville tuleville peruspalveluille. Yksilön oikeuksien korostaminen loi edellytyksiä myös marginaalissa olevien ryhmien elinolojen parantamiselle ja siten myös psykiatrisen hoidon kehittämiseksi.

Mielenterveystyön muotoja

MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN on noussut tärkeällä sijalla kansainvälisessä yhteistyössä ja tutkimuksessa 2000-luvulla. Kansainvälistä työtä tukee Euroopan unionin toimivalta, joka ulottuu vain edistäviin ja ehkäiseviin toimiin terveyden suojelussa, ei palveluihin. Suomi on tukenut EU:ta mielenterveyden edistämässä ja EU:n sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n yhteistyötä. WHO:n mandaatti taas ulottuu palveluihin asti.

Mielenterveyden edistäminen voi tapahtua laaja-alaisesti ja rakenteellisesti yhtä hyvin niin yksilöllisissä kuin perhekohtaisissakin toimenpiteissä. Laajimmillaan se merkitsee hyvien kasvuympäristöjen luomista lapsille, toimivaa kouluyhteisöä tai vanhojen ihmisten voimaannuttamista toimimaan omassa elinympäristössään. Yksilöllisinä toimina se tapahtuu neuvoloissa, joissa pienten lasten perheitä rohkaistaan ja kannustetaan, tai työelämässä, jossa työyhteisö etsii toimintatapoja kaikkien osaamisen löytämiseen. Koska varhainen vuorovaikutus vauvan kanssa on tärkeää, on kehitetty valtakunnanlaajuinen koulutusohjelma, Vavu-hanke, jossa neuvoloiden

ja päiväkotien työntekijöitä opetetaan varhaisen vuorovaikutuksen tukitoimiin (ks. Hastrup ym. 2005). On myös internetissä toimivia mielenterveyden edistämishjelmia ja nettipalveluja, joissa kannustetaan pohtimaan omia valintoja eri elämäntilanteissa.

Mielenterveyden edistämisen tutkimus osoittaa kasvavaa näyttöä, evidence based -toimintojen määrää. Enää ei ole kyse hyväntahtoisista toivomuksista, vaan tiukasti toimiviksi osoitetuista menettelytavoista.

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN EHKÄISY on vanhempaa perua kuin mielenterveyden edistäminen. Sen teoriapohja on vielä tällä hetkellä vankempi ja liittyy selvemmin sairauksiin ja häiriöihin. Kansallinen työ mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä lähti käyntiin jo 1970-luvulla, ja 1980-luvulla rakennettiin mielenterveyden avohoitoa psykologiseen ja perheneuvoloiseen. Valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojekti vuosina 1987-1996 oli kansainvälisesti merkittävä työnäyte. Sen lähtökohdaksi oli Suomen poikkeuksellisen korkea itsemurhakuolleisuus. Se lähti laajasta näkökulmasta, jossa haastettiin kaikki yhteiskunnan tahot toimijoiksi mediasta ja armeijasta lähtien. Laaja-alaisella interventtiolla pyrittiin ymmärtämään ensin itsemurhaongelman luonnetta, arvioimaan ja tunnistamaan itsemurhavaaraan altistavia yhteiskunnallisia ja yksilöllisiä tekijöitä sekä sitten kehittämään keinoja vaaran vähentämiseksi. Vuosittaisten itsemurhien määrä saatiin laskemaan noin 1500 itsemurhan tasosta noin 1000:n tasolle, joka edelleenkin on kansainvälisesti korkea. Yhteiskunnallinen ymmärrys mielenterveysongelmiin on kasvanut, itsemurhan leimaava vaikutus ja siitä vaikeutuminen on vähentynyt, itsemurhavaaraan johtaviin tapahtumaketjuihin puuttumisen hyödyllisyys ja tuloksellisuus on ymmärretty.

Häiriöiden ehkäisystä esimerkkinä voi mainita myös koulutusohjelman, jossa mielisairaiden vanhempien lapsia autetaan hahmottamaan vanhempiensa sairautta ja toimimaan terveellä tavalla. Varhaisen syrjäytymisen ehkäisynä toimii muun muassa Aikalisä-ohjelma, jossa kutsunnoissa tuetaan asepalveluksesta vapautettuja muutamalla neuvontakerralla menestyksekkäästi.

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN HOITO on laaja alue, jossa on monenlaisia ratkaisuja ja toimijoita. Hoitomahdollisuuksia on lukuisia. Hoito voi olla lyhytterapiata tai pitkällistä, vuosien aikana tapahtuvaa tukea. Monet hoitomenetelmät perustuvat erilaiseen teoriapohjaan, kuten perheterapiaan, kognitiiviseen psykoterapiaan, käyttäytymisterapiaan tai psykoanalyysiin. Hoito on myös lääkkeellistä. Vaikka psykofarmakologian kehitys on ollut merkittävää vaikeiden mielisairauksien hoidossa, lievien häiriöiden hoito ei edellytä välttämättä lääkitystä. Suomessa on kiinnitetty huomiota siihen, että esimerkiksi vanhuksia lääkitään liikaa rauhoittavilla lääkkeillä (Kivelä 2009). Mielenterveyden häiriöt voivat olla lyhytaikaisia äkillisiä kriisejä tai pitkän hoitoajan vaativia. Mielisairaudet ovat vakavia, ja niiden vaarana on kroonistuminen. Kuntouttavia mahdollisuuksia ja työhön paluun tukea tarvitaan vaikean mielisairauserisodin jälkeen enemmän kuin sitä tätä nykyä on saatavissa.

VERTAISTUKI on mielenterveyden häiriöiden ja mielisairauksien hoidossa tärkeää. Monet mielisairauksien kuntoutus- ja hoitomuodot perustuvat sairaiden oma-

ehtoiseen toimintaan, kuten esimerkiksi Fountain House -toiminta. Kokemusasiantuntijuus on tunnustettu vasta viime aikoina, mutta se tuo monille suuren avun ja kohottaa itsetuntoa. Mielenterveyspotilaiden järjestäytyminen on noussut tärkeäksi erityisesti viime vuosikymmeninä.

MIELENTERVEYSTYÖN VOIMAVARAT ovat Suomessa varsin runsaita, jos vertaillaan kansainvälisesti. Maassamme on sekä psykiatreja että lastenpsykiatreja lähes eniten maailmassa suhteutettuna väkilukuun. Muita ammattihenkilöitä ovat psykologit, koulutetut perheterapeutit, monet sosiaali- ja perhetyöntekijät sekä mielenterveystyöhön erikoistuneet hoitajat. Resurssiemme runsaus ei ole riittänyt vastaamaan kansalaisten tarpeisiin. Toisaalta kyse on uusista tietoyhteiskunnan ongelmista, jotka vaativat ratkaisuaan, toisaalta on kyse työpanoksen suuntaamisesta. Häiriöiden parantamiseen ja kroonisten sairauksien hoitoon tarvitaan monin verroin enemmän työntekijöitä kuin niiden ehkäisyyn.

Lähivuosisikymmenien kehitystä – projektien kautta eteenpäin

Kansanterveyslakiin ei sen voimaantullessa vuonna 1972 sisällytetty psyykkisten ongelmien hoitovastuuta, vaan se jäi edelleen erillisen mielisairaanhoidonjärjestelmän varaan. Mielenterveysongelmien merkittävyys kuitenkin tunnustettiin, ja se johdatti psykologien sijoittamiseen terveyskeskuksiin jo 1970-luvun jälkipuoliskolla ja sitä kautta ehkäisevän työn vahvistamiseen perusterveydenhuollossa. Suomi oli tässä kehityksessä aivan eturintamassa koko Euroopassa. Terveyskeskuksiin sijoittuneiden psykologien laajalla ehkäisevän mielenterveystyön koulutusohjelmalla saatiin valmiuksia ja tietoa hiljalleen levitettyä perusterveydenhuoltoon, joten sen kyky vastata kasvavaan mielenterveyspalveluiden kysyntään alkoi kehittyä.

Jo aikaisemmin esitelty itsemurhien ehkäisyprojekti on auttanut myös muiden laaja-alaisten interventoiden toteuttamista. Kokemukset tästä kymmenvuotisesta projektista olivat virikkeenä ”**Mieli maasta**” masennuksen tunnistus- ja hoitomahdollisuuksien kehittämistyölle. Valtakunnallisella tasolla 1990-luvulla toteutettiin myös laaja poikkihallinnollinen ministeriöt ja kansalaisjärjestöt kattava hanke, ”**Mielekäs elämä**”, joka pyrki aktivoimaan osallistuvat yhteisöt toimiin mielen-terveyden edistämiseksi ja sen merkityksen tunnistamiseksi omilla toimialoillaan. Vuosina 2006–2011 toteutettiin **Masto**-hanke, joka pureutui erityisesti työelämän masennusoireisiin ja pyrki vähentämään masennuksen vuoksi myönnettyjä työkyvyttömyyseläkkeitä. Hienoista laskua syntyikin sekä eläkkeensaajien että päivärahojen määrissä.

Yhteiskuntapoliittinen ohjelma on – onko mielenterveyspolitiikka edistymässä?

Suomessa on 2000-luvulla havahduttu huomaamaan ja todettu välttämättömäksi ohjata terveyspolitiikan suuntaa myös mielenterveyden osalta. Esimerkiksi vuoden 2007 hallitusohjelmakirjauksessa haluttiin perusterveydenhuollon yhteydessä vahvistaa myös mielenterveystyötä: ”*Palvelurakennemuutuksen toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa ja sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Erityishuomiota kiinnitetään lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusväestön mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen sekä mielenterveystyön osaamiseen. Käynnistetään terveyden edistämisen politiikkaohjelma.*” Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) pyritään lisäämään ihmisten osallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia, vähentämään syrjäytymistä sekä parantamaan palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta sekä kaventamaan alueellisia eroja (STM:n tiedote 21.9.2010). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on valmistellut mielenterveys- ja päihdelain uudistusta, jolla korvattaisiin nyt voimassa oleva mielenterveyslaki. Vireillä on myös ikääntyviä ihmisiä koskevan erillislain valmistelu.

Sosiaali- ja terveysministeriön tuella on parhaillaan myös vireillä kolme laajaa poikkialueellista mielenterveys-päihdetyön alueellista kehittämissuunnitelmaa. Alueina ovat Vantaa, Pohjanmaa ja Pohjois-Suomi. Kaikilla niillä on 5–10 vuoden tavoitteena uudistaa alueellinen ja kunnallinen mielenterveys- ja päihdehuolto, yhdenmukaistaa ne toiminnallisesti, toteuttaa mahdollinen ”asiakaslähtöisyys” sekä laajentaa palvelut myös yhteiskunnalliseksi terveys- ja sosiaalipoliittisiksi ongelmien ehkäisyprosesseiksi.

Mielenterveys kaikissa politiikoissa

Suomen toimiessa Euroopan unionin puheenjohtajamaana vuonna 2006 kauden terveysteemaksi nostettiin Health in All Policies, terveys kaikissa politiikoissa. Aluksi monet maat oudoksivat teemaa, mutta kun se avattiin, syntyi yhteisymmärrys. Teema on mielekäs myös mielenterveyspolitiikan osalta.

Ensiksikin mielenterveyden edistäminen koskettaa kaikkia politiikkalohkoja ja horisontaalisesti, ei pelkästään sektoripolitiikkoja. Kaikkien yhteistyötä tarvitaan hyvän tuloksen aikaansaamiseksi. Sektoreilla on toki omat vastualueensa. **Koulutuspolitiikka** on tietoyhteiskunnassa keskiössä. Elinikäinen oppiminen on työelämän ja arkielämän vaatimuksena todellisuutta, mutta sitä varten kaikki tarvitsevat yhtäläiset oppimisen edellytykset, ikäihmiset niin kuin myös erilaisista oppimisvaikeuksista kärsivät ihmiset. **Ympäristöpolitiikka** takaa ihmisille elämisen arvoiset elinympäristöt ja suomalaisille tärkeät luonnon kokemukset. **Asuntopolitiikka** vaikuttaa elämisen ehtoihin taloudellisesti, määrittää asuinalueiden eriytymisen asteen.

Väestön ikääntyessä elämisen esteettömyys tulee yhä merkityksellisemmäksi, koska se on itsenäisen suoriutumisen edellytys. **Innovaatiopolitiikka** edellyttää väestön mielenterveyden korkeaa tasoa ja liittyy siis konkreettisesti mielenterveyspolitiikkaan. **Talouspolitiikalle** väestön mielenterveys on joko hyvän selviytymisen paras tuki tai mielen sairauksien kautta suuri rasite ja henkisten voimavarojen tuhlausta. **Työllisyyspolitiikka** luo edellytykset mielekkäälle, ihmisarvoiselle työlle ja toiminnalle. **Turvallisuuspolitiikassa** suurin uhka on syrjäytyminen ja sitä kautta kasvavat kielteiset kansanliikkeet. **Tietoliikennepolitiikka** joko luo kaikille yhtäläiset yhteydet tai syrjäyttää huonompiosaiset.

Tulevaisuuden haasteet

Mielenterveyshäiriöiden kansantaloudellinen merkitys on parin viime vuosikymmenen aikana selkeästi kasvanut. Mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöiden vuoksi alkaneet päiväraha-kaudet ovat yli kaksinkertaistuneet vuodesta 1990 vuoteen 2004. Masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden määrä on kasvanut jatkuvasti. Se oli vuonna 2006 yli puolitoistakertainen 1990-luvun puoliväliin verrattuna. Vuonna 2006 masennuksen aiheuttamat eläkemenot olivat noin 400 miljoonaa euroa ja kasvu oli 150 prosenttia vuoteen 1998 verrattuna. Mielenterveydellisten syiden aiheuttamat kokonaiseläkemenot olivat vuonna 2004 noin 1200 miljoonaa euroa. Mielenterveyshäiriöiden merkitys alkaneella meilläkin olla kokonaisuudessaan huomattava menoerä koko kansantalouden kannalta.

MENTAL CAPITAL, hyvän mielenterveyden kansakunnalle luoma pääoma tulee nousemaan kansakuntien kilpailukyvyyn kannalta olennaiseksi tekijäksi. Tietoyhteiskunnasta ei ole enää paluuta, se toimii ihmisten mielen ja henkisen kapasiteetin varassa. Työ on suurelta osin aivotyötä, jolloin työelämän ja talouden paineet kohdistuvat ihmisten henkisiin voimavaroihin.

Lääketiede kulkee tällä hetkellä näyttöä etsien, kaiken tulee olla evidence-based, näyttöön perustuvaa. Tällainen ote syrjäyttää helposti sosiaalilääketieteellisen näkökulman lääkärin työssä ja terveyden edistämässä yleisemmin. Kovan tieteellisen näytön hankkiminen mielenterveystyössä on pitkien prosessien takana, ja monelta alueelta pitävää näyttöä on eettisesti mahdotonta hankkia. Nykyinen geneettinen tutkimus on tuonut esille epigeneettisen, ympäristöön ja sosiaalisiin olosuhteisiin vakavasti suhtautuvan tarkastelutavan, sillä geenit kuitenkin määräävät vain osan sairauksien ilmenemisestä. Tämä antaa vauhtia mielenterveystyölle. Häiriöiden korjaamisen tie ei voi olla ratkaisu mielenterveyden ongelmiin. On kuljettava yhä määrätietoisemmin kohti mielenterveyden edistämisen politiikkaa, mentaalista pääomaa. Suomi on ollut vahvasti vaikuttamassa mentaalisen pääoman voimistamiseen sekä maailman terveysjärjestön WHO:n että EU:n tasolla, ja sillä on arvostettu asema tämän työn eräänä pilottimaana. Tätä yhteistyötä ja sen hyödyntämistä on edelleen vahvistettava. Mielenterveystyö ja -politiikka perustuu jatkossakin toisaal-

ta kokemuksen tuomiin vankkoihin näkemyksiin ja toisaalta emansipatorisiin vaatimuksiin, joilla puolustetaan syrjittyjen ihmisoikeuksia.

Lähteet

- Aromaa, Arpo & Heliövaara, Markku & Impivaara, Olli & Knekt, Paul & Maatela, Jouni & Joukamaa, Matti & Klaukka, Timo & Lehtinen, Ville & Melkas, Tapani & Mälkiä, Esko & Nyman, Kauko & Paunio, Ilkka & Reunanen, Antti & Sievers, Kai & Kalimo, Esko & Kallio, Veikko (1989) *Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32.* Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- European Commission. *Public Health: Mental Health.* < http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/conferences/index_en.htm >
- Gould, Raija & Grönlund, Harri & Korpiluoma, Riitta & Nyman, Heidi & Tuominen, Kristiina (2007) *Miksi masennus vie eläkkeelle. Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1.* Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Hastrup, Arja & Toikka, Sini & Solantaus, Tytti (2005) *Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen perustason työssä. Vavuhankkeen loppuraportti. Aiheita 8/2005.* Helsinki: Stakes.
- Hiilamo, Kirsti (2003) (toim.) *Elämän ruuhkavuodet.* Helsinki: Kirjapaja.
- Kivelä, Sirkka-Liisa (2009) *Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä.* Helsinki: Kirjapaja.
- Koivula, Liisa (2005) *Puberteetti alkaa aikaisemmin. Uutinen 8.4.2005.* Suomen Lääkäri-lehti. <http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2655/type=1>
- Kupersmidt, Janis B. & Dodge, Kenneth A. (2004) *Children's Peer Relations, from Development to Interventions.* Washington D.C.: APA.
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2010) *Lapsiperheiden toimeentulo lammasta lamaan. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisien hyvinvointi 2010.* Helsinki: THL, 202–218.
- Lehtinen, Ville (2008) *Building Up Good Mental Health.* Helsinki: Stakes.
- Lehtonen, Johannes (2011) *Tietoisuuden ruumiillisuus. Mieli, aivot ja olemassaolon tunne.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ostamo, Aini & Huurre, Taina & Talala, Kirsi & Aro, Hillevi & Lönnqvist, Jouko (2007) *Mielenterveys. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihito, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveystieteiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.* Helsinki: STM, 87–103.
- Shorter, Edward (2005) *Psykiatrian historia.* Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

19 Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP)

Väestön terveyden määräytyminen ja siihen vaikuttaminen

Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteella tarkoitetaan toimia, joita kansanterveyden parantamiseksi tehdään terveydenhuollon ulkopuolisilla politiikan aloilla. Näillä toimilla pyritään vaikuttamaan terveyden determinantteihin eli terveyttä määrittäviin tekijöihin. (Sihto ym. 2006) Determinantit voivat olla laajoja sosiaalisia determinantteja tai kapeita riskitekijöitä. Vastaavasti toimet voivat laaja-alaisesti edistää terveyttä vähentäen monia riskejä, kuten köyhyyttä, tai ne voivat kohdistua täsmällisesti yhteen riskiin, kuten turvavöiden käyttöpakkoon autossa.

Lähestymistavalla on juurensa kansanterveyttä tutkivissa tieteissä ja epidemiologiassa. Klassinen, epidemiologian kehittymiseen tieteenä liittyvä esimerkki on 1800-luvulta Lontoon toistuvista koleraepidemiaista, jotka syyn ja leviämistavan selvittyä hävitettiin vesihuoltoa uudistamalla. Suomesta hyvä esimerkki on 1900-luvun tuberkuloosin torjunta. Kansantauti muutettiin harvinaisuudeksi sekä yhteiskunnallisen kehityksen – ennen muuta asunto-olojen parantamisen ja köyhyyden vähentämisen – että terveydenhuollon – järjestelmällisen varhaistoteamisen ja hoidon – keinoin.

Vähäinen koulutus, aineellinen köyhyys ja huonot työolot lisäävät sairastavuutta ja kuolleisuutta. Merkittävä osa näiden sosiaalisten determinanttien vaikutuksesta selittyy kansantautien riskitekijöiden välityksellä. Niistä tärkeimpiä ovat virheellinen ravitsemus, liikunnan puute, ylipaino, alkoholi, tupakka sekä psyykinen ja sosiaalinen stressi. Nämä riskitekijät selittävät suuren osan sydän- ja verisuonitautien, syövän, hengityselintautien, tuki- ja liikuntaelinten tautien, jopa mielenterveyden häiriöiden ja tapaturmienkin esiintymisestä. Ne selittävät myös toimintakykyä ja terveiden elinvuosien määrää. Kansanterveyttä voidaan tuloksellisesti parantaa keskittymällä tähän rajalliseen riskien joukkoon.

Kaikkiin näihin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa yksilötasolla terveydenhuollon keinoin, mutta myös yhteiskuntapoliittisin keinoin, jolloin vaikutus kohdistuu joukkoon. Esimerkiksi valtimotaudin riskiin voidaan vaikuttaa yksilöllisellä rasvarvojen laboratoriotestillä ja siihen perustuvalla ravitsemusneuvonnalla tai lääkityksellä. Vaihtoehtoisesti voidaan elintarvikkeiden hintapolitiikalla ohjata väestön käyttäytymistä tai vaikuttaa joukkoruokailun sisältöön. Sosiaaliin determinantteihin

voidaan vaikuttaa pääosin yhteiskuntapoliittisin toimin, esimerkiksi koulutustasoa nostamalla, köyhyyttä poistamalla ja syrjäytymistä ehkäisemällä.

Tavoitteena on vaikuttaa sekä kansanterveyden tasoon että sen jakautumiseen eli väestöryhmien välisiin terveyseroihin. Väestöryhmien välisillä terveyseroilla tarkoitetaan yleensä sosiaalisesti määräytyviä eroja. Niihin voidaan vaikuttaa sosiaalisten determinanttien kautta, siis ensisijaisesti yhteiskuntapoliittisin toimin (Palosuo ym. 2007). Suomessa erojen syynä painottuvat myös sellaiset riskitekijät kuin alkoholi ja tupakka, joiden aiheuttamien terveyshaittojen ehkäisemisessä terveydenhuollolla on oma tehtävänsä. Laajat yhteiskuntapoliittiset toimet ovat kuitenkin ratkaisevia. Jos yhteiskuntapoliittiset keinot jätetään käyttämättä, ihmisten erilaiset taloudelliset mahdollisuudet, tiedon taso ja elinolosuhteet tulevat yhä vahvemmiksi terveydentilan määrääjiksi.

Terveydenhuollon ja yhteiskuntapoliitiikan merkitystä väestön terveydelle on pyritty vertaamaan. Muun muassa Thomas McKeownin (1976) kuolleisuustutkimuksiin viitaten on useasti – ja myös nykykeskustelussa – pidetty terveydenhuollon merkitystä melko rajallisena. Keskinäinen vertailu on kuitenkin ongelmallista, koska yhteiskuntapoliitiikan ja terveydenhuollon kehitys ja vaikutukset eivät ole irrallaan toisistaan ja molempien mahdollisuudet muuttuvat ajan myötä ja yhteiskunnan kehityksessä. Merkityksen vertaamisessa ei ole perusteltua esittää lukuarvoja. On arvioitu, että viime vuosikymmeninä terveydenhuollon painoarvo olisi kasvanut (Lepo 2008). Tämä voi hyvinkin pitää paikkansa, sillä lääketiede on kehittynyt nopeasti. Samanaikaisesti kuitenkin myös muilla aloilla käytetyt riskien hallintakeinot ovat kehittyneet teknologisen ja yhteiskunnallisen kehityksen myötä. Esimerkiksi mahdollisuudet kansanravitsemuksen ohjaamiseen ja ruoan terveysriskien välttämiseen ovat parantuneet tuotanto-, jakelu- ja säilytysteknologian kehityksessä, informaatiojärjestelmien parantuessa ja käyttäytymiseen vaikuttavan tieteellisen tiedon lisääntymisessä. Kuluttajien tietoisuus ja taloudelliset mahdollisuudet ovat myös parantuneet. Terveydenhuollon ja yhteiskuntapoliitiikan keinot onkin yleensä nähtävä synergisinä, toisiaan tukevina.

Kehitys Suomessa kansainvälisessä vuorovaikutuksessa

1800-luvulla alkanut biolääketieteen nopea kehitys johti terveydenhuollon keinojen painottumiseen kansanterveyden edistämisessä. 1970-luvulla, terveydenhuollon kustannusten nopeasti kasvaessa, havahduttiin terveydenhuollon ulkopuolisiin käyttämättä jääneisiin mahdollisuuksiin. Muun muassa Kanadassa, Britanniassa, Ruotsissa ja myös Suomessa tehtiin tieteellistä ja ohjelmallista työtä. Suomessa asiaa kehitettiin talousneuvoston suunnittelutyön pohjalta (Talousneuvosto 1972; Puro 1973). Maailman Terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 1979 raportin Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä (WHO 1979). Siinä korostettiin hallinnonalojen välistä terveyteen tähtäävää yhteistyötä, *intersectoral action for health*. Ajattelua ke-

hitettiin terveyden edistämisen globaaleissa konferensseissa, joista ensimmäinen pidettiin Ottawassa 1986 ja toistaiseksi viimeisin Nairobissa 2009. Ottawan julistuksessa, johon myöhempi ajattelu pohjautuu, käytettiin termiä *healthy public policy*, terveystavoitteinen yhteiskuntapolitiikka (Ottawa Charter 1986).

Suomi oli Terveyttä kaikille -ohjelmassa ”pioneer country”, mikä tarkoitti politiikan rakentamista WHO:n linjausten suuntaisesti ja kokemusten jakamista sen kanssa. Hallitus esitti eduskunnalle 1985 terveystavoitteisen selonteon, joka oli Suomessa ensimmäinen laaja kansallinen asiakirja terveyttä koskevista tavoitteista ja toimenpidelinjauksista myös terveydenhuollon ulkopuolisilla hallinnonaloilla. Eduskuntakeskustelu raportoitiin (Melkas 1985) ja tämän pohjalta valmisteltiin kansallinen Terveyttä kaikille ohjelma (STM 1986). WHO:n nimeämä asiantuntijaryhmä arvioi ohjelman toimeenpanon (WHO 1991). Siihen pohjautuen valmisteltiin uudistettu yhteistyöohjelma (STM 1993), jossa entistä painokkaammin tukeuduttiin eri hallinnonalojen sekä myös muiden terveydenhuollon ulkopuolisten toimijoiden työhön. Vuonna 2001 ohjelman jatkuminen vahvistettiin valtioneuvoston periaatepäätöksellä *Terveys 2015* -ohjelmasta (STM 2001). Lisäksi 2000-luvulla on tehty tätä täydentäviä poikkihallinnollisia ohjelmia, kuten kansallinen terveystavoitteiden vähentämisen toimintaohjelma (STM 2008a).

Euroopan unionin (EU) peruskirjaan tuli Maastrichtin sopimuksessa 1992 artikla, jonka mukaan yhteisön tuli kaikissa politiikoissaan huolehtia korkeatasoisesta terveyden suojelemisesta. Kun Suomi vuonna 1995 tuli yhteisön jäseneksi, jouduttiin toteamaan, että periaate ei vielä käytännön politiikassa kovin hyvin toteutunut. Jäsenyyden alkuvaiheissa nousivat esiin ravitsemus- ja tupakkapolitiikka (ks. tämä luku tässä teoksessa). Kuten jäljempänä (laatikko 1) kuvataan, Suomessa oli 1990-luvulle tultaessa saatu pitkällisen työn tuloksena ravitsemuspolitiikka tukemaan kovien eläinperäisten rasvojen kulutuksen vähentämistä ja muun muassa koululaisille tarjottiin rasvatonta ja vähärasvaista maitoa. Unionin koulumaitotuki taas oli sitä suurempi, mitä rasvaisempaa maitoa käytettiin. Myös jäsenmaissa köyhille suunnattu unionin elintarvikeapu sisälsi runsaasti kovaa rasvaa. Suomi työskenteli aktiivisesti suunnan kääntämiseksi muun muassa peruskirjaan vedoten. Koska Euroopan maataloudessa tuotettiin ylimäärin rasvaa, jota ei saatu myydyksi, tukikäytännöllä oli puolustajansa. Terveysargumentit olivat kuitenkin niin vahvat, että joidenkin vuosien kuluttua koulumaitotuen kriteerit muuttuivat.

Tupakkapolitiikassa ongelma oli, että kaupan vapautuessa kasvava rajat ylittävä mainonta heikensi useissa maissa säädettyjen mainontakieltojen vaikutusta. Siksi Suomi oli useiden muiden jäsenmaiden joukossa ajamassa rajat ylittävän tupakan mainonnan kieltämistä unionin alueella. Monissa maissa taloudelliset argumentit painoivat terveydellisiä enemmän, ja prosessi oli vaikea. Lopulta onnistuttiin kuitenkin saamaan äärimmäisen niukka määränemmistö direktiivistä päättämiseksi. Päätöstä yritettiin vielä kumota tuomioistuimessa, mikä osittain onnistui, ja lopullinen direktiivi hyväksyttiin ensin hieman suppeampana. Lopputuloksen voidaan kuitenkin katsoa vahvistaneen terveyden asemaa alun perin kauppapolitiisessa unionissa.

Peruskirjan velvoitteesta huolimatta terveyden huomioon ottaminen yhteisön monissa politiikoissa oli siis riittämätöntä, ja edellä kuvattu esimerkki osoittaa, että yksittäisistäkin edistysaskelista jouduttiin taistelemaan. Asia oli usein esillä terveysministerien neuvostossa, ja muun muassa vuonna 1999 neuvosto Suomen aloitteesta hyväksyi asiasta päätöslauselman. Saadakseen lisää painoa asialle Suomi otti vuoden 2006 EU-puheenjohtajuutensa terveysteemaksi ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Suomi järjesti teemasta konferenssin, jonka tulosten pohjalla neuvosto hyväksyi asiaa eteenpäin vievät päätelmät. Komissiossa terveydestä vastaava pääosasto oli tukenut Suomea puheenjohtajuusteeman kehittämisessä, ja pääosasto nosti teeman omassa terveysstrategiatyössään yhdeksi kolmesta päälinjastaan. Iskulauseenomainen puheenjohtajuusteema Health in All Policies, HiAP, on sittemmin jäänyt laajasti kansainväliseen terveyspoliittiseen kielenkäyttöön, ja se on korvannut vanhempia termejä Intersectoral Action for Health ja Healthy Public Policy.

Yksi syy terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan nousuun on ollut kasvava huoli väestöryhmien välisistä terveyseroista, joiden syiden nähdään olevan yhteiskunnallisia. Terveyserojen vähentäminen on ollut Terveyttä kaikille -politiikan olennainen tavoite niin WHO:ssa kuin Suomessakin. Siihen on paneuduttu WHO:n asettaman komission työssä (CSDH 2008). Komission raportti jatkaa Terveyttä kaikille -ohjelman linjaa, jonka mukaan erot eivät ole väistämättömiä, ne ovat epäoikeudenmukaisia ja niitä pystytään supistamaan. Raportti osoittaa hyvin selkeästi, että erot johtuvat yhteiskunnallisesta eriarvoisuudesta ja niitä voidaan vähentää yhteiskuntapolitiittisin toimin. Suomen kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma painottaa kaikkien hallinnonalojen toimia terveyserojen vähentämisessä.

Strategiat

Tutkijat ovat esittäneet neljä strategista mallia eri politiikkalohkojen mukaan saamiseksi terveystavoitteiden saavuttamiseen (Sihto ym. 2006). Ajattelun lähtökohtana on, että terveys on terveydenhuollon tavoite, ja sen on jollakin tavalla saatava muut hallinnonalat mukaan työhön.

Ensimmäistä kutsutaan terveysstrategiaksi. Sen ytimessä ovat kansanterveydelisin perustein asetetut terveystavoitteet, joita muut hallinnonalat on saatava edistämään. Tämä on ehkä vanhin lähtökohta, joka esiintyy meillä jo Talousneuvoston raportissa (1972) sekä WHO:n sektorien välisen yhteistyön kansallisten strategioiden malleissa. Tupakkapolitiikka on esimerkki tästä.

Toinen on win-win-strategia, jossa yritetään löytää politiikkoja tai hankkeita, joista kaikki osallistujat hyötyvät. Tällaisista on esitetty esimerkkeinä koulutus- ja ympäristöpolitiikat. Hyvä esimerkki on myös Suomessa 1990-luvulta lähtien sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön ja eräiden muiden hallinnonalojen yhteistyönä toteutettu terveyttä edistävän liikunnan kehittäminen (STM 2008b).

Kolmas strategia on yhteistyöstrategia, jossa terveyssektori tarjoaa omaa asi-

antuntemustaan muiden sektorien käyttöön niiden omien tavoitteiden saavuttamisessa. Siinä ei painoteta terveyshallinnon omia tavoitteita, vaan kysytään, mitä ala voi tehdä muiden hyväksi. Systemaattisella yhteistyöllä terveyshallinto voi kuitenkin edistää omia tavoitteitaankin. Tätä on sovellettu Etelä-Australian hallituksen strategisessa suunnittelussa.

Neljäs strategia on haittojen rajoittaminen, jolloin eri politiikkalohkojen toimien mahdolliset haitat pyritään tunnistamaan ja sitten estämään tai vähentämään. Lähtökohtana on, että vastakkaiset intressit ovat realiteetti. Alkoholipolitiikka on tästä esimerkki. Kaupalliset intressit ovat johtaneet sitä yhä suurempaan liberaalisointiin, ja terveyden hallinnonala on pyrkinyt löytämään keinoja haittojen minimointiin kulutuksen kasvusta huolimatta.

Esitetyt strategiat katsovat asiaa ensisijaisesti terveydenhuollon näkökulmasta. Niissä korostuu eri hallinnonalojen autonomisuus toimijoina. Yksi vaihtoehto on painottaa keskushallinnon roolia kaikkien hallinnonalojen johtajana. Se voi asettaa yhteisiä tavoitteita, joita kukin hallinnonala pyrkii edistämään oman toimivaltansa mahdollistamin keinoin. Koska terveys on yleinen yhteiskunnan tavoite, on perusteltua, että keskushallinto ottaa vastuun suurista terveyttä koskevista tavoitteista ja toimintalinjoista, ja sen pitäisi nähdä kaikkien hallinnonalojen mahdollisuudet niiden saavuttamisessa. Tämä oli lähtökohtana Adelaiden julistuksessa (WHO 2010), ja samansuuntaiseen ajatteluun pohjautui Vanhasen II hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelma (VNK 2011).

Politiikan tasot

Kansainvälisellä tasolla terveyteen vaikuttavia päätöksiä tehdään ennen muuta valtioiden välisissä sopimuksissa ja Yhdistyneiden kansakuntien (YK) piirissä. Terveyteen tähtäviä kansainvälisiä sopimuksia ovat tartuntatautien ja eräiden muiden terveysvaarojen torjuntaan kohdistuva kansainvälinen terveyssäännöstö, tupakan haittojen vähentämiseen tähtäävä tupakkakonventio sekä elintarvikkeiden turvallisuutta sääntelevä Codex Alimentarius -yhteistyö. Näissä on sovitettu yhteen kauppa- ja terveyspoliittisia tavoitteita, ja niissä säännellään useiden hallinnonalojen tehtäviä. YK-järjestelmässä terveystavoitteita ajaa luonnollisesti WHO, joka on aktiivisesti kehittänyt monialaista terveystyötä, mutta sen ongelmana ovat rajalliset vaikutusmahdollisuudet muiden alojen työhön.

Suomelle tärkein politiikkataso kansallisen toiminnan yläpuolella on Euroopan unioni. Monilla politiikkalohkoilla, esimerkiksi maatalouspolitiikassa, tärkeimmät kansalliseen työhön vaikuttavat päätökset tehdään EU-tasolla. Siten terveystavoitteiden sisällyttäminen useiden alojen toimintaan voi tapahtua parhaiten EU:n päätöksenteon ja sen valmistelun yhteydessä. Komission terveydestä vastaava pääosasto (SANCO) on omaksunut Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen, mutta kauppapoliittisessa yhteisössä tämän osaston vaikutusvalta ei ole kovin suuri. Siksi

on tärkeää, että jäsenmaiden kannanmuodostukseen eri alojen kysymyksissä jo valmisteluvaiheessa sisältyisivät myös terveystarkoitukset. Suomessa tämä voi toteutua kaikki hallinnonalat kattavan EU-asiain komitean ja EU-ministerivaliokunnan työn kautta, mutta useilla jäsenmailla ei ole tällaista vahvaa poikkialueellista työvälinettä kannanmuodostuksen pohjaksi. Komissio on kehittänyt terveystarkoitusten ennakoarviointia, ja nykyisin se sisältyy systemaattisesti komission esitysten valmisteluun.

Kansallinen taso on edelleen tärkeä. Suomessa on pyritty määrätietoisesti kehittämään lainsäädäntöä, hallinnollisia rakenteita, johtamista, osaamista ja työvälineitä. Johtamisen suhteen on käyty keskustelua terveystarkoitusten roolista. Jotkut ovat sitä mieltä, että terveystarkoitusten on johdettava terveystarkoitusten toimintaa, koska sillä on paras asiantuntemus sekä ensisijainen kiinnostus ja vastuu. On kuitenkin ilmeistä, ettei muiden hallinnonalojen sitoutumista terveystarkoitusten saavuttamiseen voi saada eikä niiden toimintaa johtaa terveystarkoitusten käsien. Johtamisen on tapahduttava hallinnonalojen yläpuolelta, valtionhallinnossa viime kädessä pääministerin ja kunnassa keskushallinnon toimesta. Terveystarkoitusten toimii tällöin asiantuntijaroolissa, mutta myös asian puolesta puhujana. Niinpä Suomessa on varsin järjestelmällisesti viety poikkialueelliset, eri alojen yhteistyössä valmistelemat terveystarkoitukset valtioneuvoston päätettäväksi.

Paikallistason poikkialueelliselle terveyden edistämiseksi on Suomessa erityisen hyvät mahdollisuudet suomalaisen kunnan laajan toimivallan vuoksi. Terveystarkoitusten seuranta kuuluu kunnan keskusjohtoon tehtäviin, ja sen olisi pohdittava kustannusvaikuttavimpia tapoja terveyden edistämiseksi. Näitä löytyy usein terveydenhuollon ulkopuolelta, ja osaamisen kehittäminen tämän ymmärtämiseksi ja käytännön mahdollisuuksien tunnistamiseksi on tärkeää. Kaikkien toimialojen osallistuminen terveyden edistämiseen tukee myös kunnan suurimman menoaerän, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten, hallintaa. Kunnat etsivät aktiivisesti säästämismahdollisuuksia terveydenhuollon sisältä, vaikka terveydenhuollon kustannuksia voitaisiin monesti vähentää tehokkaimmin sen ulkopuolella tehtävien toimien (Kiiskinen ym. 2008).

Lainsäädäntö ja rakenteet

Politiikan määrätietoista valmistelua, johtamista, seuranta ja arviointia varten tarvitaan toimintaa ohjaavat säännöt ja toimivat rakenteet. Lainsäädännöllinen pohja Terveystarkoitusten kaikissa politiikoissa -periaatteen soveltamiselle on kaikilla tasoilla. Euroopan unionissa se on Lissabonin sopimuksessa päätetty perustuslaki. Suomen perustuslakiin säädettiin julkisen vallan velvoite väestön terveyden edistämiseen vuonna 1999. Siihen pohjautuen muutettiin vuonna 2006 kansanterveystarkoitusten lakia siten, että kunta veloitettiin seuraamaan väestönsä terveydentilaa väestöryhmittäin ja ottamaan terveyden edistäminen huomioon kaikissa toiminnoissaan. Velvoitteita tarkennet-

tiin terveydenhuoltolaissa vuonna 2011. Kuntalaki säätää kunnan perustehtäväksi väestönsä hyvinvoinnin edistämisen.

Olennaista on, että perustuslaissa julkiselle vallalle säädettyä velvoitetta väestön terveyden edistämiseen ei tulkita vain terveyden hallinnonalalle vaan koko julkiselle vallalle kuuluvana. Jotta terveys olisi kaikkien hallinnonalojen tavoite, terveyttä koskevat tavoitteet ja niihin pääsemisen linjaukset olisi tehtävä yli hallinnonalojen, valtakunnan tasolla hallituksessa ja eduskunnassa sekä kuntatasolla kunnanhallituksessa ja -valtuustossa. Terveysalan lisäksi eräillä muilla hallinnonaloilla on säädöspohjaisesti terveyteen tähtäviä tehtäviä. Esimerkkejä ovat työsuojelu, liikenneturvallisuus ja elintarvikevalvonta. Näiden tuloksiakin mitataan terveysindikaattoreilla.

Kaikilla hallinnon tasoilla on koko politiikkaa valmisteleva ja toimeenpaneva elin: EU:ssa komissio, kansallisella tasolla maan hallitus ja kunnassa kunnanhallitus. Niiden alapuolella toiminta jakautuu eri hallinnonaloihin, ja yhteistyötä varten tarvitaan erilaisia toimielimiä. Komissiossa toimii kaikkien pääosastojen välinen toimielin, joka käsittelee terveyteen vaikuttavia esityksiä ennen niiden viemistä komission päätettäväksi. Suomessa kansallisia yhteistyörakenteita ovat neuvottelukunnat, joista tärkeimpiä ovat kansanterveyden neuvottelukunta, lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta, ravitsemusneuvottelukunta, terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta, koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntatyön neuvottelukunta, liikenneturvallisuusneuvottelukunta ja tartuntatautineuvottelukunta. Ravitsemusneuvottelukunta on sijoitettu maa- ja metsätalousministeriöön ja liikenneturvallisuusneuvottelukunta liikenne- ja viestintäministeriöön. Valtioneuvoston kanslian koordinoiva rooli on vahvistunut. Se seuraa tarkoin hallitusohjelman toimeenpanoa kaikilla hallinnonaloilla, ja se on vastannut myös hallituksen monialaisten politiikkaohjelmien koordinoinnista.

Kuntalaissa ja kansanterveyslaissa säädetyn laajan terveyden edistämisen velvoitteen toteuttamiseksi kunnissa on tarpeen olla poikkihallinnollinen rakenne terveyden edistämiseen. Tehtävää voi hoitaa kunnanhallitus, mutta usein tarvitaan muitakin toimielimiä. Tehtävä muuttuu ongelmallisemmaksi, kun terveydenhuolto siirtyy peruskunnan ulkopuolisen kuntayhtymän tehtäväksi ja siten eriytyy kunnan muista hallinnonaloista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) on kehitetty erilaisia malleja poikkihallinnollista yhteistyötä varten muuttuvissa kuntarakenteissa (Perttilä & Uusitalo 2007). Terveyden edistämisen kannalta toimiva kuntamalli olisi riittävän iso kunta, joka pystyisi itsenäisesti vastaamaan perusterveydenhuollosta, jolloin terveydenhuollon ja muiden hallinnonalojen yhteistyö voisi luontevasti toimia.

Työvälineet ja osaaminen

Ohjelmat ja strategiat ovat tärkeä työväline eri hallinnonaloilla tehtävän työn koaamiseksi. Kansalliset ohjelmat on yleensä hyväksytty valtioneuvoston periaatepäätöksinä, joilla kaikki hallinnonalat sitoutetaan niihin. Tätä kirjoitettaessa yhteistyön pohjana on Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Muita valtioneuvoston hyväksymiä ohjelmia ovat esimerkiksi terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma ja periaatepäätös terveyttä edistävästä liikunnasta ja ravitsemuksesta. Hallitusohjelma on myös tärkeä käyttökelpoinen työväline, ja viimeisissä hallitusohjelmissa on ollut terveysalan ulkopuolelle ulottuvia terveystavoitteisia linjauksia. Hallituksen selonteko eduskunnalle on eräs työväline, jota terveyspolitiikassa on käytetty vain kerran.

Tärkeä työväline on hallituksen eduskunnalle neljän vuoden välein antama sosiaali- ja terveystietokertomus, alun perin kansanterveyskertomus, joka annettiin ensi kerran vuonna 1996. Se tähtää hallituksen ja eduskunnan vuoropuheluun terveyspolitiikasta, mutta sillä ei ole yhtä suurta merkitystä kuin selonteolla, koska sitä käsitellään vain eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnassa, kun taas selonteko ja käsittelee koko eduskunta. Kertomuksessa kuvataan kansanterveyden kehitystä ja arvioidaan eri toimien merkitystä. Laissa sosiaali- ja terveystietokertomuksesta on veloitettu kaikki hallinnonalat kuvaamaan terveyteen liittyvä toimintaa. Terveystietokertomuksissa on kuntien velvollisuudeksi vastaavasti säädetty vuosittainen raportointi valtuustolle ja kerran valtuustokauden aikana annettava hyvinvointikertomus.

Kansanterveyden kehitystä kuvaava seurantajärjestelmä on välttämätön terveystavoitteisen työn johtamiselle. Terveystietokertomusta on kehitetty THL:ssä, ja yhä useampaan ohjelmaan on sisällytetty toimeenpanoa arvioivia indikaattoreita. Terveys 2015 -ohjelmassa on asetettu keskeisille haasteille määrällisiä tavoitteita. Kunnat ovat kehittäneet omaa terveystietokertomustaan THL:n tuella kansanterveyslain uudistuksen mukaisesti.

Terveystietokertomusten arviointi on perustavaa laatua oleva edelleen kehittyvä työväline. Sen avulla eri hallinnonalat voivat ennakoita ja ylipäänsä tulla tietoisiksi toimiansa terveystietokertomuksista. Arviointia käytetään enenevästi päätöksenteon tukena kaikilla tasoilla. Se tuottaa parhaimmillaan sekä terveydellistä että taloudellista hyötyä. (Wismar ym. 2007.)

Terveystietokertomusten arviointia on Suomessa pyritty yhdistämään sosiaalisten vaikutusten arviointiin, jolloin puhutaan ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointista. Arviointia toteutetaan lakisääteisesti ympäristövaikutusten arviointia koskevan lainsäädännön pohjalla, mutta enenevästi myös muissa yhteyksissä erityisesti julkisessa hallinnossa. Arviointimenetelmiä on kehitetty ja arviointia tukevia oppaita tuotettu Stakesissa ja sittemmin THL:ssä. Laitos on tukenut erityisesti kuntia arviointien toteuttamisessa (Kauppinen & Tähtinen 2003; Nelimarkka & Kauppinen 2007).

Terveys kaikissa politiikoissa vaatii uudenlaista osaamista niin terveyden kuin muidenkin hallinnonalojen työntekijöiltä. Osaamisen kehittäminen on ollut erityi-

sesti THL:n vastuulla. Kehittämistyö on tapahtunut aktiivisessa kansainvälisessä ja eri alojen välisessä vuorovaikutuksessa. Erityisesti laitos on panostanut terveysseurannan, vaikutusarvioinnin ja kunnallisten toimintamallien kehittämiseen ja niiden käytön tukemiseen kunnissa. Työtä on suunnattu terveysammattilaisten lisäksi kunnan keskusjohtoon (Perttilä 1999).

Kaksi esimerkkiä

Kaksi erityiskysymyksiin keskittyvää esimerkkiä kuvaa Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen käytäntöä. Ensimmäinen on alkoholiveron alennus vuonna 2004 (tietolaatikko 1) ja toinen sepelvaltimokomitean työ vuodelta 1989 (KM 1989, tietolaatikko 2).

Tietolaatikko 1

Alkoholiveron alentamisen seuraukset

Esimerkki alkoholiveron alennuksesta kuvaa terveyden ja todennäköisesti taloudenkin näkökulmasta epäonnistumista. Alkoholiveron alennus tehtiin vuonna 2004, kun Viron EU-jäsenyyteen liittyvän siirtymäajan päättymisen oli vapauttamassa alkoholituonnin sieltä Suomeen. Viron matalan hintatason uskottiin lisäävän tuontia suuresti, minkä takia valtiovarainministeriö esitti alkoholiveron alentamista noin 30 prosentilla. Tämän uskottiin olevan riittävä kotimaisen myynnin tason ylläpitämiseksi ja siten myös valtion verotulojen ja Alko Oy:n tuoton säilymiselle, samoin kuin vähittäiskaupan tulonmuodostukselle. Toisaalta hinnanlaskun tiedettiin lisäävän kulutusta ja sen myötä haittoja. Vastakkain olivat taloudelliset arvot ja kulutuksen lisääntymisestä aiheutuvat kansanterveyden menetykset ja muut alkoholihaitat. Veronalennuksesta seuraavat terveysvaikutukset arvioitiin huolellisesti, ja myöhempi kehitys osoitti arviot varsin oikeaan osuneiksi. Hallituksen päätöksenteossa välittömät taloudelliset hyödyt painoivat kansanterveyttä enemmän, ja alennus tehtiin. Kulutustaso nousi hyp-päyksenomaisesti ja jäi aikaisempaa korkeammalle tasolle. Sen aiheuttamat ylimääräiset kuolemat, työvoimamenetykset, sosiaaliset ja muut haitat perheille ovat myös jääneet varsin pysyviksi ja aiheuttavat yhteiskunnalle suuria taloudellisia menetyksiä vuodesta toiseen (Karlsson 2009).

Valtiovarainministeriö esitti samoin perustein myös tupakkaveron huomattavaa alennusta. Tupakan osalta terveysargumentit voittivat, eikä veron alennusta tullut. Tupakan kulutuksen hiljalleen aleneva trendi on jatkunut. Valtiovarainministeriö ennakoி talusarvioesityksessään tupakkaveron tuoton rajua pudotusta matkustajatuonnin kasvun perusteella, mutta tällaista ei tapahtunut, vaan veron tuotto säilyi lähes ennallaan. Tämä viittaa siihen, että myös alkoholiveron ennalleen jättämisen tai pienemmän alentamisen taloudelliset vaikutukset olisivat olleet arvioitua vähäisemmät.

Tietolaatikko 2

Sepelvaltimokomitea ja ravitsemuspolitiikan murros

Sepelvaltimokomitean työn (KM 1989) tavoitteena oli Suomen suuren sepelvaltimotautikuolleisuuden pienentäminen. Komiteassa olivat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö sekä kauppa- ja teollisuusministeriön ja opetusministeriön hallinnonalat. Keskeinen päämäärä oli eläinperäisen rasvan kulutuksen vähentäminen. Kotimaista maitorasvan tuotantoa oli tuettu voimakkaasti maatalouspoliittisista syistä, ja vero- ja hintapolitiikalla oli pyritty lisäämään sen kulutusta. Terveysvalistus yksinään oli riittämätön, vaikka sen avulla oli kyllä onnistuttu muuttamaan ravitsemusta terveelliseen suuntaan (Leppo & Melkas 1987). Tästä silloin poliittisesti hyvin vaikeasta asiasta komitea onnistui tekemään yksimielisesti konkreettisia ehdotuksia, joita oli tosin jo pohjustettu mainitun terveystieteellisen selonteon linjauksilla. Yksimielisyys tarkoitti mukana olleiden hallinnonalojen sitoutumista ehdotusten toteuttamiseen.

Ehdotukset hallinnonaloittain olivat seuraavat:

Sosiaali- ja terveysministeriö: sepelvaltimotaudin ehkäisyn systemaattinen vahvistaminen kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä työterveyshuollossa.

Valtiovarainministeriö: maitorasvaa suosivasta veropolitiikasta luopuminen ja eteneminen asteittain ravintorasvojen neutraaliin verokohteluun. Vähärasvaisten maitotuotteiden tasausmaksun poistaminen hinnan alentamiseksi. Tupakkaveron huomattava korotus.

Maa- ja metsätalousministeriö: maataloustuotannon painopisteen siirtäminen maitorasvan tuotannosta viljan, kasvien, marjojen, rypsiöljyn ja kalan tuotantoon käyttäen taloudellisia ohjauskeinoja sekä tuotettavan maidon rasvapitoisuuden vähentäminen käyttäen karjanjalostusta ja ruokinnan kehittämistä apuna.

Opetusministeriö: terveystiedon lisääminen peruskoulun ja lukion opetuksessa, kotitalous- ja ravitsemusopetuksen vahvistaminen, kouluruokailun kehittäminen, opettajakoulutuksen kehittäminen. Riskitekijöihin vaikuttamiseen kohdistuvan tutkimuksen edistäminen.

Kauppa- ja teollisuusministeriö: myyntipäällyksmerkintöjen parantaminen ja niiden valvonnan tehostaminen.

Elintarviketeollisuus ja kauppa eivät olleet komiteassa edustettuina, mutta niille ehdotettiin, että tarjolla olisi riittävä valikoima ravitsemussuosittelujen mukaisia tuotteita, erityisesti vähärasvaisia, elintarvikkeiden suolapitoisuutta vähennettäisiin ja kauppa tehostaisi alle 16-vuotiaiden tupakanmyyntikiellon toimeenpanoa.

Komitea ei vielä selvästi nähnyt sepelvaltimotaudin suurta ongelmaa, sosiaaliryhmittäisiä eroja. Esimerkiksi terveystiedon opetusta haluttiin lisätä lukioihin, mutta ammattikouluja ei mainittu.

Komitean ehdotukset toteutuivat pääosin muutaman vuoden kuluessa. Nykyään vähärasvaisten tuotteiden saatavuus, asianmukaiset päällyksmerkinnät ja kohtuullinen hinta ovat itsestään selviä. Vaatimattomalta tuntuu tänään esimerkiksi komitean ehdottama tavoite, että vähärasvaista (1 %) maitoa tulisi olla saatavilla kaikkialla maassa, rasvatonta maitoa ei tuolloin vielä ollut saatavissa lainkaan. Hallinnonalojen yhteisen työn tulosta voidaan pitää terveystavoitteisen ravitsemuspolitiikan läpimurtona.

Miten tästä eteenpäin

Suomen EU-puheenjohtajuutensa yhteydessä vuonna 2006 tuotettiin Terveys kaikissa politiikoissa -teemasta kirja (Ståhl ym. 2006). Siinä hahmoteltiin HiAP-linjauksia eteenpäin. Hahmotelmassa korostetaan terveyden merkitystä sekä arvona että välineenä, niin yksilön kuin yhteiskunnankin voimavarana, ja tasa-arvoa terveyden ydinarvona. Siinä painotetaan muiden hallinnonalojen keinojen käyttämättä jättämisen suuria yhteiskunnallisia kustannuksia, terveyden determinanttien roolia politiikkojen ja terveyden välillä, ja politiikkojen mahdollisuutta muuttaa niitä kielteiseen tai myönteiseen suuntaan. Poliittikalohkojen riippuvuuden toisistaan nähdään kasvavan. Win-win-tilanteita on etsittävä ja ne on käytettävä, vastakkaisten intressien tilanteissa on käytävä avoin, läpinäkyvä vuoropuhelu. Terveysalan roolia ja osaaamista on vahvistettava ja voimavaroja lisättävä, mutta on myös selvennettävä muun hallinnon ja terveysalan roolia sekä velvollisuuksia HiAP-periaatetta toteutettaessa. Tietopohjaa terveydestä ja sen determinanteista on vahvistettava. Rakenteita, mekanismeja ja työvälineitä on kehitettävä ja käytettävä tarkoituksenmukaisesti. Kansanterveysjärjestöjen asemaa on parannettava. (Ollila ym. 2006.)

Suomen puheenjohtajuuden jälkeen Terveys kaikissa politiikoissa on edennyt EU:ssa. Se on yksi terveysstrategian kolmesta päälinjasta, ja se on ollut painokkaasti esillä ministerineuvostossa. Terveysvaikutusten arviointia on kehitetty ja lisätty päätöksenteon pohjana. Komission esityksiin liittyy nykyisin terveysvaikutusten arviointi, kun se on perusteltua. EU on ollut aktiivisena osapuolena muun muassa tupakoinnin terveyshaittojen vähentämiseen tähtäävän tupakkakonvention lisäpöytäkirjoja koskeissa neuvotteluissa, joissa yhtenä painopisteenä on ollut tullilaitosten toiminta tupakan salakuljetuksen ehkäisemiseksi. Monissa asioissa, esimerkiksi alkoholipolitiikassa, ei terveysnäkökohdilla ole kuitenkaan edelleenkaan paljoa painoa.

WHO on vienyt asiaa eteenpäin maailmanlaajuisesti. Uusia linjauksia tehtiin WHO:n ja Etelä-Australian hallituksen järjestämässä Adelaiden konferenssissa 2010. Konferenssin julkilausumassa vaaditaan terveyden nostamista koko yhteiskuntapolitiikan päämääräksi muun sosiaalisen, taloudellisen ja ympäristön kehityksen rinnalle, ja näitä koskevien tavoitteiden yhteen kokoamista. Tärkeimpien terveystavoitteiden saavuttamisen tulee olla ensisijaisesti keskushallinnon, ei terveyshallinnon vastuulla. Keskushallinnon on nähtävä eri alojen mahdollisuudet ja niiden toiminnan kustannus-vaikuttavuus, ja annettava aloille sen mukaiset vastuut. Terveysalan roolina on entistä aktiivisemmin kumppanuus kaikkien hallinnonalojen sekä muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyössä tarvitaan innovaatioita, uusia mekanismeja ja työvälineitä sekä myös parempaa sääntelyä. Tämä edellyttää terveysalalta uudenlaisia avoimuutta ja sen pohjaksi tietoa, taitoa ja toimivaltaa. (Adelaide Statement 2010.)

Suomessa esimerkiksi työvoiman riittävyys on sellainen suuri yhteiskunnallinen haaste, jossa sosiaaliset ja taloudelliset tavoitteet liittyvät yhteen ja jossa terveydellä työkyvyn keskeisenä osatekijänä on tärkeä osa. Se on kansallisen politiikan keskiössä, ja on osaltaan määrittänyt toteutettua hallinnonalojen välistä terveysta-

voitteista yhteistyötä. Edellä mainittu poikkihallinnollinen terveyden edistämisen politiikkaohjelma oli yksi tapa ottaa laajaa vastuuta terveydestä.

Poikkihallinnollisuuden haasteet ovat vaikeita, ja Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa tarvitsee edelleen tutkimusta ja kehittämistä. Terveyspolitiikan tutkimuksen voimavarat ovat alueen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen huomioon ottaen varsin niukat. Tarvitaan myös osaajien koulutusta ja vahvoja puolestapuhujia niin terveyshallinnossa kuin muillakin hallinnonaloilla sekä myös kansalaistoiminnassa. Lainsäädännön riittävyttä on arvioitava ja sitä on kehitettävä. Uudistuvien kuntarakenteiden tuomat ongelmat on ratkaistava. Ristiriitatilanteissa taloudelliset arvot näyttävät jyräävän, joten terveyden ja sen menetysten taloudellista merkitystä on osattava arvioida tarkemmin. Terveysvaikutusten arviointia on kehitettävä ja sen käyttöä laajennettava. Avainasia on terveyden rakentumista koskevan ymmärryksen lisääntyminen niin väestön, politiikan tekijöiden kuin tiedotusvälineidenkin osalta, ja tälle pohjalle rakentuva avoimuuteen ja osallistumiseen pohjaava politiikka (Ollila 2010).

Lähteet

- Adelaide Statement on Health in All Policies (2010) Adelaide: WHO, Government of South Australia.
- CSDH (2008) Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. The final report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Karlsson, Thomas (toim.) (2009) Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. Raportti 15/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, Tapani & Tähtinen, Vilja (2003) Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirja. Aiheita 8/2003. Helsinki: Stakes.
- Kiiskinen, Urpo & Vehko, Tuulikki & Matikainen, Kristiina & Natunen, Sanna & Aromaa, Arpo (2008) Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- KM, Komiteanmietintö 1989:58. Sepelvaltiomotautikomitean mietintö.
- Leppo, Kimmo (2008) Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. Sosiaali- ja lääketieteellinen Aikakauslehti 45, 228–238.
- Leppo, Kimmo & Melkas, Tapani (1988) Towards healthy public policy: experiences in Finland 1972–1987. *Health Promotion International* 3(2), 195–203.
- McKeown, Thomas (1976) *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Melkas, Tapani (toim.) (1985) Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely 26.–27.3.1985. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Nelimarkka, Kirsi & Kauppinen, Tapani (2007) Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Oppaita 68.. Helsinki: Stakes.
- Ollila, Eeva (2010) Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health* 0, 1–8.
- Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Melkas, Tapani & Wismar, Matthias & Ståhl, Timo & Leppo, Kimmo (2006) Towards a healthier future. In: Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (eds.) *Health in All Policies. Prospects and potentials.* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95,1.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma & Eero, Prättälä, Ritva & Martelin Tuija & Ostamo Aini & Keskimäki, Ilmo &

- Sihto, Marita & Takala Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.)(2007) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- Perttilä, Kerttu (1999) Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Tutkimuksia 103. Helsinki: Stakes.
- Perttilä, Kerttu & Uusitalo, Minna (toim.) (2007) Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005. Raportteja 4/2007. Helsinki: Stakes.
- Puro Kari (1973) Terveyspolitiikan perusteet. Helsinki: Tammi.
- Sihto, Marita & Ollila, Eeva & Koivusalo, Meri (2006) Principles and challenges of Health in All Policies. In: Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (eds.) Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Kansallinen tavoite- ja toimenpideohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1993) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4 Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b) Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen kehittämislinoista. Esitteitä 2008:10.
- Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (eds.) (2006) Health in All Policies. Prospects and Potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Talousneuvosto (1972) Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Helsinki 1972.
- VNK, Valtioneuvoston kanslia (2011) Poliitikaohjelmien loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011. Helsinki.
- Wismar, Matthias & Blau, Julia & Ernst, Kelly & Figueras, Josep (eds.) (2007) The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO (1979) Formulating strategies for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (1991) Terveyttä kaikille vuoden 2000 –ohjelma Suomessa. WHO:n terveyspoliittinen arviointi. Maailman terveysjärjestö, Euroopan aluetuomioisto, Kööpenhamina.

LEENA WARSELL

20 Näyttöön perustuva alkoholi- politiikka

Alkoholi kansanterveysongelmana

Kun terveystilastoissa vertaillaan eri riskitekijöiden haitallisuutta, otetaan huomioon vain niiden riski yksilön terveydelle, mutta huomiota ei kiinnitetä sosiaalisiin haittoihin. Alkoholi aiheuttaa muihin kansanterveyttä vakavasti heikentäviin riskitekijöihin verrattuna haittoja, joiden tarkastelussa yhteiskunnallinen näkökulma on jopa merkittävin.

Alkoholipoliittisen tutkimuksen kulmakivenä pidetyssä kirjassa *Alcohol control policies – Public Health Perspective* vuodelta 1975 määritetään alkoholin kansanterveydelliset vaikutukset tavalla, joka pätee edelleen: ”Alkoholin käytöllä on seuraamuksia paitsi yksityiselle juojalle itselleen, myös laajemmalle lähipiirille: perheelle, naapureille ja työkavereille. Alkoholi aiheuttaa myös koko yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Alkoholi-ongelmat pitäisikin luokitella sen perusteella, aiheutavatko ne ongelmia vain yksilön omalle terveydelle vai myös laajemmin koko ympäröivään yhteisöön. Yhtä tärkeää on erotella alkoholi-ongelmat sen perusteella, aiheutuvatko ne alkoholin runsaasta pitkäaikaiskäytöstä vai yksittäisistä juomakerroista.” (Bruun ym. 1975, 15 suom. LW.)

Alkoholipoliittikan perusteet

Alkoholin kontrollipoliittikalla tarkoitetaan alkoholin käytöstä aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen minimointia koko yhteiskunnan tasolla. *Alkoholipoliittikka* on laajempi käsite: sillä tarkoitetaan kaikkea alkoholiasioihin kohdistuvaa politiikkaa eli kaikkien niiden toimenpiteiden kokonaisuutta, joilla säädellään alkoholin käyttöä yhteiskunnassa.

Alkoholipoliittikka joutuu aina tasapainoilemaan eri näkökulmien (kansanterveys, finanssipoliittikka, veropolitiittikka, yksityiset markkinavoimat) välillä siitä, miten alkoholiteollisuuden edut ja yhteiskunnan fiskaaliset intressit sovitetään yhteen kansalaisten terveyden suojelun kanssa.

Suomessa harjoitetun alkoholipoliittikan tieteellisenä pohjana on 1970-luvulta lähtien ollut niin sanottu kokonaiskulutusmalli. Säätelällä alkoholin hintoja

ja saatavuutta (myyntiä ja anniskelua) voidaan suoraan vaikuttaa sekä kansalaisten juomiin alkoholimääriin että suurkuluttajien määrään.

Kokonaiskulutus on tärkeä kansanterveyden determinantti, jolla on selkeä yhteys sekä alkoholihaittojen ilmaantumiseen (insidenssiin) että niiden esiintyvyyteen (prevalenssiin). Muun muassa Kettil Bruun ja hänen tutkijakollegansa (Bruun ym. 1975, 90) tulkitsivat jo 1970-luvulla alkoholin saatavuuden sääntelyn kansanterveyskysymykseksi.

Alkoholipoliittisten keinojen vaikuttavuus

Alkoholipoliittisten menetelmien pätevyyttä on arvioitu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa, ja vakuuttavaa näyttöä niiden vaikuttavuudesta on olemassa. Thomas Baborin tutkijaryhmineen tekemässä systemaattisessa katsauksessa (Babor ym. 2010) arvioidaan alkoholipoliittikan vaikuttavuutta ja sovellettavuutta eri maissa ja kulttuurisissa konteksteissa. Lisäksi arvioidaan myös vaikuttavia keinoja suhteessa toteutuskustannuksiin (kustannus-hyötyanalyysi).

Alkoholipoliittikan keinot ryhmiteltiin katsauksessa seuraavasti: hinta- ja veropoliittikka; saatavuuden sääntely (myynti- ja anniskelu, aukioloajat, ikärajat ja niiden valvonta); juomiskontekstin muuntelu (anniskelu- ja myyntipaikat sekä henkilökunnan koulutus); valistus ja päihdekasvatus (erilaiset suostuttelutoimet, kampanjat yms.); alkoholin myynninedistämistoiminnan sääntely (mainonta ja markkinointi ja muu myynnin edistäminen); liikennejuopumuksen sääntely, sekä hoito ja varhainen puuttuminen.

Vaikuttavuutta koskeva näyttö luokiteltiin neljään vahvuuskategoriaan. Arvioidavina olivat tieteellisen näytön laatu, kuinka laajalti näytölle on saatu tukea sekä miten yleispätevää näyttö oli suhteessa eri kulttuureihin (eri kansallisuudet, uskontokunnat ja väestöryhmät).

Kaikkein vahvin näyttö edellytti vähintään viittä vaikuttavuustutkimusta ja seuraavalle tasolle vaadittiin 2–4 vaikuttavuustutkimusta. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, miten monessa maassa kutakin toimintakeinoa on arvioitu sekä mitkä ovat menetelmän toteutus- ja ylläpitokustannukset. Seuraavassa esitellään meta-analyysin tulokset.

Hinta- ja veropoliittikka

Alkoholin hinnoittelulla ja veropoliittikalla on selkeä yhteys juodun alkoholin määrään. Kansalaisten todettiin lisäävän juomistaan, jos hintoja alennettiin, ja vähentävän sitä, jos niitä korotettiin. Kokonaiskulutuksen sääntelyllä on siten selkeä tieteellinen pohja.

Alkoholiverojen korotusten ja sitä kautta hintojen nousun on todettu olevan suhteessa alkoholihaittoihin (rikollisuus, liikenneonnettomuudet ja alkoholikuollei-

suus). Alkoholiverotuksen todettiin olevan yksi parhaimmista keinoista säädellä alkoholin kokonaiskulutuksen tasoa ja alkoholihaittoja. Keinon varjopuolena on alkoholin salakuljetuksen ja laittoman kaupustelun lisääntyminen.

Saatavuuden sääntely

Saatavuuden sääntelyllä tarkoitetaan tässä alkoholijuomien myynnin ja anniskelun sääntelyä lupapolitiikalla, ikärajoilla ja aukioloajoilla sekä näiden säädösten valvonnalla. Saatavuuden sääntely on osoittautunut tehokkaaksi alkoholipoliittiseksi keinoksi kansallisella ja yhteisötasolla, mikäli sillä on väestön enemmistön tuki. Ikärajojen säätelyllä puolestaan voidaan vaikuttaa nuorten juomiseen ja juomisen aloittamiseen. Sääntelyn haittavaikutuksena on, että rajoitukset voivat lisätä laitonta alkoholikauppaa ja kotivalmistusta.

Juomiskontekstien sääntely (koulutus, valvonta ja juomis- ympäristö)

Myynti- ja tarjoiluhenkilöstöä kouluttamalla on tutkimusten mukaan jonkin verran voitu vaikuttaa asiakkaiden humaltumisen asteeseen ja heidän aggressiivisuuteensa. Vaikutus on yhteydessä muuhun alkoholin saatavuuden sääntelyyn ja valvontaan.

Juomiskonteksteihin vaikuttaminen on hintojen ja saatavuuden sääntelyä paljon helpompi keino toimeenpantavaksi erityisesti paikallistasolla, mutta tällaisten toimien pysyvyyttä on arvioitava jatkuvasti.

Valistus ja päihdekasvatus (kouluohjelmat, kampanjat, varoitus- merkinnät)

Valistus ja kasvatus ovat sekä kansallisesti että kansainvälisesti suosittuja alkoholipoliittisia keinoja. Ne saavat myös helposti yleispoliittista kannatusta. Erityisen suosittuja ovat kouluohjelmat. Muita keinoja ovat erilaiset valistuskampanjat sekä varoitusmerkinnät etiketeissä, mainonnassa ja muussa myynninedistämistoiminnassa.

Erillisillä valistusohjelmilla on tutkimusten mukaan kuitenkin vähän tai ei ollenkaan näyttöä vaikuttavuudesta. Ne myönteiset tulokset, joita on saatu, näyttävät häviävän lyhyen ajan kuluessa. Satojen tutkimusten joukossa vain muutama on osoittanut kestävämpää vaikutusta. Jopa mahdollisimman laaja-alaiset ohjelmat ovat osoittautuneet vaikutuksiltaan mitättömiksi pidemmällä aikavälillä. Tutkimustuloksia tulkitessa on syytä ottaa huomioon myös se, että on huomattavasti vaikeampaa rakentaa pitävää tutkimusasetelmaa tiedotuksellisten keinojen vaikuttavuudesta kuin esimerkiksi alkoholiverojen alentamisen vaikutuksista.

Joukkotiedottaminen ja yksilön juomisen omaehtoisen säätelyn tukeminen

voivat kuitenkin lisätä muiden alkoholipoliittisten keinojen tehokkuutta ja luoda väestön keskuudessa tukea kontrollipoliittisille toimille. Lisäksi jokaisella sukupolvella on oikeus saada pitävää kuluttajatietoa alkoholista ja sen aiheuttamasta riippuvuudesta.

Liikennejuopumus ja liikennepoliittikka

Poliisin suorittamien liikenne-ratsioiden on todettu vähentävän liikennejuopumustapauksia ja siten niiden aiheuttamia haittoja (liikenneonnettomuudet, vammautukset ja kuolemat). Ne toimivat jo sinällään näkyvinä toimenpiteinä liikennejuopumusta ehkäisevinä ja liikenne-raittiusasenteita vahvistavina.

Alkoholin myynninedistämisen ja markkinoinnin sääntely

Alkoholin markkinointiin ja myynnin edistämiseen kohdistuu suuri kansainvälinen mielenkiinto. Alkoholijuomien merkkejä tehdään tunnetuksi kaikin mahdollisin markkinoinnin keinoin sekä perinteisessä mediassa että yhä enemmän myös sosiaalisessa mediassa.

On selvää näyttöä siitä, että markkinoinnin ja mainonnan sääntelyllä voidaan myöhentää sekä nuorten juomisen aloittamisikää että humalajuomista.

Alkoholiteollisuus haluaisi mieluummin lisätä omaa valvontaansa, mutta teollisuuden omilla toimilla ei ole todettu olevan mitään vaikutusta juomiskäyttäytymiseen missään kansalaisryhmässä. Sen sijaan lainsäädännön rajoittavilla toimilla on näyttöä vaikuttavuudesta, mikäli ne ovat riittävän laaja-alaisia ja valvottuja.

Varhaisen puuttumisen keinot sekä hoito

Minkä tahansa hoitomuodon on todettu vähentävän merkittävästi alkoholin käyttöä ja siitä johtuvia haittoja. Selvää eroa ei ole voitu osoittaa siinä, onko avohoito laitoshoidon vaikuttavampaa.

Mini-interventioilla, joilla tarkoitetaan sosiaali- tai terveystoimen varhaista puuttumista ja säännöllistä seurantaa (tarvittaessa laboratoriomenetelmin), on todettu olevan kliinisesti selkeää positiivista näyttöä suurkuluttajien, mutta ei pitkälle alkoholiriippuvaisten eli alkoholistien keskuudessa.

Nimettömät alkoholistit (AA) -toiminta ja muut itsehoidon menetelmät on todettu vaikuttaviksi keinoiksi muun hoidon ohella.

Eri keinojen kustannusvertailu

Kustannus-hyötyanalyysin mukaan kaikkein halvimpia keinoja vaikuttaa alkoholin kulutukseen ja sitä kautta haittoihin ovat:

- ▶ alkoholin myyntiä ja anniskelua koskevat ikäraajat
- ▶ valtiollinen vähittäismyynnin monopoli
- ▶ saatavuuden sääntely (myynti- ja anniskeluaajat, myynti- ja anniskelupaikkojen tiheys)
- ▶ alkoholiverotus
- ▶ alkoholijuomien laimentaminen

Vastaavasti enemmän kustannuksia vaativat seuraavat vaikuttavat keinot:

- ▶ liikennerasiat
- ▶ promillerajojen alentaminen
- ▶ lupajärjestelmä
- ▶ uusiin ajokortin ajajiin kohdistetut toimet (mm. liikennenopeuskatot)
- ▶ suurkuluttajien mini-interventiot
- ▶ oikein kohdistetut hoitotoimet

Alkoholipolitiikka Suomessa

Suuri osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta, vaikka sosiaaliset ongelmat ja vakavat terveyshaitat kasautuvat alkoholia keskimäärin enemmän käyttäville suurkuluttajille. Tästä syystä alkoholihaittojen tehokas ehkäisy edellyttää yhteiskunnan toimenpiteitä.

Suomalaisessa alkoholipolitiikassa on vuosikymmenien kuluessa käytetty lähes kaikkia ajateltavissa olevia alkoholipoliittisia keinoja kieltolaista ja ostajien tarkkailusta lähtien. Yksittäistä kansalaista koskevat sääntelykeinot on yksi toisensa jälkeen todettu paitsi tehottomiksi myös yksilöä nöyryyttäviksi. Siksi Kettil Bruunin ja hänen seuraajiensa 1970-luvulla esiin nostama näkemys alkoholista kansanterveyskysymyksenä moraaliongelman sijasta on kohdistanut sääntelyn painopisteen väestötasolle eikä enää yksittäisiin kansalaisiin.

Kokonaiskulutusta säätelevästä lähtökohdasta huolimatta alkoholipolitiikkaa on viime vuosikymmeninä maassamme liberalisoitu. Samaan aikaan kun alkoholin saatavuutta kontrolloivia toimia on lievennetty tai ne on poistettu yksi toisensa jälkeen, alkoholin kulutus ja alkoholihaitat ovat lisääntyneet. Alkoholipolitiikan keinoista ei ole Suomessa luovuttu niiden tehottomuuden takia, vaan siksi, että niiden ei ole enää katsottu istuvan nykyiseen valinnanvapauden maailmaan. Yksilövapautta vaalivassa ajatteluperinteessä on suosittu suureen yleisöön kohdistettua valistusta alkoholihaittojen hallintakeinona.

Suomi on nykyään osa globalisoituvaa maailmantaloutta ja se näkyy myös alkoholikaupassa. Euroopan unionissa ei pidetä monopoleista, mutta alkoholin vähit-

täismyyntimonopolit Suomessa ja Ruotsissa saivat 1990-luvulla Euroopan unioniin liittyttäessä EY-tuomioistuimen päätöksellä jatkaa toimintaansa sillä ehdolla, etteivät ne riko tavaroiden vapaata liikkumista koskevaa periaatetta EU:n sisällä. Pohjoismaat perustelivat monopolejaan erityisesti kansanterveydellisillä syillä. Alkoholi-kauppaan vaikuttavat EU:n kilpailusäännöksiä lisäksi myös esimerkiksi maailman kauppajärjestön WTO:n taloutta ja kauppaa koskevat säännökset.

EU:sta ja WTO:sta huolimatta alkoholijuomien saatavuutta säänteleviä keinoja voidaan maassamme edelleen laajalti käyttää, mikäli tähän löytyy sisäistä poliittista tahtoa. Hinnat voidaan pitää korkeina alkoholia verottamalla ja käyttöä voidaan säädellä muun muassa ikärajojen avulla.

Kokonaiskulutusmalli jossakin muodossaan on omaksuttu alkoholipoliittiseksi perustaksi myös muualla kuin Pohjoismaissa (USA, Kanada, Uusi-Seelanti), vaikka kaikkialla globalisoitunut alkoholiteollisuus yrittää jarruttaa yksityiseen voitontavoitteluun kajoamista. Alkoholiteollisuudella on vahva asema muun muassa Euroopan unionissa, jossa se pyrkii mitätöimään jäsenmaiden alkoholipoliittisia rajoituksia ja vaikuttamaan unionin hyväksymään alkoholistrategiaan.

Jopa WHO:ssa oli tehtävä kompromisseja alkoholiteollisuuden suhteen nykyisin (2011) voimassa olevaa globaalia alkoholistrategiaa hyväksyessä. Suomessa alkoholiteollisuus on vaikuttanut lobbaustoimillaan siihen, ettei meillä ole saatu aikaan alkoholin mielikuvamainonnan kieltoa, vaikka kansalaisten ja eduskunnan enemmistö on ollut jo pitkään kieltämisen kannalla.

Kuten edellä todettiin, alkoholimyynnin aikoja säätelemällä voidaan vaikuttaa sekä koko väestön että ongelmakäyttäjien juomiseen. Alkoholin vähittäismyynnimonopolin avulla voidaan ehkäistä yksityistä voitontavoittelua ja alkoholin fyysistä saatavuutta. Promillerajoilla ja niiden valvonnalla voidaan vähentää rattijuopumusten määrää.

Nyky-Suomessa alkoholikontrollikeinoja täydentävät myös muut alkoholihaittojen vähentämiskeinot, kuten alkoholilain noudattamisen tehokas valvonta, terveydenhuollon varhainen puuttuminen alkoholin riskikäyttöön, ehkäisevä päihdetyö ja työpaikkojen hoitoonohjaus. Väestön haittatietoisuutta lisäävät valistus ja ulkoinen kontrolli eivät ole toisiaan poissulkevia keinoja, vaan parhaimmillaan ne tukevat toisiaan.

Alkoholihaittoja ehkäisevät tehokkaat toimet edellyttävät kansalaisten hyväksyntää ja tukea. Suomalaisten alkoholipoliittiset asenteet tukevat laajalti nykyisiä rajoituksia (Mäkelä ym. 2010b).

Suomalaisten juomatavat

Suomessa on käytössä poikkeuksellisen hyvää vertailutietoa juomatavoista ja niissä tapahtuneista muutoksista jo 1960-luvulta lähtien (Mäkelä ym. 2010a) (www.thl.fi/Suomi_juo_verkkoaineisto). Uusimman juomatapatutkimuksen mukaan erilaisille alkoholinkäytön riskeille altistuvista suomalaisista vain vähemmistö on henkilöitä, joiden vuosikulutus ylittää suurkulutuksen riskirajat, ja huomattavasti suurempi osuus on sellaisia alkoholin käyttäjiä, jotka juovat itsensä ajoittain tai usein humalaan.

SUURKULUTUKSEKSI terveillä aikuisilla määritellään kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen perustuen vuosikulutus, joka grammoiksi päivässä muutettuna on miehillä vähintään 40 grammaa ja naisilla vähintään 20 grammaa, eli miehillä noin 24 ja naisilla noin 12 annosta alkoholia viikossa. Yksi alkoholiannos vastaa yhtä ravintola-annosta (4 cl väkeviä) ja sisältää noin 12 grammaa alkoholia.

HUMALAJUOMINEN (aikuisilla) määritellään kerta-annokseksi, joka on vähintään kahdeksan annosta alkoholia miehillä ja viisi naisilla.

KOHTUULLISENA voidaan pitää alkoholinkäyttöä, joka ei ole terveydelle tai muulle hyvinvoinnille haitallista, mutta mitään yksikäsitteisiä annostai litramääräisiä rajoja ei voida antaa terveys- ja hyvinvointiriskeille, vaan riskit yleensä nousevat tasaisesti kulutuksen noustessa ja eri haittojen riskit nousevat eritahtisesti.

Väestötasolla alkoholinkäyttö on jatkumo, josta on mahdotonta löytää riskijuojat riskittömistä erottavaa katkaisukohtaa. Sekä alkoholiin liittyvien haittojen määrä että suurkuluttajien osuus väestöstä ovat kiinteässä yhteydessä väestön kokonaiskulutuksen tasoon (Mäkelä ym. 2010a).

Suomalaisten alkoholinkulutus on yli kolminkertaistunut vuosien 1968 ja 2008 välillä (haitoista ks. Partanen tässä teoksessa, luku 3). Suomalaiset kuluttavat nykyään henkeä kohden enemmän alkoholia kuin monissa perinteisesti korkeamman kulutuksen maissa (esimerkiksi Italiassa ja Tanskassa). Oluen kulutus ohitti väkevät juomat pysyvästi 1980-luvulla, ja viinien kulutus on kasvanut ja on nyt vähän alle 20 prosenttia kokonaiskulutuksesta (Karlsson & Österberg 2010).

Lähteet

- Babor, Thomas & Caetano, Raul & Casswell, Sally & Edwards, Griffith & Giesbrecht, Norman & Graham, Kathryn & Grube, Joel & Gruenewald, Paul & Hill, Linda & Holder, Harold & Homel, Ross & Österberg, Esa & Rehm, Jürgen & Room, Robin & Rossow, Ingeborg (2010) *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bruun, Kettil & Edwards, Griffith & Lumio, Martti & Mäkelä, Klaus & Pan, Lynn & Popham, Robert E. & Room, Robin & Schmidt, Wolfgang & Skog, Ole-Jørgen & Sulkunen, Pekka & Österberg, Esa (1975) *Alcohol control policies in Public Health perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Karlsson, Thomas & Österberg, Esa (2010) Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christopher (toim.) *Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christopher (2010a) *Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Teema 8. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. < <http://www.thl.fi> >
- Mäkelä, Pia & Warpenius, Katariina & Österberg, Esa (2010b) Mitä opimme alkoholihaittojen vähentämisestä? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christopher (toim.) *Suomi juo*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

TAPANI MELKAS

21 Terveystavoitteinen tupakkapolitiikka

Tupakkapolitiikka on esimerkki monien yhteiskuntapoliittisten keinojen käyttämisestä terveyden edistämiseksi ja kansantautien ehkäisemiseksi. Poliitiikan kohteena on yksittäinen keskeinen terveyden determinantti. Toimintakokonaisuuden valmistelua on ohjattu terveyshallinnosta, mutta toimeenpanoon ovat osallistuneet myös useat muut hallinnonalat, kuten vero-, opetus-, työsuojelu- ja kuluttajansuojeluviranomaiset. Kaikilla kehittyneillä mailla ja valtaosalla kehittyviä maita on jo terveystavoitteinen tupakkapolitiikka. Kansainvälistä tupakkapolitiikkaa kehittää Maailman terveysjärjestö (WHO).

Tupakan haitallisuus terveydelle ja sen suuri kansanterveydellinen merkitys osoitettiin vakuuttavasti epidemiologisissa tutkimuksissa 1950-luvulla (Doll & Hill 1950; 1956). Tupakoinnin terveyshaitoista käynnistyi laaja keskustelu Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Suomessa eduskunta hyväksyi jo vuonna 1961 ponnin, jonka mukaan maahan tarvitaan terveystavoitteinen tupakkalaki. Tupakan taloudellinen merkitys teollisuudelle, kaupalle ja eräille muillekin aloille oli suuri, minkä takia lakiesityksen aikaansaaminen oli vaikeaa. Lopulta hallituksen esitys tupakkalaksi annettiin vuonna 1975 ja laki hyväksyttiin eduskunnassa seuraavana vuonna. Samanaikaisesti toteutettiin historiallisesti suurin tupakkaveron korotus, ja tupakan hinta nousi 40 prosenttia. Vuonna 1975 ilmestyi myös WHO:n raportti, joka sisälsi suosittukset kansallisiksi tupakkapoliittisiksi toimiksi (WHO 1975).

Tupakkalaki ja sen toimeenpano

Suomen tupakkalaki säädettiin ensimmäisten joukossa maailmassa, ja lakiin tulivat keskeiset WHO:n suosittamat toimet. Tupakan mainonta kiellettiin, pakkauksiin määrättiin varoitustekstit, haitallisten aineiden pitoisuuksille asetettiin ylärajat ja tuotteet luokiteltiin haitta-aineiden pitoisuuksien mukaisesti. Tupakan myynti alle 16-vuotiaille kiellettiin ja tupakointia rajoitettiin julkisissa tiloissa, lasten ympäristöissä ja kulkuneuvoissa. Valtion talousarvioon tuli tupakoinnin vähentämiseen tähtäävä määräraha, jonka suuruus kytkettiin tupakkaveron tuottoon. Määrärahaan tukeutuen luotiin lain toimeenpano-organisaatio, jonka ytimenä oli lääkintöhallituksen terveyskasvatustoimisto ja kuntiin perustettu yhdyshenkilöiden verkko. Lisäksi tehtiin tupakkaverolain muutos, jossa veron tarkoituksiksi tuli tukea tupak-

kalain tavoitteita. Tämän oli määrä antaa pohjaa hintapolitiikan käytölle tupakan kulutuksen vähentämisessä.

Tupakkatuotteiden luokittelu poistettiin laista 1980-luvulla, koska tieteellinen näyttö sen hyödyllisyydestä puuttui. Terveyskasvatustoimisto ja yhdyshenkilöiden verkko laajensivat toimintaansa tupakoinnin vähentämisestä muuhun terveyden edistämiseen, ja myös tupakkalain mukaisen määrärahan käyttötarkoitusta laajennettiin. Tämän katsottiin olevan tupakkapolitiikan kannalta viisasta, koska laaja-alainen terveyteen vaikuttaminen arvioitiin kestävämmäksi toimintatavaksi kuin yhden asian erillinen esilläpito. Aktiivista hintapolitiikkaa 1970-luvun malliin ei enää terveysviranomaisten pyrkimyksistä huolimatta onnistuttu toteuttamaan. (Leppo & Vertio 1986.)

1990-luvulle tultaessa vahvistui tieteellinen näyttö tupakansavulle altistumisen eli passiivisen tupakoinnin haitoista. Tämän takia tupakkalaki uudistettiin kolmella askeleella. Ensimmäin kiellettiin sisätiloissa tupakointi työpaikoilla, sitten ravintoloissa osittain ja myöhemmin kokonaan. Perusteena oli työntekijöiden suojeleminen. Tupakansavu säädettiin syöpävaaralliseksi aineeksi. 2000-luvulla toimia on kohdistettu enenevästi lapsiin ja nuoriin sekä tupakasta vieroitukseen. Myyntikiellon ikäraja nostettiin 18 vuoteen. Valvonnan tehostamiseksi luvanvaraistettiin tupakan myynti ja vuoden 2010 lainmuutoksessa kiellettiin tupakkatuotteiden esilläpito. Vieroitusta tukevan korvaushoidon lisäämiseksi mahdollistettiin nikotiinivalmisteiden myynti apteekkien lisäksi päivittäistavarakaupoissa.

Vaikka tupakkalaki sisälsi aivan uudenlaisia rajoituksia väestölle ja kaupalliselle toiminnalle, lain toimeenpano onnistui ilman suuria vaikeuksia. Väestö omaksui nopeasti lain myötä tulleet rajoitukset. Tupakkateollisuus pyrki jatkamaan mainontaa tulkitsemalla kieltoa väljästi, mutta hävisi valvontaviranomaisen oikeuskäsittelyyn viemät tapaukset. Muutoinkin tupakkateollisuus on kaikissa vaiheissa yrittänyt estää tupakan kulutusta vähentäviä toimia.

Lainsäädännön kehittämisessä ja sen toimeenpanon johtamisessa päävastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa seurannasta, ja se on monissa hankkeissaan sekä kuntaohjauksessaan keskeinen valtakunnallinen toimija. Työterveyslaitos edistää lain tavoitteita työympäristössä, ja työsuojeluorganisaatio valvoo lain toimeenpanoa työpaikoilla.

Kunnissa tupakointia vähentävät toimet ovat osa terveydenhuollon ehkäisevää työtä, ja terveysvalvonta vastaa mainonta-, myynti- ja tupakointikieltojen noudattamisen valvonnasta. Viime vuosina monet kunnat ovat julistautuneet savuttomiksi, jolloin ne ovat lain vaatimuksia laajemmin luoneet savuttomia ympäristöjä ja toteuttaneet muitakin tupakoinnin vähentämiseen pyrkiviä toimia. Koulut ja muut oppilaitokset pyrkivät tupakan haittojen vähentämiseen kasvatustyössään ja terveystiedon opetuksessa.

Kansanterveysjärjestöt ovat myös tärkeitä tupakkapolitiikan toimijoita. Niiden toteuttamia hankkeita on tuettu terveyden edistämisen määrärahasta. Järjestöt ovat olleet terveystavoitteisen tupakkapolitiikan edistäjiä niin kansalaisten kuin poliitik-

kojen keskuudessa. Ne ovat myös aloitteillaan tukeneet ja kritiikillään aktivoineet sosiaali- ja terveysministeriön toimintaa. Terveysministeriön ammattilaiset toimivat tupakan vastaisessa työssä sekä asiantuntijoina että puolestapuhujina. Heidän joukossaan on aina ollut tupakkapoliittisen keskustelun kantavia voimia (esim. Rimpele 1972; Vierola 2004). Terveysministeriön arkityössä tupakka ei kuitenkaan ole aina saanut sitä sijaa, jonka se ansaitsisi.

Kansainvälisyyden vahvistuminen

Suomen liittyessä Euroopan unioniin vuonna 1995 unioni tuki tupakanviljelyä suurilla summilla ja jäsenmaissa oli kirjavaa lainsäädäntöä. EU:n ainoa terveystavoitteinen tupakkasäädös oli televisiomainonnan kieltävä direktiivi. Suomen hallitus otti yhdeksi terveyspoliittiseksi painopisteekseen EU:n terveystavoitteisen tupakkapoliittikan vahvistamisen. Ensimmäinen merkittävä askel oli direktiivi rajat ylittävän tupakkamainonnan kieltämiseksi. Se säädettiin erittäin tiukan taistelun jälkeen vuonna 1998, kumottiin tuomioistuimessa vuonna 2000 ja säädettiin uudestaan hieman suppeampana vuonna 2003. Se poisti myös pääosan jäsenmaiden sisäisestä mainonnasta. Tupakanviljelijöille maksettava tuki irrotettiin tuotannosta asteittain vuodesta 2005 alkaen, ja osa tuesta käytetään tuotantosuunnan muuttamiseen.

WHO käynnisti 1990-luvun lopulla valmistelun maailmanlaajuisiksi tupakan terveyshaittoja vähentäväksi sopimukseksi, tupakkakonventioksi. Se hyväksyttiin pitkien neuvottelujen jälkeen, ja suuri osa maista on sen ratifioinut. Konventio sisältää monien tupakkapoliittikkassaan edistyneitten maiden lainsäädäntöön jo kuuluneita asioita, kuten mainonnan kieltämisen, myynnin rajoittamisen, savuttomien ympäristöjen luomisen, valistuksen, hintapolitiikan ja salakuljetuksen ehkäisyyn. Siihen liittyy myös rahasto, josta tuetaan kehittyviä maita konvention mukaisen toiminnan rakentamisessa. Konventio on osin suositusluonteinen, minkä takia sitä on arvosteltu. Tämä on kuitenkin mahdollistanut monien maiden osallistumisen. Konventiota täydennetään erillisteemoihin kohdistuvilla lisäpöytäkirjoilla, jotka ratifioidaan erikseen. Siten konventioon liittyy jatkuva kansainvälisen tupakkapoliittikan kehitystyö WHO:n yhteydessä. (WHO 2003.)

EU:n jäsenvaltioiden lisäksi myös komissio osallistui konvention valmisteluun ja on sen osaltaan hyväksynyt. Konvention hyväksymisen jälkeen monet hitaammin edenneet EU:n jäsenvaltiot ovat kehittäneet tupakkalainsäädäntöään sen mukaisiksi. Tupakkapoliittiset toimet kuuluvat edelleen pääosin jäsenmaiden toimivaltaan.

Tupakkapoliittikan tulokset

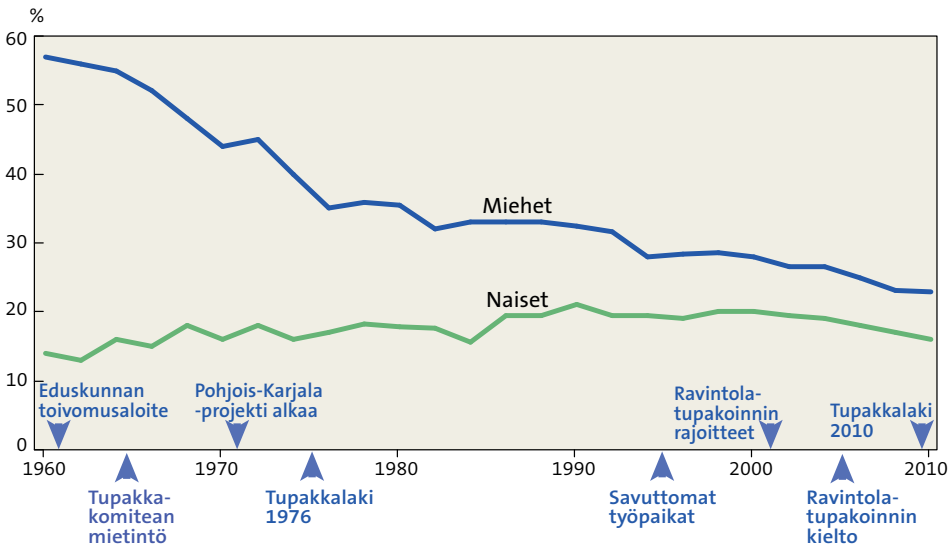
Tupakkalain säätämisen yhteydessä Suomessa luotiin seurantajärjestelmä, jolla pystytään seuraamaan tupakkatuotteiden kulutusta, väestön tupakointia ja kansalais-

ten asenteita tupakointiin. Tupakan aiheuttamia sairauksia voidaan seurata tautitilastoista.

Myyntitietoihin perustuva tupakan kulutus on vähentynyt jatkuvasti viime vuosikymmeninä. Vuonna 1975 se oli aikuista henkilöä kohden 1750 grammaa, vuonna 2009 enää 618 grammaa. Väestön kyselytutkimuksissa ilmoittama tupakointi on samoin vähentynyt, mutta eri tavoin eri väestöryhmissä. Selvimmin on vähentynyt miesten päivittäinen tupakointi (kuvio 1).

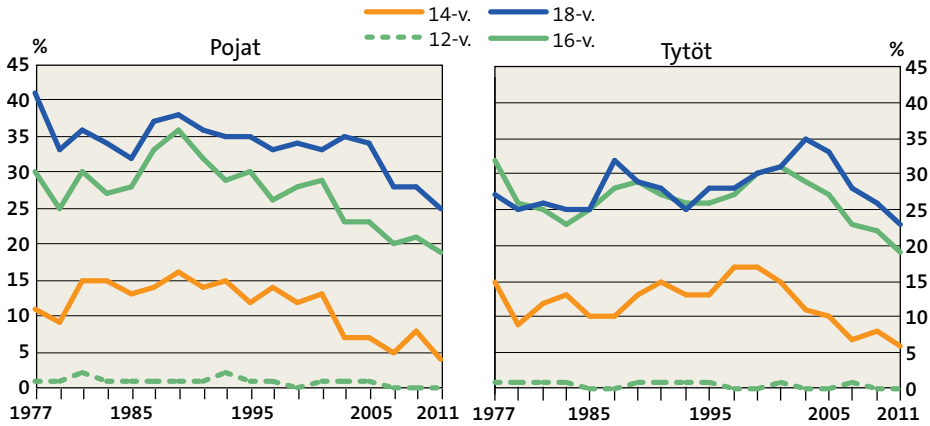
Naisten tupakointi pysyi pitkään ennallaan, mutta se on 2000-luvulla kääntynyt laskuun. Nuorilla poikien ja tyttöjen erot ovat pääosin hävinneet. Nuorimmissa ikäluokissa tupakointi on selvästi vähentynyt, mutta 18-vuotiaat ovat edelleen varsin yleisesti omaksuneet tavan (kuvio 2).

Tupakointi ei ole vähentynyt samalla tavoin eri sosiaaliryhmissä, vaan parhaat tulokset on saavutettu koulutetussa väestössä, kun taas vähiten koulutetuilla tupakointi on viime aikoinakin lisääntynyt. Myös nuorilla erot näkyvät kärkevinä (kuvio 3), mikä ennakoii vastaavia eroja tulevassa sairastavuudessa ja kuolevuudessa.



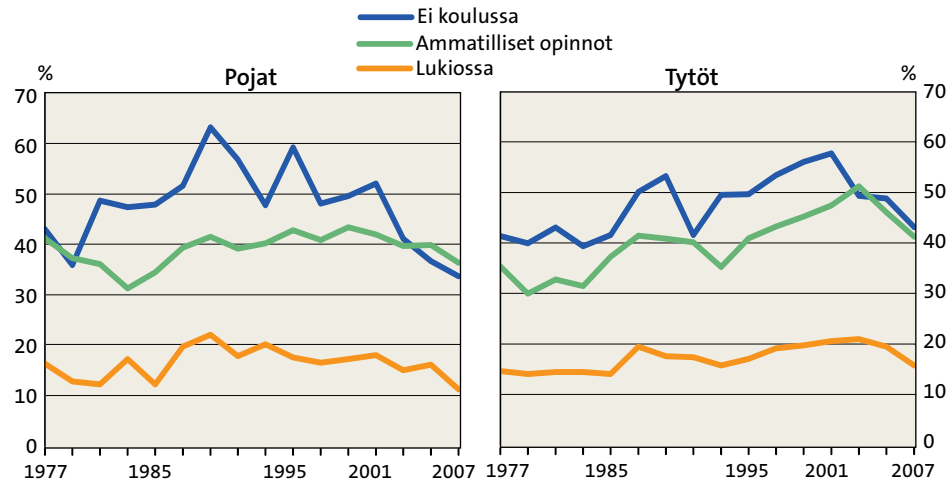
Kuvio 1. Päivittäisen tupakoinnin yleisyys työikäisen aikuisväestön keskuudessa vuosina 1978–2011 ja eräitä keskeisiä tupakkapoliittisia toimenpiteitä

Lähde: Heloma ym. 2012, 29



Kuvio 2. Päivittäin savukkeita polttavien osuus (%) 12–18-vuotiailla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1977–2011

Lähde: Heloma ym. 2012, 15

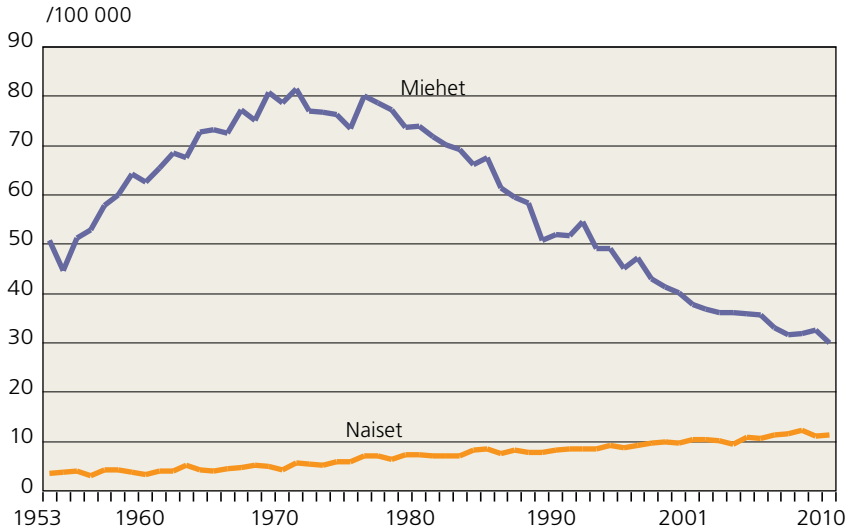


Kuvio 3. Päivittäin tupakoiden osuus (%) koulutyyppin mukaan 16- ja 18-vuotiailla pojilla ja tytöillä vuosina 1977–2007

Lähde: Heloma ym. 2012, 15

Tupakan aiheuttamien sairauksien on todettu olevan tärkeä selittäjä sosiaaliryhmi- en välisille kuolleisuuseroille (Valkonen 1995), ja tupakoinnin kehitys näyttää vain kärjistävän eroja. Tupakka onkin otettu yhdeksi prioriteetiksi kansallisessa terveyste- rojen vähentämiseen tähtäävässä toimintaohjelmassa (STM 2008).

Tupakan aiheuttamat sairaudet ovat vähentyneet tupakoinnin ja tupakansavu- altistuksen vähenemisen myötä. Klassinen esimerkki on keuhkosyöpä (kuvio 4).



Kuvio 4. Ikävakioitu keuhkosityöpäilmaantuvuus /100 000

Lähde: Engholm ym. 2012 (<http://www.ancr.nu>)

Tätäkin suurempi kansanterveydellinen merkitys on tupakoinnin vähenemisen osuus sepelvaltimotautidissa. Tämän yleisen kuolinsyyntä vähenemisen 80 prosentilla työikäisessä väestössä neljässä vuosikymmenessä on yksi kansanterveystyön suuria saavutuksia, mihin toteutettu tupakkapolitiikka on merkittävästi vaikuttanut. Myönteisen kehityksen käänköpuolena on kuitenkin sosiaaliryhmittäisten erojen kasvu tässä kansantaudissa.

Eturistiriidat

Laaja-alainen, eri hallinnonaloja koskeva terveyspolitiikka törmää usein ristiriitoin hin terveystavoitteiden ja muiden tavoitteiden kesken. Niinpä teollisuuden ja kaupan tavoitteena on ollut markkinoida tuottoisaa myyntiartikkelia ja mielellään kasvattaa sen kulutusta. Myös työllisyyteen on vedottu tupakkapoliittisessa keskustelussa. Kotimainen tupakkatuotanto onkin loppunut tupakkalain aikana, mutta tähän on vaikuttanut myös keskittyneen, ylikansallisen teollisuudenalan rationalisointi.

Teollisuuden ja kaupan edut olivat siinä määrin vastakkaisia terveystavoitteille, ettei sosiaali- ja terveysministeriö vuoden 1976 tupakkalain valmistelun yhteydessä neuvotteluteitse saavuttanut niiden kanssa tuloksia. Valtionhallinnon sisällä kauppa- ja teollisuusministeriö ja valtiovarainministeriö talousperusteisesti jarruttivat tupakkalainsäädännön syntymistä ja kehittämistä. Ne eivät nähneet kansakunnan kokonaisetua, parantuvaa kansanterveyttä, jolla on myös suuri taloudellinen mer-

kitys. Ne eivät myöskään huomioineet eettistä ongelmaa riippuvuutta aiheuttavan, terveyttä tuhoavan tuotteen markkinoinnissa, jolle alttiita ovat erityisesti haavoittuvat väestöryhmät, kuten nuoret ja heikossa sosiaalisessa asemassa olevat. Eduskunta asetti kuitenkin päätöksissään terveyden taloudellisen voiton edelle ja sääti tupakkalain. Myöhemmissä vaiheissa, työpaikkojen ja ravintoloiden tupakoinnin rajoittamista valmisteltaessa, yhteinen näkemys eri osapuolten kanssa löytyi. Työmarkkinajärjestöt näkivät työsuojelun legitimiiksi rajoitusten perustaksi, ja sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli uudistukset näiden kanssa yhteistyössä.

Ristiriidat johtivat siihen, että eduskunnan perustuslakivaliokunta joutui useaan otteeseen ottamaan kantaa tupakkalain säätämisyjärjestykseen. Vuonna 1975 pohdittavana oli erityisesti sananvapaus. Selkeä kanta oli, että sananvapaus ei tarkoita rajoittamatonta vapautta terveydelle haitallisen tuotteen markkinointiin, ja mainontakielto voitiin säätää. Myöhemmätkin perustuslakivaliokunnan kannat ovat olleet myönteisiä terveystavoitteisen lainsäädännön kehittämiseksi.

Eräs eettinen ongelma liittyy siihen, missä määrin ihmisten itsemääräämiseen voidaan puuttua tupakoinnin rajoituksin perustelemalla sitä heidän terveystensä suojelulla. Lailla ei ole pyritty pakottamaan ketään tupakoimattomaksi, vaan luomaan olosuhteita tupakoimattomuutta tukeviksi. Ennen tupakkalainsäädännön kehittämiskäytännön on selvitetty väestön mielipiteitä, ja uudistukset on tehty enemmistön tuella. Useimmiten tuki on uudistuksen jälkeen vielä kasvanut. Kun passiivisen tupakoinnin haitat oli vakuuttavasti osoitettu, vahvistui laajojen tupakointikieltojen eettinen perusta. Edelleen tässä on puutteita, esimerkiksi lapset voivat edelleen altistua tupakansavulle kodeissa ja autoissa. Asiassa ei ole vielä edetty, koska on katsottu, että siinä puututtaisiin liikaa yksityiselämän alueelle. Eettinen ongelma on kuitenkin ilmeinen.

Tupakointi aiheuttaa ihmisten välisiä ristiriitoja, esimerkiksi kerrostaloasukkaiden välillä. Niitä on ratkottu oikeudessa. Joidenkin kuntien tiukkoja lakiin perustamattomia kieltoja on oikeudessa katsottu liiaksi puuttumiseksi yksilönvapauteen. Pääosin tupakan haittojen vähentämiseen tähtäävät toimet ovat kestäneet oikeuskäsittelyissä.

Useissa maissa on ollut oikeudenkäyntejä, joissa tupakasta sairastuneet ovat hakenneet korvauksia tupakkateollisuudelta tuotevastuuseen vedoten. On osoitettu, että tupakkateollisuus on jo varhain tiennyt tupakan haittavaikutuksista, mutta on pyrkinyt monin tavoin hämärtämään tutkimustietoa ja estämään sen pohjalta tehtäviä terveydensuojelutoimia (Hiilamo 2004). Yhdysvalloissa teollisuus on tuomittu maksamaan suuria korvauksia, Suomessa oikeuden päätökset ovat olleet pidättyväisempiä.

Lopuksi

Tupakan kansanterveydellinen merkitys on saavutetusta edistyksestä huolimatta edelleen suuri. Se on sairastavuuden, ennenaikaisen kuolleisuuden ja erityisesti näissä ilmenevien väestöryhmittäisten erojen tärkeä determinantti.

Terveystavoitteinen tupakkapolitiikka vaatii yhä enemmän kansainvälistä yhteistyötä. Taloudellinen yhdentyminen ja kaupan esteiden poistaminen, ylikansallisten taloudellisten toimijoiden merkityksen kasvu, median kansainvälistyminen ja kulttuurien yhdentyminen vievät pohjaa erilliseltä kansalliselta tupakkapolitiikalta. Niinpä lainsäädännön kehittämisen tulee tapahtua yhä enemmän EU:n piirissä ja maailmanlaajuisista tupakkakonventiosta, erityisesti sen sitovuutta kehittämällä. Suomeen vaikuttaa myös kehitys Venäjällä, jonne rajaesteet todennäköisesti tulevaisuudessa vähenevät.

Kansallista työtä tulee erityisesti kohdentaa väestöryhmittäisten terveyserojen vähentämiseen. Tupakoinnin alkamisen ehkäisyä on kohdennettava peruskoulun jälkeen ammattikouluihin ja koulutuksen ulkopuolelle jääviin. On edistettävä savuttomien ympäristöjen luomista, koska niiden on todettu hyödyttävän erityisesti lyhyen koulutuksen saaneita ja työntekijäasemassa olevia (Heloma ym. 2001). Tupakoinnin yleinen väheneminen vähentää sen painoa kansanterveyden determinanttina, jolloin tupakan merkitys terveyserojen aiheuttajanakin vähenee.

Tupakkalain uudistuksessa vuonna 2010 asetettiin tavoitteeksi tupakoinnin loppuminen. Tämä on terveyslähtökohdasta johdonmukaista. Eduskunnan päättämänä tämä tavoite on käyttökelpoinen argumentti eturistiriidoissa. Tähänastisen kehityksen valossa tavoitteen saavuttamiseen on vielä matkaa (Vertio 2010). Suomessa on nyt lähes miljoona päivittäin tupakoivaa ja edelleen joka vuosi noin kymmentuhatta nuorta aloittaa säännöllisen tupakoinnin. Sekä tupakasta vieroituksessa että tupakoinnin alkamisen ehkäisyssä on edettävä (Heloma ym. 2012). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa asetettiin tavoitteeksi vähentää nuorten tupakointia vuosituhaten vaihteen yli 20 prosentin tasolta 15 prosenttiin (STM 2001). Monia toimia on vuosikymmenen aikana tehty, tavoitteen suuntaan on edetty ja sen saavuttaminen näyttää realistiselta. Tämä mahdollistaa uusien entistä kunnianhimoisempien tavoitteiden asettamisen, mutta edellyttää vastaisuudessaakin paljon työtä.

Lähteet

- Doll, Richard & Hill, Austin (1950) Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal* 2, 739.
- Doll, Richard & Hill, Austin (1956) Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. *British Medical Journal* 2, 1071.
- Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Johansenen TB, Klint Å, Kølthum JE, Milner MC, Ólafsdóttir E, Pukkala E, Storm HH. *NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 5.1 (March 2012)*. Association of the Nordic Cancer Reg-

- istries. Danish Cancer Society. Available from <http://www.ancr.nu>, accessed on 29.11.2012.
- Heloma, Antero & Jaakkola, Maritta & Kähkönen, Erkki & Reijula, Kari (2001) The Short-Term Impact of National Smoke-Free Workplace Legislation on Passive Smoking and Tobacco Use. *American Journal of Public Health* 91, 9.
- Heloma, Antero & Ollila, Hanna & Danielsson, Petri & Sandström, Patrick & Vakkuri, Johanna (toim.) (2012) Kohti savutonta Suomea. Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hiilamo, Heikki (2004) Valheen mesenaatit. Suomi tupakkateollisuuden manipuloiman lääketieteen näyttämönä. Helsinki: Suomen ASH ry. ja Lääkärin sosiaalinen vastuu ry.
- Leppo, Kimmo & Vertio, Harri (1986) Smoking control policy in Finland: A case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion International* 1(1), 5–16.
- Rimpelä, Matti (1972) Tupakka. Helsinki: Tammi.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -ohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- Valkonen, Tapani (1995) Sosioekonomiset terveyserot Suomessa ja niiden selittämisen ongelmia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 32, 311–320.
- Vertio, Harri (2010) Tavoitteena tupakoimaton Suomi – missä olemme vuonna 2030. Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 67–76.
- Vierola, Hannu (2004) *Tupakka: miehen tietokirja*. Helsinki: Terra Cognita.
- WHO (1975) Smoking and its effects on health. Report from an expert committee. Technical Report Series No. 568. Geneva: WHO.
- WHO (2003) Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO.

SIRPA SARLIO-LÄHTEENKORVA

22 Ravitsemuspolitiikka

Ravitsemuspolitiikkana voidaan pitää julkisen sektorin asettamia kansanravitsemuksen kehittämistavoitteita ja toimenpiteitä, joilla pyritään aktiivisesti parantamaan kansanterveyttä terveyttä edistävän ruokavalion avulla. Ravitsemuspolitiikka jaetaan yleensä kahteen pääosaan: tavoitteisiin ja toimenpiteisiin. Tavoitteet on Suomessa tyypillisesti annettu tervettä väestöä koskevin ravitsemussuosituksina. Toimenpide-ehdotukset on esitetty joko suositusten yhteydessä tai erillisinä ehdotuksina (Suojanen 2003, 10). Tyypilliset ravitsemuspolitiikan ohjauskeinot ovat hyvin samanlaisia kuin muussakin terveyspolitiikassa eli informaatio-, normi- ja resurssiohjausta.

Ravitsemuspolitiikka on tyypillisesti horisontaalista toimintapolitiikkaa, jota on toteutettu eri hallinnonaloilla, usein erilaisten näkemysten ristipaineissa. Tavoitteet, toimenpiteet ja toimijat ovat aikojen saatossa vaihdelleet heijastaen ajankohdan tyypillisiä kansanravitsemusongelmia ja keinovalikoimaa. Poliittinen päätöksenteko on aina vahvasti arvosidonnaista, ja arvot näkyvät erityisen selvästi tilanteissa, joissa on intressiristiriitoja (ks. Leppo 2009). Tämä on näkynyt myös ravitsemuspolitiikassa, jossa esimerkiksi maatalous-, kauppa- ja talouspoliittiset tavoitteet ovat historian eri vaiheissa vaikeuttaneet yrityksiä vähentää erityisesti suomalaisten tyydyttyneen rasvan saantia (ks. Suojanen 2003). Uusi haaste on sosiaalisen median voimakas vaikutus julkiseen ravitsemuskeskusteluun ja sen myötä erilaisten ”maallikkoasiantuntijoiden” nousu median mielipidevaikuttajiksi.

Myös Euroopan yhteisön merkitys elintarvikkeiden koostumusta, kauppaa ja informaatiota säätelevänä tahona on viime aikoina kasvanut. Kansanravitsemusta edistäviä toimia tehdään paljon myös kolmannella sektorilla, osin julkishallinnon tuella. Lisäksi yksityisen sektorin, kuten kaupan, ruokapalvelujen ja elintarviketeollisuuden, toiminnalla ja sen säätelyllä voidaan merkittävästi vaikuttaa kansanravitsemukseen.

Puutostaudeista ja niukkuudesta ylipaino-ongelmiin

Itsenäisyyden alkuaikoina ja sotien aikana keskeinen haaste oli riittävän ravinnonsaannin turvaaminen. Sotien aiheuttaman elintarvikesäännöstelyn laajuus, yksityiskohtaisuus ja yhtenäisyys kuitenkin vaihtelivat. Puutteellista ravinnonsaantia pyrittiin kohentamaan julkishallinnon ja järjestöjen luonnonvarojen tehokkaampaan käyttöön ja ruoanvalmistustaitojen parantamiseen tähtäävällä neuvonnalla sekä

kunnallisia kansankeittoloita perustamalla. Kansanravitsemuskomitea perustettiin 1936, ja se kiinnitti huomiota erityisesti ruoan riittävyteen ja puutostautien torjumiseen sekä pohti ravitsemusta yhteiskunnallisena kysymyksenä (Rautavirta 2010).

Puutostaudit, kuten esimerkiksi struuma ja riisitauti, saatiin hoidettua monipuolistamalla ruokavaliota ja lisäämällä ravintoaineiden saantia. Esimerkiksi struuman ehkäisyyn tähtäävä suolan jodiointi alkoi 1949 maahantuojien ja pakkaajien vapaaehtoisilla toimilla. Vuonna 1941 margariini määrättiin täydennettäväksi A- ja D-vitamiinilla, mutta päätös kumottiin sodan jälkeen ja myöhempiä täydentämistoimenpiteitä viivytettiin margariinin kilpailu maatalouspoliittisesti tärkeän voirasvan kanssa. Muitakin, osin lyhytaikaisia täydentämistoimia tehtiin kansanravitsemuksen parantamiseksi. (Suojanen 2003.) Myös esimerkiksi kouluruokailua kehitettiin, kun pula elintarvikkeista johti huoleen lasten ravitsemuksesta. Vuonna 1948 Suomessa astui voimaan laki maksuttomasta kouluruokailusta, ensimmäisenä maana maailmassa (Sarlio-Lähteenkorva & Manninen 2010).

Suomen maaperässä tiettyjen kivennäisaineiden pitoisuudet ovat keskimääräistä alhaisempia, siksi muun muassa jodia on lisätty karjan rehuun 1960-luvulta alkaen ja seleeniä lannoitteisiin vuoden 1985 jälkeen. Myös D-vitamiinisynteesiä edistävän auringonvalon vähäisyys Suomen leveysasteilla on vaatinut toimenpiteitä: D-vitamiinia lisätään meillä nestemäisiin maitovalmisteisiin ja ravintorasvoihin ja lisäksi suositellaan D-vitamiinilisiä tietyille väestöryhmille (Pietinen ym. 2010).

Elintason noustua alettiin 1950-luvulla huolestua liiallisen ravinnon saannista ja lihavuudesta. Vuonna 1956 valtion ravitsemustoimikunta varoitti sokerinkulutuksesta ja hammaskarieksesta sekä suositteli, että rasvan määrää ruokavaliossa tulee vähentää. Vuonna 1958 kiinnitettiin jo huomiota rasvan laatuun sekä suositeltiin ravinnon energiasisällön pienentämistä ja ylipainon välttämistä. Suolan saannin vähentämistä on korostettu vuodesta 1978 lähtien. Vastaavia energiaan, rasvaan, sokeriin ja suolaan liittyviä suosituksia annettiin myöhemmin lukuisissa toimikunnissa ja elimissä, joskin niiden yksityiskohdissa ja painotuksissa on ollut eroavaisuuksia (Suojanen 2003). Keskeinen suosituksia antava taho on ollut valtion ravitsemusneuvottelukunta, joka aloitti toimintansa 1954 maa- ja metsätalousministeriön pysyvänä ravitsemustoimikuntana ja muutti 1970 nimensä valtion ravitsemusneuvottelukunnaksi. Ensimmäiset laajat ravitsemussuosituksiset tehtiin vuonna 1987. Ne pohjautuivat, kuten nykyisetkin suosituksiset, laajan yhteispohjoismaisen asiantuntijatyöryhmän työhön. Seuraavat pohjoismaiset suosituksiset julkaistaan vuonna 2013 ja samaan aikaan käynnistyy suomalaisten suositusten päivitystyö.

Ruokatottumukset ovat Suomessa viime vuosikymmeninä parantuneet ja sosioekonomiset erot pienentyneet, silti väestöryhmien väliset erot esimerkiksi kasvien ja joukkoruokailun käytössä ovat selviä (ks. Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012). Tätä nykyä keskeinen ravitsemusongelma sekä kansallisesti että globaalisti on energian saannin ja kulutuksen epätasapaino. Suomalaisista aikuisista yli puolet on ylipainoisia (painoindeksi ≥ 25 kg/m²) ja joka viides on selvästi lihava (painoindeksi ≥ 30 kg/m²). Sosioekonominen asema on yhteydessä lihavuuteen erityisesti naisilla;

vähiten koulutetut ovat muita lihavampia. Koska lihomisen ehkäisyssä ja hoidossa on tärkeää lisätä myös fyysistä aktiivisuutta, on se huomioitu nykyisissä ravitsemussuosituksissa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005) ja valtioneuvoston kehittämislinjauksissa (Valtioneuvoston periaatepäätös 2008).

Keskeiset keinot ja toimenpiteet kansanravitsemuksen parantamiseksi

Päätösten pohjaksi tarvitaan tietoa ongelmista eri väestöryhmissä sekä eri ratkaisuvaihtoehtojen etujen ja haittojen arviointia. Informaatio-ohjauksen lisäksi tarvitaan lainsäädäntöä, resursseja ja muita ohjauskeinoja. On toimittava poikkeihallinnollisesti sekä eri toiminnan tasoilla paikallisdemokratiasta globaaleille areenoille. Ravitsemuspolitiikan linjauksissa (Valtioneuvoston periaatepäätös 2008) todetaan, että tavoitteiden saavuttamiseksi on vaikutettava sekä ympäristöön että yksilön käyttäytymiseen kuten elintarvikkeiden ja ruokapalvelujen saatavuuteen, laatuun, hintaan ja markkinointiin sekä kuluttajien tietoihin ja taitoihin.

Esimerkiksi yksilön tietoihin ja kykyihin on vaikutettu ja voidaan vaikuttaa monin tavoin. Lainsäädännöllä pyritään nykyään turvamaan kaikille perheille oikeus saada jo äitiys- ja lastenneuvolavaiheessa ravitsemukseen liittyvää neuvontaa (380/2009, 14 §). Laki lasten päivähoidosta (36/1973, 2b§) edellyttää lapsen kokonaisvaltaista hoitoa tarpeellinen ravinto mukaan lukien ja suositukset korostavat ravitsemuskasvatuksen tärkeyttä. Perusopetuslaki (628/1998, 31§) edellyttää, että lapsille on tarjottava täysipainoinen, tarkoituksenmukaisesti järjestetty ja ohjattu ateria. Kouluruokailu on osa koulun opetus- ja kasvatustehtävää, lisäksi valmiuksia opitaan peruskoulussa osana kotitalousopetusta ja terveystietoa (Sarlio-Lähteenkorva & Manninen 2010). Koska valintojen tueksi tarvitaan tietoa tuotteiden koostumuksesta, on Suomessa kansallisia säädöksiä esimerkiksi pakollisista suolapitoisuuden merkinnöistä (1224/2007) ja syksyllä 2011 on EU:ssa hyväksytty pakkausmerkintäasetus, joka tulevaisuudessa tuo ravintoarvomerkinnät lähes kaikkiin pakattuihin elintarvikkeisiin. Tämän lisäksi yksilöihin ja riskiryhmiin voidaan pyrkiä vaikuttamaan erilaisilla interventioilla sekä neuvonta- ja viestintäkampanjoilla. Tässä on tyypillisesti kansalais- ja kansanterveysjärjestöillä sekä muilla toimijoilla, kuten Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella, Eviralla ja valtion ravitsemusneuvottelukunnalla, ollut merkittävä rooli. Periaatteessa ravitsemusohjausta tulisi olla riittävästi myös esimerkiksi perusterveydenhuollossa (Valtioneuvoston periaatepäätös 2008), mutta käytännössä neuvontapalvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja.

On myös vaikutettava ympäristöön ja elintarvikkeiden saatavuuteen niin, että terveyttä edistävät valinnat olisivat mahdollisia, helppoja ja houkuttelevia. Elintarvikkeiden koostumukseen voidaan vaikuttaa jo alkutuotannossa viljelymenetelmillä, jalostuksella, eläinten ruokinnalla sekä valitsemalla tuotantoon terveyden kannalta hyviä tuotteita. Käytännössä tuotantoa ovat ohjanneet pitkälti erilaiset

tukijärjestelmät (Schäfer Elinder ym. 2006), joita nyt ollaan uudistamassa. Elintarviketeollisuuden ja kaupan tuotevalikoimaan voidaan vaikuttaa lainsäädännöllä. Esimerkiksi voin kulutus laski 1980-luvun lopusta, kun lainsäädäntö mahdollisti uudentyyppisten rasvaveitteiden valmistamisen (Ravitsemuskertomus 1995, 61), ja elintarvikkeiden suolapitoisuus on vähentynyt, kun pakkausmerkintöjen suolapitoisuusrajoja on kiristetty (Pietinen ym. 2010). Ruokapalvelujen tarjoamien aterioiden laadusta on ollut pitkään suosituksia, ja on tehty myös ravitsemuslaadun sisältävät kriteerit ruokapalvelujen kilpailutukseen ja hankintaan (Joukkoruokailun kehittäminen..., 2010). Koska terveys myös myy, ovat monet yritykset kehittäneet terveellisempiä tuotteita ja ateriapalveluja. Markkinoilla on terveysväitteillä markkinoituja tuotteita ja vapaaehtoisia merkintäjärjestelmiä, joihin sisältöä osin säätelee EU:n ravitsemus- ja terveysväitteitä koskeva lainsäädäntö (1924/2006).

Terveellisten tuotteiden tuotekehitykseen on panostettu, mutta yrityksiä vaikuttaa epäterveellisten tuotteiden saatavuuteen tai hintaan on vain muutama. Päiväkotien ja koulujen saamia maataloustukia ei kouluvuodesta 2009 alkaen enää myönnetä runsaasti rasvaa ja suolaa sisältäville tuotteille. Valmisteverojärjestelmää laajennettiin vuoden 2010 alusta niin, että se koskee virvoitusjuomien lisäksi muun muassa makeisia, suklaata, jäätelöä ja mehujäätä. Lisäksi on annettu muun suosituksia epäterveellisten elintarvikkeiden saatavuuden ja markkinoinnin rajoittamisesta lapsille.

Ravitsemuspolitiikan haasteista

Ravitsemuspolitiikan keskeinen haaste on pystyä identifioimaan kansanravitsemuksen ongelmat ja parhaat toimintatavat sekä implementoida ne käytännössä. Tämä edellyttää poliittisten päättäjien sitoutumista tavoitteisiin ja niiden toteuttamiseen sekä ravitsemusasioiden sisällyttämistä paikallisten, kansallisten ja kansainvälisten päättäjien agendalle.

Ravitsemussuosituksissa on kuvattu suositusten mukainen ruokavalio. Sen keskeiset elementit eli energiatasapainon ylläpitäminen sekä suolan, sokerin ja ns. kovan rasvan välttäminen sekä pehmeiden rasvojen, kasvien ja kalan suosiminen, ovat olleet samanlaiset 1970-luvulta lähtien. Ruokavalio on kehittynyt suositusten suuntaan, mutta väestön lihomista ja sosioekonomisia eroja ei ole pystytty ehkäisemään. Esimerkiksi päivittäinen kasvien käyttö, rasvattoman tai ykkösmaidon suosiminen sekä margariinin käyttö leipärasvana on selvästi yleisempää hyvin koulutetuilla miehillä kuin alemmissa koulutusryhmissä, naisilla erot koulutusryhmien välillä ovat pienemmät ja hiukan kaventuneet (Helakorpi ym. 2010).

Todennäköisesti tarvitsemme tehokkaampia toimenpiteitä rajoittaa epäterveellisten tuotteiden saatavuutta ja markkinointia. Myös viestintää on syytä kehittää, koska virallisten suositusten rinnalla kilpailee kasvava määrä eri intressiryhmien kannanottoja. Vastaisuudessa tavoitteissa on ehkä syytä huomioida terveystuotteen

nan lisäksi myös kestäväen kehityksen linjaukset kuten kasvisruokien käytön sekä luomu- ja lähiruoan edistäminen (Valtioneuvoston periaatepäätös 2009). Haasteena on myös ylläpitää ja kehittää elintarvikkeiden koostumustietopankkia ja ravitsemuksen seurantajärjestelmiä, jotka ovat välttämättömiä ongelmien ja niiden ratkaisuvaihtoehtojen identifiointiseksi. Tällä hetkellä työikäisten ravitsemuksesta on tietoa mutta lasten, nuorten ja ikääntyneiden osalta tietopohja on olematon. Yksittäiset tutkimukset esimerkiksi vanhusten aliravitsemuksesta ja havainnot leipäjonon kasvusta vaatisivat tietoa ja toimenpiteitä. Myös tiedot siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ihmisten ruokavalintoihin ovat puutteelliset, samoin esimerkiksi joukkoruokailun seurantajärjestelmät.

Ravitsemuspolitiikan haasteena on päätöksenteon hajaantuminen useille hallinnonaloille. Sosiaali- ja terveysministeriössä se on osa terveyspolitiikkaa, maa- ja metsätaloustalousministeriössä osa maatalous- ja elintarvikkepolitiikkaa. Monet elintarvikkeiden tuotantoon, tarjontaan ja kuluttajakysymyksiin liittyvät asiat kuuluvat työ- ja elinkeinoministeriölle. Veropoliittisissa ratkaisuissa (valmisteverot, liikevaihtoverot, tms.) valtiovarainministeriöllä on keskeinen rooli, opetus- ja kulttuuriministeriöllä esimerkiksi kansalaisen ja ammattilaisten ravitsemustietojen ja taitojen turvaamisessa. Kuten Valtioneuvoston selonteko elintarviketurvallisuudesta nostaa esiin (Valtioneuvoston selonteko 2010, 28–29), Suomesta puuttuu keskeinen mekanismi, joka yhdistäisi ravitsemusasioihin liittyvän päätöksenteon eri alueilta. Eriyisesti eri hallinnonalojen yhteistä näkemystä sekä resursseja vaativat toimet ovat haasteellisia ja edellyttävät poikkihallinnollisten mekanismien kehittämistä.

Lähteet

- Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti (2010) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Raportti 7/2010. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämissuositusten toimenpidesuositus (2010) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:11. Helsinki: STM.
- Leppo Kimmo (2009) Tutkimustiedosta ja terveyspolitiikasta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 46, 124–130.
- Pietinen, Pirjo & Männistö, Satu & Valsta, Liisa & Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa (2010) Nutrition Policy in Finland. Public Health Nutrition 13(6A), 901–906.
- Rautavirta, Kaija (2010) Petusta pizzaan. Ruokahuollon järjestelyt kriisi-aikojen Suomessa. Väitöskirja. Elintarvike- ja ympäristötieteiden laitos: Ravitsemustiede. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ravitsemuksen seurantajärjestelmän asiantuntijatryöryhmä (1996) Ravitsemuskertomus 1995. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1996. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa & Manninen, Marjaana (2010) School meals and nutrition education in Finland. Nutrition Bulletin 35, 172–174.
- Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa & Prättälä, Ritva (2012) Ravitsemuspolitiikka ja väestöryhmien ravitsemuserot. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 49(2), 180–188.
- Schäfer Elinder, Liselotte & Lock, Karen & Blenkuš Gabrijelčič, Mojca (2006) Public health, food and agriculture policy in the EU. In Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Lep-

- po, Kimmo (eds.) Health in all policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Suojanen, Auli (2003) Suomalaista ravitsemuspolitiikkaa vuosina 1939–1999. Kansanravitsemusongelmat ja niiden ratkaisuehdotusten eteneminen julkisiksi päätöksiksi. Väitöskirja. Suomen Tiedeseuran Julkaisu 157. Helsinki: Suomen Tiedeseura.
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislainjoista (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtioneuvoston periaatepäätös kestävien valintojen edistämisestä julkisissa hankinnoissa. 8.4.2009.
- Valtioneuvoston selonteko elintarviketurvallisuudesta (2010) VNS 3/2010 vp, 28–29.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2005) Suomalaiset ravitsemussuosituksukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing.

MARITA SIHTO & HANNELE PALOSUO

23 Terveyserot terveystoliittisena kysymyksenä

Sosioekonomisilla terveyseroilla¹ tarkoitetaan terveydessä ilmeneviä systemaattisia eroja, jotka liittyvät väestön eri ryhmien epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa (Graham 2004). Asemaa kuvataan ja tulkitaan yleensä koulutukseen, tulotasoon ja ammattiin perustuvien luokitusten avulla joko käyttäen näitä ulottuvuuksia erikseen tai erilaisina sosioekonomisen aseman, sosiaaliryhmän tai sosiaaliluokan osatekijöinä. Sosioekonomisen aseman ajatellaan heijastavan käytettävissä olevia tiedollisia, taloudellisia, taidollisia ja valtaan liittyviä resursseja. Sosioekonomisilla terveyseroilla viitataan suureksi osaksi vältettävissä oleviin eroihin, jotka ovat seurausta sosiaalisista, taloudellisista ja palvelujärjestelmään liittyvistä tekijöistä ja jotka ovat usein yksilön vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella. Näitä vältettävissä olevia eroja pidetään yleensä epäoikeudenmukaisina.

Terveys on tärkeä hyvinvoinnin osatekijä (Allardt 1976). Terveyteen liittyvät erot eivät kuvaa vain terveystoliitikassa ongelmaksi määriteltyä ilmiötä, vaan ne ovat osoitus yleisemminkin hyvinvoinnin vajeista. Keskeisenä terveyden ja hyvinvoinnin yleisenä väestöllisenä osoittimena voidaan pitää elinajan odotetta. Suomessa sosiaaliryhmien väliset elinajan odotteen erot ovat suuria ja ne ovat kasvaneet (Valkonen ym. 2007). Esimerkiksi ylimpään ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien ihmisten välinen elinajanodotteen ero oli vuodesta 1988 vuoteen 2007 mennessä kasvanut miehillä 6,8 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 7,4 vuoteen (laskettuna 35-vuotiaalle väestölle) (Tarkiainen ym. 2011). Terveyserojen ilmenemismuodoista, kehityssuunnista ja laajuudesta on saatavilla runsaasti tutkimustietoa monista maista. Suomessa on tehty kattava sosioekonomisten terveyserojen muutoksia koskeva katsaus, jossa on selvitetty kuolleisuuden, koetun terveyden, sairastavuuden, toimintakyvyn, mielenterveyden ja terveiden elinvuosien kehitystä, terveyteen liittyvien elintapojen ja biologisten riskitekijöiden muutoksia sekä terveystoliittien jakautumista 1980-luvulta vuoteen 2005 (Palosuo ym. 2007, ks. myös Koskinen & Martelin tässä teoksessa, luku 3). Alue- ja kuntakohtaista tietoa on tuotettu muun muassa Kainuun maakunnan alueelta (Kaikkonen ym. 2008) ja Poh-

1 Tekstissä puhutaan usein lyhyesti pelkästään terveyseroista, mutta käsitteellä viitataan nimenomaan sosioekonomisiin terveyseroihin. Terveyseroilla voidaan myös tarkoittaa muita väestöryhmien välisiä eroja, esimerkiksi sukupuolten ja etnisten ryhmien välisiä eroja tai ikäkausieroja.

jois-Pohjanmaalta (Murto ym. 2009) ja sitä tuotetaan asteittain koko maasta (www.terveytemme.fi/ath).

Sosioekonomiset terveyserot ovat olleet parina viime vuosikymmenenä keskeinen tutkimuskohde sosiaalierpidemiologiassa, terveyden sosiologiassa ja muussakin terveyteen liittyvässä tutkimuksessa (esim. Laaksonen & Silventoinen 2011). Tutkimuksissa tarkastellaan useimmiten sosioekonomisen aseman tai sen osatekijöiden vaikutusta väestön terveyteen, mutta ei välttämättä uloteta tarkastelua sosioekonomisen aseman taustalla vaikuttaviin yleisempiin yhteiskunnallisiin tekijöihin. Näihin Michael Marmot (2005) ja terveyden sosiaalisia determinantteja käsitellyt Maa-ilman terveysjärjestön komissio ovat kiinnittäneet erityistä huomiota (CSDH 2008) terveysongelmien ”syiden syinä”. Sosioekonominen asema ja sitä osoittavat ulottuvuudet saattavatkin epidemiologisissa tutkimuksissa jäädä taustamuuttujaksi, jonka yhteiskunnallista ja terveyspoliittista merkitystä ei avata. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttamisen kannalta on myös puute, että tutkimuksissa harvoin käsitellään välittävää niin sanottua mesotasoa², jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan institutionaalisen ja poliittisen toiminnan tasoa ja tämän yhteyttä terveyseroihin (esim. Hurrelman ym. 2009).

Terveyserojen vähentämistavoite on ollut terveyspoliittisen toiminnan keskiössä jo pitkään Suomessa ja myös kansainvälisesti. Terveyserojen käsitettä ja sisältöä saatetaan kuitenkin tulkita eri tavoin. Erilaiset tulkinnat terveyseroista voivat puolestaan vaikuttaa siihen, miten politiikkatavoitteita muotoillaan ja toimeenpannaan. Toisistaan poikkeavat ja jopa ristiriitaiset käsitykset ongelmasta tai tavoitteesta voivat osaltaan myös vaikeuttaa politiikan toimeenpanoa (ks. Gunn 1978). Seuraavassa keskitytään terveyserojen käsitteellistämisen kysymyksiin. Kirjoituksessa sivutaan lisäksi terveyserojen kaventamisen sisältökysymyksiä, joista on vähemmän käyty keskustelua, mutta joilla arvioidaan olevan merkitystä käytännön terveyspoliittisessa toiminnassa.

Terveyserojen käsitteellistämisen ongelmia: terveyskuilu, terveysgradientti ja vaikuttamisen tasot

Terveyseroja on kirjallisuudessa määritelty erilaisista käsitteellisistä lähtökohdista. Keskeinen jaottelu koskee usein yhtäältä terveydellistä huono-osaisuutta ja toisaalta terveyden vaihtelua (Graham & Kelly 2004). *Terveydellisellä huono-osaisuudella* viitataan köyhyiden ja huonon terveyden väliseen yhteyteen ja huono-osaisten heikompaan terveyteen. Tämän ryhmän terveyden parantaminen voi olla terveyspolitiikan keskeinen asia. ”*Terveyskuilulla*” (*health gap*) viitataan eroon heikoimman

2 Mesotasolla viitataan siihen, *kuinka* politiikkoja tehdään, *kuka* tuo asioita politiikan asialistalle ja minkälainen on niiden institutionalisoitujen järjestelmien *rakenne*, joissa politiikkaa määritellään ja viimein toimeenpannaan (Hudson & Lowe 2006, 9).

terveyden ja terveydeltään parhaimman ryhmän (tai joskus väestön keskimääräisen terveystason) välillä. Tavoitteena on tällöin parantaa köyhien ja sosiaalisesti huono-osaisten ryhmien terveyttä nopeammin kuin paremmassa asemassa olevien terveyttä ja kansanterveyden arvioidaan kohentuvan tällä tavoin parhaiten. Tutkimusten mukaan monet terveysongelmat todella kasautuvat heikoimmassa sosiaalisessa asemassa oleville ryhmille (Koskinen ym. 2007; Martelin ym. 2007). Toisaalta laajan tutkimuskirjallisuuden mukaan terveys kuitenkin myös vaihtelee asteittain siten, että sosiaalisen aseman parantuessa ja sosiaalisten resurssien lisääntyessä terveydentila on keskimäärin parempi (ja terveyttä vaarantavat riskit vähäisemmät). Tästä säännönmukaisesta vaihtelusta käytetään nimitystä *terveysgradientti*. Tähän käsitteeseen nojautuvien terveyspoliittisten toimien olisi kohdistuttava koko väestön eri ryhmiin ja ryhmien väliset erot olisi otettava huomioon. Näillä terveyden ja terveyserojen määrittelytavoilla voi siten olla todellisia seurauksia terveyspolitiikan sisällön muotoilemiselle ja painopisteiden valinnalle (Vallgård 2008; Graham & Kelly 2004).

Terveyspolitiikassa tulisi olemassa olevan tiedon nojalla kiinnittää huomiota sekä ”kuiluun” että gradienttiin. Vaikka huono-osaisuuteen puuttuminen ei ratkaise kuin osin terveyserojen vähentämistä, se on silti välttämätöntä, ja periaatteessa myös helpommin käsitettävää ja operationalisoitavaa kuin gradienttiin vaikuttaminen, jossa tulisi tunnistaa terveyden parantamismahdollisuuksia eri sosiaalisessa asemassa oleville ryhmille läpi koko sosiaalisen hierarkian. Tällaisia gradienttiin vaikuttamisen keinoja voikin olla vaikea täsmällisesti osoittaa. Suomessa kansallisen tason ohjelmien tavoitteena (esim. Terveys 2015 -ohjelma, STM 2001) on vaikuttaa molempiin. Kuitenkin monista ohjelma-asiakirjoista sekä Suomessa että muissa maissa usein puuttuu näitä molempia tavoitteita koskevia toimenpide-ehdotuksia. Esimerkiksi Suomen kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (STM 2008) ei juuri ole *konkreettisia* toimenpide-ehdotuksia, jotka kohdistuisivat erityisesti terveydelliseen huono-osaisuuteen. Ohjelmassa kuitenkin todetaan selvästi terveyserojen ja syrjäytymisen välinen yhteys ja viitataan muihin ohjelmiin, hankkeisiin ja aloitteisiin (esim. sosiaaliturvan uudistamistarpeeseen ja asunnottomuuden vähentämiseen), joilla pyritään kohentamaan heikoimmassa asemassa olevien ryhmien sosiaalista hyvinvointia.

Terveyseroja on luonnehdittu ”ilkeäksi” ongelmaksi (Blackman ym. 2006). Terveyserot ovat sisällöllisesti ja poliittisesti monimutkaisina vaikeita ”kesympiin” ongelmiin nähden. Kansanterveyden tasoa vaikuttaa olevan helpompi nostaa yleisellä terveyttä edistävällä politiikalla. Voi jopa väittää, että terveyserojen kaventamisen tavoite helposti unohtuu käytännön poliittis-hallinnollisessa toiminnassa sekä kansallisella tasolla että kuntapolitiikassa, koska tavoitteiden konkretisointi erojen kaventamiseksi on vaativaa. Ohjelmissa ja julistuksissa yleiset tavoitteet voivat silti säilyä vuodesta toiseen. Konkreettisemmän tavoitteenmuotoilun pulmallisuutta selittää se, että terveyseroihin vaikuttavat monentasoiset tekijät, eikä ehdottomia ja varmoja ratkaisuja ole yleensä käytössä. Lisäksi ratkaisuihin vaikuttavat poliittiset, taloudelliset ja sosiaaliset asiointilatkin ovat muuttuvia.

Viimeisten yli kahdenkymmenen vuoden aikana terveyseroihin on Suomessa kuitenkin pyritty tarttumaan useissa terveystoliittisissa ohjelmissa. Toimenpideehdotukset ovat laajentuneet operatiivisesta palvelujärjestelmän osuutta koskevas- ta painotuksesta (esim. STM 1986) muille alueille (STM 2008). Tämä kuvaa sekä lisääntyvää tietoa terveyseroihin vaikuttamisen tasoista että hallinnollista kiinnos- tusta vaikuttaa terveyseroihin. Myös poliittinen kiinnostus on lisääntynyt, mitä ku- vaa terveyserojen vähentämistavoitteen kirjaaminen Matti Vanhasen hallituksen oh- jelmiin vuosina 2003 ja 2007. Myös Jyrki Kataisen hallitusohjelma (Valtioneuvoston kanslia 2011) lupaa vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja.

Terveyserojen kaventamiseen tähtäävässä kansallisessa toimintaohjelmassa (STM 2008) perustellaan terveyserojen kaventamisen tarvetta erilaisista arvolähtö- kohdista ja suunnittelun tasoilta. Siinä todetaan, että

- ▶ terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä
- ▶ huono terveys on syrjäytymisen osatekijä
- ▶ kansanterveys kohenee tehokkaimmin, kun onnistutaan parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasaantuvat
- ▶ terveyserojen kaventaminen auttaa turvaamaan riittävät palvelut palvelutar- peen kasvaessa
- ▶ terveyseroja vähentämällä voidaan hillitä kustannuksia
- ▶ terveyseroja vähentämällä voidaan luoda edellytyksiä työllisyysasteen nostamiselle.

Varsinkin kolme viimeksi mainittua perustelua asettavat terveyden instrumentaalí- seen, välinearvoiseen asemaan, jolloin tavoiteltu terveyshyöty palvelee taloudellista ja yhteiskunnallista kokonaisuhyötyä. Hyötyjä eivät saa vain väestö ja terveyssektori, vaan muutkin sektorit.

Terveysero-kysymyksen ambivalenttia ja moniaineeksista luonnetta kuvaa myös itse ongelman tulkinta: kun sosioekonomiset terveyserot jo määritelmänsä mukai- sesti ovat seurausta väestön osaryhmien epätasa-arvoisesta asemasta yhteiskun- nassa, niin tämän perusteella voi kysyä, onko kyse enemmänkin *sosiaalisesta* kuin terveydellisestä ongelmasta. Joka tapauksessa terveyserojen tulkinta sosiaalisesti on- gelmaksi edellyttää ilmiön konstruoinista ja tulkintaa sellaiseksi. Toisin kuin elin- tasoerot ja köyhyys, joista kuka tahansa voi saada silmin havaittavaa (ja sitä kautta myös poliittista toimintaa motivoivaa) tietoa, terveydellinen huono-osaisuus, saati terveysgradientti, eivät ole aina vauraiden maiden väestöissä näkyviä ilmiöitä.

Terveyserojen kaventamisen suorat ja epäsuorat lähestymistavat

Terveyserot voidaan tulkita ongelmaksi, joihin voidaan hakea ratkaisuja enemmän tai vähemmän *suoraan* tai *epäsuorasti*, toisin sanoen muiden kuin välittömästi ter-

veyteen vaikuttavien tekijöiden kautta. Suorina vaikuttamisen keinoina voidaan pitää sellaisia, joilla ehkäistään ja hoidetaan tehokkaasti heikossa sosiaalisessa asemassa olevien sairauksia ja esimerkiksi huolehditaan raskaissa ja riskialttiissa töissä olevien työturvallisuudesta (Mackenbach ym. 2002). Keskeistä suorassa vaikuttamisessa on erityisesti terveyspalvelujärjestelmän toiminta.

Pääosin terveyseroihin voidaan vaikuttaa puuttamalla niiden syytekijöihin. Se on yleensä epäsuoraa vaikuttamista, joka kohdistuu terveyden sosiaalisiin determinantteihin (Peter 2004, 94–95, 99). Tällöin on siis puuttuttava sekä sosiaalisen aseman ja terveyden väliseen moniaineksiseen kytkökseen että sosiaaliseen eriarvoisuuteen sinänsä. Terveyserojen vähentämiseksi voi tavoitteena tällöin olla eriarvoisuuteen vaikuttaminen esimerkiksi tulo- ja varallisuuseroja vähentämällä. Terveyden kannalta keskeinen sosiaalinen determinantti on myös työ, ja työn ehtoihin ja olosuhteisiin vaikuttaminen on tärkeä epäsuora terveyserojen vähentämisen arena (CSDH 2008; Kim ym. 2012).

Elintavat ja epidemiologinen terveyden edistämisen malli

Terveyseroja koskevassa keskustelussa on joskus havaittavissa (mahdollisesti tahaton) pohjavire, jossa terveyseroja tulkitaan ”alempaan sosiaaliryhmän” huonoista elintavoista tai haitallisesta käyttäytymisestä johtuvana ongelmana. Terveellisestä ideaalikäyttäytymisestä poikkeava käyttäytyminen määrittyy silloin ”moraalisen alaluokan” (ks. Carlisle 2001) ongelmaksi. Vaikka terveyteen liittyvät elintavat selittävät Suomessa merkittävän osan sairastavuus- ja kuolleisuuseroista (Lahelma ym. 2007, 34), elintavat ovat kuitenkin luonteeltaan välittäviä tekijöitä ketjussa, joka johtaa sosiaalisesta asemasta terveyteen (Prättälä 2007, 130). Terveyteen vaikuttavilla elintavoilla on omat sosiaaliset ja kulttuuriset syynsä ja ympäristönsä. On ongelmallista, jos epäterveellisten elintapojen tulkitaan perustuvan vain vapaaseen valintaan. Tähän tulkitatapaan kiinnitettiin huomiota esimerkiksi Hollannissa tehdyssä terveyserojen kaventamisen politiikkaohjelman valmistelutyössä. Sen loppuraportissa todetaan, että vaikka terveyteen liittyvä käyttäytyminen selittää osan terveyseroista, tämä ei kuitenkaan oikeuta sysäämään vastuuta pelkästään yksilöille. Kun systemaattisia ryhmien välisiä eroja havaitaan tupakoinnissa, alkoholinkäytössä, ravitsemuksessa ja liikunnassa eri sosiaaliryhmien välillä, tämä osoittaa vahvasti, että kyse ei ole pelkästään yksilöllisestä valinnasta. (Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health – second phase, 2001.) Lisäksi, jos sosiaalisesti määräytyvät epäterveelliset elintavat tulkitaan vain terveydelliseksi ongelmiksi, ajattelutavan mukaan sosiaalinen asemakin saattaa menettää sosiaalisen merkityksensä ja supistua vain karkeaksi taustamuuttujaksi. Terveyserojen syiksi voidaan tällöin kapeasti tulkita yksilölliseen motivaatioon ja ”riskikäyttäytymiseen” liittyvät terveydelliset tekijät (ks. Bartley 2003). Preventiiviset ponnistelut kohdistuvat vain spesifeihin riskitekijöihin, eikä nähdä niiden yhteyttä sosiaaliseen asemaan (ks. Mechanic 2007, 547–548).

Vaikka epäterveellisiin elintapoihin puuttuminen osana terveyserojen vähentämistä on tärkeää, tätä aluetta on kuitenkin pohdittu varsin vähän terveyspolitiikassa ja terveyden edistämiseen liittyvässä keskustelussa Suomessa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa (esim. Catford 2002) on kiinnitetty huomiota siihen, että terveyden edistämistoimilla voidaan tahattomasti lisätä terveyseroja, toisin sanoen tuottaa eitarkeitettuja vaikutuksia, jolloin terveys paranee niillä ryhmillä, joilla se on jo hyvä, mutta ei huonon terveyden ryhmillä. Ongelman voi nähdä juontuvan terveyden edistämisen erilaisista peruslähtökohdista (Carlisle 2000, 371; viittaus Seedhouse 1997). Jos terveyden edistäminen ymmärretään lääketieteellisenä niin se johtaa helposti yksilöllisiin selityksiin terveyserojen syistä, kun taas niin sanotussa sosiaalisessa terveyden edistämisessä kiinnitetään huomiota muun muassa köyhyden ja deprivaaion negatiiviseen vaikutukseen terveyteen.

”Sosiaalisessa” mallissakin on kuitenkin puutteita (Frohlich & Poland 2007, 51–53). Kun lähtökohtaisesti olisi ymmärrettävä perustavaa laatua olevat syytekiät (fundamental causes, viittaus Link & Phelan 1995) ja mekanismit, jotka tuottavat terveysriskejä ja riskiolosuhteita, sosiaalis-ympäristöllinen malli (jota voi kutsua myös sosiaaliseksi terveyden edistämiseksi) ei sekään pysty tavoittamaan heikoimassa asemassa olevia ryhmiä. Se ei vastaa kysymykseen, miksi terveyteen liittyvä käyttäytyminen, kuten tupakointi, on sosiaalisesti eriytynyttä eikä valaise, miksi tämä käyttäytyminen on hyväksyttävää joissakin elämänpireissä. Tästä johtuen monet interventiot ovat epätarkoituksenmukaisia ja voivat vielä pahentaa vähäosaisten ryhmien tilannetta esimerkiksi syyllistämällä ja leimaamalla näitä ryhmiä ja yksilöitä. Katherine Frohlich ja Blake Poland (2007, 53) pitävät sosiaalis-ympäristöllistä mallia lähinnä klassisen epidemiologisen mallin laajenuksena. Myöskään esimerkiksi monimuuttujamalleilla ei yleensä pystytä vastaamaan kysymykseen, miten eriarvoisuus, köyhyys ja vallan puute vaikuttavat terveyteen (mt. 53; viittaus Shim 2002).

Vaikka epidemiologinen tieto on välttämätöntä terveyserojen kuvaamisessa, toimenpidesuosituksia ei ole tarkoituksenmukaista johtaa vain tämän tiedon perusteella. Epidemiologinen näyttö ”informoi”, mutta politiikka-ongelman ratkaisuun vaikuttavat myös käytettävissä olevat keinot, poliittiset toimintamahdollisuudet ja toimintaympäristö sekä toimijoiden halukkuus puuttua ongelmaksi nähtyyn asiaintilaan. Näyttö ei siis sinänsä puhu puolestaan (Kelly ym. 2010). Tätä politiikan kontekstia ja terveyspoliittisen toiminnan dynamiikkaa ei suomalaisessa terveyseroja koskevassa keskustelussa ole useinkaan käsitelty eikä ehkä aina ymmärrettykään. Tämä voi johtua muun muassa tutkimuksen ja käytännön erilaisista toimintalogiikoista. Esimerkiksi epidemiologisen tietopohjan saatetaan olettaa olevan sinänsä riittävä politiikan tekemisen perusta, ottamatta huomioon, miten tiedosta johdetaan tavoite ja siihen sopivat poliittisesti mahdolliset keinot, jotka mahdollistavat toimeenpanon ja ottavat huomioon eri tasojen toimijoiden vastuut (globaali taso, EU-taso, kansallinen ja kunnallinen taso) (ks. myös Leppo 2009). Andrew Tannahillin (1992) mukaan pelkästään epidemiologiaan nojaaminen johtaa yksinkertaisiin syy-seuraussuhteisiin ja politiikkasuosituksiin. Suunnitelmista tulee luettelo tau-

deista ja riskitekijöistä, jotka usein vielä käännetään toimeenpanon kannalta ongelmallisten määrällisten tavoitteiden (targets) muotoon (mt. 98; viittaus myös Taninahill 1987). Myös monista suomalaisista hallinnollis-poliittisista asiakirjoista voi päätellä, että tulkintatapa pohjautuu epidemiologisen tiedon pohjalta tehtyihin suoraviivaisiin tulkintoihin terveyseroista (ks. tarkemmin Sihto 2011, 269–272).

Terveyseroihin vaikuttamisen vaikeus

Suomen kansallisissa terveystoimissa (STM 1986; 1993; 2001) kiinnitetään huomiota sekä heikoimmassa asemassa olevien ryhmien terveyden kohentamiseen (STM 1986; 1993; 2001) että eriarvoisuuden vähentämiseen (STM 1993; 2001; 2008). *Terveys 2015* -ohjelmassa (STM 2001) eriarvoisuuden vähentämistavoite on ilmaistu myös määrällisenä: tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä. Erillisessä *Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa* (STM 2008) esitetään 15 toimenpide-ehdotusta. Toimenpiteiden sisältöalueina ovat elintavat, terveys- ja sosiaalipalvelut, työpaikkojen terveyden edistäminen sekä seuranta- ja tietojärjestelmien ja arvioinnin kehittäminen. Ehdotukset koskevat sekä strategisia että operatiivisia toimia.

Kaikissa terveystoimissa on viitattu terveyspalvelujen tasa-arvoisuuden tavoitteeseen, joka on kansanterveyden avainalue. Tästä syystä terveyserojen kaventamiseen liittyvässä toiminnassa on tarkoituksenmukaista kiinnittää huomiota siihen, onko ”oma pesä” – terveyspalvelujärjestelmä – toiminut tasa-arvotavoitteen suuntaan. Rekisteri- ja väestötutkimukset (ks. Keskimäki 2003; Hetemaa ym. 2004; Häkkinen & Alha 2006) osoittavat, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelujen kohdentumisessa on sosioekonomisia eroja, jotka eivät täysin vastaa arvioitua palvelujen tarvetta ja ovat terveydenhuollon perusperiaatteita vastaan. Lukuisissa palvelujärjestelmän toimintaa koskevissa ehdotuksissa on esitetty, että järjestelmän oikeudenmukaisen kohdentumisen lisäämiseksi tulisi puuttua terveyspalveluiden suunnitteluun, järjestämiseen sekä hoito- ja toimintakäytäntöihin (esim. Manderbacka ym. 2007, 194; Keskimäki 2010). Mitä mahdollisuuksia yhteiskunnassa ylipäänsä on vaikuttaa terveyseroihin laajasti, jos terveyssektori ei voi taata tasa-arvoisia mahdollisuuksia terveyspalveluiden tarpeenmukaiselle käytölle. Isossa-Britanniassa on painotettu palvelujärjestelmän keskeistä merkitystä terveyserojen kaventamisessa sekä palvelujen osalta että erojen vähentämisen ”asi-anajajana” muihin sektoreihin nähden (Whitehead ym. 2009).

Likipitään mitkään terveyseroihin liittyvät ohjelmatavoitteet sen enempää kuin muutkaan terveys- ja yhteiskuntapoliittiset toimet eivät kuitenkaan ole tuottaneet vuosikymmenien kuluessa toivottua tulosta vähentää terveyseroja tai pysäyttää niiden kasvua (ks. myös Rotko ym. 2011). Tavoitteet voivat olla toivottavia ja yhteisesti

hyväksytyjä, mutta niiden tavoittelu tai saavuttaminen ei siitä huolimatta ole teknisesti tai poliittisesti mahdollista (Powell & Exworthy 2001, 23).

Käytännössä ongelmana tuntuu usein olevan löytää toimivia keinoja, jotka vastaavat nimenomaan terveyserojen, eivät vain yleensä terveyden ongelmiin. Esimerkiksi Michaela Benzevalin (2003, 61) terveyseroja koskevasta tutkimuksesta, joka koski aluetason ”terveysvyöhykkeitä” (HAZ, Health Action Zones) Englannissa, käy ilmi, että toiminta helposti kääntyi koskemaan terveyden tasoa. Usein terveyspolitiikassa myös oletetaan, että samat keinot, jotka edistävät terveyttä, toimivat myös terveyserojen suhteen (vrt. Krieger 2008; CSDH 2008). Hilary Graham (2004, 110) toteaa, että ”samat tekijät, jotka ovat edistäneet terveyttä eivät ole kyenneet murttamaan linkkiä ennenaikaisen kuoleman osalta eivätkä yhteyttä heikon sosioekonomisen aseman ja terveyden välillä. Tämä osoittaa, että tekijät, joiden avulla on saavutettu hyviä tuloksia (terveyden tasossa – lisäys kirjoittajat), voivat ylläpitää ja tuottaa eriarvoisuutta.” Graham (mt.) viittaa juuri edellytysten heikkouteen: heikkoon sosiaaliseen asemaan, joka on yhteydessä myös terveyttä vaarantavaa käyttäytymistä tuottaviin tekijöihin. Kyse on erityisesti siitä, millä keinoin huomioidaan heikoimmassa asemassa olevien ryhmien (ja yksilöiden) tarpeet. Vastaanottokäynnillä terveydenhuollossa voi olla mahdollista esimerkiksi erilaisilla hoidollisilla toiminnoilla eriyttää kohdeväestöstä koskevat toimintatavat. Vaikeampaa on määritellä eri väestöryhmien terveystarpeisiin (gradienttiin) sopivia toimenpiteitä ja edistää samalla myös niiden kaikkein heikoimpien ryhmien terveyttä (terveydellinen huono-osaisuus), jotka eivät välttämättä tule terveyspalvelujärjestelmän piiriin ”oikea-aikaisesti”, jos ollenkaan. Täytyy myös olla poliittista halua vaikuttaa eriarvoisuuteen. Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä (2010, 116) epäilevät, että Suomessa ”universalismi ei enää implikoi sitä, että huono-osaisille annettaisiin suhteellisesti enemmän – näin ollen se ei myöskään enää tarkoita kansakuntaa integroivaa ja tasa-arvoistavaa politiikkaa”.

Terveyseroja koskevassa keskustelussa ei ole täyttä yksimielisyyttä siitä, mihin terveyseroja määrittäviin tekijöihin tulee kiinnittää huomiota, kun terveyseroja halutaan kaventaa. Käytännössä tavoitteenasettelu painottuu usein välittäviin tekijöihin eli terveellisten elämäntapojen edistämiseen (ns. downstream-taso), ei niinkään rakenteellisten syiden tasoon (ns. upstream-taso). Viimeksi mainitun tason toimet, esimerkiksi puuttuminen epätasaiseen tulonjakoon, palkkaeroihin, työn ehtoihin tai perusturvaetuuksiin voivat olla poliittisesti liian vaikeita toteutettavaksi.³ Tutkimuksellinen näyttö siitä, millä politiikoilla tai interventioilla voidaan vähentää terveyseroja, ei liioin ole ollut kovin runsasta (vrt. Lewis ym. 2000, 519; Bambra ym. 2010).

Käsitykset terveyseroihin vaikuttamisesta vaihtelevat samalla tavoin kuin käsi-

3 Esimerkiksi Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma kiinnittää kyllä huomiota sellaisiin keskeisiin rakenteellisen tason sosiaalisiin determinantteihin kuin köyhyys, koulutus, työllisyys, työolot ja asumisen (STM 2008, 18), mutta ohjelman niin sanottuihin omiin toimenpiteisiin näitä alueita ei ole juuri otettu lukuun ottamatta työolojen kehittämistä.

tykset kansanterveyden kohentamisesta. David Mechanic (2007, 533) viittaa dialektiseen jännitteeseen, jossa toisen näkemyksen mukaan tärkeintä on vaikuttaa sosiaaliin, kulttuurisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin ja toisen mukaan taudinaiheuttajat ja riskitekijät ovat ensisijaisia. Viimeaikaisessa keskustelussa on painotettu monien syytekijöiden ymmärtämistä terveydellisen eriarvoisuuden tuottamisessa (Kelly ym. 2006; Lahelma ym. 2007). Keskeinen johtopäätös on, että terveyseroihin tulee vaikuttaa sekä suoraan että epäsuorasti. On kuitenkin selvää, että terveyseroja koskevassa politiikassa vähemmälle huomiolle on jäänyt sosiaalis-taloudellisiin ehtoihin ja elinoloihin vaikuttaminen (Marmot ym. 2008, 1661). Merkittävä askel näiden alueiden painottamisen suuntaan on WHO:n terveyden sosiaalisia determinantteja koskevan komission työ (CSDH 2008; ks. myös Palosuo & Lahelma tässä teoksessa, luku 2).

On myös kysyttävä, rajoittuuko huomio terveyspoliittisessa toiminnassa liikaa tietopohjan esittelyyn, ilmiön kuvailuun ja tulosten seurantaan (tulosevaluatio) verrattuna toimeenpanon suunnitteluun ja käytettävissä olevien keinojen pohtimiseen eri tasoilla (globaali taso, EU-taso, kansallinen ja kunnallinen taso). Suomen kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa on kuitenkin periaatteessa kiinnitetty erityistä huomiota käytännön toteutukseen (STM 2008, 72–168). Don Nutbeam (2003, 156) on huomauttanut, että terveyspolitiikan toimien olisi oltava toimeenpanon kannalta käytännöllisiä, sen lisäksi että ne olisivat tieteellisesti vakuuttavia ja poliittisesti hyväksyttäviä.

Politiikan implementaatio on yleensäkin vaikeaa, ja terveyserojen kaventamistoimien toimeenpano tuntuu olevan erityisen vaativaa. Tämä liittyy siihen, että toimeenpantavia tavoitteita on vaikea muotoilla yksiselitteisesti niin, että ne olisivat toteuttamiskelpoisia (ks. Wolman 1981). Toimeenpanossa on kyse muutoksen mahdollistumisesta sosiaalisesti suotuisampaan suuntaan, mikä ei välttämättä ole lainkaan helppoa poliittisesti (ks. esim. Rothstein 1998, 245). Terveyseroissa kyse ei ole vain koko väestön terveyden kohentamisesta vaan eri ryhmien terveydellisten tarpeiden huomioon ottamisesta. Tavoitteet ja toimeenpano eivät koske vain terveyssektoria, vaan muitakin sektoreita, kuten Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavassa on esitetty (ks. Sihto ym. 2006). Muu kuin yhden sektorin hallinnoima toimeenpano väistämättä monimutkaistaa toimeenpanoa. Keskeinen kysymys on, miten terveyseroihin (eikä vain yleensä terveyteen) vaikuttavia tekijöitä voitaisiin realistisesti huomioida muiden sektorien tavoitteissa.⁴ Suomessa on käyty varsin vähän periaatteellista keskustelua siitä, mitä muiden sektorien osuus sisällöllisesti tarkoittaisi terveyserojen suhteen: yleensä eriarvoisuuden vähentämiseen liittyviä toimia vai suoremmin terveyspesifejä toimia (vrt. Norjan eriarvoisuutta painottava strategia, Strand ym. 2009). Epäselvyys voi johtua ”teknisestä ongelmasta”: edes terveyssektorilla, saati muilla, ei ole kovin yksityiskohtaista tietoa siitä, millä toimilla tai me-

⁴ Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (STM 2008) käsitellään tärkeitä osa-alueita, jotka ovat muiden kuin terveyshallinnon vastuulla.

kanismeilla terveyseroja voitaisiin selvästi vähentää. Eräs selvä esimerkki näyttöön perustuvasta toiminnasta on Suomessa kuitenkin ollut terveyssektorin pyrkimys estää alkoholin hinnan alennus, jolla etukäteisselvitysten perusteella tiedettiin olevan huomattavaa merkitystä kuolleisuuteen (Leppo 2009, 128–130; tämäkin pyrkimys kuitenkin epäonnistui, koska näyttöä ei viime kädessä otettu huomioon tai siitä ei välitetty: ks. myös Leppo tässä teoksessa, luku 6; Melkas tässä teoksessa, luku 19).

Terveyseroja on arvioitu voitavan varmimmin vähentää erilaisilla ”rakenteellisilla menetelmillä” (ks. Alanen 2008, 25; viittaus Ryynänen ym. 2004; Puska 2010). Esimerkiksi Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa ehdotetaan verotuksellisia keinoja (veronkorotuksia) alkoholin ja tupakan aiheuttamien haittojen vähentämiseen sekä joukkoruokailun saatavuuden parantamista muun muassa pien-työpaikoille (STM 2008, 74). Nämä ovat luonteeltaan rakenteellisia toimia sen sijaan että toimet kohdistettaisiin yksilöihin. Vastaavansuuntaisesti sosiaali- ja terveystieteiden (STM 2010, 16) tulevaisuuskatsauksessa ehdotetaan, että jatkossakin ”– – terveyserojen vähentämistä edistetään myös talous- ja veropolitiikan keinoin, muun muassa terveydelle haitallisten tuotteiden verotuksella”.

Käytännössä tärkeitä ovat ”miten”-kysymykset. Katherine Frohlich ja Louise Potvin (2008, 219) pohtivat, miten edistetään ”riskiväestön” (jolla viitataan usein terveyspolitiikassa biologis-fysiologisille riskitekijöille altistuviin ihmisiin), ”haavoittuvien ryhmien” (joilla viitataan usein heikossa sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin, mutta joilla voi olla myös biologis-fysiologisia terveysriskejä) ja koko väestön terveyttä. Riskeistä selviytyminen voi olla erilaista eri väestöryhmillä. Esimerkiksi samankaltaisesta alkoholinkäytöstä voi aiheutua enemmän haittaa vähemmän koulutetuille ryhmille (ks. Mäkelä & Paljärvi 2008). Kohdeväestön omista käsityksistä tiedetään yleensä vähemmän. Andreas Mielck kumppaneineen (1998, 10 viittaus Horn ym. 1983 ja Faltermeister 1994) toteaa, että heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevat voivat kokea huonon terveyden ”kohtalona” ja ovat vähemmän optimistisia oman terveytensä parantamisen suhteen kuin paremmassa sosiaalisessa asemassa olevat. Toisaalta Isossa-Britanniassa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että kaikkien sosiaaliryhmien jäsenet pitivät terveystietämystä ja omaa vastuuta tärkeinä terveyden ja sairastumisvaaraan vaikuttavina tekijöinä; sen sijaan rakenteellisten tekijöiden vaikutuksia ei koettu henkilökohtaisesti kovinkaan merkityksellisiksi, joskin ylempien sosiaaliryhmien jäsenet pitivät useammin ympäristötekijöitä, tulotaso ja työtä terveyden kannalta tärkeinä seikkoina kuin työntekijäryhmät (Blaxter 1997). Vastaavasti alempien sosiaaliryhmien vastaajien on havaittu olevan vähemmän valmiita uskomaan, että rikkaat elävät köyhiä pitempään (Macintyre ym. 2005). Terveyden ja sairauden kokemukset ovat identiteetin rakennusaineita, eivätkä huonommassa asemassa olevat ole välttämättä halukkaita hylkäämään omaa vastuullisuuttaan ja moraalista tasa-arvoaan jonkin abstraktilta tuntuvan rakenteellisen tai taloudellisen eriarvoisuuden nimissä (Blaxter 1997; ks. myös Popay ym. 2003). Ihmisten omat käsitykset terveyserojen syistä eivät tämän mukaan siten välttämättä anna kaikupohjaa rakenteellisia muutoksia edellyttävälle politiikan toi-

mille, mutta ovat kyllä suotuisia käyttäytymiseen ja omaan vastuuseen vetoavalle valistukselle (ja voivat olla myös tällaisen valistuksen vaikutuksesta muokkautuneita). Jennie Popay kollegoineen (2003) toteaa kuitenkin olevan vaikea kuvitella, miten yksilöt voisivat valinnoillaan ratkaista rakenteellisesti määräytyviä terveysongelmia.

”Riskiväestö”-lähestymistavan ongelmana on, että toimenpiteiden suuntaaminen riskiväestöön ei estä uusien riskiväestöjen syntymistä eikä se ole siksi riittävää. Toiminnan painottaminen ”haavoittuviin ryhmiin” tai ”syrjäytyneisiin” voi merkitä positiivista diskriminaatiota, mutta toisaalta mahdollisesti myös leimaamista. Koko väestöön kohdistuvat toimet puolestaan saattavat lisätä terveyseroja, jos kaikille samanlaisina kohdistetut toimet eivät ota huomioon jo olemassa olevaa eriarvoisuutta eivätkä vastaa erilaisiin tarpeisiin. Siten ei ole olemassa yksiselitteisesti ”oikeita” lähestymistapoja, vaan on aina tasapainoiltava erilaisten lähestymistapojen välillä.

Yhteenvetoa ja päätelmiä

Terveyseroja voidaan pyrkiä vähentämään vain rajallisesti suoraan terveyteen kohdistuvilla toimilla. Tätä voidaan kuitenkin tehdä terveydenhuollon ”omalla tontilla” huolehtimalla siitä, että palvelujärjestelmään pääsy ja sairauksien hoito toteutuvat tarpeenmukaisesti eikä valikointia tapahdu sosiaalisen aseman mukaan kuten nyt käy (esim. Manderbacka & Keskimäki tässä teoksessa, luku 25). Sairauksien ehkäisy ja terveydensuojelu ovat myös alueita, joilla terveyteen vaikutetaan paljolti suoraan.

Valtaosa terveyseroihin kohdistuvaa toimintaa on epäsuoraa. Tätä on likimain kaikki sosiaalisten determinanttien kautta vaikuttaminen ja ”terveys kaikissa politiikoissa”-strategian mukainen monisektorinen työ. Tärkeä alue on terveyden edistäminen, jota voi pitää kansanterveyden eräänä keskeisenä strategisena lähtökohdanna. Tarpeen olisi pohtia terveyden edistämisen sosiaalista ”paradigmaa”, joka ottaisi jo lähtökohdissaan huomioon kohdeväestön sosiaalisen ja terveydellisen eriytyneisyyden. Terveyden edistäminen terveyttä tukevien olosuhteiden ja edellytysten luomisen mielessä on pääosin tätä epäsuoraa sosiaalisten determinanttien kautta vaikuttamista. Suomalaisessa terveyspolitiikan kontekstissa olisi jäsennettävä, mitä terveysgradienttiin vaikuttaminen varsinaisesti tarkoittaa käytännöllisenä toimintana. Olisi myös käytävä käsiksi niin sanotun terveyskuilun kaventamiseen, eli olisi tarkistettava, miksi ja miten terveyden kannalta tärkeät hyvinvointivaltion turvamekanismit pettävät osalla väestöä (esim. Kinnunen ym. 2009).

Tavoitteiden asettelun tulisi koskea vahvemmin kuin tähän asti hyvinvointipolitiikan ulottuvuuksia, kuten köyhyyden vähentämistä ja tuloerojen kaventamista (vrt. kuitenkin STM 2008). Tämä tarkoittaa myös sitä, että tulosindikaattorina seurannassa voi olla muitakin kuin suoria terveyden tai perinteisiä terveysriskien osoittimia. Keskustelu liittyy terveyserojen determinantteja koskevaan komission työhön (ks. CSDH 2008). Siinä tavoitteena ei ole pakottaa esimerkiksi talous- ja sosiaalipolitiikan päämääräksi terveyttä tai sen mahdollisimman tasaista jakautumista, mut-

ta nähdään näiden politiikkojen vahvat yhteydet terveystavoitteisiin (Marmot ym. 2008, 1661; CSDH 2008). Komission työn keskeinen viesti on sosiaaliseen eriarvoisuuteen vaikuttaminen, mikä jo sinänsä laajentaa näkökulmaa hyvinvoinnin edellytysten turvaamiseen kaikille. Tämä edellyttää myös sisällöllistä pohdintaa terveyseroja koskevassa strategisessa suunnittelussa Suomessa ja muualla. Terveyseroihin vaikuttaminen on jo perusteiltaan vaikeasti hahmottuva, ja se mielletään terveyssektorin sisäiseksi terveyspolitiikaksi. Eriarvoisuuden vähentäminen puolestaan on laajempi monisektorinen yhteiskuntapolitiikan tavoite ja sisältää mahdollisuuden win-win-periaatteen toteutumiseksi. Kun perusstrategiana on ollut ”*Terveys kaikissa politiikoissa*” -lähestymistapa, lähtökohta voisi laajeta jonkinlaiseen ”hyvinvointia kaikissa politiikoissa” -lähestymistapaan. Tätä voi perustella sillä, että terveyserojen determinantit liittyvät lähes kaikkien politiikkojen eriarvoisuutta tuottaviin tekijöihin. Tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen, mutta samalla tuloksena voi olla myös terveyserojen väheneminen.

Terveyseroihin kohdistuvassa terveyshallinnollisessa toiminnassa toimeenpanoa ei tule nähdä vain teknisenä toimeenpanon vaiheena. Tavoitteiden muotoilulla luodaan edellytyksiä toimeenpanolle, mutta jos nämä muotoilut ovat epäselviä, mikä usein on tavallista (ja näkyy myös Suomen terveyseroja koskevissa tavoitteissa), toimeenpanokin voi jäädä tyhjän päälle. Toimeenpanoon eivät vaikuta vain erilaiset tavat ymmärtää terveyseroja, vaan myös käytettävissä olevat keinot – ja niitä ei ole kovin runsaasti. Oman lisänsä tähän tuo se, että terveyseroihin liittyvät tavoitteet, erityisesti determinanttien kautta ilmaistavat epäsuorat tavoitteet, ovat luonteeltaan poliittisia, mikä vaikuttaa myös toimeenpanon edellytyksiin.

Terveyserojen vähentämiseen tähtäävä terveyspolitiikka tarvitsee epidemiologisen tietopohjan lisäksi muutakin tietoa ja tutkimusta terveyseroista. Sosiaalietiemiologia laajenee sinänsä myös monipuoliseen ja terveyspoliittisesti relevanttiin syy- ja seuraussuhteiden tutkimiseen (esim. Laaksonen & Silventoinen 2011; Krieger 2011), mutta lisää tietoa tarvitaan myös eri ryhmien arkielämän sairauskokemuksista, terveydenhoidosta ja tavoista tulkita terveyteen vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimustietoa terveyserojen vähentämiseen liittyvistä politiikoista ja toimintaohjelmista, toisin sanoen institutionalisoituneesta terveyspolitiikasta ja muista terveyteen vaikuttavista politiikan alueista, on niukasti. Gil Walt ja Lucy Gilson (1994, 353) ovat arvioineet terveyspolitiikan policy-analyttisen (health policy analysis) tutkimustradition yleensäkin varsin heikoksi: kiinnostuksen kohteena eivät ole olleet terveyspolitiikkaan vaikuttavat prosessit, eivät liioin terveyspolitiikan toimijat tai konteksti, jossa politiikka kehittyy (tai on kehittymättä). Tämä arvio näyttää edelleen pitävän suurelta osin paikkansa (ks. myös Sihto tässä teoksessa, luku 1). Perinteisessä akateemisessa politiikan tutkimuksen traditiossa terveyspolitiikka ei ole tutkimuksen kohteena yleensä lainkaan. Terveystieteisiin luettavassa tutkimuksessa puolestaan ei tavallisesti tarkastella terveyspolitiikan strategis-normatiivista tasoa, vaan tutkimuskiinnostus on kohdistunut lähinnä terveydenhuollon operatiiviseen tasoon. Myös arvointitutkimus on näiltä osin ollut niukkaa. Terveyspoliittisen

toiminnan vaikuttavuudesta on melko rajallisesti tietoa. Kiinnostuksen kohteena on yleensä vain tulosevaluaatio, ei tulosten saavuttamiseen tarvittavien toimien ja prosessien evaluaatio (vrt. Nutbeam ym. 1990; Sinkkonen & Kinnunen 1994). Niinpä politiikan ”musta laatikko” ei avaudu, mikä voi johtaa siihen, että ei pystytä selittämään politiikan tai muiden terveystieteiden pyrkimysten onnistumisen tai epäonnistumisen syytä.

Edellä mainitut tutkimukselliset puutteet ovat ilmeisiä erityisesti sosioekonomisia terveyseroja koskevassa tutkimuksessa siitä huolimatta – tai siksi – että terveyserojen voi tulkita olevan terveystieteiden vaikeasti ratkaistava iso kysymys sekä Suomessa että muualla. Paradoksaalisesti siis juuri niistä tekijöistä, joihin tulisi kiinnittää huomiota terveyserojen kaventamisessa, on vähiten saatavilla tutkimuksellista tietoa. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa tehdyn selvityksen mukaan vain murto-osassa terveyseroja koskevaa tutkimusta kohteena ovat terveyseroja käsittelevät politiikat tai interventiot (Killoran & Kelly 2004). Myös Suomesta puuttuu tutkimustietoa siitä, miten terveyseroihin on pyritty vaikuttamaan käytännössä, ja arviointitutkimusta siitä, miksi terveyseroja ei ole onnistuttu kaventamaan. On mahdollista, että tätä asiantilaa ei ole suomalaisessa terveyseroja koskevassa keskustelussa edes pidetty ongelmana, koska epidemiologisen tutkimuksen vahva valtavirta näyttää sivuuttaneen muita lähestymistapoja, mikä näkyy muun muassa tutkimuksen rahoituksen kohdentumisessa pääosin erojen syytekijöiden, laajuuden ja suunnan selvittämiseen, mutta ei sen tutkimiseen, mitä tehdä ja millä keinoin.

Lähteet

- Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.
- Alanen, Pentti (2008) Seurausten hoidosta syiden poistoon. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 17–29.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2010) Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus* 18(2), 104–120.
- Bambra, C. & Gibson, M. & Sowden, A. & Wright, K. & Whitehead, M. & Petticrew, M. (2010) Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(4), 284–291.
- Bartley, Mel (2003) Understanding health inequalities. Oxford: Polity Press.
- Benzeval, Michaela (2003) The final report of the tackling inequalities in health module. Queen Mary, University of London. <<http://www.geog.qmul.ac.uk/health>>
- Blackman, Tim & Greene, Alexandra & Hunter, David J. & McKee, Lorna & Elliott, Eva & Harrington, Barbara & Marks, Linda & Williams, Gareth (2006) Performance assessment and wicked problems: the case of health inequalities. *Public Policy and Administration* 21(2), 66–80.
- Blaxter, Mildred (1997) Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science & Medicine* 44(6), 747–756.
- Carlisle, Sandra (2000) Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion* 15(4), 369–376.
- Carlisle, Sandra (2001) Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Critical Public Health* 11(3), 267–281.
- Catford, John (2002) Reducing health inequalities – time for optimism. *Health Promotion International* 17(2), 101–104.
- CSDH (2008) Closing the gap in a generation.

- Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Frohlich, Katherine & Poland, Blake (2007) Points of intervention in health promotion practice. In: O'Neill, Michel & Pederson, Ann & Dupere, Sophie & Rootman, Irving (eds.) Health promotion in Canada. Critical perspectives. Canadian Scholars' Press, Toronto, 46–60.
- Frohlich, Katherine & Potvin, Louise (2008) The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health* 98(2), 216–221.
- Graham, Hilary (2004) Social determinants and their unequal distribution: classifying policy understandings. *The Milbank Quarterly* 82(1), 101–124.
- Graham, Hilary & Kelly, Michael P. (2004) Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper. Health Development Agency, NHS. <www.nice.org.uk>
- Gunn, Lewis A. (1978). Why is implementation so difficult? *Management services in government* (33), 169–76.
- Hetemaa, Tiina & Keskimäki, Ilmo & Salomaa, Veikko & Mähönen, Markku & Manderbacka, Kristiina & Koskinen, Seppo (2004) Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland. *Journal of Clinical Epidemiology* 57(3), 301–308.
- Hudson, John & Lowe, Stuart (2006) Understanding the policy process. Analysing welfare policy and practice. Bristol: The Policy Press.
- Hurrelman, Klaus & Duwe, Sebastian & Gleicher, David & Rathmann, Katharina & Woods, Naomi & Richter, Matthias (2009) What do we really know about successful strategies? Presentation 8th–9th May 2009, Hertie School of Governance, Berlin.
- Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (2006) Avohoitopalvelut. Teoksessa Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 32–43.
- Kaikkonen, Risto & Kostiaainen, Elisa & Linnanmäki, Eila & Martelin, Tuija & Prättälä, Ritva & Koskinen, Seppo (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Kelly, Michael & Bonnefoy, Josiane & Morgan, Antony & Francisca, Florenzano (2006) The development of the evidence base about the social determinants of health. World Health Organisation, Commission of Social Determinants of Health, Measurement and Evidence Knowledge Network. http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_paper.pdf
- Kelly, Michael & Morgan, Antony & Ellis, Simon & Younger, Tricia & Huntley, Jane & Swann, Catherine (2010) Evidence based public health: A review of the experience of the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) of developing public health guidance in England. *Social Science & Medicine* 71(6), 1056–1062.
- Keskimäki, Ilmo (2003) How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care. *Social Science & Medicine* 56(7), 1517–30.
- Keskimäki, Ilmo (2010) Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 47 (3), 201–207.
- Killoran, Amanda & Kelly, Michael (2004) Towards an evidence-based approach to tackling health inequalities: the English experience. *Health Education Journal* 63(1), 7–14.
- Kim, Il-Ho & Muntaner, Carles & Shahidi, Farah Vahid & Vives, Alejandra & Vanroelen, Christophe & Benach, Joan (2012) Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy* 104 (2), 99–127.
- Kinnunen, Kaisa (2009) (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Heliövaara, Markku & Reunanen, Antti & Lahelma, Eero (2007) Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 74–86.
- Krieger, Nancy (2008) Ladders, pyramids and

- champagne: the iconography of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62(12), 1098–1104.
- Krieger, Nancy (2011) *Epidemiology and the People's Health. Theory and Context*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (2011) (toim.) *Sosiaalipidemiologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–41.
- Leppo, Kimmo (2009) Tutkimustiedosta ja terveyspolitiikasta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46(2), 124–130.
- Lewis, Stewen & Saulnier, Marcel & Renaud, Marc (2000) Reconfiguring health policy: simple truths, complex solutions. In: Albrecht, Gary L. & Fitzpatrick, Ray & Scrimshaw, Susan C. (eds.) *The handbook of social studies in health & medicine*. London: SAGE Publications Ltd, 509–523.
- Macintyre, Sally & McKay, Laura & Ellaway, Anne (2005). Are rich people more likely to be ill? Lay perceptions by social class and neighbourhood, of inequalities in health. *Social Science & Medicine* 60(2), 313–317.
- Mackenbach, Johan P. & Bakker, Martijntje & Sihto, Marita & Diderichsen, Finn (2002) Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach, Johan P. & Bakker, Martijntje (eds.) *Reducing inequalities in health*. London: Routledge, 25–29.
- Manderbacka, Kristiina & Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien & Pirkola, Sami & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo (2007) *Terveyspalvelut*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 179–196.
- Marmot, Michael (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365(9464), 1099–1104.
- Marmot, Michael & Friel, Sharon & Bell, Ruth & Houweling, Tanja & Taylor, Sebastian (2008) Closing the gap in a generation; health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 372(8), 1661–69.
- Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Sulander, Tomi & Helakorpi, Satu & Tuomi, Kaija & Koskinen, Seppo (2007) *Toimintakäyky*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 104–121.
- Mechanic, David (2007) *Population Health Challenges for Science and Society*. The Milbank Quarterly 85(3), 533–559.
- Mielck, Andreas & Backett-Milburn, Kathrin & Pavis, Stephen (1998) Perception of health inequalities in different social classes, by health professionals and health policy makers in Germany and in the United Kingdom. Berlin: Publications series of the research unit Public Health Policy, P98-202.
- Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto & Kostiaainen, Elisa & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Linnanmäki, Eila (2009) *Sosioekonomisten terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä, Pia & Paljärvi, Tapio (2008) Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62(8), 728–733.
- Nutbeam, Don & Smith, Christoffer & Catford, John (1990) Evaluation in health education. A review of progresses, possibilities, and problems. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44(2), 83–89.
- Nutbeam, Don (2003) How does evidence in-

- fluence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health Promotion Journal of Australia* 14(3), 154–8.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Peter, Fabienne (2004) *Health Equity and Social Justice*. In: Anand, Sudhir & Peter, Fabienne & Sen, Amartya (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press, 93–106.
- Popay, Jennie & Bennett, Sharon & Thomas, Carol & Williams, Gareth & Gatrell, Anthony & Bostock, Lisa (2003). Beyond 'beer, fags, egg and chips'. Exploring lay understandings of social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 25(1), 1–23.
- Powell, Martin & Exworthy, Mark (2001) *Joined-Up solutions to address health inequalities: analysing policy, process and resource streams*. *Public Money & Management* 21(1), 21–26.
- Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health – second phase (2001). *Reducing Socio-Economic Inequalities in Health. Final Report and policy recommendations from the Dutch Programme Committee on Socioeconomic Inequalities in health – second phase*.
- Prättälä, Ritva (2007) *Terveyskäyttäytyminen*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 130–132.
- Puska, Pekka (2010) *Kroonisten kansantautien ehkäisy 2010-luvulla – mitä olemme oppineet neljän vuosikymmenen aikana?* Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 55–66.
- Rothstein, Bo (1998) *Just institutions matter. The moral and political logic of the universal welfare state*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotko, Tuulia & Aho, Timo & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila (2011) *Kapeneeko kiulu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sihto, Marita & Ollila, Eeva & Koivusalo, Meri (2006) *Principles and challenges of Health in All Policies*. In: Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lepo, Kimmo (eds.) *Health in All Policies, prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 3–20.
- Sihto, Marita (2011) *Sosiaalinen vai terveydellinen – yhteistä näkökulmaa etsimässä*. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.) *Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä?* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 261–282.
- Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen, Juha (1994) *Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Kuopio.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1986) *Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1993) *Terveyttä kaikille vuoteen 2000 uudistettu yhteistyöohjelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001) *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010) *Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus-katsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:IS:BN:978-952-00-3039-1>
- Strand, Mali & Brown, Chris & Torgersen, Tone P. & Gæver, Øyvind (2009) *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Studies on social and economic determinants of population health, No. 4*. Copenhagen: WHO Europe.

- Tannahill, Andrew (1992) Epidemiology and health promotion. In: Bunton, Robin & Macdonald, Gordon (eds.) Health promotion. Disciplines and diversity. London: Routledge, 86–107.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen Lääkärilehti 66(48), 3651–3657.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007) Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 44–64.
- Vallgård, Signild (2008) Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. Health Policy 85(1), 71–82.
- Valtioneuvoston kanslia. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>
- Walt, Gil & Gilson, Lucy (1994) Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy & Planning 9(4), 353–370.
- Whitehead, Margaret & Doran, Tim & Exworthy, Mark & Richards, Sue & Matheson, Don (2009) Delivery systems and mechanisms for reducing inequalities in both social determinants and health outcomes. Task group submission to the Marmot Review [http://www.ucl.ac.uk/ghec\(marmotreview/consultation/Delivery_systems_and_mechanisms_report](http://www.ucl.ac.uk/ghec(marmotreview/consultation/Delivery_systems_and_mechanisms_report).
- Wolman, Harold (1981) The determinants of program success and failure. Journal of Public Policy 1(4), 433–464.

III osa

Palvelut ja ehkäisevä työ

24 Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut

Terveyspalvelut ovat erityisasemassa yhteiskunnallisesti

Terveyspalveluita pidetään yleisesti julkisina hyödykkeinä (public good). Julkisella vallalla – valtiolla ja demokraattisin periaattein toimivilla päättäjillä – on eri tasolla sekä mielenkiintoa että sananvaltaa siihen, miten terveyspalvelut organisoidaan. Terveyspalveluissa on alun perin pitkälti kyse yhteisestä hyvästä ulkoisilta uhkilta suojautumisen mielessä. Tarttuvia tauteja on pyritty torjumaan ja ympäristöstä aiheutuvia terveydellisiä vaaroja ehkäisemään. Koska sairaudet, tapaturmat ja terveyden sekä toimintakyvyn menetys ovat ihmiselämään kuuluvia ongelmia, on väestön terveydentila yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti tärkeä. Kansalaisten arvoja kysyttäessä terveys on yksi tärkeimpiä, ja siksi se on myös poliittisesti tärkeä asia. Terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus määritelläänkin lähes kaikissa kehittyneissä maissa perusoikeudeksi.

Käytännössä kaikki kehittyneet valtiot ovat organisoineet sairauksien ehkäisyä ja terveydellisten vaarojen torjuntaa tavalla tai toisella julkisen vallan toimin. Lisäksi julkinen valta osallistuu monissa maissa myös terveyspalveluiden järjestämiseen. Osassa maita, esimerkiksi Pohjoismaissa, terveyspalvelut rahoitetaan ja järjestetään pääosin julkisin varoin julkisoikeudellisten yhteisöjen toimesta. Näissä maissa palveluiden tuotantokin on ollut viime vuosiin asti julkisen sektorin vastuulla, samaan tapaan kuin koululaitoksen toiminta. Toisissa maissa palveluiden rahoituksesta, järjestämisestä ja tuottamisesta huolehtivat yksityiset, ei-julkiset organisaatiot tai ammattilaiset. Näissäkin maissa julkinen valta ohjaa ja säätelee terveydenhuollon rahoitusta ja toimintaa varsin pitkälle.

Palveluiden rahoitus ja kustannukset

1900-luvun puolivälistä lähtien on rakentunut kolme pääasiallista tapaa huolehtia palveluiden rahoituksesta kollektiivisesti eli tavalla, joka tasaa rahoituksen riskiä.

- ▶ Julkisen vallan organisaatiot eli valtio, aluehallinto tai paikallishallinto vastaavat rahoituksesta; rahat kootaan veroina ja muina julkisoikeudellisina maksuina.

- ▶ Kulut katetaan pakollisella valtiovallan säätelemällä terveydenhuoltovakuutuksella, johon varat kootaan yleensä palkanmaksun yhteydessä perittävillä työntekijän vakuutusmaksuilla ja työnantajalta perittävällä osuudella.
- ▶ Kulut katetaan yksityisellä vakuutuksella, joka hankitaan yleensä työssä käyvää väestöä ja heidän perheitään kattavina ratkaisuin.

Vakuutusrahoitusta käyttävissä maissa julkinen valta vastaa yleensä tavalla tai toisella terveyspalveluista niille, jotka eivät ole vakuutuksen piirissä vakuutusmaksujen maksajina tai maksajien perheenjäseninä. Missään maassa ei koko väestön terveydenhuollon kuluja kateta kaupallisin perustein tarjottavilla vakuutuksilla. Perussyy siihen, että tällainen ratkaisu ei toimi, on terveyspalveluiden tarpeen epätasaisessa kohdistumisessa. Palveluita tarvitsevat eniten iäkkäät sekä pitkäaikaissairaat, jotka usein ovat myös pienituloisia ja joiden mahdollisuudet rahoittaa kaikki tarvitsemansa palvelut ovat heikot. Tarvitaan tasausta läpi väestö- ja ikäryhmien. Yhdysvaltojen terveydenhuollossa saa vakuutus pohjaisen turvan vain hyväosainen työssä käyvä väestö, joten eniten palveluja tarvitsevat väestöryhmät eivät läheskään aina saa niitä riittävästi.

Kaikissa vauraissa, teollistuneissa maissa Yhdysvaltoja lukuun ottamatta rahoitus on järjestetty kattavasti joko pakollisen terveysvakuutuksen tai verotuksen kautta. Kehittyvissä maissa julkinen rahoitus kattaa vain joko osan palveluista tai osan väestöstä. Sosiaalisesti oikeudenmukaisimmat ratkaisut toteuttaneissa maissa katettaviksi on valikoitu palveluista ja lääkkeistä välttämättömimmät ja väestöstä vähävaraisin osa. Monessa kehittyvässä maassa julkiset palvelut ovat laadultaan vaatimattomia ja maksukykyinen osa väestöstä on organisoinut palvelut itselleen työsuhde-etuna, yksityisesti suoraan tai yksityisen vakuutuksen kautta rahoittaen.

Suomen terveydenhuollon julkisen rahoituksen rakenne poikkeaa muiden saman kehitystason maiden rahoitusmalleista. Muiden Pohjoismaiden perusratkaisu on ollut järjestää terveydenhuollon rahoitus julkisen maakuntahallinnon varaan, jolla on verotusoikeus ja poliittisesti valittu hallinto. Näissä maissa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon rahoitus sijoittuvat eri tasoille, koska vastuu sosiaalihuollosta kuuluu peruskunnille. Norja muutti 2000-luvun alussa pohjoismaisen mallin mukaisen ratkaisunsa siten, että rahoitus ja viimesijainen vastuu kuuluvat valtiovalle, joka jakaa rahoituksen tarveperusteisesti viidelle alueelliselle ja melko itsenäiselle hallintoyksikölle. Suomessa vastuu on ollut vuodesta 1993 lähtien peruskunnilla. Terveydenhuollon vastuunkantajaksi kunta on yksikkönä kansainvälisesti ainutlaatuisen pieni väestöpohjaltaan ja taloutensa volyymilta.

Toimintaa rahoittavat organisaatiot ohjaavat rahoituksen terveydenhuollon palveluiden tuottajille erilaisilla tavoilla ja tekniikoilla. Perinteisesti on käytetty kolmea tapaa, jotka voivat olla vaihtoehtoisia tai keskenään yhdisteltyjä:

- ▶ Budjettirahoitus, johon liittyy yleensä työntekijöiden työskentely palkka-työsuhteessa. Tämä on ollut Pohjoismaiden kaltaisissa veroilla palvelut rahoitavissa maissa valtaratkaisu.
- ▶ Kapitaatiopohjainen rahoitus, jossa maksetaan kiinteä korvaus (se voidaan laskea esimerkiksi vastuulla olevan väestön määrän ja väestön ikärakenteesta ja valikoiduista tarvetekijöistä laskettujen kertoimien avulla). Kapitaatiokorvauksen lisäksi tai itse korvauksessa voidaan ottaa huomioon väestön terveyspalvelujen tarvetta kuvaavia tekijöitä. Näin on monissa maissa rahoitettu yleislääkärin omaan vastuuväestöön kohdistuva työ. Vastaavanlaisella rahoitusperusteella voidaan myös rahoittaa sairaalan toimintaa.
- ▶ Suoritepohjainen (fee-for-service) korvaus, jossa lähtökohtana ovat palveluiden yksilöidyt hinnat. Niiden perustana ovat käytettävä työpanos, käytettävät tarveaineet ja lääkkeet sekä esimerkiksi erityistilojen, kuten leikkaussalin, käytön kustannukset. Suoritepohjainen korvaus on yleinen vakuutusperustaisissa järjestelmissä.

Jokaisessa rahoitusmuodossa on vahvuuksia ja heikkouksia. Jos korvaus tapahtuu suoritepohjaisesti, palveluiden tuottajalle muodostuu houkutus tuottaa runsaasti palveluita, ottaa varmuuden vuoksi kokeita ja kutsua potilas kontrollikäynneille. Sairaalapalveluissa näitä ongelmia on voitu hillitä ottamalla käyttöön palvelukokonaisuuksille – esimerkiksi lonkka- tai kaihileikkaukselle – määritelty ”pakettihinta”, joka pätee pääsääntöisesti kaikissa vakimuotoisissa palveluissa. Kustannusten kasvua voidaan myös hillitä asettamalla sopimuksella tuotettavien palveluiden määrälle ylä- ja alarajat. Kun palveluiden määrä asettuu näiden rajojen sisälle, palveluiden tuottaja saa palveluista sovitut yksikköhinnat. Jos palveluita tuotetaan yli ylärajan, voidaan korvata vain niin sanotut marginaalikustannukset – esimerkiksi lääkkeet ja tarvikkeet.

Jos rahoitus perustuu kapitaatioon, palvelun tuottajalle voi syntyä houkutus supistaa palveluaan tai ohjata potilaat matalalla kynnyksellä toisiin hoitopaikkoihin. Potilaat voivat myös kokea, että lääkärin tai hoitolaitoksen palvelualltiudessa on toimomisen varaa, koska tulot eivät riipu käynneistä eivätkä palveluiden tuottamisesta. Tästä syystä onkin yleisenä käytäntönä yhdistää kapitaatiopohjaiseen rahoitukseen potilaalle annettava oikeus hakeutua toisen lääkärin tai hoitopaikan potilaaksi ja siirtää näin rahoitusosuus mukanaan.

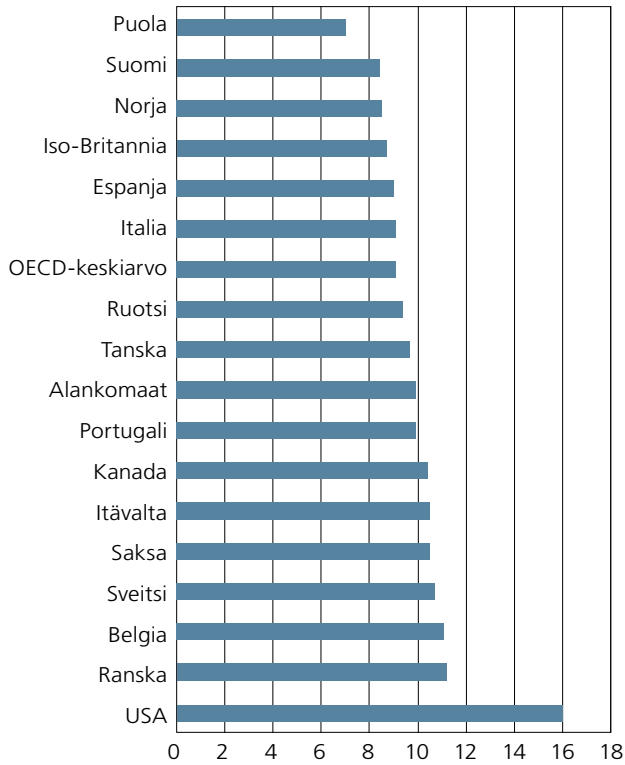
Rahoitusmuodoilla on suuri merkitys palveluiden käytön suuntautumisessa ja kustannuskehityksessä. Kustannuksia voi hillitä puuttamalla palveluiden rakenteisiin. Rakenteiden avulla säästäminen voi tarkoittaa hallinnollisten päällekkäisyyksien karsimista. Suomessa on pyritty optimoimaan hoidon porrastusta eri tasojen välillä sekä yhdistämään tietojärjestelmiä ja alueellistamaan esimerkiksi laboratorio- ja röntgenpalveluja.

Toinen tärkeä kehityssuunta kustannusten hallinnassa on voimavarojen oikean kohdistumisen tavoittelu. Tällöin ajattelu lähtee siitä, että terveyspalveluissa

on vaikuttavuudeltaan ja kustannus-vaikuttavuudeltaan eriarvoisia palveluita. Jos voimavaroja käytetään runsaasti itsestään paranevien nuhakuumeen kaltaisten tautien tutkimiseen ja hoitoon, kuluneet panokset voivat olla poissa oikeista kohteista. Vaikuttaviin toimiin tähtäämisessä tukena on ollut tutkimuksin todistettu näyttö vaikuttavuudesta (evidence-based medicine/evidence-based care). Viime kädessä tässä esitelty ajattelu pyrkii vaikuttamaan siihen, että voimavarat suunnataan oikeisiin käyttötarkoituksiin. Tämän edistämiseksi on käytössä erilaisia ohjailun keinoja. Lääketieteelliset yhteisöt tai palvelujärjestelmän osat voivat ottaa käyttöön klinisiä hoitosuosituksia sekä myös alueellisia suosituksia siitä, miten hoito voidaan organisoida porrastetusti tehokkaiksi ketjuiksi. Joissakin palvelujärjestelmän osissa pyritään kannustamaan oikeiden ja vaikuttavien palveluiden tuottamiseen maksamalla näistä erityisiä korvauksia tai rahallisia bonuksia.

Terveysdenhuollon rahoituksesta puhuttaessa on aina paikallaan selventää, onko kyse kaikesta terveydenhuoltoon käytettävästä rahoituksesta vai julkisesta tai julkisesti säädellystä rahoituksesta, joka kootaan esimerkiksi verotuksen tai pakollisen terveydenhuoltovakuutuksen kautta. Kansainvälisissä vertailuissa ovat yleensä mukana kaikki kustannukset, myös palveluiden käyttäjien suoraan omista varoistaan maksamat. Kansainvälisissä vertailuissa useimmiten käytetty vertaileva mittari on terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen (BKT). Tämä mittari on parempi kuin samalle valuutalle muunnettujen kustannusten suora vertailu, joka ei ota huomioon ostovoiman eroja. Suomi on ollut OECD-maiden välisissä vertailuissa matalan kustannustason maa BKT-suhteen avulla vertailtuna. Kuviossa 1 on joidenkin OECD-maiden vertailua, jossa prosenttilukujen laskemisessa sovellettu OECD:n hiljattain kehittämää mukaan otettavien palvelusisältöjen yhdenmukaistamismenettelyä.

Suomen palveluiden rahoitus perustuu kahteen julkisesti säädeltyyn kanavaan, kuntien rahoitukseen sekä Kelan sairausvakuutuksen rahoitukseen. Valtiolta tulevasta rahoituksesta valtaosa kanavoidaan kuntien valtionosuuksina. Kokonaisrahoituksen merkittävästä osuudesta vastaavat kotitaloudet käyttäjämaksujen ja omavastuuosuuksien muodossa sekä työnantajat työterveyshuollon rahoittajina.



Kuvio 1. Terveydenhuoltomenojen BKT-suhde eräissä OECD-maissa 2008

Lähde: OECD Health Data 2010 (www.ecosante.org/oeecd.htm)

Suomen terveydenhuollon kokonaisrahoitus jakautui vuonna 2010 eri rahoittajatahojen kesken seuraavasti (Matveinen & Knape 2012):

- ▶ Valtio 25 %
- ▶ Kunnat 35 %
- ▶ Kansaneläkelaitos 15 %
- ▶ Yksityinen rahoitus tai rahoittajat 25,3 %.

Terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2010 yhteensä noin 16 017,0 miljoonaa euroa. Yksityisten kotitalouksien rahoituksesta osa kanavoituu yksityisten vakuutusten kautta, joiden rahoittajina voivat olla myös työnantajat tai muut yksityiset organisaatiot, esimerkiksi urheiluseurat tai ammattijärjestöt.

Kuviossa käytetyn jaottelun mukaisesti kunnallisesti järjestetyn perusterveydenhuollon, jolloin mukaan luetaan vanhuspalveluista laitoshoido ja kotihoito tuotajasektorista riippumatta, ja erikoissairaanhoidon kuluihin käytetään 63 prosenttia terveydenhuoltomenoista. Perusterveydenhuollon (ml. vanhusten laitoshuolto) osuus kaikista menoista on runsas viidennes. Osuus on kansainvälisesti korkea,

Taulukko 1. Terveydenhuoltomenot toiminnoittain vuonna 2010 (miljoonaa euroa)

Menolaji	Miljoonaa euroa	% - osuus
Erikoissairaanhoido	5 449	36,6
Kunnallinen perusterveydenhuolto	2 846	20,5
Lääkkeet	2 227	16,1
Sairausvakuutuskorvaukset yksityisen terveydenhuollon palveluiden käytöstä	953	6,6
Terveydenhuollon investoinnit	780	5,6
Vanhusten laitoshuolto	795	5,6
Hoitolaitteet ja kestokulutustarvikkeet	461	2,8
Hallintomenot	301	2,7
Matkakulut	278	1,7
Muu terveydenhuolto yhteensä	252	1,8
Menot yhteensä	14 342	100,0

Lähde: Matveinen & Knape 2012

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahoitusperiaatteet

Toiminto	Pääasiallinen rahoittaja	Pääasiallinen rahoitustapa	Pääasiallinen rahoitusperiaate
Terveyskeskus	Kunnat 89 % Kotitaloudet 9 %	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti
Työterveyshuolto	Työnantajat 49 % Sairausvakuutus 42 %	Työnantajamaksut Työtulovakuutus	Työntekijämäärä Suoritteet
Yksityinen terveydenhuolto	Kotitaloudet 49 % Sairausvakuutus 35 %	Asiakasmaksut Sairaanhoitovakuutus	Suoritteet
Erikoissairaanhoido	Kunnat 92 % Kotitaloudet 4 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitojaksot, suoritteet
Kelan korvaama lääkehoito	Sairausvakuutus 56 % Kotitaloudet 44 %	Sairaanhoitovakuutus Omavastuut	
Matkat	Sairausvakuutus 89 % Kotitaloudet 11 %	Sairaanhoitovakuutus Omavastuut	Kustannukset
Vanhustenhuolto	Kunnat 80 % Kotitaloudet 20 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitopäivät, palvelut
Muu sosiaalitoimi	Kunnat Kotitaloudet	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti

Lähde: Pekurinen ym. 2010, 149

mutta suomalaisissa terveyspalveluiden rakenteissa perusterveydenhuoltoon sisällytetään monia sellaisia merkittäviä palvelukokonaisuuksia, jotka kuuluvat muiden maiden palvelujärjestelmissä ja tilastoissa erikoissairaanhoidon. Tällaisia kustannuseriä ovat esimerkiksi terveyskeskusten oma sairaalahoito, laboratoriotutkimusten, radiologisten tutkimusten sekä monien erityistyöryhmien tai työntekijöiden toiminnan käyttö-kustannukset.

Palvelujärjestelmä on monikanavainen, koska rahoituslähteitä on monia (ks. taulukko 2).

Kotitalouksien itse maksettavaksi jäävä osuus muodostuu kokonaisuudessaan korkeaksi verrattuna muihin maihin, vaikka suomalaisen palvelujärjestelmän oletetaan usein olevan pohjoismaisen hyvinvointimallin mukaisesti verorahoitteisuuteen ja kollektiiviseen vastuuseen perustuva. Korkeat itse maksettavat osuudet syntyvät erityisesti lääkemenosta, vanhustenhuollon kohoavista asiakasmaksuista sekä yksityisten palveluiden käytöstä.

Oikeus palveluihin ja palveluiden käyttäjän asema

Terveyspalveluille on käytännössä tarvetta ja kysyntää aina enemmän kuin niitä on tarjolla. Monissa palvelujärjestelmissä lähtökohtana on ollut, että käyttäjä voi valita palveluiden tuottajan. Perusterveydenhuollossa on kuitenkin yleistä, että palveluiden tuottaja valitaan kiinteäksi määrääjäksi, esimerkiksi vuodeksi kerrallaan. Suomessa on ollut erilainen tilanne; palveluiden järjestämisestä vastaa viime kädessä peruskunta, jonka lisäksi mukana on kuntien yhteistoimintaorganisaatioita, esimerkiksi yhteistoiminta-alueita tai sairaanhoitopiirejä. Tämä on rajoittanut potilaan valinnanvapautta viime vuosiin asti. Valinnanvapautta pidetään terveydenhuollossa tärkeänä potilaan oikeutena sen henkilökohtaisen luonteen vuoksi. Palveluiden käyttäjän pitää voida luottaa palveluita tarjoavaan ammattilaiseen. Mitä henkilökohtaisemmista ja intiimimmistä asioista on kyse, sitä tärkeämpänä valinnanvapautta on syytä pitää. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa oikeutus palveluiden käyttöön syntyy asumisen pohjalta. Vastuu on tällöin ollut paikallisella tai alueellisella terveyspalveluiden hallinnolla. Valinnanvapaus ei ole näiden rakenteiden johdosta ollut aikaisempina vuosikymmeninä palveluiden järjestämisen tärkeimpien periaatteiden joukossa. Tilanne on muuttumassa. Ruotsissa on usean vuoden ajan rakennettu palveluiden käyttö ”vårdval-periaatteen” varaan. Suomen uusi terveydenhuoltolaki säätää asteittain laajenevasta oikeudesta valita terveysasema, terveyskeskus tai hoitava sairaala. Tämä sopii yhteen EU:n yleisten tavaroiden ja palveluiden vapaan liikkumisoikeuden periaatteiden kanssa.

Palveluiden käyttäjän asemaa on turvattu monissa maissa säätämällä erilaisia aikarajatyyppejä takuuta tutkimukseen ja hoitoon pääsystä. Suomen lainsäädäntöön tällaiset hoitotakuun periaatteet ovat sisältyneet vuodesta 2005 lähtien. Vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin sisältyi lisäksi linjaukset oikeudes-

ta valita hoitopaikka. Aluksi hoitopaikan voi valita perusterveydenhuollossa oman kunnan tai sen käyttämän yhteistoiminta-alueen terveysasemien väliltä sekä erikoissairaanhoidossa sen kunnan erityisvastuualueen hoitolaitosten välillä. Myöhemmin terveysaseman voi valita kuntarajoista riippumatta vuodeksi kerrallaan. Sairaalahoidon tuottajan valinta tullaan myös vapauttamaan koko maata koskevaksi. Nämä laajenevat vapaudet ovat EU:n pelisääntöjen kanssa samansisältöisiä. Odotettavissa on, että valinnanvapaus ei tule johtamaan suuriin muutoksiin perusterveydenhuollon lähipalveluissa eikä erikoissairaanhoidon kiireellisissä ensiapuluonteisissa palveluissa, joissa etäisyydet ja aikaviiveet ovat tärkeitä. Sen sijaan erikoissairaanhoidossa kiireettömän hoidon tarjonnassa ja käytössä voi syntyä uudenlaisia markkinoita.

Terveydenhuollon kustannukset kasvavat, koska uusia tutkimuksia ja hoitoja kehitetään sellaisiin sairauksiin ja ongelmiin, joihin ei ole aiemmin ollut tehokasta apua. Uusimmat, tehokkaat ja hyvin siedetyt lääkkeet voivat olla yksikköhinnoitetaan hyvin kalliita. Yhden käyttäjän yhden vuoden hoito voi maksaa satojatuhansia euroja esimerkiksi reumatautien ja syövän hoidossa. Väestön ikääntymisen arvioidaan aiheuttavan palvelujärjestelmälle lisää kuormitusta. Samaan aikaan kehittyneiden maiden elinkeinot ja kansantaloudet joutuvat kilpailemaan niitä halvemmän tuotannon maiden kanssa. Terveydenhuoltomenot ovat tärkeä osa kokonaiskustannuksia, eikä vakuutusmaksuja tai veroja voi jatkuvasti nostaa terveyspalveluiden kehittymisen ja laajentumisen tahdissa. Kustannusten nousu ja vaikeudet nousun hallinnassa ovat johtaneet kansainväliseen keskusteluun priorisoinnista terveyspalveluissa. Tällä tarkoitetaan sitä, että jokin osa palveluista määritellään erityisen tärkeäksi ja korvaamattomaksi, minkä vuoksi huolehditaan siitä, että kaikki kansalaiset saavat ainakin kyseisiä priorisoituja palveluja (priorisoinnista ks. tarkemmin Lamintakanen tässä teoksessa, luku 27).

Suomalaiset terveyspalvelut pähkinänkuoressa

Kehitysvaiheita ja uudistuksia

Suomessa terveyspalvelut keskittyivät 1900-luvun alkuvuosikymmeniltä alkaen valtion ylläpitämiin sairaaloihin, joita olivat yliopistolliset sairaalat ja lääninsairaalat. Lisäksi mielisairaaloita ja tuberkuloosiparantoloita pidettiin yllä jo varhain kuntainliittojen toimesta. Kunnissa palveluista vastasivat puolestaan kunnallisen terveydenhuollon ammattilaiset ja instituutiot, kuten kunnanlääkärit, kunnan terveysisaret ja kätilöt sekä myöhemmin kouluhammaslääkärit. Useimmissa kunnissa oli kunnansairaala, jonka palvelua olisi nykyisin pidettävä sekoituksena erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon. Pitkäaikaista hoivaa tarjosivat kunnalliskotien (myöhemmin vanhainkotien) sairaosastot.

1960-luvulla maassa päätettiin ottaa käyttöön pakollinen ja julkisesti säädelty sairausvakuutus. Se kattoi avosairaanhoidon palvelut sekä lääke- ja matkakulut. Sen sijaan 1950-luvulla ”kunnallistettiin” valtion sairaalat ja luotiin nykyinen keskussai-

raaloiden verkosto. Perusterveydenhuollon perusrakenteet muutti ja mullisti vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki, joka säati julkiset perusterveydenhuollon palvelut terveyskeskusten tehtäviksi.

1970–1980-luvut olivat julkisten palveluiden vahvaa rakentamisen ja investointien aikaa. Erikoissairaanhoidon kaikki toiminnot siirrettiin vuonna 1991 voimaan tulleen erikoissairaanhoitolain myötä sairaanhoitopiirien vastuulle, lukuun ottamatta eräitä kaupunginsairaaloita, jotka jäivät kuntien hallintaan. Näihin vuosiin asti julkiset terveyspalvelut rahoitettiin verovaroista, eikä verovaroja saanut käyttää muiden terveyspalveluiden kuin terveyskeskusten tai kuntien omistamien sairaaloiden käyttökustannusten kattamiseen. Yksityiset palvelut saivat rahoituksensa palveluiden käyttäjiltä, jotka puolestaan saivat sairaanhoidollisista tai ennaltaehkäisevistä palveluista sairausvakuutuskorvausta.

Tärkeä ja syvälinen terveyspalveluiden ohjauksen ja rahoituksen kanavoinnin muutos oli vuoden 1993 alusta voimaan tullut uudistus, joka koski valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmää. Ennen uudistusta rahoituksesta tuli tuntuva osuus – köyhimmässä kunnissa jopa kaksi kolmasosaa menoista – valtion varoista. Varat piti kuitenkin käyttää tarkoituksiin, jotka valtiovalta oli hyväksynyt käytössä olleen suunnittelujärjestelmän mukaisesti. Uudistuksen jälkeen valtio ryhtyi maksamaan valtionosuudet laskennallisin perustein asukasta kohti soveltaen tässä ikä- ja tarvekertoimia. Valtio vetäytyi pois täsmäohjaajan roolista ja siirsi näin vallan ja vastuun peruskunnille, joita uudistuksen aikoihin oli noin 470. Samalla vapautettiin julkinen rahoitus ja verovaroja sai käyttää myös yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien palveluiden rahoittamiseen. Kunnat ja kuntayhtymät saivat näin oikeudet hankkia palveluita ostopalveluperiaatteella yksityissektorilta. Vuonna 2010 ostopalvelumenettelyn vaihtoehdoksi tuli palveluseteli, jossa palveluiden ostosta vastaa palveluiden käyttäjä valinnoillaan, ei kunta.

Muuttuneessa tilanteessa julkisen ja yksityisen rahoituksen ja toiminnan rajat muuttuivat. Terveyspalvelut voidaankin nyt jakaa Suomessa seuraavasti (taulukko 3¹)

Samaan aikaan Suomessa on viety sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyötä ja integraatiota kansainvälisestikin katsoen hyvin pitkälle. Nykyisin ei ole yksiselitteisiä perusteita tai tapoja luokitella palveluita terveyspalveluiksi tai sosiaalipalveluiksi. Esimerkiksi vanhusikäisten tai erityisistä syistä kotipalvelua tarvitsevien perheiden palveluista vastaava kotihoidon nimellä yleensä tunnettu palvelu sisältää sekä sosiaali- että terveyspalveluiksi luettavia palveluosioita. Työssä on ammattihenkilöitä, joiden koulutukseen on sisällytetty sekä sosiaali- että terveysalan tietoja ja taitoja. Samanlaisia rajankäynnin tavallaan tarkoituksellisesti rakennettuja epätarkkuuksia esiintyy esimerkiksi pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaiden, päihdeongelmaisten sekä lasten ja nuorten erityispalveluiden aloilla.

¹ Taulukko havainnollistaa myös yksityistämisen monia merkityksiä.

Taulukko 3. Julkinen ja yksityinen rahoitus ja palveluiden tuotanto suomalaisissa terveyspalveluissa

Rahoitus	Kunnilta ja valtionosuuksista	Yksityisistä varoista, käyttäjiltä, vakuutusyhtiöiltä, työnantajilta tms. sekä Kelan sairausvakuutuskorvauksista
Palvelujen tuottaja		
Kunnallisesti ylläpidetty terveyskeskus, sairaala tai vastaava	Kuntien ja kuntayhtymien sekä näiden yhteisorganisaatioiden yllä pitämät terveyskeskuspalvelut sekä erikoissairaanhoidon keskus- ja aluesairaaloissa	Kunnallisissa palveluissa käyttäjä maksaa säädetty asiakasmaksut. Vakuutusyhtiöiltä laskutetaan täysimääräisesti palvelun kustannukset myös julkisissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa
Yritys, yhteisö tai järjestö	Kuntien ym. organisaatioiden ostopalveluina tai palvelusetelimenettelyn avulla hankkimat palvelut	Yksityiset kansalaiset maksavat omista varoistaan; saavat suureen osaan palveluita sairausvakuutuskorvauksia. Maksajina voivat olla myös vakuutusyhtiöt.

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon palvelut ja muuttuvat rakenteet

Terveysasema on perusterveydenhuollon avohoidon palveluista keskeinen ja parhaiten väestölle näkyvä yksikkö. Terveysasemia on varustukseltaan, palveluvalikoiman laajuudeltaan ja aukioloajoiltaan erilaisia, mutta pääsääntöisesti jokaisessa kunnassa on yksi tavallisimmat avosairaanhoidon palvelut tarjoava terveysasema. Keskikokoisissa ja suurissa kunnissa terveysasemia on useita. Näiden rinnalla on pääasiassa neuvolapalveluihin keskittyviä avohoidon palvelupisteitä.

Suomalainen terveydenhuolto on rakennettu hoidon porrastuksen periaatteiden varaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tavalliset terveysongelmat tulisi hoitaa mahdollisimman lähellä potilasta, osa itsehoitona kotona. Perusterveydenhuollon odotetaan hoitavan valtaosan sen vastaanotoille hakeutuvien potilaiden ongelmista. Terveyskeskuskäynneistä vain noin viisi prosenttia johtaa erikoissairaanhoidon lähettämiseen. Erikoissairaanhoidon sisällä on oma porrastus sairaaloiden ja yliopistollisten sairaaloiden välillä.

Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki ja samanaikainen valtion voimavarojen loivat Suomeen perusterveydenhuollon palveluiden tuottamisen organisaatioksi *terveyskeskuksen*. Se oli syntyessään poikkeava ilmiö muihin maihin verrattuna. Vaikka termi terveyskeskus (health centre) oli käytössä useissa maissa, joissa oli tällä nimellä olevia rakennuksia, niin silti missään muualla ei ollut Suomen tapaan koko maan kattavaa yhtä laajaa palveluvalikoimaa. Myöhemmin terveyskeskus on ratkaisuna vakiinnuttanut asemiaan esimerkiksi Espanjassa ja eräissä Balkanin maissa.

Suomessa terveyskeskuksessa yhdistyivät paikallisen tason ennaltaehkäisy ja tervey-

Taulukko 4. Perusterveydenhuollon palvelut

Terveyden edistäminen ja ennalta ehkäisevät palvelut	Äitiys- ja lastenneuvola; kouluterveydenhuolto; opiskelijaterveydenhuolto, seulontatutkimukset, rokotusohjelmien toteutus, osallistuminen laaja-alaiseen väestön terveydentilan selvittämiseen ja terveyden edistämiseen.
Vastaanottopalvelut, ml. erilaiset päivystyspalvelut	Tavallisesti yleislääkäreiden ja vastaanottotyöhön perehtyneiden sairaanhoitajien työ, jota tuetaan puhelinneuvonnalla. Kiireellisimmät päivystyspalvelut on yleensä keskitetty sairaaloiden ensiapupoliklinikoille tai valikoiduille terveysasemille.
Suun terveydenhuolto	Lasten ja nuorten ikäluokkiin kohdistuva ennalta ehkäisevä työ. Korjaava hammashoito kaikenikäisille.
Kotihoito/kotisairaanhoito	Kotisairaanhoitoa tarjotaan sekä lyhytaikaisesti että pitkäaikaisena palveluna. Lyhytaikainen hoito suuntautuu tyypillisesti sairaalasta kotiutuville, pitkäaikainen pitkäaikaisia sairauksia sairastaville ja ikääntyneille monisairaille.
Kuntoutus	Laaja valikoima lääkinnällisen kuntoutuksen toimia, tärkeimpinä fysioterapia ja apuvälinepalvelut.
Sairaalahoito terveyskeskuksen sairaansijalla	Lähes kaikilla terveyskeskuksilla on käytettävissään terveyskeskuksen sairaala, ”vuodeosasto”. Hoidosta noin puolet on pitkäaikaista sairaanhoitoa, puolet lyhytaikaista tai suunniteltua vuoroa.
Työterveyshuolto	Terveyskeskusten työterveyspalvelut on yksi vaihtoehto (kolmesta) työnantajille järjestää lakisääteiset työterveyshuollon palvelut. Näihin voidaan haluttaessa liittää myös sairaanhoidollisia palveluja.
Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Joillakin alueilla aikaisemmin sairaanhoitopiirien toimintana olleet mielenterveystoimistotyyppiset palvelut on siirretty terveyskeskusten alaisiksi. Kokonaisuudessaan mielenterveys- ja päihdepalvelut vaihtelevat terveyskeskuksesta toiseen ja ovat myös jatkuvassa muutoksessa. Terveyskeskuspsykologit tekevät usein työtään lasten ja nuorten ennalta ehkäisevissä palveluissa.
Perusterveydenhuoltoon sijoittuvat erityis- ja palvelut	Terveyskeskuksilla voi olla esimerkiksi ravitsemusterapeuttien, puheterapeuttien ja esim. jalkahoitajien palveluja. Erityis- ja palveluiksi voidaan lukea myös monet perinteisesti erikoissairaanhoidon tasoiksi luettavat palvelut, radiologian, tähytysten, geriatrinen muistipoliklinikoiden ym. muodossa.

den edistäminen perustason avosairaanhoitoon, joka kattaa uusien ongelmien diagnositoinnin ja hoidon, kuntoutuksen, pitkäaikaishoidon sekä myös yleislääkärijohtoisen sairaalahoidon. Saman organisaation alaisuudessa toimivat muun muassa neuvolat, suun terveydenhuolto, työterveyshuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Näitä kutsutaan yleensä perusterveydenhuollon palveluiksi (ks. taulukko 4).

Kun terveyskeskusten mittava rakentamisurakka valmistui 1970–80-luvuilla, terveyskeskukset kokosivat palvelut yhteisen katon alle. Samalla näistä kehkeytyi yhteisöjä, joilla oli hallinnon ja tilojen lisäksi yhteinen johtamisen järjestelmä, rahoitus ja erilaisia yhteisöllisiä osallistumisen muotoja, kuten koulutustilaisuuksia ja liikun-

tapäiviä. Terveyskeskuksia perustettiin 1970-luvulla noin 210. Maassa oli tuolloin noin 470 kuntaa. Rakenne perustui yleissääntöön, jonka mukaan terveyskeskuksella piti olla vähintään 10 000 asukkaan väestöpohja. Tätä pienempien kuntien piti muodostaa hallinnollisesti yhteinen terveyskeskus.

Perusterveydenhuollon hallinnon historia on ollut värikäs. Siihen on mahtunut kuntayhtymäterveyskeskusten synnyttämistä valtion pakkotoimilla 1970-luvulla sekä kuntayhtymien purkautumista vuoden 1993 valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmän muutosten jälkeen, jolloin terveyskeskusten määrä nousi 270:een. Edelleen 2000-luvulla tavoitteiksi asetettiin uudelleen liian pienirakeiseksi menneen verkoston tiivistäminen. Säädettiin laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta, joka edellytti pääsääntöisesti 20 000 asukkaan väestöpohjaa perusterveydenhuollon järjestämiselle. Lain täydennyksellä muutama vuosi myöhemmin mukaan tuotiin myös vastaava velvoite perustason sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Lain ohjaamana oli syntymässä määräaikaan 2013 mennessä rakenne, jossa perusterveydenhuollosta vastaavia yksiköitä olisi ollut noin 125. Näistä karkeasti puolet olisi yhden kunnan vastuulla, puolet yhteistoiminta-/aluepohjaisia.

Tätä kirjoitettaessa (keväällä 2012) ollaan jälleen muuttuneessa tilanteessa. Kunta- ja palvelurakennemuutuksella saatavaa muutosta ei pidetä riittävänä. Kuitenkin siitä, miten edettäisiin, ei löydy poliittista yksimielisyyttä. Maan hallituksen linjavaltio on muodostaa maahan kuntarakenteen uudistuksen avulla vahvojen peruskuntien verkko, jotka ottaisivat vastuun sosiaali- ja terveyspalveluista ja mahdollisesti osasta erikoissairaanhoidon ilman kuntayhtymäratkaisuja. Tällä etenemistiellä on monta ongelmaa, alkaen vahvasta vastustuksesta sellaista kuntauudistusta kohtaan, jossa kuntia pakotettaisiin yhdistymään. Toinen ongelmien nippu liittyy erikoissairaanhoidon rakenteen uudistamiseen.

Perusterveydenhuollon rakennemuutos on nyt tavallaan pysähtynyt, kun odotetaan tulevaisuuteen ulottuvia pitkäaikaisia ratkaisuja. Maassa oli 2012 yhteensä 154 perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavaa yksikköä. Näistä 91 on yhden kunnan yksinään ylläpitämiä, loput olivat yhteistoiminta-alueita. Mukana on edelleen varsin pieniä kuntia, jotka ovat tai olivat odottamassa yhteistoiminta-alueisiin liittymistä. Yhteistoiminta-alueista vajaa puolet on niin sanotun isäntäkuntamallin mukaisesti organisoituneita, loput 57 muodoltaan kuntayhtymiä. Isäntäkuntamalli tarkoittaa yksinkertaistaen sitä, että yhteisesti on sovittu, että yksi yleensä suurempi kunta ottaa omalla palveluorganisaatiollaan hoitaakseen oman kunnan palveluiden lisäksi sopimuksen piirissä olevien muiden kuntien palvelut. Kuntayhtymällä on puolestaan oma hallintoelimensä ja kuntien organisaatorakenteiden ulkopuolelle sijoittuva johtonsa.

Perusterveydenhuollon suhde sosiaalipalveluihin

Suomessa yhdistettiin jo 1970-luvulta lähtien sosiaali- ja terveystoimen hallintokuntia muutamissa kaupungeissa. Tuosta lähti liikkeelle kansainvälisesti ainutlaatuinen kehitys, jonka seurauksena koko maassa tulee olemaan sosiaali- ja terveystoimi sen jälkeen, kun vielä Helsingin kaupunki saa omat organisaationsa yhdistetyksi.

Sosiaali- ja terveystoimen hallinnollista yhdistämistä on jarruttanut se, että perusterveydenhuollon kuntayhtymiin kuuluvilla kunnilla on ollut kuntayhtymissä oma hallintonsa, jota ei ole voitu liittää sosiaalitoimen kanssa yhteen. Nyt tämä este on poistumassa.

Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöstä ja yhteen liittämisestä odotetaan merkittäviä toiminnallisia ja taloudellisia hyötyjä. Yhdistämisen taloudellisista vaikutuksista ei ole tarkkaa kuvaa, sillä asian tutkiminen aikana, jolloin moni asia on muuttunut samanaikaisesti, on ollut vaikeaa tai mahdotonta. Toiminnallisesti pidetään tärkeänä, että ainakin niillä palvelualoilla, joilla yhteistyön tarve on tiivistä ja konkreettista, toimitaan yhteisen johdon alla ja yhdistetyissä yksiköissä. Tämän kehityksen kärjessä on ollut kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen molempien sektoreiden yhteisesti järjestämäksi kotihoidoksi. Muita tärkeitä yhteistyön kenttiä ovat olleet mielenterveys- ja päihdepalveluiden, eri erityisryhmien asumispalveluiden sekä lasten ja nuorten erityispalveluiden järjestäminen. On kokeiltu myös yhdistettyjen sosiaali- ja terveyskeskusten muodostamista siten, että samoista rakennuksista ja jopa samoilta käytäviltä saisi kummankin alan palveluita. Näistä ei ole muodostunut merkittäviä läpimurtoja.

Kehityksen seuraava merkittävä käänne on ollut maan kaupunkipaikkakunnilla yleistynyt sosiaali- ja terveystoimen toimintatavan vaihtaminen toimintasektori-pohjaisesta niin sanotuksi elämänkaarimallin mukaiseksi. Perusratkaisuna on ollut yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut palveluiden käyttäjäryhmien mukaisesti esimerkiksi lasten ja lapsiperheiden palveluiksi, työikäisten palveluiksi ja ikääntyneiden palveluiksi.

Elämänkaarimallin tärkein muutos on toistaiseksi ollut ikääntyneiden palveluiden tuominen samaan organisaatioyksikköön. Lasten ja lapsiperheiden palveluiden yhdistämistä samaan yksikköön on hämmäntänyt lasten päivähoidon siirtyminen opetus- tai sivistystoimen alaisuuteen. Mallin epätavallisin yksikkö on se, johon sijoittuvat työikäisten palvelut. Perusterveydenhuollossa tähän on usein sijoitettu avosairaanhoidon vastaanottopalvelut. Tämä sijoitus ei ole kuitenkaan luontevin mahdollinen, koska terveyskeskusten avosairaanhoidoa käyttävät selvästi eniten ikääntyneet ja toisaalta akuuttitilanteissa lapset ja lapsiperheet. Työssä käyvät työikäiset puolestaan käyttävät työterveyspalveluita.

Elämänkaarimalli on ”ravistelemassa” terveyskeskustoimintaa. Monilla paikkakunnilla aikaisemmin terveyskeskuksen työntekijöiksi itsensä samaistaneet ovat muutosten jälkeen uusilla tavoin nimetyillä vastuualueilla. Avosairaanhoidon, neuvolatoiminnan ja vanhuspalveluiden toiminnalliset ja jopa palveluiden fyysiset yhte-

ydet voivat vähentyä ja harventua. Vastapainoksi syntyy taas tiivis yhteys esimerkiksi kotihoidossa tai lasten ja lapsiperheiden palvelussa. Elämänkaarimallin valinneet näkevät mallin hyvänä puoleena sen, että se voi mahdollistaa aikaisempaa kattavamman sosiaali- ja terveyskeskuksen, jota voidaan kutsua myös perusturvakeskukseksi tai hyvinvointikeskukseksi.

Vuonna 2011 tuli voimaan terveydenhuoltolaki, jossa on säädöksiä sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Laista jäivät pois siihen alun perin sisällytettäviksi suunnitellut periaatteet terveydenhuollon palveluiden rahoituksesta, järjestämisestä ja tuottamisesta, koska näistä rakennekysymyksistä ei ollut poliittista yksimielisyyttä. Tämän vuoksi laista tuli terveydenhuollon sisältöön keskittyvien säädösten laki. Edessä on vielä sekä erillisen sosiaalihuoltolain uudistustyö että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseksi laiksi laadittavaksi kaavailun sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä ja rakenteita säätelevän lain laatiminen.

Erikoissairaanhoidon palvelut

Erikoissairaanhoidon kehityshistoria on toistaiseksi ollut suhteellisen suoraviivainen, koska suuret rakennemuutokset ovat vielä edessä. Erikoissairaanhoidon palveluista vastaavat erikoissairaanhoido- ja terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirit. Maan jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin 21 sairaanhoitopiiristä. Kunnan on myös sitouduttava sairaanhoitopiiriin velvoitteisiin ja osallistuttava hallinnolliseen päätöksentekoon. Viisi keskussairaala ovat yliopistollisia sairaaloita, joissa koulutetaan lääkäreitä ja tehdään yliopistollista tutkimusta. Yliopistollisiin sairaaloihin on hoidon porrastuksen periaatteiden mukaisesti sijoitettu ja keskitetty harvinaisten sairauksien hoitoa eri järjestelyin, ja niillä on vastuu oman sairaanhoitopiiriin alueella tavanomaisten erikoissairaanhoidon kuuluvien sairauksien hoidosta.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on yksi keskussairaala, jossa on laaja valikoima eri lääketieteen erikoisaloja, ja ne ovat yleensä varautuneet tarjoamaan tärkeimpien erikoisalojen palveluja joka päivä, ympäri vuorokauden. Kehitys on kuitenkin kulkemassa kohti vaativien hoitotoimien ja hoitomuotojen keskittymistä yliopistollisiin sairaaloihin tai muutoin valikoituihin erityisesti kyseisiin hoitoihin varautuneisiin sairaaloihin. Keskussairaaloiden lisäksi maassa on aluesairaaloita ja paikallissairaaloita, joka ovat hoitotasoltaan erikoislääkärijohtoista toimintaa, mutta näissä on edustettuina keskussairaaloita suppeampi valikoima erikoisalojen palveluja. Osa aluesairaaloista ja kaikki paikalliset erikoissairaanhoidon sairaalat ovat kunnallisten terveyskeskusten kanssa saman hallinnon alaisuudessa, sairaanhoitopiirien hallinnon ulkopuolella. Aluesairaalat säilyttänevät asemansa merkittävinä palveluiden tuottajina ainakin Etelä-Suomessa suurten väestöpohjien vuoksi.

Erikoissairaanhoidossa painottuvat entistä enemmän polikliininen toiminta ja päiväkirurgia. Hoitoajat ovat viime vuosikymmeninä lyhentyneet. Leikkausjonoja on pyritty lyhentämään säätämällä niin sanotut hoitotakuun enimmäisajat, joita saa

syntyä hoitopäätöksen tekemisen ja itse leikkauksen välille. Erikoissairaanhoidon pääsyyn vaaditaan kiireellisimpiä ensiaputilanteita ja synnytyksiä lukuun ottamatta terveyskeskuslääkärin, yksityislääkärin tai työterveyshuollon lääkärin lähete. Lähteen voi antaa laillistettu lääkäri riippumatta siitä, millä sektorilla hän toimii.

Erikoissairaanhoidossa oli vielä viime vuosikymmenille asti erillisiä psykiatrisia sairaaloita ja aikaisemmista tuberkuloosiparantoloista muodostettuja keuhkosairauksien erillisiä sairaaloita. Nykyisin trendinä on keskittää myös psykiatrinen hoito samaan kokonaisuuteen. Erikoisaloja maan erikoissairaanhoidossa oli 1990-luvulle asti noin 15–20. Sitten monet ”suuret” erikoisalat on jaettu aikaisempaa suppeampiin uusiin erikoisaloihin.

Yksityiset terveyspalvelut

Suomessa voi ilman tarveharkintaa tai muita vastaavia rajoituksia perustaa yksityisen terveyspalveluja tarjoavan yrityksen, jossa toimivien ammattihenkilöiden pätevyysvaatimuksista säädetään alan ammatinharjoittamista säätelevässä lainsäädännössä. Yksityisten palveluyritysten on saatava toimilupa, jonka myöntää ja jota valvoo valtion aluehallintoviranomainen. Yrityksellä on oltava vastaava lääkäri, vaikka yritys keskittyisikin tarjoamaan esimerkiksi fysioterapian tai hoitotyön alan palveluja.

Tärkeimpiä yksityisiä terveyspalveluja ovat lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut. Yksityistä tutkimusta ja hoitoa tarjoavat laboratoriot, tutkimuslaitokset, radiologian alan palvelut sekä fysioterapia- ja kuntoutuspalvelut. Yksityisten terveyspalveluiden käytöstä aiheutuvista kustannuksista jokainen Suomessa asuva henkilö on oikeutettu saamaan sairausvakuutuskorvausta. Korvaus maksetaan, jos kustannukset ovat syntyneet laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin palveluista. Korvausten taso on määritelty sairausvakuutuslaissa (Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224) siten, että lääkärin tai hammaslääkärin antaman hoidon kustannuksista korvataan 60 prosenttia ja näiden määräämästä tutkimuksesta tai hoidosta 75 prosenttia kiinteän omavastuun (nykyisin 13,46 euroa) ylittävältä osalta. Kuitenkin korvaus maksetaan vain enintään Kelan hyväksymän laskennallisen taksan mukaan. Jos peritty korvaus on taksan tasoa korkeampi, maksettavan korvauksen prosenttiosuus todellisuudessa perityistä jää lain määrittelemää tasoa matalammaksi, usein noin 33–45 prosentin tasolle. Kelan taksa lasketaan julkisen sektorin palkkaus- ja kustannustietoihin perustuvan vertailun avulla. Sairausvakuutuksen korvausta saaneista yksityislääkäripalveluista 79 prosenttia on erikoislääkäreiden palveluita. Yleisimpiä erikoisaloja korvauksia saaneiden käyttämissä palveluissa olivat silmätaudit, naistentaudit ja kirurgia (Kela 2011).

Kansalainen voi suoraan hakeutua yksityissektorin asiakkaaksi tai potilaaksi. Kunnat tai kuntayhtymät ostavat osan palveluista yksityisiltä tuottajilta. Tällöin kunnallinen organisaatio, terveyskeskus tai sairaala, hankkii esimerkiksi erikoislääkäreiden konsultaatioita tai toimenpiteitä täydentämään perusterveydenhuollon tai

Taulukko 5. Terveydenhuollon toiminnan keskeisiä tunnuslukuja vuodelta 2010

Somaattinen erikoissairaanhoito	
Hoitojaksoja / 1000 as	182
Hoitopäiviä/ 1000 as	662
Hoidossa olleita potilaita / 1000 as	121
Päiväkirurgisia hoitojaksoja /1000 as	36
Avohoidon käyntejä asukasta kohti	1,2
Perusterveydenhuolto	
Lääkärikäynnit asukasta kohti	1,6
Muut kuin lääkärikäynnit asukasta kohti	3,5
Näistä neuvola- ja kouluth-käyntejä asukasta kohti	0,8
Suun terveydenhuollon käyntejä yht. asukasta kohti	0,9
Suun th:n käynneistä hammaslääk. käyntejä as kohti	0,7
Hoitojaksoja tk-sairaalassa /1000 as	47
Hoitopäiviä tk-sairaalassa /1000 as	1163
Hoidossa olleita potilaita tk-sairaalassa /1000 as	28
Työterveyshuollon (käyntipohjainen) toiminta	
Käynnit yhteensä asukasta kohti aikuisia	1,2
Näistä sairaanhoitokäyntejä asukasta kohti	1,0
Näistä sairaanhoitokäyntejä lääkäriellä as kohti	0,6
Yksityissektorin sairausvakuutuskorvattu toiminta	
Yksityislääkärikäyntejä asukasta kohti	0,7
Yksityisen tutkimuksen tai hoidon käyntejä as kohti	0,3
Yksit. palveluista sv-korvausten saajia (%) koko väestöstä	29,8
Suun th:n käynneistä hammaslääk. käyntejä as kohti	0,7
Suun th:n sv-korvausten saajia (%) koko väestöstä	19,6

Lähteet: Sotkanet-tietokanta (www.sotkanet.fi); Kela 2011

erikoissairaanhoidon toimintaa. Asiakasmaksut ovat tällöin palveluiden käyttäjälle samat kuin kunnallisissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa.

Suomalaisen terveydenhuollon tiivistetty kokonaiskuva numeroiden valossa

Palveluiden käytön tunnuslukuja

Taulukkoon 5 on koottu terveydenhuoltoa kuvaavia keskeisiä tunnuslukuja vuodelta 2010. Julkisen sektorin palveluista saatavat tiedot ovat tarkkoja tilastotietoja, yksityissektorin tiedot tulevat tilastoihin vain silloin, kun palveluiden käytöstä on maksettu sairausvakuutuskorvauksia.

Suomalaisilla on 9,2 käyntiä vuodessa asukasta kohti terveyskeskuksen, sairaalan poliklinikan, työterveyshuollon tai yksityisen sektorin eri palveluissa. Näistä julkisen sektorin osuus on noin kolme neljänestä. Kansainvälisessä vastaavan kehitystason maiden vertailussa lääkärikäyntien määrät Suomessa ovat matalia, mutta vastapainoksi terveyskeskuksissa käytetään runsaasti muiden ammattihenkilöiden palveluita.

Sosiaali- ja terveystaloudet ovat kokonaisuudessaan laaja toimiala ja työllistäjä maassamme. Alalla toimi vuonna 2007 runsaat 350 000 työntekijää, ja heistä kolme neljäsosa työskenteli julkisen sektorin palveluksessa. Terveystaloudessa työskenteli 174 000 työntekijää, joista 81 prosenttia julkisella sektorilla. Erikoissairaanhoidotasoissa sairaalahoidossa suomalaisista oli vuoden aikana 12 prosenttia ja terveyskeskussairaalassa vajaat kolme prosenttia vuonna 2010. Kuitenkin sairaaloiden käyttö jakautuu siten, että esimerkiksi 10 000 asukkaan kunnan asukkaat käyttäisivät vuodessa 18:aa erikoissairaanhoidon ja peräti 32:a terveyskeskuksen sairaansijaa kerrallaan. Noin puolet terveyskeskuksen sairaalahoidon runsaasta käytöstä selittyy pitkäaikaishoidolla, joka on muissa maissa vanhainkotien tai hoitokotien (nursing home) toiminta-alueita. Suomen sairaalapalveluiden kapasiteetti on kansainvälistä keskimääräistä tasoa korkeampi asukasmäärään nähden. Erikoissairaanhoidon alalla maassa on viisi yliopistollista keskussairaala ja niiden lisäksi 16 keskussairaala. Näiden lisäksi maassa on noin 35 erikoislääkärijohtoiseksi luokiteltua sairaalaa. Näistä 14 toimii sairaanhoitopiirien ja loput kuntien tai perusterveydenhuollon yhteistoimintaorganisaatioiden alaisina.

Onko suomalainen terveydenhuolto tienhaarassa?

Suomen terveystaloudespolitiikka ehti olla vuosikymmenien ajan varsin konsensuslukuista. Siinä haluttiin rahoittaa palveluita verovaroin sekä pitää kunnallisesti omistettujen sairaaloiden ja terveyskeskusten pääasiallisina palveluiden tuottajina. Vuoden 1993 uudistuksessa sallittiin verorahoituksen käyttäminen yksityisiltä yrityksiltä hankittaviin palveluihin.

Myöhemmin on tavoitteeksi otettu kuntarakenteen muutos sekä sosiaali- ja terveystaloudespolitiikan rakenteellinen uudistaminen. Tavoitteena on yhdistää sosiaali- ja terveydenhuolto ja pohjata toiminta tähänastista suurempiin väestöpohjiin. Keskenään ”kilpailevia” vaihtoehtoisia uudistuksen malleja on kolme:

- ▶ Peruskunnista tehdään niin suuria ja vahvoja, että ne vastaavat ilman kuntayhtymiä perustason sosiaali- ja terveyspalveluista sekä merkittävästä osasta ”perustason erikoissairaanhoidosta”.
- ▶ Maahan luodaan peruskuntien ylläpitämä verkosto sosiaali- ja terveysalueita tai -piirejä. Alueet voivat olla yhden tai useamman peruskunnan ylläpitämiä. Hallinto perustuisi kuntayhtymäratkaisuun.
- ▶ Maahan luodaan uudenlainen yhden valtakunnallisen tai muutaman alueellisen suuren rahoittajan varaan perustuva uudenlainen malli, jossa peruskunnat tai alueelliset toimijat käyttäisivät niille laskennallisista perusteista osoitettua rahaa.

Kaikilla malleilla on valttinsa ja varjopuolensa. Vastustavia argumentteja ja rintamia näyttää olevan helppo nostaa esille. On realistinen mahdollisuus, että mihinkään perusteellisesti rakenteet uudistavaan ratkaisuun ei päästä, vaan jäädään osauudistusten tasolle.

Edessä on tunnetusti suuria haasteita, jotka on tuotu toistuvasti esille perusteluina muutosten välttämättömyydelle. Väestö vanhenee ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve kasvaa, vaikka vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvat ovat edellistä sukupolvea terveempiä ja toimintakykyisempiä. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstöstä ennustetaan syntyvän vakavaa vajausta siinä vaiheessa, kun sotien jälkeen syntyneet suuret sukupolvet jäävät eläkkeelle. On syytä olettaa, että henkilöstön kattavan saatavuuden turvaamiseksi palveluihin joudutaan käyttämään tähänastista enemmän varoja, vaikka rakenteita ja palvelumuotoja uudistettaisiin.

Koska Suomen taloudellinen liikkumavara on kansainvälisen rahoituskriisin vuoksi supistumassa, joudutaan kasvokkain sellaisten peruskysymysten ja -vaikeuksien kanssa, joita ei ole aikaisemmin jouduttu vakavissaan kohtaamaan. Jos rahoitus ei riitä, on joko karsittava palveluita tai etuuksia – tai nostettava kansalaisten itse maksettavaksi tulevia osuuksia rahoituksesta tuntuvasti ja sellaisilla tavoilla, että rahoitusvastuun muutoksilla on pysyviä säästövaikutuksia julkiseen rahoitukseen. 1990-luvulla Suomessa ja monissa muissa maissa käydyt keskustelut palveluiden ”priorisoinnista” eivät johtaneet käytännössä mihinkään muutoksiin. Ainoastaan opittiin se, miten vaikeaa palveluiden laittaminen tärkeysjärjestykseen on. Kysehän ei ole itse asiassa priorisoinnista, vaan posterioirisoinnista, siitä, että joitakin palveluita siirrettäisiin julkisen rahoituksen piiristä pois.

Todennäköinen tie voisi olla julkisen rahoituksen muuttaminen aikaisempaa vaikeammin saatavaksi edellyttämällä esimerkiksi tuntuvien vuosittaisten omavastuuosuuksien maksamista ensin palveluiden käyttäjän tai hänen perheensä omista varoista. Tämä vaatisi tuntuvaa palveluiden saatavuuden ja asiakasmaksujen järjestelmien uudistamista ja sarjaa poliittisesti hyvin vaikeita päätöksiä. Vaihtoehtoinen tie voisi olla siirtyminen laajamittaiseen palvelusetelikäytäntöön. Tällöin palveluiden käyttäjät päätyisivät pian maksamaan nykyistä paljon suuremmat omavastuuosuudet ja julkinen maksuosuus jouduttaisiin jäädyttämään rahoitusvaikeuksien vuoksi ennalleen. Tulevaisuudessa voisi hämmöttää samanlainen tilanne kuin yk-

sityisten palveluiden sairausvakuutuskorvauksissa. Julkisista varoista korvattaisiin vain pieni osuus. Varattomimman väestönosan palveluiden käytön turvaamiseksi jouduttaisiin käyttämään toimeentulotuen tyyppistä harkintaa. Osa palveluista jouduttaisiin pitämään maksuttomina niiden luonteen vuoksi. Nykyiseen palvelusetelilakiin sisältyvä periaate, että kunnan pitää huolehtia siitä, että palvelusetelin rinnalla säilyy kunnallinen vastaavan tasoinen palvelu, voitaisiin joutua hylkäämään, koska tuon kunnallisen tuotannon ylläpitäjiksi ei olisi riittävää halukkuutta.

Lähteet

- Kelan tilastollinen vuosikirja 2010 (2011) Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2011. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Matveinen, Petri & Knape, Nina (2012) Terveysthuollon menot ja rahoitus 2010. Tilastoraportti 2/2012. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos.
- OECD Health Data 2010 (www.ecosante.org/oecd.htm)
- Pekurinen, Markku & Erhola, Marina & Häkkinen, Unto & Jonsson, Pia Maria & Keskinmäki, Ilmo & Kokko, Simo & Kärkkäinen, Jukka & Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri (2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos.
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen tietokanta Sotkanet (www.sotkanet.fi).

25 Terveyspalvelut ja terveyserot

Terveyspalveluiden osalta terveyspolitiikan peruseriaatteena on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Tavoite on selkeästi kirjattu perustuslain 19 §:ään (Suomen perustuslaki 1999) ja lakiin potilaan oikeuksista (Laki potilaan asemasta..., 1992). Yhdeksi uuden terveydenhuoltolain päätavoitteista on myös nostettu palvelujen yhdenvertainen saatavuus (Terveydenhuoltolaki 2010). Suomi on myös sitoutunut tähän tavoitteeseen useiden kansainvälisten sopimusten kautta. Terveydenhuollon tasa-arvotavoitteet ovat koskeneet sairaudesta aiheutuvan rahoitusrasituksen tasaamista, sairastamisesta koituvien kustannusten tasaamista ja palvelujen tarpeenmukaista käyttöä sekä terveyserojen kaventamista.

Järjestelmän rakenteen ja rahoituksen vaikutus palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenne tukee monin tavoin terveydenhuollon tasa-arvoa. Kaikki Suomessa asuvat kuuluvat hoidon piiriin, ja palveluja on saatavilla kaikkialla Suomessa. Palvelujen kustannukset katetaan pääosin verovaroin ja valtion ylläpitämien tasausmekanismien kautta tuetaan kuntia, joilla ei muuten olisi mahdollisuuksia taata asukkailleen kattavia palveluja. Useimpien palvelujen osalta käyttäjämaksut ovat kohtuullisen matalat ja sairausvakuutuksen kautta tuetaan sairastuneiden toimeentuloa. Vaikka perusrakenne tukeekin tasa-arvoa, Suomen terveydenhuollon rahoitus- ja tuotantorakenteessa on piirteitä, jotka jarruttavat terveydenhuollolle asetettujen tasa-arvotavoitteiden toteutumista.

Suomen terveyspalvelujen monikanavainen rahoitustapa on kansainvälisesti poikkeuksellinen. Julkista rahoitusta terveydenhuoltoon kanavoituu kunnallisiin terveyspalveluihin sekä Kansaneläkelaitokselta yksityissektorin ja työterveyshuollon palveluihin. Lisäksi palveluita rahoittavat kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Verrattuna useaan muuhun Länsi-Euroopan maahan kotitalouksien rahoitusosuus (19 % vuonna 2008) on Suomessa korkea. Pääosin kohonneiden palvelumaksujen ja lääkekustannusten omavastuuosuuksien takia terveydenhuollon rahoitus on muuttunut 1990-luvun jälkeen regressiiviseksi, eli pienituloisilla tuloihin suhteutettu osuus terveydenhuollon rahoituksesta on suurempi kuin suuritu-

loisilla. Palvelumaksut ja lääkkeiden korkeat kustannukset saattavat myös vaikuttaa heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien mahdollisuuksiin hakeutua hoitoon. (Kapiainen & Klavus 2007; Pekurinen ym. 2011.)

Monikanavaisuus heikentää tasa-arvon toteutumista erityisesti avoterveydenhuollossa. Nykyinen tuottamistapa kolmen erillisen kanavan kautta terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä sairausvakuutuksen osin kompensoimina yksityisinä palveluina on muodostunut vuosikymmenten aikana osin ristiriitaisten kehittämistoimien tuloksena (Teperi 2006).

Monikanavaisuus vaikuttaa palvelujen käytön jakautumiseen kolmen mekanismin kautta. Pitkällä aikavälillä yksityis palvelut ja työterveyshuolto ovat jarruttaneet julkisten palvelujen kehittämismahdollisuuksia, kuten erikoissairaanhoidon avopalvelujen kehitystä. Viime vuosina julkisten ja yksityisten palvelujen välinen työvoimakilpailu on heikentänyt julkisia palveluja. Toiseksi kaikilla ryhmillä ei ole samoja mahdollisuuksia käyttää kaikkia palveluja. Sairausriskin korvauksen jälkeen jäävä maksuosuus heikentää huonossa taloudellisessa asemassa olevien mahdollisuutta käyttää yksityissektorin palveluita. Työterveyspalveluja puolestaan tarjotaan vain työllisille ja yrittäjille. Kolmas vaikutusmekanismi liittyy erikoissairaanhoidon palvelujen lähetekäytäntöihin. Joillakin erikoisalajoilla ja alueilla, kuten esimerkiksi suurissa kaupungeissa, suuri osa sairaalaläheteistä tulee yksityissektorilta ja työterveyshuollosta.

Terveyspalveluilla on vaikutusta terveyseroihin

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat tulosta monikerroksisista prosesseista, jotka kytkeytyvät laajemmin yhteiskunnan sosiaaliseen kerrostuneisuuteen, mutta myös terveyspalveluilla on vaikutusta väestön terveyteen ja terveyseroihin (Commission on Social Determinants of Health. 2008). Palvelut voivat pienentää terveyseroja ehkäisemällä sairastavuutta erityisesti suuremman riskin väestöryhmissä ja toisaalta kaventamalla jo syntyneitä terveyseroja. Terveyspalveluiden vaikutukset väestön terveyteen ja kuolleisuuteen ovat kasvaneet hoitomuotojen tehostuessa 1900-luvun loppupuolelta lähtien etenkin joidenkin syöpätauti- ja monien kansansairauksien hoidossa (Nolte & McKee 2004). Terveystieteiden teknologian ja hoitomuotojen kehittyminen vaikuttanee jatkossa samaan suuntaan. Palvelujen käytön vaikutuksia väestöryhmittäisiin terveyseroihin ei ole tutkittu, mutta palvelujen jakautumisen perusteella voidaan tehdä epäsuoria päätelmiä palvelujärjestelmän vaikutuksesta terveyseroihin.

Miten palvelujen yhdenvertainen saatavuus on toteutunut?

Avopalvelujen käytössä on Suomessa varsin suuria ja pysyviä tuloryhmittäisiä eroja, kun palvelujen tarve otetaan huomioon. OECD-maissa tehdyn laskelman mukaan avohoidon lääkäripalvelujen käyttö jakautui vuonna 2009 tarkastelluista maista Suomessa yhdessä Viron ja USA:n kanssa eniten suurituloisia suosivasti (OECD 2012). Kun avopalvelujen käytön jakaumaa koko väestöllä tarkastellaan sektoreittain, erot näyttäisivät säilyneen 1980-luvulta viime vuosiin saakka kutakuinkin vakaina. Suurituloiset käyttävät tarve huomioon ottaen työterveydenhuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painoutuivat pienituloisiin ja sairaalapoliklinikkojen lääkäripalvelut jakautuvat kutakuinkin neutraalisti tulojen suhteen (Häkkinen & Nguyen 2010). Eroja on myös eri osissa järjestelmää ennaltaehkäisevistä palveluista sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen.

Yksityisten palvelujen ja työterveyspalvelujen käytön painottuminen ylempiin tuloryhmiin on ymmärrettävää palvelujen luonteen ja kustannusten takia. Yksityis- palveluita voivatkin käyttää pääosin hyvätuloiset potilaat ja työterveyshuolto rajaa pois työvoiman ulkopuolella tai työttömänä olevat. Työterveyshuollon palvelujen kattavuus ja sisältö vaihtelevat ja ovat parhaimpia hyvässä työmarkkina-asemassa olevilla työntekijöillä. Puutteita on muun muassa pienyrityksissä ja rakennusalalla työskentelevien sekä epätyypillisissä työsuhteissa työskentelevien palveluissa (Perkiö-Mäkelä ym. 2010).

Yksityisiä sairaaloita on edelleen suhteellisen vähän ja sairaalapalvelut ovat pääosin julkisesti tuotettuja. Eräissä toimenpiteissä, kuten kaihileikkauksissa, yksityissektorin osuus on merkittävämpi. Sairaalahoidon kokonaiskäyttö on jakautunut samansuuntaisesti kuin sairastavuus – eli alemmat sosioekonomiset ryhmät käyttävät palveluja ylempiä enemmän. Hoidon sisällössä on kuitenkin havaittu eroja: ylemmillä ryhmillä on enemmän kirurgisia hoitajaksoja, jotka eivät näytä selittyvän tarve-eroilla (Keskimäki 2003; Manderbacka ym. 2008). Samansuuntaisia eroja on myös yksittäisten sairauksien, kuten sepelvaltimotaudin (Hetemaa ym. 2003; Hetemaa ym. 2004; Hetemaa ym. 2006) ja diabeteksen (Vehko ym. 2010a; Vehko ym. 2010b), hoidossa ja joissakin yleisissä elektiivisissä kirurgisissa toimenpiteissä, kuten lonkan ja polven endoproteesileikkauksissa ja kaihileikkauksissa (Manderbacka ym. 2008; Manderbacka ym. 2009). Myönteistä kehitystä on kuitenkin tapahtunut 2000-luvun alussa ainakin joidenkin kirurgisten toimenpiteiden kohdalla.

Koska palvelujen käyttöä kuvaavat tiedot eivät suoraan kuvaa palvelujen saatavuutta, on käyttöerojen lisäksi eurooppalaisissa vertailuissa selvitetty asukkaiden kokemaa tyydyttämätöntä palvelutarvetta (Allin & Maseria 2009). Suomessa tyydyttämätön palvelutarve näyttää keskittyvän alempiin tuloryhmiin, kun erot terveydentilassa otetaan huomioon.

Erot palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa

Väestöryhmien välisiä eroja ja niiden kehitystä voidaan myös tarkastella arvioiden hoidon laatua ja vaikuttavuutta kuten terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevaa kuolleisuutta (Nolte & McKee 2004). Tällä käsitteellä viitataan kuolemiin, joita ei pitäisi tapahtua, jos oikea-aikaista ja vaikuttavaa terveydenhuoltoa on saatavilla. Vältettävissä oleva kuolleisuus on Suomessa vähentynyt voimakkaasti 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa, mikä liittyy osittain terveydenhuollon teknologian ja hoitomuotojen kehittymiseen. Sosioekonomiset erot vältettävissä olevassa kuolleisuudessa kuitenkin kasvoivat samalla jaksolla, mikä viittaa siihen, että palvelujen laadussa ja lopputuloksissa olisi kärjistymässä olevia eroja ja että sairauksien ehkäisy ja hoidon vaikuttavuudessa olisi puutteita erityisesti alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä (Lumme ym. 2012).

Palvelujen käytön eriarvoisuuteen vaikuttavat tekijät

Erojen syntyyn vaikuttavat monet sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvät tekijät. Kysyntään liittyviä tekijöitä ovat mahdolliset erot hoitoon hakeutumisessa ja terveyden lukutaidossa, kuten tiedoissa terveyteen ja sairauksien hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Hoitopreferenssit ja kyky navigoida terveydenhuoltojärjestelmässä voivat vaikuttaa hoidon saantiin ja hoidon sisältöön. Käytön esteitä voivat olla myös sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin. Sosioekonomisia eroja on raportoitu myös potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa: alempien sosioekonomisten ryhmien on todettu saavan ylempiä vähemmän tietoja sairaudestaan, ja he näyttäisivät osallistuvan ylempiä ryhmiä harvemmin omien sairauksiensa hoitoa koskevien päätösten tekoon (Willems ym. 2005; Manderbacka 2005).

Esteitä voi liittyä myös palvelujen tarjontaan eli palvelurakenteeseen, kuten palvelujen järjestämisen tapoihin, hoidosta potilaalle aiheutuneisiin kustannuksiin ja palvelujen saatavuuteen. (Allin & Masseria 2009; Gulliford ym. 2002). Vaikka tiedot monikanavaisen rahoituksen vaikutuksista palvelujen käyttöön ovat epäsuoria, näyttäisi monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä olevan vaikutuksia palvelujen käytössä ja saatavuudessa todettuihin väestöryhmien välisiin eroihin (Pekurinen ym. 2011). Viime vuosina kuntien palvelurakenne on monimuotoistunut ja sirpaloitunut, kun kunnat ovat valinneet erilaisia yhteistoiminnan muotoja ja tapoja järjestää palvelunsa. Ehkäisevät palvelut näyttävät avopalvelujen heikentyessä olevan jo syntyneitä terveysongelmia korjaavia palveluja heikommassa asemassa, pirstoutuvan ja muuttuvan muita palveluja helpommin sattumanvaraisemmiksi.

Johtopäätökset

Terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite ei kaikilta osin toteudu suomalaisessa terveydenhuollossa sen enempää kustannusten, saatavuuden kuin palvelujen sisällön tai lopputulosten osalta, vaikka joiltakin osin tavoitteen suunnassa on edistytty. Uusien hoitomuotojen ja terveyspalvelujen tehostumisen myötä terveydenhuollon vaikuttavuus on lisääntynyt. Terveydenhuollon saatavuudessa, käytössä ja laadussa olevien erojen takia kaikki ryhmät eivät ole kuitenkaan hyötäneet hoidosta yhtäläisesti, vaan terveydenhuolto näyttää monin paikoin pikemminkin ylläpitävän ja jopa lisäävän terveyseroja.

Lähteet

- Allin, Sara & Masseria, Cristina (2009) Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15, 7–9.
- Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organisation.
- Doorslaer, Eddy van & Masseria, Cristina & Koolman, Xander, for the OECD Health Equity Research Group (2006) Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 174, 177–183.
- Gulliford, M & Figueroa-Munoz, J. & Morgan, M. & Hughes, D. & Gibson, B. & Beech, R. & Hudson, M. (2002) What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy* 7, 186–188.
- Hetemaa, Tiina & Keskimäki, Ilmo & Salomaa, Veikko & Mähönen, Markku & Manderbacka, Kristiina & Koskinen, Seppo (2004) Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland in 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 57, 301–308.
- Hetemaa, Tiina & Manderbacka, Kristiina & Reunanen, Antti & Koskinen, Seppo & Keskimäki, Ilmo (2006) Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 116–123.
- Hetemaa, Tiina & Keskimäki, Ilmo & Manderbacka, Kristiina & Leyland, Alastair H. & Koskinen, Seppo (2003) How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? *Journal of Epidemiology & Community Health* 57, 178–185.
- Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien (2010) Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2, 2010 http://groups.stakes.fi/pdf/chessonline/CHESS_107.pdf
- Kapiainen Satu & Klavus Jan (2007) Terveydenhuollon asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille. *Optimi* 1, 2007 http://groups.stakes.fi/pdf/chessonline/CHESS_107.pdf
- Keskimäki, Ilmo (2003) How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine* 56, 1517–30.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 www.finlex.fi
- Lumme, Sonja & Sund, Reijo & Leyland, Alastair & Keskimäki, Ilmo (2012) Socioeconomic Equity in Amenable Mortality in Finland 1992–2008. *Social Science & Medicine* 75, 905–13.
- Manderbacka, Kristiina (2005) Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. *European Journal of Public Health* 15, 634–639.
- Manderbacka, Kristiina, Arffman Martti, Karvonen Sakari & Keskimäki, Ilmo (2008) Huono-osaisuus terveydenhuollossa. Sosioekonomiset erot elektiiivisessä kirurgiassa. *Suomen Lääkärilehti* 63, 2025–31.
- Manderbacka, Kristiina & Arffman Martti,

- Leyland, Alastair & McCallum, Alison & Keskimäki Ilmo (2009) Change and persistence in healthcare inequities: Access to elective surgery in Finland in 1992–2003. *Scandinavian Journal of Public Health* 37, 131–138.
- Nolte, Ellen & McKee, Martin (2004) Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/does-healthcare-save-lives-avoidable-mortality-revisited>>
- OECD (2012) OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/eeco_surveys-fin-2012-en.
- Pekurinen Markku & Erhola, Marina & Häkkinen, Unto & Jonsson Pia Maria & Keskimäki Ilmo & Kokko Simo & Kärkkäinen, Jukka & Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perkiö-Mäkelä, Merja & Hirvonen, Maria & Elo, Anna-Liisa & Kandolin, Irja & Kauppinen Kaisa & Kauppinen, Timo & Ketola, Ritva & Leino Timo & Manninen Pirjo & Miettinen, Sonja & Reijula Kari & Salminen, Simo & Toivanen, Minna & Tuomivaara, Seppo & Vartaila, Maarit & Venäläinen, Saara & Viluksela, Marja (2010) Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Taulukkoliite. Työterveyslaitos, Helsinki. <[http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_taulukkoliite_2009.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_taulukkoliite_2009.pdf)>
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 www.finlex.fi/fi
- Teperi Juha (2006) Peruspalvelujohtoisen palvelujärjestelmän rakentaminen. Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 146–150.
- Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326 www.finlex.fi
- Vehko, Tuulikki & Manderbacka, Kristiina & Arffman Martti & Reunanen, Antti & Keskimäki Ilmo (2101a) Increasing resources effected equity in access to revascularizations for patients with diabetes. *Scandinavian Cardiovascular Journal* 44, 237–244.
- Vehko, Tuulikki & Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti & Sund, Reijo & Reunanen, Antti & Keskimäki Ilmo (2010b) Changing patterns of secondary preventive medication among newly diagnosed coronary heart disease patients with diabetes in Finland: a register-based study. *Scandinavian Journal of Public Health* 38, 317–324.
- Willems, S. & De Maesschalck, S. & Deveugle, M. & Derese, A. & De Maeseneer, J. (2005) Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 56, 139–46.

26 Suun terveydenhuollossa aikuisten vuoro

Suun terveydenhuollossa tärkeimpiä asioita tätä nykyä ovat aikuisten hammashoitopalvelujen organisointi ja rahoitus niin, että kaikki hoidon tarpeessa olevat saavat asianmukaista hoitoa kohtuullisin kustannuksin. Alalla on myös varauduttava iäkkään väestön hoidon tarpeen kasvuun. Lasten ja nuorten hammashoidossa ei erityisiä ongelmia ole (Widström & Järvinen 2011).

Aikuisväestön hammashoitopalvelut ovat selvästi parantuneet vuosien 2001–2002 hammashoitouudistuksen jälkeen. Tuolloin poistettiin aikuisten terveyskeskuspalvelujen käyttöä rajoittaneet ikäraajat ja yksityisten palvelujen käyttöä tukevat sairausvakuutuskorvaukset ulotettiin myös vanhempiin ikäryhmiin, joten ennen vuotta 1956 syntyneet pääsivät osallisiksi samoista etuuksista kuin nuorempi väestö. Uudistuksen jälkeen aikuisten hammashoidon kysyntä on kasvanut – erityisesti terveyskeskuksissa (Widström & Mikkola 2008). Kysynnän kasvuun on hoitoon pääsyn mahdollistumisen lisäksi vaikuttanut myös hampaattomuuden väheneminen. Työikäisistä on hampaattomia enää vain noin 6 prosenttia, kun 1980-luvulla 35–49-vuotiaistakin 21 prosenttia ja 50–64-vuotiaista 42 prosenttia oli menettänyt kaikki omat hampaansa. Eläkeikäisistä hampaattomia on vielä 44 prosenttia. Vastaava osuus 1980-luvulla oli 67 prosenttia, ja tilanne muuttuu koko ajan parempaan suuntaan (Suominen-Taipale ym. 2004). Perinteisesti hampaattomuus on ollut alempien sosiaaliluokkien ja ”syrjäseutujen” ongelma (Poutanen & Widström 2001). Koska omien hampaiden säilyminen lisää konservatiivisen hoidon tarvetta aikuisilla, se aiheuttaa suuria paineita hoitojärjestelmän toimivuudelle ja lisää hoitokustannuksia.

Hammashoitouudistuksen myötä terveyskeskuksista on tullut tärkein suun ja hampaiden hoitopalvelujen tuottaja, ja ne tuottavat nykyisin palvelut lähes kaikille lapsille ja nuorille ja hieman yli puolelle aikuisista. Palvelujen käyttäjien määrät ovat terveyskeskuksissa tasaisesti nousseet 2000-luvun alusta. Vuonna 2010 terveyskeskuksissa kävi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tietokantaraportin mukaan vajaat 1,9 miljoonaa henkilöä, noin 773 000 lasta ja 1 122 000 aikuista. Yksityissektorilla käyttäjien määrä on pysynyt melko vakaana, ja siellä kävi Kelan mukaan noin 1 039 000 aikuista ja 10 000 lasta. Hammashoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt huomattavasti vanhemmissa ikäryhmissä (yli 56-vuotiaat) molemmilla sektoreilla.

Hoitotakuulainsäädännön toteutumisen seuraamiseksi terveyskeskuksista on koottu jonotustietoja. Suun terveydenhuollossa hoitotakuun toteutumisessa on ol-

lut koko ajan ongelmia. Keväällä 2011 suun ja hampaiden hoitoa kuusi kuukautta odottaneita henkilöitä oli noin 14 000, ja kun lyhemmän aikaa jonottaneet otettiin mukaan, jonottajia oli kaiken kaikkiaan 66 000. Hoitoon pääsyn ongelmat keskittyivät kuitenkin muutamalle alueelle. Lukumääräisesti eniten hoitoa odottavia oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Väestöön suhteutettuna eniten pääsyä odottaneita oli Kainuun, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla. Suhteutettuna terveyskeskuksissa hoitoa saaneeseen väestöön jonottajien määrät olivat kuitenkin pieniä. Jonotustiedot kertovat paikallisista resurssiongelmistä ja vaikeuksista rekrytoida henkilökuntaa syrjäisiin kuntiin.

Yksityissektorilla on jonkin verran vapaata kapasiteettia, ja sitä on pääkaupunkiseudulla pyritty hyödyntämään erilaisilla ostopalvelu- ja palvelusetelikeiluilla. Koska hoidon tarve on kasvanut eniten alemmissa sosiaaliryhmissä, hoidon kasvanut kysyntä suuntautuu pääosin yksityisiä palveluja edullisempiin terveyskeskuspalveluihin. Äskettäin tehdyn tutkimuksen mukaan käytettävissä olevat tulot vaikuttavat yhä selkeästi siihen, mitä hammashoitopalveluista ollaan valmiita tai pystytään maksamaan (Widström & Seppälä 2012).

Terveystietojen ja palvelujen käyttötietojen valossa hammashoitopalvelujen käyttö näyttää vieläkin olevan liian vähäistä vähän koulutetuilla ja pienituloisilla - ja riittävää ellei liiankin runsasta korkeasti koulutetuilla ja hyvätuloisilla. Vuonna 2009 noin puolet aikuisväestöstä oli käynyt terveyskeskuksissa tai yksityissektorilla. Vaikka lukuun eivät sisälly Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön, erikoissairanhoidon tai erikoishammasteknikoiden palveluita käyttäneet, luku on huomattavan alhainen verrattuna muiden Pohjoismaiden vastaaviin lukuihin. Monet erilaisiin erityisryhmiin kuuluvat henkilöt ovat mitä ilmeisimmin jääneet hoitopalvelujen ulkopuolelle, eikä joidenkin potilasryhmien kohdalla tarpeellinen aktiivinen hoidon piiriin saattaminen ole toteutunut. Iäkkään väestön hoidon tarve ja kysyntä tulevat lähivuosina ja vuosikymmeninä vielä huomattavasti kasvamaan, ja lapset ja nuoret ovat yhä laajamittaisten ehkäisevien palvelujen tarpeessa. Tähän eivät nykyiset resurssit välttämättä riitä. Kaavailut terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen poistamisesta saattavat suun terveydenhuollossa aiheuttaa suuria ongelmia, jos suun terveydenhuolto taloudellisesti tiukkoina aikoina jää muiden terveystalouden ”jalkoihin”. Esillä ollut sairausvakuutuskorvausten mahdollinen poisto yksityisistä palveluista voi entisestään lisätä palvelujen kysyntää terveyskeskuksissa.

Työnjaon kehittäminen on ollut yksi tärkeimpiä toimintastrategioita terveyskeskusten hammashuollossa. Työtehtäviä on siirretty hammaslääkäreiltä suuhygienisteille ja hammashoitajille ja ajanvarausjärjestelyjä on tehostettu (Widström & Mikkola 2008). Myös yksityissektorilla käytetään suuhygienistejä. Nykyään Suomi kuuluu EU:ssa niiden viiden maan joukkoon, joissa työjako hammashuollossa on viety pisimmälle (Widström ym. 2010). Vastaisuudessa suuhygienistien työpanosta tulisi voida suunnata enemmän aikuisten hoitoon. Palvelujen laadun varmistamiseksi olisi syytä myös lähemmin tarkastella joitakin hoitokäytäntöjä. Esimerkiksi muovipaikkojen suhteellisen lyhyt kesto-ikä aiheuttaa jatkuvaa paikkojen uusimis-

ta. Koska pitkäkestoisemmat hoitoratkaisut ovat potilaille huomattavan kalliita ja edellyttävät erikoislaitteita ja erityisosaamista, paikkauskierre jatkuu. Pitemmällä aikavälillä tällainen toiminta on kuitenkin taloudellisesti epäedullista (Forss & Widström 2011). Toimintatapoihin liittyvät muutokset joudutaan toteuttamaan yhdessä alan ammattilaisten kanssa. Laatunäkökulmasta merkittävä haaste on myös erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuuden parantaminen. Terveiden edistämiseen liittyvä toiminta koetaan terveyskeskuksissa tärkeäksi, mutta aikuisten hoidon lisääntymisen myötä monissa terveyskeskuksissa siihen ei ole jäänyt riittävästi aikaa (Widström ym. 2010).

Terveydenhuollon menoista hammashoidon osuus oli 921 miljoonaa euroa (5,9 %) vuonna 2009, eli menot olivat samalla tasolla kuin vuonna 2007. Ennen hammashoitouudistusta, vuonna 2000, hammashuollon kustannukset olivat 5,6 prosenttia terveydenhuollon silloisista kokonaismenoista. Tämä voidaan tulkita niin, ettei hammashuollon rahoitusta ole juuri lisätty, vaikka palvelutarpeet ovat suuresti muuttuneet. Myös pohjoismaisessa vertailussa hammashuollonkustannukset ovat Suomessa alhaisemmat kuin muualla, mikä johtuu alhaisesta käyttöasteesta ja henkilöstön palkkatasosta.

Lähteet

- Forss, Helena & Widström, Eeva (2011) Korjaavan hoidon käytännöt. Hampaiden paikkaushoito Suomessa: syyt, materiaalit ja täytteiden pitkäaikaiskestävyys. Suomen Hammaslääkärilehti 28(12), 26–31.
- Poutanen, Raija & Widström, Eeva (2001) Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö – katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 65(3), 248–55.
- Suominen-Taipale, Liisa & Nordblad, Anne & Vehkalahti, Miira & Aromaa, Arpo (toim.) (2004) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Widström, Eeva & Järvinen, Seppo (2011) Caries Prevalence and Use of Dental Services in Finnish Children and Adolescents in 2009. Oral Health and Dental Management 10(4), 185–192.
- Widström, Eeva & Mikkola, Hennamari (2008) Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.). Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.
- Widström, Eeva & Seppälä, Timo (2012) Willingness and ability to pay for unexpected dental expenses among Finnish adults. BMJ Oral Health, painossa.
- Widström, Eeva & Eaton, Kenneth A. & Luciak-Donsberger, Claudia (2010) Changes in Dentist and Dental Hygienist Numbers in the European Union and Economic Area. International Dental Journal 60(4), 311–316.
- Widström, Eeva & Tiira, Hannele & Alestalo, Paula & Pietilä, Ilpo (2010) Terveyskeskushammaslääkärit uuden edessä. Suomen Hammaslääkärilehti 27(8), 28–33.

27 Terveydenhuollon priorisointi

Terveys­huol­lossa on to­det­tu länsi­maissa on­gel­mia, jotka liittyvät muun muassa palvelujen laatuun, saatavuuteen ja rahoitukseen. Riippumatta siitä, miten terveys­pal­velut on jär­jestetty, on­gel­mat ovat kaik­ki­alla saman­laisia. Yhä kehittyneem­mät hoito­muo­dot ja tek­no­lo­gian mah­dol­li­suudet, väes­tön ikään­tyminen, am­mat­tilai­sten ja kansalaisten kasvaneet odotukset samanaikaisesti kove­nevien kus­tannusten hillintä­paineiden kanssa ovat johtaneet rajallisten resurssien ja rajattomien toiveiden ristiriitaan. Terveydenhuollon priorisointia on pidetty yhtenä strategia­na julkisten varojen uudelleen kohdentamiseksi oikeudenmukaisesti ja siten terveydenhuollon mah­dol­li­suuksien ja käytettävissä olevien resurssien välisen epäsuhtan ratkaisemiseksi. (Lammintakanen 2005; Kenny & Joffres 2008.)

Terveydenhuollon priorisointi

Terveydenhuollon priorisointi (engl. Health care prioritisation) on sekä käsitteenä monimuotoinen että käytännön toiminnassa vaativaa. Priorisointi voidaan ymmärtää kapeasti ensisijaistamiseksi tai terveys­pal­velujen tärkeysjärjestykseen asettamiseksi. Laajemmin ymmärrettynä priorisointi voi tarkoittaa resurssien kohdentamista kilpailevien vaatimusten välillä (Kapiriri ym. 2009) tai terveys­pal­velujen tavoitteellista ja tietoista ohjaamista muuttuvassa toimintaympäristössä halutun tavoitteen suuntaisesti (Lammintakanen 2005). Priorisoinnin lähikäsite, säännöstely (engl. Rationing), viittaa sen sijaan terveys­pal­velujen rajoittamiseen. Säännöstelyä tapahtuu, kun on olemassa rajallinen määrä jotakin haluttua ja hyödyllistä toimintaa ja sen saamista joku henkilö tai instituutio rajoittaa. On kuitenkin to­det­tu, ettei säännöstelyllä ole hyväksyttäviä seurauksia terveydenhuol­lossa (Russell 2002; Ubel & Goold 1998). Terveydenhuol­lossa tapahtuu myös priorisointumista, joka tarkoittaa sitä, että vaikkei priorisointia aktiivisesti tai tietoisesti tehdäkään, sitä tapahtuu koko ajan esimerkiksi rakenteiden aiheuttamana.

Käytännön priorisoinnissa voidaan tunnistaa useita ominaispiirteitä. Terveydenhuollon priorisointia tehdään ja sitä tapahtuu toiminnan eri tasoilla. Makrotason päätökset kohdistuvat yhteiskunnan eri sektoreille jaettaviin voimavaroihin, jotka vaikuttavat kaikkien muiden tasojen päätöksiin. Mesotasolla päätökset kohdistuvat alueiden tai organisaatioiden välisiin tai sisäiseen voimavarojen jakamiseen, jossa voimavaroja kohdennetaan eri palveluille tai hoitomuodoille. Mikrotason päätöksissä otetaan kantaa potilastasolla esimerkiksi siihen, ketä hoidetaan ja millä ta-

voin. Mikrotasolla priorisoinnin tekee ongelmalliseksi se, että potilailla on yksilöllisiä tarpeita ja monimuotoisia terveysongelmia. Mikrotasolla on keskusteltu myös potilasiin liittyvien kriteerien (mm. ikä, sairauden vakavuusaste) käytöstä priorisoinnin perustana. (Ryynänen ym. 2006; Bærøe 2008.)

Terveydenhuollon priorisointi on useiden toimijoiden vastuulla ja siihen osallistuvat mm. poliittiset päätöksentekijät, viranhaltijat, terveydenhuollon ammattilaiset ja johtajat, ammattijärjestöt, potilaat ja heidän läheisensä, media sekä potilasjärjestöt. Poliittisten päätöksentekijöiden on kuitenkin ollut vaikea osallistua priorisointiin aktiivisesti, tehdä priorisointipäätöksiä ja kantaa niistä vastuuta, sillä päätöksiin liittyy usein hankalia arvovalintoja. Päätöksenteko ei ole ollut helppoa lääkäreillekään (Lammintakanen 2005; Werntoft & Edberg 2009). Priorisointia vaikeuttaa myös se, etteivät keskeiset toimijat aina työskentele yhteisen päämäärien eteen, vaan heillä on eriäviä näkemyksiä terveyspalvelujen päämääristä. Lisäksi eri toimijoiden vastuun- ja työjako ovat usein epäselviä.

Priorisointia voidaan toteuttaa joko avoimesti (eksplisiittisesti) tai piilotetusti (implisiittisesti). Avoimessa priorisoinnissa päätökset tehdään systemaattisesti, selkein perustein ja selkeästi määritellyn prosessin tuloksena. Avoin priorisointi mahdollistaa eri intressiryhmien sekä suoran että välillisen osallistumisen prosessiin ja myös päätöksenteon (kriteerit, perusteet, prosessit ym.) kyseenalaistamisen. Terveydenhuollossa on kuitenkin vaikeaa toteuttaa avointa priorisointia. Se edellyttää koko terveydenhuollon ja siihen liittyvän päätöksenteon kulttuurin muutosta, sillä nykyisissä organisaatioissa ja koko palvelujärjestelmässä on sisäänrakennettuna piiloisen priorisoinnin mekanismeja. Avoin priorisointi voi myös mahdollistaa voimakkaiden intressiryhmien omien etujen ajamisen päätöksenteossa. Avoin priorisointi paljastaa sekä päätöksenteon monimuotoisuuden että siihen liittyvän epävarmuuden. (Lammintakanen 2005; Kenny & Joffres 2008.)

Tyypillistä on siis ollut se, että priorisointi tapahtuu piilotetusti. Piiloisen priorisointi korostaa lääkäreiden auktoriteettia ja autonomista asemaa. Tällöin priorisointi jää yksittäisten toimijoiden vastuulle, päätöksenteon kriteerit voivat vaihdella potilaiden välillä sekä päätöksenteon perusteet jäävät epäselviksi muille kuin päätöksentekijöille. Päätöksenteon perusteet eivät myöskään välttämättä ole yhteneviä kansalaisten tai yhteiskunnan arvojen kanssa. (Lammintakanen 2005; Kenny & Joffres 2008.)

Kansainvälisiä ja kansallisia kokemuksia priorisoinnista

Kansainvälisesti priorisoinnista on keskusteltu useamman vuosikymmenen ajan ja eri maissa on laadittu kansallisia priorisointimalleja. Mallit voidaan Martin Sabikin ja Reidar K. Lien (2008) mukaan jakaa kahteen ryhmään: 1) terveydenhuoltoa ohjaavia periaatteita jäsentävät mallit (esim. periaatteista; ihmisarvo; tarve; kustannustehokkuus; Alankomaat, Norja ja Ruotsi) ja 2) terveydenhuollon käytäntöjen muo-

toiluun pyrkivät mallit, joissa määritellään kansalaisille tarjottavat palvelut (esim. eri sairaus-hoitoparien järjestäminen tärkeysjärjestykseen, Oregon, USA, Uusi-Seelanti). Kansainväliset esimerkit kuitenkin osoittavat, ettei makrotasoisilla priorisointiperiaatteita kuvaavilla malleilla ole saavutettu toivottuja muunmuassa kustannusten hillintään liittyviä vaikutuksia. Sen sijaan käytäntöjen muotoiluun pyrkivät ratkaisut ovat olleet tehokkaampia. (Ryynänen ym. 2006; Kenny & Joffries 2008; Sabik & Lie 2008; Werntoft & Edberg 2009.)

Tämän vuoksi priorisoinnissa on kiinnitetty huomiota yhä enemmän päätöksentekoprosesseihin. Norman Daniels ja James Sabin (2002) ovat esittäneet neljä kriteeriä kestäväälle päätöksenteolle. 1) Julkisuus (publicity): prosessin on oltava sekä prosessina että perusteluiltaan avoin ja läpinäkyvä kaikille. 2) Hyväksyttävyyys (relevance): prosessissa käytettävien perusteluiden tulee olla yleisesti hyväksyttävissä. 3) Korjattavuus (revisability): päätöksistä on voitava valittaa tai niitä on voitava muuttaa, mikäli siihen on aihetta. 4) Toimeenpano (enforcement): valvontaa ja ohjausta tarvitaan, jotta edellä mainitut periaatteet toteutuvat. Danielsin ja Sabinin kriteeristö sopii parhaiten makrotason priorisointiin, mutta se ei kuitenkaan sovellu mikrotason päätöksiin (Bærøe 2008).

Suomessa on käyty periaatteellista keskustelua priorisoinnista 1990-luvulta alkaen. Keskustelu on kuitenkin ollut melko vähäistä, ja siihen on osallistunut lähinnä pieni asiantuntijajoukko. Priorisointikeskustelun alku osui samaan aikaan Suomen syvimmän talouslaman kanssa. Taloudellisen tilanteen kohentuessa priorisointitarpeen ajateltiin poistuvan. Ajatus osoittautui vääräksi; priorisoinnin tarve ei ole poistunut. Sen sijaan tarve nykyistä selkeämmälle ja avoimmemmalle priorisoinnille on edelleen olemassa. Suomessa ei ole pyritty laatimaan kansallista mallia, vaan priorisoinnissa on edetty pienin askelin. Priorisointia kuvaa hajanaisuus ja kordinoimattomuus, sillä eri toimijat tekevät päätöksiä eri tasoilla, joilla kuitenkin on myös yhteisvaikutuksia. Priorisointi tapahtuu yleensä pilopriorisointina potilastasolla, jossa hoitopäätökset mukautetaan olemassa oleviin resursseihin. Kansallisesti voidaan tunnistaa kuitenkin joitakin avoimia priorisointiprosesseja. Esimerkiksi: hoitoon pääsyn turvaamiseen liittyvä normisto, jossa on määritelty hoitoon pääsyn enimmäisajat ja siihen liittyen yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet; lääkekorvausjärjestelmä, jossa päätöksentekomenettelyt ja perusteet on määritelty selkeästi; säädösperusteiset seulonnat; hoitosuosituksen laadinta ja käyttöönotto, joilla pyritään hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja siten vaikuttamaan terveydenhuollon toimintaan yhteneväistävasti; sekä uusien menetelmien hallittu käyttöönotto. (Ryynänen ym. 2006; Vuorenkoski & Kaila 2010; Saarni 2010.)

Lopuksi

Jos priorisointia tarkastellaan ongelmalähtöisesti, silloin oletetaan, että ongelmaan on löydettävissä esimerkiksi tekninen, eettinen tai menettelytapoihin liittyvä ratkai-

su. Kuitenkin näyttää siltä, ettei ”priorisointiongelmia” voi ratkaista kertaluonteisesti, vaan priorisointi on osa terveydenhuoltoa ja se on otettava huomioon niin toiminnan suunnittelussa kuin toteutuksessakin. Terveydenhuollon priorisointi on kontekstisidonnaista, ja se on vahvasti yhteydessä vallitseviin yhteiskunnallisiin arvoihin, palvelujen organisointi- ja rahoitusperiaatteisiin sekä meneillään oleviin ja suunniteltuihin uudistamispyrkimyksiin. Myös terveydenhuollon rakenteiden on todettu vaikuttavan priorisointiin. Nykyisten organisaatioiden toiminta, organisaatiokulttuuri, päätöksenteko- ja johtamisjärjestelmät eivät välttämättä kannusta avoimempaan priorisointiin. Tämä näkökulma on kuitenkin jäänyt vähäisemmälle huomiolle terveydenhuollon priorisointikeskustelussa ja -tutkimuksessa. Priorisoinnin tavoitteina on edelleen sekä pyrkimys lisätä päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja päättäjien vastuullisuutta kansalaisille että pyrkimys selkeyttää terveydenhuollon päätöksentekoa. Vastuu priorisoinnista kuuluu kaikille toimijoille, ja se edellyttää sekä toimijoiden välistä yhteistyötä ja koordinoitua että eri intressitahojen osallistumista ja hyväksyntää päätöksenteolle.

Lähteet

- Bærøe, Kristine (2008) Priority setting in health care: on the relation between reasonable choices on the micro-level and the macro-level. *Theoretical Med Bioeth* 2, 87–102.
- Daniels, Norman & Sabin, James E. (2002) Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press.
- Kapiriri, Lydia & Norheim, Ole F. & Martin, Douglas K. (2009) Fairness and accountability of reasonableness. Do views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? *Social Science & Medicine* 68, 766–773.
- Kenny, Nuala & Joffres, Christine (2008) An ethical analysis of international health priority-setting. *Health Care Analysis* 16, 145–160.
- Lammintakanen, Johanna (2005) Health care prioritisation – Evolution of the concept, research and policy process. Kuopio: Kuopio University Publications E. Social Sciences 116.
- Russell, Barbara J. (2002) Health-care rationing: critical features, ordinary language, and meaning. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 30, 82–87.
- Ryynänen, Olli-Pekka & Kukkonen, Jarmo & Myllykangas, Markku & Lammintakanen, Johanna & Kinnunen, Juha (2006) Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa? Helsinki: Talentum.
- Saarni, Samuli (2010) Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Tutkimus 40. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sabik, Lindsay M. & Lie, Reidar K. (2008) Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 7:4
- Ubel, Peter A. & Goold, Susan D. (1998) ‘Rationing’ health care. Not all definitions are created equal. *Archives of Internal Medicine* 158, 209–14.
- Vuorenkoski, Lauri & Kaila, Minna (2010) Oikeudenmukainen ja vaikuttava terveydenhuolto. *Duodecim* 126, 2795–2796.
- Werntoft, Elisabet & Edberg, Anna-Karin (2009) Decision-makers’ experiences of prioritisation and views about how to finance health care costs. *Health Policy* 92, 259–267.

28 Terveydenhuollon menetelmien arviointi päätösten tukena

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa (HTA, Health Technology Assessment) tarkastellaan järjestelmällisesti menetelmien terveysvaikutuksia ja muita ominaisuuksia. Terveydenhuollon menetelmiä ovat lääkkeet, laitteet, toimenpiteet ja toimintajärjestelmät; niiden välittömiä ja pitkäaikaisia vaikutuksia arvioidaan monitieteisesti. Menetelmien arviointi tarjoaa riippumatonta ja luotettavaa tietoa potilaiden hoitoa ja terveyspolitiikkaa koskevien päätösten tueksi. Tieto on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille, poliittisille päättäjille ja suurelle yleisölle, ja julkinen keskustelu arviointien pohjalta ennen linjapäätöksiä on toivottavaa. (Banta 2009; Mäkelä 2007.)

HTA sai alkunsa USA:ssa 1970-luvulla valtion rahoittamana. Useimmissa Euroopan maissa on kansallinen arviointiyksikkö. Keskeistä menetelmäarvioinnissa on tiivis kansainvälinen yhteistyö. Teknologia ei tunne rajoja, se leviää nopeasti maasta toiseen ja kustannukset voivat olla huomattavat (Banta & Jonsson 2009). Ruotsissa menetelmäarviointiyksikkö SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering, www.sbu.se) perustettiin 1987 suoraan hallituksen alaiseksi. Suomessa Finohta (Finnish Office for Health Technology Assessment, www.thl.fi/finohta) syntyi Stakesiin 1995; vuodesta 2009 sen kotipaikka on ollut Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Menetelmäarvioinnin ytimenä on vaikuttavuustiedon kokoaminen, joka useimmiten toteutuu järjestelmällisen katsauksen avulla. *Näyttöön perustuva terveydenhuolto* (Evidence Based Health Care, EBHC) nojaa vaikuttavuustutkimukseen. Yksittäisen potilaan tai potilasryhmän näyttöön perustuvan hoidon kulmakivi ovat hoitosuosituksot, joihin kootaan paras saatavilla oleva näyttö. Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten Käypä hoito -ohjelma on vuodesta 1995 alkaen tuottanut jo sata hoitosuosituksot (www.kaypahoito.fi); mukana on Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia. Omia suosituksot tehdään ja kansainvälistä tietoa viedään käytäntöön myös hoitotyön (www.hotus.fi) ja fysioterapiatyön (www.suomenfysioterapeutit.fi) aloilla.

Sekä Finohtassa että Käypä hoito -suosituksissa arvioidaan siis terveydenhuollon menetelmiä, mutta kumpikin organisaatio pidättäytyy antamasta sitovia suosituksot menetelmien käytöstä. Käytännön valinnoissa on arviointitieto yhdistettävä yhteisön arvoihin ja voimavaroihin. Resurssipäätöksiä voivat siis tehdä vain ne, jotka vastaavat myös kustannuksista.

Menetelmäarvioinnin voima on kansainvälisissä verkostoissa

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin parissa toimineet huomasivat nopeasti kansainvälisen yhteistyön tärkeyden. Vuonna 1982 syntyi kansainvälinen menetelmäarvioinnin seura, nykynimeltään Health Technology Assessment International (HTAi, www.htai.org). Seuran tieteelliseksi lehdeksi perustettiin vuonna 1984 International Journal of Technology Assessment in Health Care, jonka päätoimittajuus siirtyi Finohtaan vuonna 2009.

Kansalliset menetelmäarviointiyksiköt verkostoituivat 1993 INAHTAan (International Network of Agencies for Health Technology Assessment, www.inahta.org). Siihen kuuluu 53 julkisin varoin rahoitettua yksikköä 29 maasta. Verkosto kehittää HTA-menetelmiä, ja jäsenet jakavat tuottamansa tiedot muun muassa yhteisen menetelmäarvioiden tietokannan välityksellä (www.crd.york.ac.uk/crdweb/).

EuroScan (www.euroscan.org.uk) perustettiin vuonna 1999 koordinoimaan yhteistyötä uusien ja nousevien menetelmien tunnistamisen ja varhaisen arvioinnin saralla. Siihen kuuluu 20 menetelmäarviointiyksikköä, myös Euroopan ulkopuolelta.

Cochrane-yhteistyö (www.cochrane.org) syntyi Englannissa vuonna 1992 tuottamaan järjestelmällisiä katsauksia satunnaistetuista kontrolloiduista kokeista, jotta kaikki tieto terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta koottaisiin yhteen. Katsauksia on nyt yli 5 000, ja Cochrane-verkosto on myös tärkeä katsausten menetelmien kehittäjä. Kuluttajien verkosto tukee potilaita ja muita maallikoita.

Cochrane-katsauksia on eniten lääkkeiden vaikuttavuudesta, sillä niistä on eniten tutkimuksiakin. Kirjastossa on kuitenkin runsaasti tietoa myös muun muassa leikkausten ja kansanterveystoimien, kuten seulontojen, vaikuttavuudesta. Työ etenee nyt diagnostisten testien tutkimustiedon kokoamiseen. Lisäksi keskustellaan, miten voitaisiin ottaa mukaan esimerkiksi taloudellinen arviointi, monimutkaiset tutkimusasetelmat ja laadullisten tutkimusten tulosten synteesi. Cochrane-yhteistyö on merkittävästi lisännyt tutkitun tiedon kysyntää terveydenhuollon päätöksenteon taustaksi. Haasteena onkin selvittää, miten Cochrane-katsaukset ovat vaikuttaneet terveydenhuollon käytäntöön ja terveystalouteen.

Cochrane-kirjastoon on perustettu vuonna 2004 Evidence AID-projekti, jossa kootaan nopeasti uusin tieto suurten katastrofien sattuessa. Japanin rannikolla 11.3.2011 sattuneen suuren maanjäristyksen ja tsunamin jälkeen avatulle sivustolle koottiin valikoima Cochrane-katsauksia, joiden on havaittu olevan tärkeitä luonnonkatastrofin jälkihoidon päätöksissä. Esimerkiksi tulvasta johtuvan saastuneen veden aiheuttaman ripulin ja muiden tautien torjuntaan ja hoitoon liittyvät katsaukset koottiin sivustolle, jonka kustantaja avasi kaikkien japanilaisten saataville.

Finohta kuuluu HTAi:n, INAHTAn ja EuroScanin jäsenenä kansainvälisen arviointiyhteistyön ydinjoukkoon ja toimii järjestöissä aktiivisesti myös hallitustasolla. Pohjoismaisen Cochrane-keskuksen Suomen osasto toimii Finohtassa ja tukee katsaustyötä Suomessa.

Menetelmäarviointi Suomessa

Finohta kehittää Suomen terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta tuottaen ja välittäen riippumatonta, luotettavaa ja käyttökelpoista tietoa terveydenhuollon menetelmistä merkittävien päätösten tueksi. Painoalueita ovat seulonnat ja aivan uudet teknologiat. Lääkkeiden arviointi on sovittu Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen, Fimean, tehtäväksi; Finohtalle kuuluu yhä vertailla lääkkeitä muihin menetelmiin, esimerkiksi leikkauksiin.

Finohta tuottaa erilaajuisia arviointeja käyttötarkoituksesta ja aikataulusta riippuen. Nopea vastaus sosiaali- ja terveysministeriölle (STM) valmistuu parin päivän sisällä ja kattaa vain vaikuttavuuden ja turvallisuuden. Eniten voimavaroja vaatii laaja arviointiraportti, jonka valmistuminen kestää 1–2 vuotta. Silloin arvioidaan menetelmän kaikki ominaisuudet: vaikuttavuus, turvallisuus, kustannukset, käytön laajuus sekä organisatoriset, sosiaaliset, eettiset ja oikeudelliset vaikutukset. Tuorein laaja raportti on *Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito* (Ikonen ym. 2009), jonka perusteella on annettu STM:n kiireettömän hoidon kriteerit ja Kansaneläkelaitoksen päätös leikkausten korvattavuudesta.

Seulontamenetelmien vaikuttavuuden arviointipyynnöt tulevat STM:n seulontatyöryhmältä. Finohtan raportin perusteella ministeriö valmistelee asetusmuutokset ja antaa kunnille tarvittavat ohjeet.

Uusien teknologioiden arviointi ja niiden hallittu käyttöön ottaminen kanavoituu Finohtan ja sairaanhoitopiirien yhteiseen HALO-ohjelmaan. Piirit ehdottavat aiheita ja valitsevat, mistä menetelmistä ne tarvitsevat tietoa. Finohta tekee yhdessä alan asiantuntijoiden kanssa järjestelmällisen katsauksen, joka julkaistaan Suomen Lääkärilehdessä. Sairaanhoitopiirien HALO-neuvottelukunta antaa sitten suosituksen menetelmän käytöstä; koko prosessi kestää noin vuoden. Jos vaikuttavuus ja turvallisuus ovat kyllin hyvät ja kustannukset kohtuulliset, saa menetelmä vihreää valoa. Piirit voivat myös sopia käytön keskittämisestä muutamiin sairaaloihin. Sairaanhoitopiirit päättävät itse, noudattavatko ne HALO-neuvottelukunnan suositusta. Suomessa menetelmän käyttö ei ole sidottu esimerkiksi korvauksen saamiseen kuten maissa, joissa on vakuutus pohjainen terveydenhuoltojärjestelmä.

Tietoa uudesta teknologiasta voi saada nopeamminkin, sillä Finohta kirjoittaa INAHTAn jäsenten raporteista suomenkielisiä tiivistelmiä Ohtanen-tietokantaansa (www.ohtanen.fi). Ohtasessa oli keväällä 2013 linkki lähes 3 500 ulkomaiseen HTA-raporttiin ja suomenkielinen tiivistelmä yli 1 100 aiheesta.

Tulevaisuuden haasteita

Menetelmien arviointi on lunastanut paikkansa sekä potilaiden hoidon että terveyspoliittisten päätösten tukena. Entistä kalliimpi teknologia korostaa menetelmäarvioinnin ja kansainvälisen yhteistyön tärkeyttä, ja myös eri toimijoiden sidonnaisuuksien tunnistus on tärkeää. Voimavarojen rajat myöntävä keskustelu hoitojen – ei potilaiden –

priorisoinnista kustannus-vaikuttavuustiedon pohjalta on tarpeen Suomessakin. Helmikuussa 2011 pidetyn terveystieteiden yksimielinen johtopäätös oli, että Suomeen tarvittaisiin priorisointineuvottelukunta (Saarni & Mäkelä 2011). Norjassa on jo luotu rakenteet järjestelmätason priorisoinnille (Mørland ym. 2010). Tehottomaksi todettujen ja vanhojen menetelmien poistaminen käytöstä on yksi tulevaisuuden haasteita sekä Suomessa että maailmalla. Menetelmien arviointi voi siinäkin tukea päätöksiä. Rajat ylittävän terveydenhuollon direktiivi 2011/24/EU astuu voimaan syksyllä 2013 ja se edellyttää, että Suomessakin määritellään, mitkä terveyspalvelut rahoitetaan julkisista varoista. Määritelmä tarkoittaa todellista priorisointia.

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) perusteluissa korostetaan tieteelliseen näyttöön perustuvaa terveydenhuollon menetelmien käyttöä. Se tarkoittaa vaatimusta kustannusvaikuttavuuden ja turvallisuuden osoittamisesta hoitomenetelmistä päätettäessä, etenkin suurissa linjauksissa, mutta myös yksittäisten potilaiden kohdalla. Potilaiden ja maallikoiden roolia arviointityössä ja HTA-tiedon käyttäjinä pitää muutenkin pohtia, sillä heidän näkemyksensä täydentää asiantuntijoiden osaamista.

HALO-ohjelma on esimerkki muuttuvasta toimintaympäristöstä. Ohjelma tukee uusien menetelmien hallittua käyttöönottoa, mutta piirien autonomia mahdollistaa suosituksista poikkeavan toiminnan ja kilpailun uusien menetelmien käyttööntoimittamisessa.

EU-rahoitteisessa EUnetHTA -hankkeessa (www.eunethta.net) kehitetään yleistä HTA:n ydinmallia (Core Model) Finnohtan johdolla. Mallissa arvioinnin yhdeksän osa-aluetta on pilkottu edelleen selviksi arviointikysymyksiksi. Ydinmallin avulla arvioinnin voi jakaa useiden tekijöiden kesken ja siten nopeuttaa työtä. Valmis raportti (Core HTA) viedään EUnetHTA-tietokantaan, ja sieltä eri käyttäjät voivat poimia omaan työhönsä tarpeelliset osat.

Terveydenhuollon menetelmien arviointi tarjoaa tietopohjan päätöksille, jotka koskevat sekä yksittäistä potilasta, potilasryhmiä tai terveystieteiden tasolla koko väestöä. Päätökset eivät kuitenkaan synny yksin tiedon varassa. On tarpeen puhua myös siitä, mitä halutaan, mihin on varaa ja miten erilaiset – ristiriitaisetkin – arvonäkökohdat otetaan huomioon. Jokaisella on oikeus omiin mielipiteisiinsä, mutta ei omiin tosiasioihinsa. Kun tuore menetelmäarviointi kokoaa tosiasiat, on arvokeskusteluakin helpompi käydä.

Lähteet

- Banta, David (2009) What is technology assessment? *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25 (Suppl 1), 7–9.
- Banta, David & Jonsson, Egon (2009) History of HTA: Introduction. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25 (Suppl 1), 1–6.
- Ikonen, Tuija S. & Anttila, Heidi & Gylling, Helena ym. (2009) Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti 16/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mørland, Berit & Ringard, Anen & Røttingen, John-Arne (2010) Supporting tough decisions in Norway: A healthcare system approach. *International Journal of Tech-*

- nology Assessment in Health Care 26(4), 398–404.
- Mäkelä, Marjukka (2007) Johdanto. Teoksessa Mäkelä, Marjukka & Kaila, Minna & Lampe, Kristian & Teikari, Martti (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–21.
- Neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa.
- Saarni, Samuli & Mäkelä, Marjukka (2011) Kohti avointa priorisointia Suomessakin? Duodecim 127(7), 636–7.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

29 Terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto terveydenhoitajan työssä

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata terveyden edistämistä ja ehkäisevää terveydenhuoltoa lähinnä terveydenhoitajan työn näkökulmasta. Terveyden edistämällä tarkoitetaan terveydenhuoltolain mukaisesti yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen. Terveyttä edistävä toiminta tukee ihmisen voimavaroja ja terveyden kannalta suotuisten valintojen tekemistä. Artikkelissa rajaudutaan terveyden edistämisen tarkasteluun lasten ja nuorten terveystalouden, erityisesti terveysseurannan ja -neuvonnan osalta. Terveydenhoitaja on keskeinen toimija ehkäisevien terveystalouden toteuttamisessa yhteistyössä lääkärin kanssa. Kansainvälisesti tarkasteltuna suomalaisella terveydenhoitajalla on ainutlaatuisen laaja rooli yksilöiden ja perheiden terveyden vaalimisessa.

Terveydenhoitajan työtä ohjaavia tekijöitä

Terveydenhoitajan työn lakisääteisen perustan kehityksessä voidaan erottaa kolme vaihetta. Vuonna 1944 säädetyt lait kunnallisista terveystalouksista ja kättilöistä loivat perustan terveydenhoitajan kotikäynteihin perustuvalle maanlaajuiselle työlle kotien ja lasten terveydenhoidossa ja tuberkuloosin hoidossa. Toisessa vaiheessa kansanterveyslaki (66/1972) painotti voimakkaasti terveystalouksien toiminnan kehittämistä, mutta sääteli terveydenhoitajan työtä melko väljästi. Kolmannessa vaiheessa vahvistettiin ja tiukennettiin terveyden edistämisen ja lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen normiohjausta antamalla uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010). Lisäksi annettiin valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011, aik. 380/2009, jatkossa asetus). Tämä oli välttämätöntä, sillä lääkintöhallituksen lakauttamisen ja valtionosuusjärjestelmän muuttamisen jälkeen sekä kunnallisen päättävällä lisäännyttyä suositusluonteinen informaatio-ohjaus ei enää toiminut. Se ei riittänyt varmistamaan ehkäisevien palvelujen laatua ja yhtenäistä tasoa 1990-luvun alussa, laman jälkeisessä tilanteessa. Useiden 2000-luvulla tehtyjen selvitysten mukaan ehkäiseviä palveluja supistettiin, terveystalouksien välillä oli suuria eroja se-

kä ehkäisevien palvelujen voimavaroissa että sisällöissä ja palvelut olivat riittämättömiä väestön tarpeisiin nähden (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; 2008; Rimpelä ym. 2007 ; 2008).

Terveydenhuoltolaki vahvistaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä terveydenhuollon sisäisenä että kunnan poikkihallinnollisena toimintana. Se velvoittaa seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa väestöryhmittäin ja raportoimaan siitä hyvinvointikertomuksessa. Laki säätelee aiempaa monipuolisemmin eri-ikäisten ehkäiseviä terveystalvaeluja, kuten äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa ja uutena iäkkäiden neuvontaa. Lasten ja nuorten palveluihin kuuluvat muun muassa lapsen terveen kasvun seuraaminen ja edistäminen, vanhemmuuden, parisuhteen ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen sekä lapsen kehitysympäristön ja elintapojen terveellisyden edistäminen. Asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä sekä yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia. Tavoitteena on vahvistaa terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä sekä tehostaa varhaista tukea ja syrjäytymisen ehkäisyä.

Myös lastensuojelulaki (417/2007) ja sen ehkäisevää lastensuojelua koskevat velvoitteet säätelevät terveydenhoitajan toimintaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi, erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden tukemiseksi sekä yhteistyötä kunnan muiden työntekijöiden kanssa. Lisäksi monet terveystalvaeluittiset asiakirjat ohjaavat terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluja sekä niiden johtamista (esim. STM 2001; 2008a; 2009). Osana lakisääteistä Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaa, niin kutsuttua Kaste-ohjelmaa (STM 2008b; STM 2012), on aloitettu lasten, nuorten ja perheiden palvelujen sisällön sekä rakenteiden uudistaminen koko maassa.

Edellä mainittujen säädösten ja ohjelmien keskeisiä terveydenhoitajan työhön vaikuttavia painotuksia ovat perheen, yhteisöjen ja ympäristöjen sekä mielenterveyden ja psykososiaalisten tarpeiden parempi huomioon ottaminen. Myös väestön kohtaamisen ja osallisuuden parantaminen, palvelujen kohdentaminen enemmän tukea tarvitseville sekä monialainen ja -sektorinen yhteistyö on otettava huomioon. Sosiaali- ja terveystalvaelujen painopistettä siirretään entistä enemmän hyvinvoinnin edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan mukaan lukien syrjäytymisen ehkäisy ja terveyserojen kaventaminen. Toimintatapojen vaikuttavuuden lisääminen on koko terveydenhuollon haasteena.

Universaalit ja kohdennetut ehkäisevät terveystalvaelut

Terveydenhoitajan työ on terveyden edistämistä, keskeisten kansanterveysongelmien ehkäisemistä sekä sairauksien hoitamista, ja se koskee lähes koko väestöä. Ehkäisevät terveystalvaelut ovat universaaleja, kaikille tiettyyn väestöryhmään kuuluville tarkoitettuja. Ne muodostavat jatkumon, joka alkaa äitiysneuvolasta, jatkuu lasten-

neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja edelleen peruskoulun jälkeen opiskeluterveydenhuollossa. Nämä palvelut koskevat yli puolta Suomen väestöstä: noin 1,5 miljoonaa lasta ja nuorta ja noin 1,2 miljoonaa alle 18-vuotiaiden vanhempaa mukaan lukien lasta odottavat äidit ja heidän puolisonsa.

Lasten ja nuorten ehkäisevät terveystyöpalvelut tavoittavat varsin hyvin asiakaskuntansa. Esimerkiksi äitiysneuvolassa palveluja käyttämättömiä on noin 0,2–0,3 prosenttia (noin 120–180 naista), lastenneuvolassa 0,5 prosenttia (noin 2 000 lasta) ja kouluterveydenhuollossa ei juuri yhtään. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitaja osallistuu kouluympäristön ja opiskeluyhteisön terveellisyys- ja turvallisuuden seurantaan ja edistämiseen sekä usein myös terveystiedon opetukseen. Opiskeluterveydenhuolto lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa tavoittaa nuoret jonkin verran huonommin, vaikka palvelut kuuluvat periaatteessa kaikille opiskelijoille kotikunnasta riippumatta. Opiskelijat eivät aina käytä heille tarjottua mahdollisuutta terveystarkastukseen. Osa julkisia palveluja käyttämättömistä käyttää yksityisiä palveluja, mutta osa voi jäädä kokonaan vaille palveluja.

Lisäksi terveydenhoitajat työskentelevät työterveyshuollossa ja ikääntyvien neuvonnassa. Heidän työhönsä voi kuulua lisäksi aikuisten vastaanotto toiminta (esim. diabetes, verenpaine), raskauden ehkäisyneuvonta, seulontatutkimukset, kotisairaanhoido sekä tartuntatautien ehkäisy ja hoito (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Vastaanottojen lisäksi tehdään kotikäyntejä ja järjestetään erilaisia ryhmätillaisuuksia, kuten perhevalmennusta. Yhä useammin osallistutaan moniammatillisiin neuvotteluihin tai verkostokokouksiin.

Heikoimmin ehkäisevät palvelut ovat tähän asti tavoittaneet opiskeluterveydenhuollon ja työterveyshuollon ulkopuolella olevat sekä iäkkäät. Uudet säännökset velvoittavat työntekijöitä aiempaa suurempaan aktiivisuuteen koko asiakaskunnan tavoittamisessa, sillä palvelujen ulkopuolelle jäämisestä voi olla haitallisia seurauksia. Esimerkiksi neuvolan terveystarkastuksista poisjäännillä useampana vuotena peräkkäin on todettu olevan merkitsevä yhteys lapsen myöhempään syrjäytymisvaaraan (Rintanen 2000). Asetuksen mukaan terveydenhoitajan, kättilön tai lääkärin sekä suun terveydenhuollon henkilöstön tulee pyrkiä selvittämään määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarve (ks. myös STM 2010). Terveydenhuoltolaki puolestaan velvoittaa järjestämään terveystarkastukset ja terveysneuvonnan myös opiskeluterveydenhuollon tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville. Etsivästä työstä, joka on uusi nuorisolakiin sisällytetty velvoite, on tullut osa myös terveydenhoitajan moniammatillista työtä. Tärkeitä ryhmiä, joiden ehkäisevien terveystyöpalvelujen tarvetta ja käyttöä on tarpeen seurata ja tukea, ovat muun muassa maahanmuuttajat sekä lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun asiakkaat, etenkin kodin ulkopuolelle sijoitetut. Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa myös terveydenhuollossa toimivia laajentamaan ehkäisevää ajattelu- ja toimintatapaa sekä ottamaan lapsen huomiioon aikuisille suunnatuissa palveluissa. Silloin kun todetaan aikuisen kyvyn huolehtia täysipainoisesti lapsen hoidosta ja kasvatuksesta heikentyneen, lapsen hoidon ja tuen tarve on selvittettävä ja turvattava. Tämä on erityisen tärkeää, kun vanhemmal-

la on mielenterveys- tai päihdeongelmia tai vakava somaattinen sairaus ja kun perheessä on väkivallasta, työttömyydestä tai taloudellisesta ahdingosta johtuvia vaikeuksia. Perheiden hyvinvoinnin edistämisen kannalta olisi perusteltua, että lasten ja muun perheen hyvinvointi otettaisiin aina huomioon aikuisten palveluissa, esimerkiksi työterveyshuollossa.

Lisää vaikuttavuutta terveysseurantaan ja terveysneuvontaan

Määräaikaiset terveystarkastukset ja niihin liittyvä terveysneuvonta ovat keskeisin toimintamuoto väestön terveyden seuraamiseksi. Lasten ja nuorten ehkäisevissä palveluissa niiden oli oltava asetuksen 338/2011 mukaisia 1.1.2011 alkaen. Haasteena on tehdä perheiden kanssa yhteistyötä kumppanuuden hengessä ja vastata lasten, nuorten sekä perheiden yksilöllisiin tarpeisiin. Neljä äitiys- ja lastenneuvolan ja kolme kouluterveydenhuollon määräaikaisista terveystarkastuksista muutettiin niin kutsutuiksi laajoiksi terveystarkastuksiksi. Äitiys- ja lastenneuvolassa ne ovat uusi toimintamuoto, mutta kouluterveydenhuoltoon ne ovat kuuluneet vuodesta 2002, vaikkakin niiden toteuttaminen on kangerrellut (esim. Ståhl & Saaristo 2011a). Näiden tarkastusten tavoitteena on selvittää koko perheen hyvinvointia monipuolisesti ja järjestää tarpeenmukaista tukea, tarvittaessa myös moniammatillisesti. Perhekeskeisyys on aina ollut terveydenhoitajan toimintaa ohjaava periaate. Molempien vanhempien hyvinvoinnin ja perheen elämäntilanteen tarkastelu eivät kuitenkaan ole vielä vakiintuneita toimintamuotoja, vaan ne edellyttävät toimintatapojen uudistamista. Esimerkiksi isä ei kaikissa toimintayksiköissä oteta riittävästi huomioon miehinä, puolisoina ja lapsen vanhempina (STM 2008c). Laajat terveystarkastukset tarjoavat uuden mahdollisuuden vanhemmuuden ja koko perheen elinolojen ja -tapojen tukemiseen. Määräaikaisen terveystarkastuksen laatu riippuu olennaisesti siitä, kuinka hyvin lapsen, nuoren ja perheen terveystarpeet pystytään tunnistamaan ja kuinka oikea-aikaisesti lapselle, nuorelle tai perheelle pystytään kohdentamaan heidän tarvitsemaansa tukea. Kyse on myös terveydenhoitajan ammattitaidosta, rohkeudesta ja työyhteisössä sovitusta menettelytavoista. Terveydenhoitajat ovat tottuneet toimimaan erilaisten ihmisen kanssa. On kuitenkin tarpeen vahvistaa sellaisia toimintatapoja, joiden avulla asiakkaat kokevat tulevansa kuulluiksi ja kokevat voivansa osallistua omaan terveydenhoitoonsa (ks. myös STM 2010). Terveyden edistämistä tukee myös, jos terveydenhoitaja käyttää työssään voimavaraorientaatiota tai muita voimavaroja vahvistavia menetelmiä (Kettunen ym. 2002; Pelkonen & Hakulinen 2002). Voimavaraorientaatio perustuu dialogiseen keskusteluun ja asiakkaiden osallisuuden edistämiseen, eli kumppanuuteen. Monissa orastavissa ongelmissa jo pelkkä keskustelu voi auttaa, koska se tukee tietoisuutta ja tarpeiden tunnistamista (Houston & Cowley 2002). Perheen voimavarat vahvistuvat, kun perhe tunnistaa omat voimavaransa ja työskentelee aktiivisesti niiden vahvistamiseksi.

Terveydenhoitajan työn tueksi on käytössä useita puheeksi ottamisen ja varhaisen tunnistamisen menetelmiä. Niiden käyttö vaihtelee eri puolilla maata, mutta näyttää viime vuosina parantuneen. Esimerkiksi alkoholin liikakäytön tunnistamiseen tarkoitetun Mini-intervention tai Audit-lomakkeen käyttö on vuosina 2008–2010 lisääntynyt sekä äitiys- (75->83 %) että lastenneuvoloissa (48->63 %) ja parantanut näin vanhempien alkoholiongelmien tunnistamista (Rimpelä ym. 2009; Ståhl & Saaristo 2011b). Odottavien äitien tupakoinnin vähentyminen ei sen sijaan ole Suomessa edennyt odotetusti. Tämän ryhmän tupakointi on pysytellyt pitkään samalla 15 prosentin tasolla, kun se vastaavana aikana on muissa Pohjoismaissa vähentynyt (THL 2010).

Joitakin terveyttä ja hyvinvointia uhkaavia asioita voi olla vaikea ottaa puheeksi. Arkaluonteiseksi koettu aihe on esimerkiksi perheväkivalta. Monessa kunnassa on saatu hyviä kokemuksia siitä, kuinka osaamisen vahvistaminen, sopivat menetelmät sekä yhteiset toimintatavat työyhteisössä ja työnohjaus auttavat tarttumaan tähän ongelmaan. Tärkeä taito on asian puheeksi ottaminen asiakasta kunnioittaen ja tukien. Lapsen ja perheen hyvinvoinnin arvioinnin menetelmiä on koottu käsikirjaan (THL 2011), joka yhdenmukaistaa toimintatapoja ja parantaa ongelmien tunnistamista ja toimenpiteiden suunnittelua.

Terveyden ja koetun hyvinvoinnin näkökulmasta mielenterveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen sekä ongelmien varhainen tunnistaminen on yhä tärkeämpää. Tapaamisissa olisi oltava tilaa ja aikaa keskustella asiakkaan hyvinvoinnista ja päällimmäisistä huolista, oli kyse sitten lasta odottavasta pariskunnasta, imeväisen vanhemmista tai koululaisen pistäytymisestä kouluterveydenhoitajan vastaanotolle. Neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa koskeva asetus korostaa mielenterveyden edistämistä. Terveyskeskuksissa olisi otettava kattavasti käyttöön tutkimustutkimusperustaisia menetelmiä, joiden avulla mielenterveyden ongelmia tunnistetaan ja mielenterveyttä tuetaan. Varhainen vuorovaikutus menetelmänä olisi saatava kaikkien lasten kanssa työskentelevien käyttöön. Vanhempia voi opastaa lapsensa psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen lapsimyönteisellä kasvatuksella. Vastavuoroisten, dialogisten menetelmien osaamista tarvitaan tuettaessa esimerkiksi parisuhdetta. Myös ammattilaisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa siitä on hyötyä. Terveydenhoitajien ja lääkärin potentiaalia mielenterveyden edistäjinä ja ongelmien varhaisina tunnistajina ei ole vielä täysimääräisesti hyödynnetty. (Ks. myös Honkanen & Mellin 2008.)

Säännölliset terveystarkastukset mahdollistavat terveydenhuoltolain ja asetuksen mukaisen erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden mahdollisimman varhaisen tunnistamisen ja tarkoituksenmukaisen tuen järjestämisen viiveettä. Erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten määräksi arvioidaan 10–30 prosenttia kohderyhmästä. Asetus velvoittaa ja oikeuttaa selvittämään ongelmatilanteita esimerkiksi ylimääräisten kotikäyntien avulla ja mahdollistaa aikaisempaa intensiivisemmän tuen tarjoamisen. Esimerkiksi vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmiin puuttuminen on välttämätöntä ehkäistäessä lasten ja nuorten syrjäytymistä

ja huostaanottoja (myös Paananen ym. 2011). Palvelujen varhaisen tarpeenmukaisen kohdentamisen eli positiivisen diskriminaation avulla voidaan parhaimmillaan ratkaista ongelmia niiden ollessa vielä pieniä tai tarjota riittävästi tukea ongelmien lievittämiseksi. Esimerkiksi Forssan perhekeskeisessä kouluterveydenhuollossa perheitä pystyttiin tukemaan muutaman moniammatillisen ryhmätapaamisen avulla (Hietanen-Peltola ym. 2010). Palvelujen kohdentamiseksi on myös tarpeen kehittää uusia toimintamuotoja perusterveydenhuollossa ja organisoida tukea erityispalveluista, esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrisesta yksiköstä.

Lapsen ja nuoren kehitysympäristöt, kuten koti, päivähoito ja koulu, voivat tukea terveyttä tai vaarantaa sitä. Lasten ja nuorten ehkäisevissä terveyspalveluissa toimitaan yhteistyössä näissä ympäristöissä toimivien aikuisten kanssa. Alle kouluikäisten lasten kehitysympäristöjen vahvistamiseksi tarvitaan vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön lisäksi monipuolisia kotikäyntejä ja neuvolan ja päivähoidon yhteistyön tiivistämistä. Kouluyhteisöjen ja opiskeluympäristöjen terveellisuuden ja turvallisuuden tarkastusten tekeminen on yleistynyt, mutta on edelleen riittämättömää (Ståhl & Saaristo 2011a; Valvira 2011). Näiden tarkastusten yhteydessä on erinomainen tilaisuus arvioida moniammatillisessa yhteistyössä koko yhteisön hyvinvointia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä suunnitella tarvittavia korjaavia toimenpiteitä.

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Terveyttä edistävässä ja ehkäisevässä työssä on tarpeen lisätä vaikuttaviksi todettujen menetelmien käyttöä kaikkien ammattiryhmien työssä. Esimerkkejä vaikuttavista menetelmistä ovat varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen (esim. Puura 2003), synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja Toimiva lapsi ja perhe -hankkeessa kehitetyt menetelmät lapsen tukemiseksi aikuisille tarkoitetuissa palveluissa (Solantaus ym. 2010). Erilaisten vanhempainryhmien kuten perhevalmennuksen myönteisestä merkityksestä on rohkaisevaa tutkimusnäyttöä (esim. Long ym. 2001). Vanhempainryhmätoiminnan avulla on mahdollista auttaa erityistä tukea tarvitsevia, kuten hyvin nuoria äitejä tai päihdeongelmaisia vanhempia (esim. Pajulo ym. 2008). Terveysneuvonnan aihepiireistä kustannusvaikuttavaksi on osoitettu liikuntaan, ravitsemukseen ja painonhallintaan sekä tupakointiin ja päihteiden käyttöön liittyvä neuvonta (Kiiskinen ym. 2008). Viime vuosina on kehitetty neuvolan ja kouluterveydenhuollon käyttöön luotettavia arviointimenetelmiä esimerkiksi lapsen psykososiaalisen kehityksen ja perheen voimavarojen sekä perheen ravitsemuksen arviointiin (THL 2011). Johtamisen tehtävänä on pitää huolta vaikuttavien menetelmien käyttöön ottamisesta ja niiden yhtenäisestä käytöstä sekä tarvittavasta koulutuksesta (esim. STM 2009).

Toimintaedellytykset kuntoon

Yksi keskeisimpiä ehkäisevän työn tehostamisen mahdollisuuksia on monialainen ja -sektorinen työ. Terveystenhoitajan työ on sovittava yhteen muiden ammattiryhmien ja muiden hallintokuntien työn kanssa. Vasta näin saadaan aikaan väestöä hyödyttävä toimintakokonaisuus, jossa edistävää, ehkäisevää ja korjaavaa osuutta ovat oikeassa ja toimivassa suhteessa. Työntekijöiden näkökulmasta kyseessä on suuri kulttuurinen muutos. Toisen kauden Kaste-ohjelman osaohjelmassa, joka koskee lasten, nuorten ja perheiden palveluja, esitetään moniammatillisen ja monisektorisen yhteistyön sekä työntekijöiden tiimi- ja verkostotyövalmiuksien kehittämisen jatkamista (STM 2012). Lapsiperheiden palvelujen yhteen sovittavaa johtamista ja yhteistyökäytäntöjä tutkitaan ja kehitetään THL:ssä (esim. Halme ym. 2010; Perälä ym. 2011). Ehkäisevässä työssä on nopeasti kehitettävä erityistä tukea tarvitsevien palvelujen varhaisen vaiheen koordinoitua ja tarvittavaa yhteistyötä eri organisaatioiden ja hallintokuntien kanssa. Terveystenhoitajalle tällainen koordinaattorirooli, esimerkiksi palveluohjaajana, voisi soveltua hyvin.

Terveystenhoitajan osaamista on tuettava 4–4,5 vuotta ammattikorkeakouluissa suoritetun perustutkinnon jälkeen. Jatkotutkintoja ovat ylempi ammattikorkeakoulututkinto tai maisterin tutkinto yliopistossa, esimerkiksi preventiivisessä hoitotieteessä tai kansanterveystieteessä. Lisäksi on luotava erityispätevyyskysymysten tai vastaavan erikoistumisen avulla mahdollisuus syventää asiantuntemusta erilaisista toiminnallisista kokonaisuuksista, kuten neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä ikääntyneiden terveydenhoidosta. Terveysteskuksissa työntekijöiden osaamista on seurattava ja tuettava osaamiskartoitusten ja kehityskeskustelujen sekä konsultaatiomahdollisuuksien avulla.

Terveystenhoitajien ja lääkäreiden riittävä määrä terveysteskuksissa on ehkäisevien palvelujen toimivuuden keskeinen edellytys. Ehkäisevän työn voimavaroja leikattiin monessa kunnassa 1990-luvun laman jälkeisinä aikoina, eikä kaikissa kunnissa ole vieläkään päästy lamaa edeltävälle tasolle. Vuonna 2010 kunnallisessa terveydenhuollossa toimi THL:n tilastojen mukaan noin 6100 terveydenhoitajaa (Ailasmaa 2011). Kuntien peruspalvelujen valtionosuuksia on vuodesta 2010 lähtien korotettu asetuksen 338/2011 toimeenpanemiseksi ja terveydenhoitajien, lääkäreiden ja suun terveydenhuollon henkilöstön rekrytoimiseksi. Terveystenhoitajia onkin rekrytoitu lisää lasten ja nuorten ehkäiseviin terveystpalveluihin, ja heidän määränsä vastaa aikaisempaa paremmin kansallisia mitoitus suosituksia. Lääkäreiden rekrytointi on ollut vaatimattomampaa, ja heistä on edelleen suuri pula.

Terveystenhoitajan ja lääkärin työnjaon ja yhteistyön kehittämiseen sisältyy paljon mahdollisuuksia. Hoitotyön henkilöstön laajennettuja tehtäväkuvia on kehitetty 2000-luvun puolivälistä lähtien (esim. Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Terveystenhoitajan laajennettu tehtäväkuva voi sisältää muun muassa alkuraskauden ultraäänitutkimuksen tekemisen, uhkaavan keskenmenon arvioinnin, kierukan laitton ja synnytyksen jälkitarkastuksen. Vuonna 2010 sairausvakuutuslainsäädän-

töön tehdyn muutoksen jälkeen kättilön tai terveydenhoitajan tekemä säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus oikeuttaa vanhempainpäivärahaan. Myös rajattu lääkkeenmääräämisoikeus ja laajojen terveystarkastusten toteuttaminen muuttavat terveydenhoitajan ja lääkärin työnjakoa sekä yhteistyötä. Ammattikorkeakoulut ovat järjestäneet laajennettujen tehtäväkuvien edellyttämää koulutusta.

Lopuksi

Uusi edellä kuvattu lainsäädäntö velvoittaa väestön terveyden varsin laaja-alaiseen edistämiseen sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa ja tukee ehkäisevien palvelujen kehittämistä. Vaikka terveyden edistämisen asema on selvästi vahvistunut 2000-luvulla, tarvitaan terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen tarkoituksenmukaisten rakenteiden ja voimavarojen kehittämiseen aikaa. Terveydenhoitaja on asemoitunut hyvin pitkän kokemuksensa ja koulutuksensa ansiosta tähän lähestymistapaan, mutta uudet haasteet ovat synnyttäneet tarpeen työn arviointiin ja kehittämiseen. Terveydenhoitajalla on ainutkertainen asema lähes koko väestön terveyden vaalijana ja mahdollisuus vaikuttaa myönteisesti väestön terveyteen ja terveyden voimavaroihin. Terveydenhoitajan työ tarvitsee tuekseen asiantuntevia johtajia ja nimettyjä vastuuhenkilöitä, jotka luovat riittävät toimintaedellytykset ehkäisevälle työlle ja toimivat terveyden edistämisen puolestapuhujina kuntien monisektorisessa työssä (ks. myös STM 2009). Kehittyvät tieto- ja seurantajärjestelmät auttavat seuraamaan ehkäisevän työn tuloksia ja tukevat terveydenhuollon suunnan osoittamista ja resurssien kohdentamista.

Lähteet

- Ailasmaa, Reijo (2011) Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö. Tilastoraportti 28/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja (2005) Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Selvityksiä 22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana & Saaristo, Vesa & Hastrup, Arja & Rimpelä, Matti (2008) Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Raportteja 21/2008. Helsinki: Stakes.
- Halme, Niina & Perälä, Marja-Leena & Laaksonen, Camilla (2010) Yhteistyöinterventtioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Raportti 10/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hietanen-Peltola, Marke & Honkala, Arto & Kivimäki-Sumrein, Marika & Puro, Markku 2010 perhekeskeinen kouluterveydenhuolto. Loppuraportti. Hanke 041/ESLK/LK/2007. 1.5.2007–31.10.2009.
- Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katriina (2008) Dialogisuus, ratkaisukeskeisyys ja moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Haarala, Päivi & Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 106–131.
- Houston, Anna & Cowley, Sarah (2002) An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. Journal

- of Clinical Nursing 11, 640–650.
- Hukkanen, Eija & Vallimies-Patomäki, Marjukka (2005) Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteen työntekijöiden koulutuksesta. Selvityksiä 21/2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kettunen, Tarja & Poskiparta, Marita & Karhila, Päivi (2002) Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14(5), 213–222.
- Kiiskinen, Unto & Vehko, Tuulikki & Matikainen, Kristiina & Natunen, Sanna & Aroma, Arpo (2008) Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Julkaisu* 1/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Long, Ann & McCarney, Shane & Smyth, Gladys & Magorrian, Noreen & Dillon, Audrey (2001) The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing* 34(5), 611–620.
- Paananen, Reija & Santalahti, Päivi & Wahlbeck, Kristian & Gissler, Mika (2011) Life-course risk factors for mental health problems in the 1987 Finnish Birth Cohort. *European Journal of Public Health*. 21 (suppl 1), 10–278. doi: 10.1093/eurpub/ckr119
- Pajulo, Marjukka & Suchman, Nancy & Kalland, Mirjam & Sinkkonen, Jari & Helenius, Hans & Mayes, Linda (2008) New residential treatment intervention for substance-abusing mother-baby pairs: role of maternal reflective ability in treatment outcome. An introduction of the approach and pilot study. *Journal of Pre and Perinatal Psychology and Health* 23(1), 13–31.
- Pelkonen, Marjaana & Hakulinen, Tuovi (2002) Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202–212.
- Perälä, Marja-Leena & Halme, Nina & Hammar, Teija & Nykänen, Sirpa (2011) Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohdattajien näkökulmasta. Raportti 29. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.
- Puura, Kaija (2003) Terveystieteen hoitaja varhaisen vuorovaikutuksen tukijana. Teoksessa Niemelä, Pirkko & Siltala, Pirkko & Tamminen, Tuula (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 475–487.
- Rimpelä, Matti & Wiss, Kirsi & Saaristo, Vesa & Happonen, Hanna & Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja (2007) Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Työpapereita 32/2007. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, Matti & Happonen, Hanna & Saaristo, Vesa & Wiss, Kirsi & Rimpelä, Arja (2008) Äitiys- ja lastenneuvoloitten sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat. Raportteja 40/2008. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, Matti & Saaristo, Vesa & Wiss, Kirsi & Ståhl, Timo (2009) Terveystieteen edistäminen terveystieteen tutkimuksissa 2008. Raportteja 19/2009. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.
- Rintanen, Hannu (2000) Terveystieteen ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäntilanteissa. *Acta Universitatis Tampereensis* 740. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Solantaus, Tytti & Paavonen, Julia & Toikka, Sini & Punamäki, Riitta-Liisa (2010) Preventive interventions in families with prenatal depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry* 19, 883–892.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystieteen 2015 -kansanterveysohjelmasta. *Julkaisu* 2001:4. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a) Kansallinen terveystieteen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. *Julkaisu* 2008:16. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2008–2011. *Julkaisu* 2008:6. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008c) Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Selvityksiä 24. Helsinki
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009) Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. *Julkaisu* 18.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010) Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpiteiden ehdotukset. Selvityksiä 26/2010. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. *Julkaisu* 2012:1. Helsinki.
- Ståhl, Timo & Saaristo, Vesa (2011a) Neuvo-

- latoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. Raportti 21/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ståhl, Timo & Saaristo, Vesa (2011b) TEA-viisari 2010: Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. Raportti 35/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2010) Pohjoismaiset perinataalitulostat. Tilastoraportti 14.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011) Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Toim. Päivi Mäki & Katja Wikstöm & Tuovi Hakulinen-Viitanen & Tiina Laatikainen. Opas 14. Helsinki.
- Valvira (2011) Valviran ja aluehallintovirastojen kysely terveystieteiskeskuksille asetuksen 380/2009 toimeenpanosta. Tulokset. Julkaisematon kooste. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

30 Terveyden edistäminen lääkärin työssä

Terveiden edistäminen on osa terveyspolitiikkaa, sillä sen tavoitteet ja toimintamahdollisuudet määritellään poliittisessa järjestelmässä. Kyse on koko väestöä koskevista yhteiskunnallisista toimista ja päätöksistä. Julkinen sektori osallistuu laajasti terveyden edistämiseen kaavoituksesta erikoissairaanhintaan, mutta tätä ei aina huomata poliittisia ratkaisuja tehtäessä. Mukana voi toimia kolmas sektori ja esimerkiksi yritysmaailma. Terveyden edistämisen areenoita voivat olla muun muassa koulut, työpaikat ja kyläyhteisöt. Suomen terveydenhuoltolaissa (2010) terveyden edistäminen on kuvattu laajana toimintana, josta terveydenhuolto vastaa vain osaltaan. Yhteistyöprosessit eri toimijoiden kesken ovat aikaa vieviä, eikä tuloksia voida osoittaa välittömästi. Kaikkien toimijoiden panos on tärkeä, eikä kukaan alan tai hallinnonalan ammattilainen voi olla ainoa tietäjä terveyden edistämässä.

Ihmisen terveyden edistämisen tavoitetta ohjaa hänen terveystietämyksensä, ja eri ammattilaisilla on lisäksi oman ammattinsa viitekehys. Lääkäri näkee terveyden edistämisen sisällön lääketieteellisestä näkökulmasta sairauksien ehkäisynä, hoitoon ohjauksena ja käypänä hoitona, käyttäytymistieteilijä asenteiden ja toimintojen muuttamisena terveyttä edistävään suuntaan, kasvatustieteilijä koulutuksen ja kasvatuksen avulla tapahtuvana muutoksena. Hoitotieteilijä korostaa terveyden säilyttämistä ja edistämistä, sairauksien ehkäisemistä ja parantamista ja voimaantumista elämään sairauden kanssa, sosiaalitieteilijän mielestä ehkä sosiaalisten verkostojen aktivointi ja elinolojen muuttaminen ovat tärkeitä, ja taloustieteessä nähdään esimerkiksi, että terveyteen vaikuttaa tasapainoinen ja turvallinen ekosysteemi ja että terveysriskit ovat suhteellisia, ja kaikella tekemisellä on hintansa. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007.) Mikään näistä näkökulmista ei ole oikeampi kuin toinen, koska ne kaikki nousevat ihmiselämän moninaisuudesta. Siksi moniammatillinen ja monialainen lähestyminen tuo todennäköisesti parhaat tulokset ihmisen ja yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin parantajana.

Terveyden edistämisen laaja toimintakenttä

Terveydenhuolto on maailmanlaajuisesti keskittynyt enemmän sairauksien hoitamiseen kuin terveyden edistämiseen (WHO 2008). Yhteiskunnallinen osallistumi-

nen ja sektorien välinen toiminta koetaan usein vieraana terveydenhuollossa (Gilham 2008). Viime vuosina on etsitty tasapainoa parantavan, sairauksia identifioivan ja hoitavan lääketieteen sekä toisaalta terveyden edistämisen laaja-alaisten toimintojen välillä. Yhteistyöllä on myös saavutettu tuloksia (WHO 2008).

Terveyden edistämisellä on vahva perinne lääkärin työssä. Perusterveydenhuoltoa koskevassa Alma Atan julistuksessa (WHO 1978) pidetään terveyden edistämistä olennaisena asiana taloudellisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen kehityksen luomisessa sekä samalla elämänlaadun ja maailmanrauhan edistämisessä. Ottawan julistuksessa (WHO 1986) todettiin, ettei terveyden edistäminen kuulu yksin terveydenhuololle, vaan myös muille hallinnonaloille. Julistuksessa listattiin terveyden edistämisen viisi tärkeää toimintalinjaa:

- ▶ terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka
- ▶ terveellisten ympäristöjen aikaansaaminen
- ▶ yhteisöjen toiminnan tehostaminen
- ▶ henkilökohtaisten taitojen kehittäminen
- ▶ terveystalouden uudelleensuuntaaminen.

Kummarkaan julistuksen sanoma ei ole toteutunut, ja molempien tavoitteet ovat poliittisessa myllerryksessä osin vesittyneet (Yach 2001; Leppo 2010).

Salutogeenisestä eli terveyslähteisestä terveyden edistämisen mallista keskusteltiin Ottawan julistuksen aikaan, mutta malli jäi primaaripreventioon panostamisen alle. Aaron Antonovskyn (1987) salutogeeninen teoriall malli keskittyy terveyttä ylläpitävien tekijöiden tunnistamiseen. Mallin keskeisiä käsitteitä ovat selviytymisvoimavarat ja valmius hyödyntää niitä päämäärän saavuttamiseksi. Mallin kehittäjä kutsuu tätä valmiutta koherenssin tunteeksi, joka on joissain yhteyksissä suomennettu käsitteeksi elämänhallinta. Käännös ei kuitenkaan ole täysin onnistunut, sillä koherenssin tunteeseen sisältyvät hallinnan lisäksi myös ymmärrettävyyden ja mielekkyyden osa-alueet. Ihminen, jolla on vahva koherenssin tunne, kokee ympäröivän maailman jäsentyneeksi, käsiteltävissä ja vaikuttavissa olevaksi sekä tarkoituksenmukaiseksi. Ihmiset, joilla on vahva koherenssin tunne, kykenevät toimimaan muun muassa terveyttään edistävästi (Wainwright ym. 2007; 2008). Terveydenhuollon näkökulma terveyden edistämiseen saattaisi tänään olla erilaista, jos 25 vuotta sitten olisi voimakkaammin korostettu ihmisen omia positiivisia voimavaroja ja toimia terveyden ylläpitämiseksi. Lääkäreiden ja usein myös muun terveydenhuoltohenkilöstön on vaikeaa ”oppia pois” patologiasta ja siirtyä salutogeesiin.

Terveyden edistämistä pidetään lääkärin työn määritelmässä tärkeänä osana. Arvostettu The CanMeds -koulutusohjelma (The CanMeds Framework 2011) mainitsee terveyden edistämisen yhtenä lääkärin työn keskeisistä osaamisalueista ja määrittelee sen yksittäisen potilaan terveystarpeista huolehtimisena, mutta myös yhteisön terveystarpeisiin vastaamisena, väestönsä terveyden tunnuslukujen tunnis-

tamisena ja sekä yksittäisten potilaiden, yhteisöjen että väestön terveyden edistämisenä. Samojen osa-alueiden hallitsemista perätään Suomen terveydenhuoltolaissa.

Aiemmat lääkärin työn määritelmät (WONCA World 1991; WHO Europe 1998) eivät nosta terveyden edistämistä riittävästi esille yleislääkärin työssä, mutta tuoreemmat WONCA:n Euroopan osaston määritelmät (Wonca Europe 2011) korostavat yleislääkärin työssä sekä terveyden edistämistä että yhteisön terveystarpeiden identifiointia ja laaja-alaista vaikuttamista. Kesällä 2011 yleislääkärin työn määritelmään lisättiin sana empowerment – voimaantuminen. Suomessa yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksessa noudatetaan WONCA:n esittämää eurooppalaista mallia.

Lääkärin työ terveyden edistämässä Suomessa

Lääkäri yhteisön terveyden edistäjänä

Lääkäri on yksi terveydenhuollon avaintoimijoista. Suomessa terveydenhuollon ja erityisesti lääkärin tehtävät laaja-alaisessa terveyden edistämässä ovat jääneet suurelta osalta yksilöihin ja yksittäisiin perheisiin kohdistuvan ennaltaehkäisytyön varjoon. Kunnallisilla terveyskeskuksilla ja niiden johdolla on vaihtelevia käsityksiä siitä, miten terveyskeskukset voivat edistää väestön terveyttä. Erilaiset käsitykset kuvastavat sitä, että terveyden edistämisen tulkinta ei ole vakiintunut edes ammattihenkilöstön keskuudessa (esim. Rimpelä ym. 2009). Matti Rimpelän mukaan terveyskeskuksissa annetaan terveyden edistämälle suhteellisen vähän painoa. Terveystieteiden erikoislääkäreinä toimineiden kunnanlääkärin ja lääninlääkärin päätehtävät, yleisen terveyden- ja sairaanhoidon valvominen ja edistäminen, näyttävät hävinneen kansanterveyslain jälkeisenä aikana kliinisen, vain sairauksia hoitavan lääketieteen alle. Terveystieteiden paikallinen johtaminen siirrettiin 1980-luvulta lähtien yleislääketieteen erikoislääkäreille, joiden koulutuksessa on vain vähän väestötasoisesta kansanterveystyöhön ja terveyden edistämiseen perehtymistä (Rimpelä ym. 2009). Osittain samanlainen tilanne syntyi Norjassa, missä terveyden edistämistyö jäi kliinisen työn jalkoihin 1990-luvulla (Pettersen & Johnsen 2005). Lainsäädännössä korostettiin ennalta ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen merkitystä, mutta tilanne kentällä kääntyi päinvastaiseksi. Paikallista terveyden edistämistoimintaa eri viranomaisten yhteistyönä ei kyetty luomaan, sillä moniammatillisen yhteistyön menetelmiä ei omaksuttu (Pettersen & Hofoss 2007).

Perhe- tai yhteiskuntanäkökulma terveyden edistämiseen jää lääkärin ja koko terveydenhuollon työssä helposti sivuun. Sivuuun jää myös yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Vaikka laaja-alaisen terveyden edistämisen toimenpiteitä on toistuvasti lainsäädännössä määritetty kuntien tehtäväksi, ne näyttävät jääneen eri syistä vähälle huomiolle. Kansanterveystyön, perusterveydenhuollon, terveyskeskusten sen paremmin kuin erikoissairanhoidonkaan tehtäviä terveyden edistämässä ei ole pohdittu riittävästi, eikä niillä ole valtion ohjauksella vahvistettua sisältöä. Terveyden

edistäminen voi jäädä myös ajankohtaisten ongelmien, lääkäripulan tai kunnallisen itsemääräämisoikeuden monimutkaisuuden alle. Potilastietojärjestelmätkään eivät tue systemaattista ennaltaehkäisyä (Koskela ym. 2011).

Elinympäristö voi auttaa ehkäisemään sairauksia ja edistämään terveyttä tarjoamalla esimerkiksi hyviä mahdollisuuksia ja virikkeitä liikkumiseen ja sosiaaliseen yhdessäoloon. Ympäristöterveydenhuollon tehtävät ovat kuitenkin muiden kuin lääkärin työkenttää suurimmassa osassa Suomen kuntia, ja alan tutkimuskin on keskittynyt ilman, veden ja maaperän saastumiseen kytkeytyviin fyysisiin terveyshaittoihin. Ihmiset elävät kuitenkin moniulotteisessa ympäristössä, jossa fyysisten ja kemiallisten ympäristötekijöiden ohella terveyteen vaikuttavat kokemukselliset, psyykkiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät. (Korpela ym. 2001.) Lääkärinä tarvitaan tuomaan tietoa näiden tekijöiden merkityksestä terveydelle.

Terveyden edistäminen on vahvasti tulossa myös erikoissairaanhoidon tehtäväkenttään. Monesti ollaan sekundaariprevention eli varhaisen diagnostiikan ja hyvän hoidon alueella tai tertiäriprevention alueella, missä kuntoutuksen keinoin yritetään estää toimintakyvyn lasku. Mukana tulee kuitenkin olla yhä enemmän voimaantumiseen tähtäävää potilasneuvontaa ja ohjausta sekä itsehoidon vahvistamista. Kansainvälinen Terveyttä edistävät sairaalat (Health Promoting Hospitals, HPH) -yhdistys on perustettu 1990. Toimintaan kuuluu tätä nykyä yli 700 sairaalaa 28 maasta. Toiminnalla on kuusi päälinjaa:

- ▶ omakohtainen terveyden edistäminen
- ▶ yhteistyössä tapahtuva terveyden edistäminen
- ▶ toimintaympäristön terveellisyyden vahvistaminen
- ▶ terveyden edistäminen sairauksien hoidossa
- ▶ terveyttä edistävän elämäntavan kehittäminen
- ▶ osallistuminen koko väestön terveyden edistämiseen.

Terveyttä edistävissä sairaalassa myös lääkärin on pyrittävä järjestelmällisesti tehostamaan terveyden edistämisen toimintaa, jotta sairaalaan sijoitetut resurssit tuottavat väestölle mahdollisimman suuren terveyshyödyn. Samalla sairaala osaltaan voi olla tukemassa muualla terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa tehtävää ehkäisevää terveystyötä (WHO Health Promoting Hospitals 2011). Suomalaisen tutkimuksen (Kotisaari ym. 2011) mukaan terveyden edistäminen sairaaloissa edellyttää, että se nähdään hyväksyttynä ja vaikuttavana toimintatapana läpi koko organisaation. Erikoissairaanhoidon voi parantaa terveysneuvonnan vaikuttavuutta ottamalla sen osaksi potilaiden hoitoa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tarvitsevat yhteistä näkemystä siitä, millaisia konkreettisia toimia ja kustannuksia terveyden edistämisen sisällyttäminen erikoissairaanhoidon prosesseihin vaatii.

Terveydenhuolto on saatava mukaan kuntien hyvinvointiohjelmien laadintaan ja niiden tavoitteiden toteutumisen seuraamiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, tarvittavat toimenpiteet ja hyvinvointi- ja terveyssoittimien laa-

dinta onnistuvat laajassa yhteistyössä. Myös lääkäreitä tulee olla mukana tuomassa ehkäisevän terveydenhuollon asiantuntijuutta. Laki edellyttää, että kunnissa annetaan voimavarat havaittujen puutteiden korjaamiselle. On tärkeää, että lääkärit arvioivat, mistä kuntalaisten terveys ja hyvinvointi hyötyvät eniten ja vaikuttavasti. Lääkärin velvoite ja eettinen oikeutus tähän työhön tulee lainsäädännöstä (esim. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Lääkäri on paitsi lääketieteen myös terveydenhuollon ja sen rakenteiden asiantuntija, ja siksi hänen osaamistaan tarvitaan määrittämään, missä ovat normaaliuden rajat ja missä toisaalta tarvitaan hoitollista tai muuta puuttumista tai väliintuloa.

Työvälineitä laaja-alaiseen terveyden edistämiseen ja terveystarkkohtien huomioimiseen päätöksenteossa on olemassa ja ne on otettava käyttöön. Näiden työvälineiden käyttö edellyttää laaja-alaista osaamista ja terveydenhuollon osaajien, myös lääkärin, osallistumista arviointityöhön, jotta poliittista päätöstä varten saadaan huolellisesti etukäteen valmisteltuja ja näyttöön perustuvia tietoja. Suomessa lääkärin ja koko terveydenhuollon on muutettava toimintansa suuntaa, sillä terveydenhuoltolaisissa on asetettu tiukat vaatimukset kunnan ja kuntayhtymien moniammatilliselle yhteistyölle. ”Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin” (Terveydenhuoltolaki 2010). Tähän terveystarkkohtien arviointityöhön on ulkomaisista työvälineistä kehitetty Suomen järjestelmään sopivia työvälineitä (THL 2010).

Kaikkia elämän aloja ei saa medikaloida, mutta silti on velvollisuus puuttua sellaisiin terveyden ja hyvinvoinnin epäkohtiin, joihin on ehkäisy- tai hoitomahdollisuus ja joiden hoitaminen on inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavaa. Paljon keskustellaan myös siitä, kuinka pitkälle ja kuinka toistuvasti on lupa puuttua potilaan elämään ja hänen terveystottumuksiinsa. Väitteet terveysterrorismista nousevat herkästi esiin. Siksi lääkärin ja muidenkin terveydenhuollon työntekijöiden on pystyttävä aikaisempaa paremmin motivoimaan potilaita ja asiakkaita näiden oman elämäntilanteen, voimavarojen ja käsitysten pohjalta parempaan hyvinvointiin, jossa terveys on yksi keskeinen osatekijä. (Serkkola 1998.)

Yksilön ja perheen terveyden edistäminen

Lääkärille on oman työnsä hoitamiseksi suurta etua, jos hän on itse sisäistänyt terveydestä ja sen edistämisestä mahdollisimman laajan kuvan, koska silloin hän pystyy jo omalla toiminnallaan auttamaan potilaitaan tai hänen apuaan pyytäneitä, esimerkiksi virkamiehiä. Lääkärin panos on merkittävä ehkäisevän terveydenhuollon toimipisteissä, neuvoloissa, kouluissa ja työpaikoilla terveydenhoitajan tukena ja konsulttina. Yksittäisissä hoitokontakteissa lääkärit neuvovat potilasta lähinnä ennaltaehkäisyn ja riskin arvioinnin näkökulmasta. Potilaalle on tärkeää myös kahdenkeskisissä vastaanottokontakteissa, että lääkäri ohjaa häntä samoin periaattein

kuin muukin henkilökunta. Yhdensuuntainen informaatio lisää luottamusta ja tuo esille asian tärkeiden.

Suomalaisten lääkärien käytännöistä terveyden edistämisessä on hyvin vähän tietoa, mutta todennäköisesti toimimme pohjoismaisten ja eurooppalaisten lääkärien tapaan. Carlos Brotons työryhmineen tutki 11 maan yli 2 000 asukkaan väestöä hoitavien yleislääkäreiden käsityksiä ja havaitsi, että lääkärien tietopohja ja käytännöt motivoida terveellisiin elämäntapoihin ja ennaltaehkäisyyn olivat kaukana toisistaan. Ennaltaehkäisy oli vaikeaa 60 prosentin mielestä, mutta tärkeää lähes kaikkien mielestä. Tupakoivat lääkärit neuvoivat luopumaan tupakasta tupakoimattomia lääkäreitä vähemmän. Paljon liikkuvat lääkärit neuvoivat ihmisiä liikkumaan. (Brotons ym. 2005.)

Lääkärin työhön on tuotu uusia menetelmiä, esimerkiksi lääkärin kirjoittamat liikunta- ja kulttuurireseptit. Ruotsista on saatu hyviä kokemuksia liikuntareseptistä, joihin on liitetty muidenkin paikallisten toimijoiden, kuten kuntokeskusten ja kuntatason toimia. Liikuntatottumukset korjaantuvat, jos niihin liittyy taloudellisenkin bonus lääkärin neuvojen lisäksi (Persson ym. 2010). Virosta on tuoreita tutkimustuloksia, joiden mukaan lääkärit puuttuvat aktiivisesti potilaidensa liikuntatottumuksiin (Suija ym. 2010). Suomalaistenkin tutkijoiden mukaan liikuntaresepti toimii yhteistyöllä. Liikuntaresepti on väline liikuntaneuvontaan lääkärin vastaanotolla, ja se käynnistää palveluketjun, jossa voidaan hyödyntää useita ammattilaisia kustannustehokkaasti. Ajankohtainen haaste on liikuntatietojen liittäminen sähköiseen potilaskertomukseen. Kaikessa tässä työssä tarvitaan paikallisia hyvin koordinoituja kehittämishankkeita, joissa vahvistetaan yhteistyötä terveydenhuollon ja liikunta-alan ammattilaisten kanssa (Toropainen ym. 2010).

Mini-interventio alkoholin liikakäytön havaitsemisessa ja ennaltaehkäisyssä on toimiva ja tärkeä tapa edistää terveyttä. Alkoholilla on suuri osuus esimerkiksi väestöryhmien välisissä terveyseroissa. Vaikka menetelmää on ollut vaikea juurruttaa suomalaisen terveydenhuoltoon, tuoreen väitöskirjatutkimuksen mukaan asenteet terveydenhuollossa olisivat muuttuneet sille myönteisemmiksi (Kääriäinen 2010). Erityisesti alkoholin riskikäytön varhaisvaiheissa olisi syytä puuttua tilanteeseen.

Viime vuosikymmeninä on noussut esiin terveysriskien lääkkeellinen hoitaminen. Aikaisemmin potilas tuli lääkärin luokse hakemaan apua ongelmaansa. Nykyään lääkäri tarjoaa potilaalle ongelmassa auttamisen sijaan havaitsemansa riskin hoitamista. Itsensä terveeksi tunteva potilas kuulee ehkä sairastuvansa ja joutuu pohtimaan tätä tietoa. Potilaalle voi olla riski, että hän saa kuulla terveysriskistään. Lääkäri voi ohjeillaan ja elämäntapamuutoksien ehdottamisella saada aikaan niin sanotun nocebo-efektin: potilaan vointi heikkenee riskin tunnistamisen takia. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää, että lääkäri keskustelee potilaan kanssa ymmärrettävällä kielellä. Potilaan tulee tehdä valintansa oikeiden tietojen valossa. Riskin hoitamisen hyötyjä esitetään usein suhteellisen riskin muutoksina, mikä saattaa antaa potilaalle virheellisen mielikuvan. Riskin esittäminen kuvin on usein ymmärrettävämpää kuin numeroin. Lääkärin kommunikaatio vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen (Goodyear-Smith ym. 2011). Potilaalle pitää kertoa ymmärrettävällä tavalla, silläkin

uhalla, että primääripreventiolääkkeitä käytettäisiin vähemmän (Trewby 2011). Lääkärin on myös aktiivisesti opiskeltava, kuinka riskistä kommunikoidaan.

Terveyden edistämisen haasteet tulevaisuuden lääkärin työssä

Lääkärikoulutus on edelleen hyvin sairauskeskeistä. Vuosina 1997–2006 Suomessa valmistuneista lääkäreistä vain 24 prosenttia koki terveyden edistämiseen lääkärin peruskoulutuksen aikana saamansa valmiudet sairaalassa ja 30 prosenttia terveyskeskuksissa melko tai erittäin hyväksi (Heikkilä ym. 2009). Suomalainen tuore opiskelijanäkökulma kertoo viidennen vuoden opiskelijoista vain 38 prosentin pitävän terveyden edistämistä tärkeänä perusterveydenhuollon työssä (Kuikka ym. 2012).

Rimpelä mainitsee tutkimuksessaan (2009) yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen vähäisen kansanterveyden edistämisen osuuden. Vuonna 2011 tehty yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen valtakunnallinen arviointi näyttää tukevan tätä käsitystä (Heikkilä 2012). Valtakunnallisessa kyselyssä sekä jo erikoistuneet että erikoistujat kokivat koulutuksensa aikana saaneensa tämän alueen valmiuksia muita osaamisalueita heikommin. (Heikkilä 2012)

Kokeneidenkin lääkärin osaaminen terveyden edistämässä on usein potilastilanteissa vähäistä. Terveyden edistämiseen liittyvä täydenniskoulutus ei ole ollut lääkärin näkökulmasta keskeistä eikä toiminta terveyden edistämistyön parissa ole ollut kovin haluttua. Uudet asetustasoiset määräykset ja laatusuositukset lastenneuvolasta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ohjannevat tilannetta hiukan parempaan suuntaan. Mutta terveyden edistämistä tarvitaan muuallakin. Käytännön arkipäivän työssä potilasta neuvotaan ehkä holhoavasti ja määräävästi. Saman, potilaan jo moneen kertaan kuuleman tiedon toistaminen, uhkailu, pelottelu, muiden vastaanotolle ohjaaminen, potilaan moittiminen ja välinpitämättömäksi jääminen ovat käytössä yksilökohtaisessa neuvonnassa. Harva muuttaa taktiikkaansa esimerkiksi motivoivan neuvonnan suuntaan (Botelho 2004). Eurooppalaisten lääkärin keskuudessa tehty tutkimus kertoo, että suurimmiksi ongelmiksi koettiin liiallinen työmäärä ja se, ettei terveyden edistämistä palkita ja korvata yhtä hyvin kuin sairauden hoitoa (Brotons ym. 2005).

Terveyden edistämässä lääkärin tulee muuttua ”parantajasta” ja neuvojen jakajasta motivoivaksi ja kannustavaksi ”valmentajaksi” tai ”kanssakulkijaksi”. Useimmilla potilailta on nykyisin riittävästi tietoa terveistä elämäntavoista. Lääkäri ei voi olettaa, että terveellisellä vaihtoehdolla olisi potilaan elämässä aina tärkeä merkitys. Lääkärin tuleekin testata potilaan muutosvalmiutta ja luottamusta muutoksen onnistumiseen. Potilaan kanssa tulee neuvotella asteittainen, potilaan elämäntilanteeseen sopiva, mahdollinen ja konkreettinen muutosprosessi. Epäterveellinen elämäntapa on saattanut auttaa potilasta selviytymään. Epäterveellisten tapojen karsiminen ei onnistu, ellei potilas saa uutta näkökulmaa tai apua elämäänsä. On myös hyväk-

syttävä takaiskut muutosvaiheen aikana. Tarvitaan kannustusta, voimavarojen kartuttamista ja potilaan voimaantumista niin, että hän ottaa vastuun omasta terveydestään. (Botelho 2004.)

Lääkäri tukeutuu potilaan yksittäisen ongelman kohdalla helposti muihin ratkaisuihin kuin terveyden edistämiseen. Potilaan elämäntilanteeseen puuttuminen ja hänen oman näkökulmansa huomioon ottaminen vie aikaa. Lääkkeen määrääminen sujuu helpommin, nopeammin ja palkitsee enemmän suoritteina ja usein jopa taloudellisesti.

Terveydenhuollon tekemisiä ja niiden laatua mitataan monin menetelmin. Menetelmät eivät kovinkaan usein pysty mittaamaan niin sanottujen pehmeiden toimintojen, kuten terveystyöskäytännöistä tai potilaan elämäntilanteesta puhumisen toteutumista vastaanotolla, tosin kokeiluja tähänkin suuntaan ollaan tekemässä (Strandberg ym. 2011). Mielenkiintoinen kysymys on, miten uusi avohoidon ilmoituskäytäntö (Tuomola 2012) tukee esimerkiksi elämäntapaneuvontaa.

Moni lääkäri pohtii terveyden edistämistä myös resurssien näkökulmasta. Onko taudin ehkäiseminen edullisempaa kuin sairauden hoitaminen, ja onko oikein käyttää aikaa ja resursseja terveyden edistämiseen, jos sairaudet jäivät hoitamatta? (Weingarten & Matalon 2010). Eettisiä kysymyksiä herää erityisesti silloin, jos suuren osan väestöstä arvioidaan tarvitsevan terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvoja, apua tai toimenpiteitä. Luokitellaanko terveitä ihmisiä sairaiksi vain riskin arvioinnilla, tutkijat kysyvät (Getz ym. 2003). Lisää eettisiä kysymyksiä nousee, kun geenitestit tulevat aiempaa merkittävämmiin suuren yleisön saataville (Vierula 2011). Kuka osaa ja ehtii selvittää testien todellisen merkityksen tai merkityksettömyyden testatulle yksilölle? Yksilöhoitoon koulutettua lääkäriä saattaa häiritä myös se, että riskitekijöiden väheneminen väestössä näkyy sairastavuuden pienenemisenä, mutta ei välttämättä estä yksilöä sairastumasta (Rose 2001).

Tärkeimpiä tulevaisuuden haasteita on saada lääkärit mukaan aikaisempaa enemmän laaja-alaiseen terveyden edistämistoimintaan. Koulutuksen korjaamisen lisäksi tulee löytyä myös muita keinoja. Yhtenä mahdollisuutena lisätä lääkärin laaja-alaista terveyden edistämistyötä on poliittiseen osallistumiseen ja esimerkiksi julkiseen keskusteluun kannustaminen sekä toimiminen sosiaalisissa viestimissä. Lääkärin kannattaa pyrkiä yleistajuisten tekstien kirjoittamiseen, koska tätä kautta tavoitetaan suurempi kohdeyleisö (Mustajoki 2005). Lääketieteestä ja ihmisten terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä yleistajuisesti kirjoittamisesta on esimerkkinä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin luoma terveystietokirjasto. Se on nykyisin monen suomalaisten käytössä ja tarjoaa tutkittua tietoa sairauksien ehkäisystä, mutta myös elämäntilanteesta ja onnellisuudesta.

Tulevaisuuden pohtimisesta kannattaa kuitenkin lopuksi palata suomalaisen pitkän linjan terveyden edistämisen asiantuntijan jo vuonna 1988 esittämään lausumaan, jonka mukaan terveydenhuollon ja myös lääkärin ”tehtävä on tukea ihmisiä ja auttaa heitä näkemään vaihtoehtoja oman ja yhteisönsä terveyden edistämises-

sä” (Vertio 1988). Tämä sopii ohjeeksi sekä nykyisille että tulevien vuosikymmenien lääkäreille.

Lähteet

- Antonovsky, Aaron (1987) *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Botelho, Richard J. (2004) *Motivational Practice. Promoting Healthy Habits and Self-Care for Chronic Diseases*. New York: MHH Publications.
- Brotons, Carlos & Björkelund, Celia & Bulc, Mateja & Ciurana, Ramon & Godycki-Cwirko, Maciek & Jurgova, Eva & Kloppe, Pilar & Lionis, Christos & Mierzecki, Artur & Piñeiro, Rosa & Pullerits, Liivia & Sammut, Mario R & Sheehan, Mary & Tataradze, Revaz & Thireos, Eleftherios A & Vuchak, Jasna & EUOPREV network (2005) *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe*. *Preventive Medicine* 40(5), 595–601.
- Getz, Linn & Sigurdsson, Johanna A. & Hetlevik, Irene (2003) *Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?* *British Medical Journal* 327(7413), 498–500.
- Gillam, Stephen (2008) *Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?* *British Medical Journal* 336(7643), 536–8.
- Goodyear-Smith, Felicity & Kenealy, Timothy & Wells, Susan & Arroll, Bruce & Horsburgh, Margaret (2011) *patients’ preferences for ways to communicate benefits of cardiovascular medication*. *Annals of Family Medicine* 9(2), 121–7.
- Heikkilä, Teppo (2012) *Valtakunnallinen yleislääketieteen erikoislääkäriskoulutuksen arviointi 2010–2011. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 78/2012*. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri.
- Heikkilä, Teppo & Vänskä, Jukka & Hyppölä, Harri & Halila, Hannu & Virjo, Irma & Mattila, Kari J. & Kujala, Santero & Isonkoski, Mauri (2009) *Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille*. *Julkaisuja 2009:19*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, täydennykset 30.12.2010/1327
- Korpela, Kalevi & Päivänen, Jani & Sairinen, Rauno & Tienari, Satu & Wallenius, Marjut & Wiik, Maarit (2001) *Melukylä vai mansikkapaikka. Asukkaiden ja asiantuntijoiden näkemyksiä asuinalueiden terveellisyydestä*. Ympäristöministeriö, SY 467. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Koskela, Tuomas & Nykänen, Irma & Kumpusalo, Esko (2011) *Potilastietojärjestelmät eivät tue systemaattista ennaltaehkäisyä*. *Tuloksia EPA Cardio -tutkimuksesta*. *Suomen Lääkärilehti* 66(19), 1581–5.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Aalto-Kallio, Mervi & Mikkonen, Nella & Nykyri, Päivi & Parviainen, Heikki & Saikkonen, Paula & Tamminiemi, Kaarina (2007) *Rajoilla ja ytimessä. Terveiden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa*. *Julkaisuja 2/2007*. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Kotisaari, Sirpa & Ståhl, Timo & Herrala, Jaako & Lindfors, Pirjo (2011) *Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämässä?* *Suomen Lääkärilehti* 66(45), 3415–3418.
- Kuikka, L. & Nevalainen, M. K. & Sjöberg, L. & Salohekkilä, P. & Karppinen, H. & Torppa, M. & Liira, H. & Eriksson, J. & Pitkälä, K. (2012) *The perceptions of a GP’s work among fifth-year medical students in Helsinki, Finland*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2012; Early Online: 1–6, DOI: 10.3109/02813432.2012.654194
- Kääriäinen, Janne (2010) *Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care*. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1569. Tampere University Press.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559
- Leppo, Kimmo (2010) *Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle*. *Julkaisuja 3/2010*. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö.
- Mustajoki, Pertti (2011) *Miten kirjoitan yleis-tajuisesti lääketieteestä?* *Duodecim* 127(16), 1704-8.

- Persson, Gerti & Ovhed, Ingvar & Hansson, Eva E. (2010) Simplified routines in prescribing physical activity can increase the amount of prescriptions by doctors, more than economic incentives only: an observational intervention study. *BMC Research Notes* 3:304.
- Pettersen, Betty J. & Hofoss, Dag (2007) Are public health physicians fading out of management? *European Journal of Public Health* 17(6), 642–5.
- Pettersen, Betty J. & Johnsen, Roar (2005) More physicians in public health: less public health work? *Scandinavian Journal of Public Health* 33(2), 91–8.
- Rimpelä, Matti & Saaristo, Vesa & Wiss, Kirsi & Ståhl, Timo (toim.) (2009) *Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa. Raportti 19/2009*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rose, Geoffrey (1985) Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 30, 32–38.
- Serkkola, Ari (1998) *Terveysterroria, oikeutettua puuttumista, valintojen antamista. Kansanterveys 2/1998*.
- Strandberg, Eva Lena & Ovhed, Ingvar & Håkansson, Anders & Troein, Margareta (2011) Can the APO method be used for measuring soft data? A pilot study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29, 241–246.
- Suija, Kadri & Pechter, Ülle & Maaros, Jaak & Kalda, Ruth & Rätsep, Anneli & Oona, Marje & Maaros, Heidi-Ingrid (2010) Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 11, 48.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- The CanMeds Framework (viimeinen päivitys 2.10.2011) www.collaborativecurriculum.ca/en/modules/CanMEDS/CanMEDS-intro-background-01.jsp
- THL: Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirja <http://info.stakes.fi/iva/FI/index.htm>
- Toropainen, Erja & Rinne, Marjo & Aittasalo, Minna & Luoto, Riitta (2010) Liikkumisresepti toimii yhteistyöllä. *Suomen Lääkärilehti* 65(48), 4004–5.
- Trewby, Peter N. (2011) Cost of preventive drugs. Dare to tell? *British Medical Journal* 342, d3198.
- Tuomola, Pirjo (2012) *AvoHILMO Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012. Määrittelyt ja ohjeistus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vertio, Harri (1988) Onko terveyskasvatus eettistä? *Duodecim* 104(4), 279–281.
- Vierula, Hertta (2011) Joko kuluttajien geenitestit tulevat? *Suomen Lääkärilehti* 66(41), 3006–3009.
- Wainwright, Nicholas W. J. & Surtees, Paul G. & Welch, Ailsa A. & Luben, Robert N. & Khaw, Kay-Tee & Bingham, Sheila A. (2007) Healthy life style choices: could sense of coherence aid health promotion. *Journal of Epidemiology & Community Health* 61(10), 871–876.
- Wainwright, Nicholas W. J. & Surtees, Paul G. & Welch, Ailsa A. & Luben, Robert N. & Khaw, Kay-Tee & Bingham, Sheila A. (2008) Sense of coherence, life style choices and mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health* 62(9), 829–831.
- Weingarten, Michael & Matalon, Andre (2010) The ethics of basing community prevention in general practice. *Journal of Medical Ethics* 36(3), 138–41.
- WHO (1978) Declaration of Alma Ata. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- WHO (1986) Ottawa Charter. www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO (1998) WHO framework statement: WHO framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. Copenhagen: WHO.
- WHO (2008) *The world health report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva: WHO.
- WHO Health Promoting Hospitals <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph>
- WONCA Europe (2011) *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
- WONCA World (1991) *World Organization of Family Doctors: The Role of General Practitioner/ Family Physician in Health Care systems*.
- Yach, Derek (2001) Economics and public health-reflections from the past and challenges for the future. *Scandinavian Journal of Public Health* 29(4), 241–4.

31 Iäkkäiden ihmisten palvelut

Ikääntymispolitiikan tavoitteet ja ohjaus

Väestön ikärakenteen muutoksen hallitseminen vaatii muutoksia iäkkäiden ihmisten asemaan, oikeuksiin ja palveluihin. Sosiaali- ja terveystalouden kannalta niistä keskeisimmät liittyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden ja sisältöjen kehittämiseen sellaisiksi, että ne tukevat tervettä ikääntymistä ja vastaavat paremmin iäkkäiden ihmisten tarpeita, sekä siihen, että iäkkäällä ihmisellä on oikeus kotiin ja arkeen silloinkin, kun hänen toimintakykynsä ja terveydentilansa edellyttää hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Lisäksi on pystyttävä nykyistä paremmin tunnistamaan suuret palvelutarpeiden aiheuttajat ja varautumaan niihin. Iäkkäiden osallisuuden turvaaminen ja ikätasa-arvon edistäminen ovat sosiaali- ja terveystalouden olennaisia tärkeitä päämääriä. Näiden muutosten toteuttaminen on ikääntymispolitiikan ydintehtävä (STM 2008; STM & Suomen Kuntaliitto 2008; STM 2009; Valtioneuvoston kanslia 2009; STM 2010a; 2010b.)

Iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä on ohjattu pitkälti informaatio-ohjauksen välinein, kuten laatusuosituksin. Informaatio-ohjauksen voimasta muutoksen aikaansaamiseen on kuitenkin kannettu huolta. Taloudellisesti vaikea tilanne on vielä lisännyt tätä huolta ja avannut keskustelun muiden ohjauksvälineiden, kuten lainsäädännön, vahvistamisen tarpeesta. (Stenvall & Syväjärvi 2006; Voutilainen 2007; Valtioneuvosto 2009.)

Ikäihmisten palvelujen tuorein laatusuositus on vuodelta 2008 (STM & Suomen Kuntaliitto 2008). Siinä keskeinen tavoite on iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Suosituksen toimeenpanon tueksi asetettiin työryhmä (STM 2009), joka kiinnitti huomiota ikääntymiseen liittyvään palveluaukkoon: eläkeikänsä alkaessa suurin osa ihmisistä putoaa ehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkopuolelle. Työryhmä ehdottikin ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia edistävien neuvontapalvelujen rahoituksen vahvistamista, jotta saadaan aikaan koko maan kattava neuvonta- ja palveluverkosto. Toinen keskeinen ehdotus oli tämän toiminnan varmistaminen lainsäädännössä.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädettiin kunnalle velvollisuus järjestää alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Palveluihin on sisällytettävä neuvontaa:

- ▶ terveellisten elintapojen edistämiseen, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn sekä
- ▶ iäkkään kuntalaisen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien ongelmien tunnistamiseen ja niihin liittyvä varhainen tuki sekä
- ▶ sairaanhoitoa ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien ja palveluiden lisääminen saa pontta myös sosiaalihuollon lainsäädännön uudistuksen myötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c); ennaltaehkäisy on keskeinen uudistusta ohjaava periaate.

Huhtikuussa 2012 julkaistu luonnos laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista sisältää useita iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä säännöksiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Iäkkäiden ihmisten tarvitsemaa ympärivuorokautista hoitoa uudistamaan asetettiin Ikähoiva-työryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a), joka ehdotti sekä a) ympärivuorokautisen hoidon sisäistä rakennemuutosta että b) asumisen vaihtoehtojen kehittämistä koskevia linjauksia. Molempien asiakokonaisuuksien samanaikaisen kehittämisen tavoitteena on lisätä ikääntyvän väestön tietoisuutta asumisen ennakkoinnin merkityksestä ja tulevia asumisratkaisuja valittaessa. Samalla on tarpeen huolehtia siitä, että ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon ympäristöt olisivat kodikkaita. Palvelujärjestelmä tulisi samalla selkeämmäksi ja yksinkertaisemmäksi

Tavoitteena enemmän koti- ja vähemmän laitoshoidoa

Suomalaisen ikääntymispolitiikan tavoitteena on ollut vuosikymmeniä kotiin annettavan tuen ja palveluiden lisääminen ja laitoshoidon vähentäminen. Kun laitoshoidon perustaa rakennettiin 60 vuotta sitten, oli tavoitteena vanhusten asumisen ja sairaanhoidon järjestäminen sekä perhesuhteisiin perustuvista elatussuhteista irtautuminen. Tuolloin laitoshoidon mahdollisuus haluttiin turvata laajalle joukolle. Myöhemmin kunnalliskoteja kritisoitiin laitospolitiikaksi eivätkä ne tarjonneet asukkaalleen yksityisyyttä eikä niiden rakentamista pidetty ratkaisuna avohuollon palveluiden kehittymättömyyteen. (Valtioneuvosto 1952.) 1970-luvulla kansanterveyslain myötä syntyi terveyskeskussairaalaajärjestelmä. Lain perusteluissa (Hallituksen esitys 1971) määriteltiin 1000 asukasta kohden kolme sairaansijaa, joista yksi akuuttihoitoon ja kaksi pitkäaikaissairaiden hoitoon.

Enemmän koti- ja vähemmän laitoshoidoa?

Palvelurakennemuutoksen vauhdittamiseksi asetettiin viimeksi määrällisiä tavoitteita Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksella uudistettaessa vuonna 2008 (ks. taulukko 1). 10 viime vuoden kehitys osoittaa, että palvelurakenne on muuttunut tavoittei-

Taulukko 1. Palveluprofiili/75+ väestö (%)

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012*
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet	89,8	89,6	89,4	89,4	89,4	89,5	89,7	19,0–92,0
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet		11,5		11,3	11,2	11,4	11,9	13,0–14,0
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	3,0	3,7	3,7	3,9	4,1	4,1	4,2	5,0–6,0
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.	1,7	3,4	3,9	4,2	4,6	5,1	5,6	5,0–6,0
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12.	8,3	6,8	6,5	6,3	5,9	5,4	4,7	3,0

*Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetut tavoitetasot

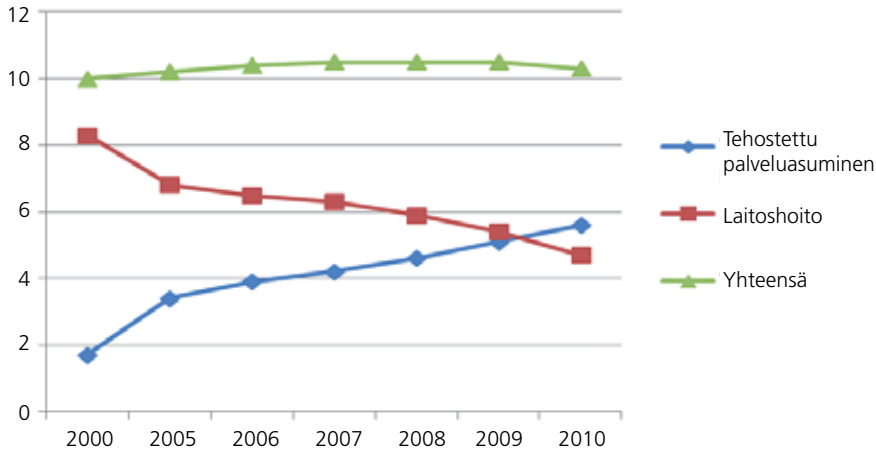
den suuntaisesti, mutta tavoitteiden saavuttaminen vuoden 2012 loppuun mennessä näyttää epätodennäköiseltä.

Suomen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,9 prosenttia oli marraskuun 2010 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Osuus vaihteli maakunnittain 9,3 prosentista 15 prosenttiin. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavoitteeksi on asetettu 13–14 prosenttia – tähän ylsi vapaa puolet kunnista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Kotiin annettava apu kohdentuu yhä iäkkäimmille ja toimintakykyään jo paljon menettäneille henkilöille. Jatkuvan ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevien asiakkaiden osuus oli 6,0 prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista (vaihtelu maakunnittain 4,3–22,92 %). Niiden asiakkaiden osuus, joiden luona käytiin usein (yli 60 kertaa kuukaudessa) oli hieman alle neljännes (22,8 %); palvelujen intensiteetti on kasvanut tasaisesti kuvastaen muutoksia asiakkaiden tarpeissa, mutta maakuntakohtaiset erot olivat suuria. Käyntimäärät vaihtelivat paljon myös iäkkäimmillä asiakkailla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Henkilökunnan arvion mukaan valtaosa (84,2 %) asiakkaista sai heille parhaiten sopivaa hoitomuotoa eli kotihoitoa. Asiakkaista 3 847 (5,6 %) oli sellaisia, joiden henkilökunta arvioi selviävän kotona ilman säännöllisiä palveluja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011)

Ympärivuorokautisen hoidon sisällä on tapahtunut oma rakennemuutoksensa,



Kuvio 1. Ympäri vuorokautisen hoidon sisäinen rakennemuutos

jossa vähenevää laitoshoidon osuutta on korvattu tehostettua palveluasumista lisäämällä. Ympäri vuorokautisen hoidon kokonaisvolyymi on viimeisen 10 vuoden aikana kasvanut (kuvio 1).

Tarvitaan investointeja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi

Palveluiden kannalta suuri haaste on vaikuttaa siihen, että niiden tarvetta voidaan ehkäistä ennalta. Palvelujen kysynnän kannalta vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrän kasvu on tärkeä tekijä, vaikka ikääntyneiden määrän kasvu ei suoraan heijastukaan palvelutarpeiden kasvuun. Jokaisen uuden sukupolven toimintakyky on parempi kuin edeltäjiensä. Suuret ikäluokat vanhenevat yhä terveemmin, ja yhä useammat haluavat olla pitempään työssä. Suurin osa iäkkäistä ihmisistä asuu kotona aina hyvin korkeaan ikään asti. Toiminnanvajeita ja avun tarvetta on eniten kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvilla ihmisillä. Alle 80-vuotiaiden toimintakyky on kohentunut (Sulander ym. 2007) ja koettu terveys parempi (Vaarama & Ollila 2008) verrattuna vanhempiin ikäluokkiin (Koskinen ym. 2006). Suurimmalla osalla 90-vuotiaista ja sitä vanhemmista on toimintakyvyn rajoitteita. Erot seurantavuosina 1996–2007 olivat vähäisiä ja vaihtelevia, mutta merkittävää muutosta parempaan ei ollut tapahtunut (Jylhä ym. 2009). Sosioekonomiset erot vaikuttavat toimintakykyyn myös iäkkäillä: ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevien toimintakyky on parempi kuin alemmassa (Laitalainen ym. 2010).

Terveyden edistäminen ja sairauksien ennalta ehkäisy liittyvät olennaisesti ikääntyvän väestön toimintakyvyn parantamiseen, mutta tarvitaan myös toimia so-

sio-ekonomisten erojen kaventamiseksi. Terveyden edistämisen pitää perustua elämäntapa- ja elämäntilanteeseen, eli työ alkaa raskausvaiheessa äitiysneuvolassa jatkuu neuvolassa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa ja sen jälkeen työterveyshuollossa, eikä se saa katketa eläkeikään. 2000-luvulla tietoisuus ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkityksestä on kasvanut ja Suomeen on perustettu erilaisia ikääntyvälle väestölle suunnattuja neuvontapalveluja ja tehty ehkäiseviä kotikäyntejä. Toiminta ei kuitenkaan ole vielä lähimainkaan koko Suomea kattavaa, eivätkä hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut ole vielä kaikkien ulottuvilla. Esimerkiksi niin sanottuja vanhus- tai seniorineuvoloita oli vuoden 2007 lopussa vain 84 kunnassa, kun kuntien lukumäärä oli 416, ja ehkäiseviä kotikäyntejä tehtiin vajaassa puolessa Suomen kunnista. (Seppänen ym. 2009.)

Ikäkkäiden ihmisten aseman, oikeuksien ja palveluiden parantamista tukevat meneillään olevat lainsäädäntöuudistukset. On välttämätöntä rohkeasti uudistaa vanhoja palvelujen rakenteita ja muotoilla sisällöt sellaisiksi, että ne vastaavat ikääntyvän Suomen tulevaisuuden tarpeisiin.

Lähteet

- Hallituksen esitys Eduskunnalle kansanterveysyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi (1971) 1971 vuoden valtiopäivät n:o 98.
- Jylhä, Marja & Vuorisalmi, Merja & Luukkaala, Tiina & Sarkeala, Tytti & Hervonen, Antti (2009) Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. Suomen Lääkärilehti 64, 2285–2290.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi (2006) Ikäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa Martelin, Tuija & Kuosmanen, Noora (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 15–25.
- Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Martelin, Tuija & Uutela, Antti (2010) Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa ikäryhmissä. Suomen Lääkärilehti 65, 3295–3301.
- Seppänen, Marjaana & Heinola, Reija & Andersson, Sirpa (2009) Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä: neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Avauksia 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Julkaisuja 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009) Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Selvityksiä 2009:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010a) Hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Selvityksiä 2010:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010b) Kansallinen muistiohjelma. Luettu 21.2.2011: <http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/kansallinen_muistiohjelma>
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010c) Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Selvityksiä 2010:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 21.2.2011: <http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1514048#fi>
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn

- tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Luettu 5.5.2012: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1794765>
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) & Suomen Kuntaliitto (2008) Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Luettu 21.2.2011: <http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063089#fi>
- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006) Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Sulander, Tommi & Puska, Pekka & Nissinen, Aulikki & Reunanen, Antti & Uutela, Antti (2007) 75–84-vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993–2005. Suomen Lääkärilehti 62, 75–84.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Kotihoidon laskenta 30.9.2009. Luettu: 27.2.2011: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoido.htm>
- Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Saatavilla: www.sotkanet.fi Luettu 17.10.2010
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati (2008) Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä Matti (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Stakes, 116–140.
- Valtioneuvosto (1952) Vanhustenhuoltokomitean mietintö 1952:11. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Valtioneuvosto (2009) Vastaus välikysymyksen VK3/2009.
- Valtioneuvoston kanslia 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Voutilainen, Päivi (toim.) (2007) Laatu laatusuosituksella? Raportteja 2/2007. Helsinki: Stakes.

32 Mielensterveyspalvelut

Kunnan on terveydenhuoltolain (2010/1326) mukaan järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielensterveysyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielensterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielensterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Laissa tarkoitettuun mielensterveysyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielensterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. Siihen kuuluvat myös yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa sekä mielensterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielensterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta. Lain mukaan terveydenhuollossa tehtävä mielensterveysyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Päihdetyöstä laissa on vastaaavat määräykset.

MIELENTERVEYSLAIN (1990/1116) mukaan kunnan tulee huolehtia alueellaan mielensterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveysyötä ja sosiaalihuoltoa. Kunnan tai kuntayhtymän on myös huolehdittava siitä, että mielensterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielensterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina ja niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Sairaanhoidopiiriin tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidona annettavista mielensterveyspalveluista. Mielensterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielensterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Tiivis yhteistyö eri tahojen välillä on tässä erityisen tärkeää.

Suomessa on myös kaksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuudessa toimivaa valtion mielisairaala. Vakaviin rikoksiin syyllystyneiden mutta käytännössä psykoosista johtuvan syynäkeettomuuden takia tuomitsematta jätettyjen hoito on pääosin järjestetty niissä. Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa oli vuonna 2013 yhteensä 448 sairaansijaa. Niissä hoidetaan myös sellaisia vaikeahoitoisia ja vaarallisia potilaita, joita sairaanhoidopiiriin sairaalat eivät ole pystyneet hoitamaan. Vankien psykiatrisen sairaalahoidon järjestää Psykiatrinen vankisairaala, jolla on vankiloiden yhteydessä sijaitsevat toimipaikat Turussa ja Vantaalla.

Käytännössä kunnissa on yleensä terveyskeskusten yhteydessä toimivia mielenterveysneuvoja, mielenterveystoimistoja tai psykiatrian poliklinikoita, joiden toiminnasta vastaa terveyskeskuslääkäri tai joissain kunnissa psykiatrian erikoislääkäri. Joidenkin kuntien omat mielenterveyspalvelut ovat hyvin vähäisiä, toisissa on vahvoja avohoidon yksiköitä ja vuodeosastoja, päivätoimintayksiköitä, kuntoutusyksiköitä ja muuta monipuolista toimintaa. Psykiatriset sairaalat ovat yleensä sairaanhoitopiirien yksiköitä, ja ne ylläpitävät myös psykiatrian poliklinikoita ja muuta avohoidtoa. Sekä perustason että erikoissairaanhoidon psykiatriassa erikoissairaanhoitajat ja muut hoitohenkilökuntaan kuuluvat ovat keskeisessä asemassa. Isoimmissa yksiköissä on tavallisesti myös psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä oman ammattialansa tehtävissä. Lääkärin rooli painottuu yleensä potilaiden arviointiin, hoidon suunnitteluun yhdessä työryhmän ja potilaan kanssa sekä hoidon kokonaisuuden ohjaamiseen. Nuorisopsykiatrian ja lastenpsykiatrian poliklinikat ja vuodeosastot kuuluvat yleensä sairaanhoitopiireihin, mutta omia avohoidon yksiköitä ja työryhmiä on myös kunnilla. Lisäksi kasvatus- ja perheneuvolat tekevät lastenpsykiatrista hoitotyötä, ja ne kuuluvat usein sosiaalitoimen organisaatioon. Lasten ja nuorten palveluja kuvataan tarkemmin tässä teoksessa luvussa 3.

Alueelliset erot palveluiden saatavuudessa johtuvat pääasiassa kuntien tekemistä valinnoista. Syrjäisilläkin alueilla on toimivia perustason järjestelyjä, kun taas kasvakeskusten ympärillä on kuntia, jotka ovat laiminlyöneet perustason mielenterveyspalvelujen järjestämisen ja ovat täysin riippuvaisia erikoissairaanhoidosta. Psykiatrian erikoislääkäreitä ja muita alan ammattihenkilöitä Suomessa on kansainvälisten vertailujen valossa paljon, mutta joillakin yliopistopaikkakunnillakin on ollut erityisesti lääkäreiden rekrytoinnissa vaikeuksia. Toisaalta hyvin järjestettyyn työhön on kauemmaksikin ollut tulijoita.

Miten julkiset mielenterveyspalvelut vastaisuudessa tulevat muuttumaan tai kehittymään, on tällä hetkellä avoinna oleva kysymys. Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva *lainsäädännön suuri uudistus* on edelleen kesken. Uudistettujen sosiaalipalveluja koskevien lakien on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2013. Valmistelussa on myös tahdonvastaisia toimia koko sosiaali- ja terveydenhuollossa koskeva lainsäädäntö, mukaan lukien mielenterveyslaki. Suuri merkitys tulee olemaan sillä, minkä suunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistus tulee saamaan. Siihen liittyvän järjestämislain tullessa voimaan kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki, joissa palvelujen järjestämisvastuuta koskevat määräykset edelleen ovat, kumoutuvat kokonaan.

Yksityisesti tuotetuilla palveluilla on myös merkitystä psykiatrisen hoitojärjestelmän osana. Kansaneläkelaitos (Kela) osallistuu niiden rahoittamiseen monella tavalla. Kelan tukeman psykiatrisen kuntoutuksen tärkein muoto on *psykoterapiakuntoutus*, jota on vuodesta 2005 tuettu enintään kolmen vuoden kuntoutusjakson ajan, vuoden 2011 alusta se kuuluu järjestämisvastuun piiriin. Lisäksi Kela korvaa sairausvakuutuksesta psykiatrilla käyntien maksuja. Sairaanhoitopiirien lääkinnällisen kuntoutuksen määrärahoja käytetään suunnitelmallisen hoidon tukemiseen niiden

potilaiden osalta, jotka eivät voi saada Kelan tukea. Erityisesti tämä koskee lapsia ja nuoria, mutta myös niitä aikuisia, jotka eivät täytä Kelan edellytyksiä. Työterveyshuollolla on suuri merkitys sen piirissä olevien henkilöiden mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa ja hoidon varhaisessa aloittamisessa. Myös jatkohoitoon liittyvissä järjestelyissä työterveyshuolto on aktiivinen osapuoli. Vastaavaa työtä opiskelijoiden kanssa tekee Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS.

Hoitojärjestelmän muuttuessa kolmannen sektorin merkitys mielenterveyspalvelujen tuottajina ja tukijoina on kasvanut. Ne täydentävät monipuolisesti julkisia ja täysin kaupallisia palveluja ja harjoittavat muuta toimintaa, jolla on suuri merkitys potilaille, omaisille ja koko hoitojärjestelmälle. Tärkeimpiä kolmannen sektorin toimijoita on yli satavuotias *Suomen Mielenterveysseura, SMS*, joka perusti ensimmäisen itsemurhien ehkäisykeskuksen Suomeen. Uusina toimintamuotoina se on kehittänyt suurille paikkakunnille alueellisia kriisikeskuksia, joissa panostetaan välittömän ensiavun antamiseen psyykkisissä kriiseissä. Myös liikkuvat mielenterveysyksiköt saivat alkunsa Mobile-kriisikeskusten muodossa usealla paikkakunnalla.

Kirkon perheneuvonta on toiminut merkittävällä tavalla julkisen mielenterveysjärjestelmän rinnalla. Muista mainittakoon *Omaiset mielenterveystyön tukena* ja *Mielenterveyden Keskusliitto* paitsi tärkeinä täydentävien palvelujen tuottajina myös merkittävinä potilaiden puolestapuhujia ja julkiseen mielipiteeseen vaikuttajina sekä *A-klinikkasäätiö*, joka tarjoaa Suomessa suuren osan päihdehuollon avohoidosta sekä laitospalveluja Järvenpään sosiaalisairaalassa. *Useat säätiöt ja sosiaalipsykiatriset yhdistykset* tuottavat avoimia ja puoliavoimia psykiatrisia palveluja erityisesti psykoosipotilaille, keskeistä niiden toiminnassa on ollut vuokra-asuntojen ja tuettujen asuntojen tarjonta potilaille. Näiden lisäksi on olemassa lukuisia pienempiä arvokasta työtä tekeviä kolmannen sektorin yhdistyksiä ja säätiöitä. *Raha-automaattiyhdistys (RAY)* on merkittävällä tavalla tukenut järjestöjen ylläpitämää mielenterveyspalvelujen tuotantoa keskeisenä rahoittajana.

Nykyisen lainsäädännön mukaan toimittaessa tuloksena pitäisi siis olla asukkaiden tarpeiden mukainen, helposti saavutettava toiminnallinen kokonaisuus lähipalveluista aina vaativimpaan erikoissairaanhoidon. Tässä on kuitenkin onnistuttu vaihtelevalla tavalla.

Eduskunnan aloitteesta STM:n asettamassa työryhmässä laaditussa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009) esitetään mielenterveys- ja päihdetyön kansalliset kehittämissuunnitelmat vuoteen 2015 saakka. Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tarkastellaan valtakunnallisella tasolla yhtenä kokonaisuutena. Suunnitelma jakaantuu neljään eri osa-alueeseen: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävän ja ehkäisevän työn osuuden lisääminen, palveluiden toiminnallisen kokonaisuuden kehittäminen, sekä ohjauskeinojen tehostaminen.

Psykiatrinen hoitojärjestelmä on kehittymässä kokonaisjärjestelmäksi, jossa erottavat rajapinnat perus- ja erikoissairaanhoidon sekä avo- ja sairaalahoidon välillä katoavat ja muuttuvat saman prosessin osatoiminnoiksi. Hoitojärjestelmän pääpaino ja myös resursointi tulee siirtymään avohoitoon. Silti modernia psykiatris-

ta tehohoitoa tullaan tarvitsemaan myös tulevaisuudessa. Mieli-suunnitelmassa on kyse laajasta kokonaisuudesta, jonka toimeenpano jakaantuu usean tahon vastuulle ja jonka toteuttaminen vaatii yhteistyötä lukuisten eri toimijoiden välillä. Tavoitteisiin pääsyä edistetään jakamalla tietoa, hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja ja myös muuttamalla lainsäädäntöä. Mieli-suunnitelman toimeenpanosta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa, – varsinainen toimeenpano tapahtuu kuitenkin kunnissa ja kuntayhtymissä.

Lähteet

Mielenterveyslaki 1990/1116

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009)
Mieli-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa &

Nevalainen, Veijo (toim.) (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 2011:6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326

33 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

Lasten ja nuorten kehitykseen ja terveyteen vaikuttavat vahvasti monet yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. Yksilöllisten tekijöiden lisäksi kehitys riippuu siitä, minkälaiset mahdollisuudet luodaan kodin, päivähoidon, koulun ja vapaa-ajan hyvälle toiminnalle. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin puolestaan sisältyy sekä kehitystä tukevia, häiriöitä ehkäiseviä palveluja että hoitopalveluja. Nii- tä voidaan toteuttaa terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja sivistystoimen palveluina. Lasten ja nuorten mielenterveystyö koskee näiden lisäksi muitakin yhteiskuntapoliittikan alueita. Tässä kirjoituksessa keskitytään kuitenkin vain mielenterveyspalveluihin.

Lasten ja nuorten hoidon tarve ja hoidon toteutuminen

Suomessa tehtiin ensimmäinen, hyvin laaja lastenpsykiatrinen epidemiologinen tutkimus 1980-luvun lopulla. Sen mukaan yhdeksällä prosentilla 8-vuotiaista lapsista oli vakava psykiatrinen häiriö, joka olisi edellyttänyt hoitoa (Almqvist ym. 1999). Sitten tutkimus toistettiin oirekyselynä yhden sairaanhoitopiirin alueella vuosina 1999 ja 2005. Lasten kokonaisoireissa ei ollut kasvua, mutta tyttöjen masen- nusoireet olivat lisääntyneet (Sourander ym. 2008). Yleisimpiä häiriöitä lapsilla ja nuorilla ovat mieliala-, ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöt sekä aktiivisuuden ja tark- kaavuuden häiriöt. Laihuushäiriöt, psykoosisairaudet ja päihdehäiriöt moninker- taistuvat nuoruudessa.

Lasten oireillessa apua haetaan ensin lähipiiristä. Koululaisten ongelmissa kään- nytään kouluterveydenhoitajan, opettajan, psykologin tai kuraattorin puoleen (San- talahti ym. 2009). Hoitoon hakeutuminen lasten ja nuorten mielenterveysasioissa on kasvanut voimakkaasti. Kymmenen viime vuoden aikana on lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa 0–12-vuotiaiden käyntien määrä lähes kaksin- kertaistunut ja 13–17-vuotiaiden yli kaksinkertaistunut. Myös lasten- ja nuorisop- sykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden määrä ja hoitajaksot ovat lisäänty- neet huomattavasti (Sotkanet).

Palvelujen kehityspolut: kolme suurta aaltoa

1 Neuvolatyön ja kasvatuseuvoloitten kehittyminen

Lastenneuvola- ja kasvatuseuvolatyö alkoivat Suomessa 1920–30-luvulla ja 1940-luvulla neuvolatoiminta lakisääteistettiin (1944). Neuvoloitten toiminnan keskiössä oli ja on edelleen lasten kasvun ja kehityksen tukeminen sekä kehitykseen liittyvien ongelmien ennaltaehkäisy ja mahdollisimman varhainen toteaminen. Neuvolatoiminnan lakisääteistäminen merkitsi ennaltaehkäisevän palvelujärjestelmän laajenemista koko maahan.

Neuvolatoiminta lähti liikkeelle aikana, jolloin tartuntataudit olivat merkittävä lapsikuolleisuuden aiheuttaja. Toiminnassa keskityttiin fyysiseen terveyteen: rokotuksiin ja hygieniaoopetukseen, korostettiin terveellisen ravinnon ja ulkoilun merkitystä. Näillä ja muilla asiaan liittyvillä toimilla saatiin lapsikuolleisuus nopeasti vähenemään.

Uuden vuosituhannen haasteet ovat erilaiset. Nyt painottuvat lasten sosioemotionaalinen kehitys, vanhemmuuden ja eri kehitysympäristöjen merkitys. Tämä vaati uudenlaista orientaatiota neuvolatoimintaan. Sitä lähdettiin kehittämään 1990-luvun lopulla varhaisen vuorovaikutuksen hankkeessa (Vavu), joka levisi nopeasti koko maahan.

KASVATUSEUVOLATYÖN KEHITTÄMINEN

Ensimmäiset kasvatuseuvalat perustettiin Suomeen 1930-luvulla. ”Problemaattisten lasten” auttamistyötä tekivät yhteistyössä psykologit, lääkärit ja sosiaaliohjeantajat. Jo tällöin havaittiin perheen, koulun ja päivähoiton tärkeys lapsen kasvun ja kehityksen tukemisessa.

Vuonna 1972 säädettiin sekä kansanterveyslaki että kasvatuseuvalaki. Niissä säädettiin avohoitopalveluista. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmien avohoito ja perheiden tuki tuli suurelta osalta kasvatuseuvoloitten vastuulle ja siitä tuli myös lakisääteistä.

Lasten ja nuorten psykiatrisesta sairaalahoidosta vastasivat puolestaan erikoissairaanhoidon ja joillakin alueilla mielisairaanhoidopiirit. Psykiatrisia osastopaikkoja oli kuitenkin hyvin keskitetysti. Mielenterveyshäiriöistä kärsiviä lapsia ja nuoria hoidettiin myös keskussairaaloiden lastentautien osastoilla. Tämä tilanne kävi ajan myötä kestävämmäksi, koska lapset ja nuoret jouduttiin lähettämään sairaalahoitoon pitkienkin matkojen päähän perheistään.

2 Lasten- ja nuorisopsykiatrian kehitys ja alueellistaminen

Toinen suuri askel otettiin, kun lastenpsykiatria, johon tässä vaiheessa sisältyi myös nuorisopsykiatria, alueellistettiin ja keskussairaaloihin perustettiin lastenpsykiatrian klinikoita 1980-luvulta lähtien. Tämä liittyi lastenpsykiatrian kehitykseen yleensä.

Lasten ”sielulliset häiriöt” oli määritelty lääketieteen suppeaksi erikoisalaksi vuonna 1951 ja pääerikoisalaksi 4 vuotta myöhemmin. Vuonna 1973 perustettiin Suomen ensimmäinen lastenpsykiatrian professuuri. 1980-luvulle tultaessa oli jo valmiutta laajentaa työkenttää yli koko maan.

Tämän jälkeen alkoi lastenpsykiatrian erikoisalan nopea kehitys. Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden tuntemus ja diagnostiikka kehittyivät. Erityisen suuria askeleita otettiin neuropsykiatristen häiriöiden ja varhaislapsuuden kehityksen ja häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa. Nuorisopsykiatria erottautui omaksi erikoisalakseen vuonna 1998.

Lasten ja nuorten psykiatria ja hoitomenetelmät kehittyivät siis erikoissairaanhoidon puitteissa. Erikoissairaanhoidon perustuu korkeasti koulutettuun työvoimaan ja potilaskohtaiseen työhön, jota myös hoidot toteuttavat. Lapsen ja nuoren osasto- ja yksilöterapiat ovat näistä esimerkkejä. Samalla lasten ja nuorten kotipiiriin, päivähoitoon ja kouluun suunnatut hoito- ja tukimuodot jäivät vähemmälle huomiolle, eikä niiden suurelta osin ole katsottu kuuluvankaan erikoissairaanhoidon piiriin.

Tämäkin tilanne johti vähitellen ongelmiin, kun erikoissairaanhoidon ei voinut vastata kaikkeen hoitotarpeeseen. 1990-luvun alkuvuosien lama Suomessa kärjisti tilanteen nopeasti, kun perheitten ongelmat lisääntyivät ja monialaisten palvelujen tarve kasvoi. Samaan aikaan tehtiin leikkauksia niin perhetukien määrässä kuin peruspalveluissakin. Psykiatriset erikoissairaanhoidon palvelut tukkeutuivat ja lastensuojelutoimenpiteet ja huostaanotot lisääntyivät.

Ongelmana oli – on edelleen – myös avopalvelujen pirstaleisuus, mikä vaikeuttaa sekä hoidon saantia että palvelujen systemaattista kehittämistä. Lasten ja nuorten avopalveluja toteuttavat terveys-, koulu- ja sosiaalitoimi. Eri hoitopisteissä saattaa myös olla hyvinkin erilaisia toimintatapoja, jolloin lapsen tai nuoren ja hänen perheensä saamat palvelut vaihtelevat suuresti. Tämä voisi olla rikkaus, jos kyseiset lähtökohdat ja toimintatavat olisi selvästi kirjattu ja hoitopaikka voitaisiin valita näiden tietojen perusteella. Näin ei kuitenkaan ole, vaan hoito toteutuu paljolti sattumanvaraisesti.

3 Peruspalvelujen kehittäminen yli sektori- ja tasorajojen

Kolmannessa kehityksen aallossa on pyritty lasten ja nuorten psykososiaalisten palvelujen kokonaisvaltaiseen uudistamiseen erityisesti peruspalvelujen osalta – unohtamatta kuitenkaan erityispalveluita (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste). Lapsi ja nuori kehittyvät arkisessa elämänympäristössä ja inhimillisessä vuorovaikutuksessa kotona, päivähoitossa, koulussa ja vapaa-ajan ympäristöissä (Solantaus 2002). Siksi mielenterveyspalvelujen on tuettava lapsen kehitystä, ongelmien hoitoa ja kuntoutusta ensisijaisesti lapsen ja nuoren luonnollisissa kehitysympäristöissä.

Tutkimustieto lapsen ja nuoren kehityksestä on myös muuttanut käsitystä sen osa-alueista. Aikaisemmin ajateltiin, että sosiaalinen, älyllinen ja tunne-elämän kehitys toteutuvat melko itsenäisesti ja niitä voidaan myös hoitaa eri palveluissa – tunne-elämän ongelmat psykiatriassa, käyttäytymisen ongelmat sosiaalipalveluissa ja oppimisen ongelmat koulussa. Nyt tiedetään jo, että ihmisen kehitys on kokonaisuus, eikä vastaavia osa-alueita voida erottaa jyrkästi toisistaan. Myös palveluissa on toimittava yhdessä silloin, kun perhe, nuoret ja lapset tarvitsevat monenlaisia palveluja.

Niin hoidon kuin ennaltaehkäisyn tulee perustua vaikuttaviin menetelmiin. Sekä ulkomailla että kotimaassa on aktiivisesti kehitteillä menetelmiä, joiden avulla voidaan tukea vanhempia vanhemmuuden taidoissa, päivähoitajia ja opettajia lasten ja nuorten mielenterveyden edistämässä sekä tunne-elämän ja sosiaalisten taitojen kehittämisessä (Solantaus 2008). Käytössä on myös ennaltaehkäiseviä menetelmiä niitä lapsia ja nuoria varten, joilla on alkavia oireita sekä ryhmiä vanhemmille, joiden lapsilla on käytösongelmia. Näiden menetelmien systemaattinen kehittäminen, tutkiminen ja käyttöönotto ovat tulevaisuuden suuria haasteita.

Lopuksi

Ymmärrys lasten ja nuorten kehityksestä, kehityksen ja mielenterveyden tukemisesta sekä häiriöiden synnystä, kulusta ja hoidosta lisääntyy koko ajan. Samoin muuttuvat lasten ja nuorten kehitysympäristöt ja yhteiskunta. Palvelujärjestelmä seuraa aina mukana viiveellä. Kun ristiriita olemassa olevan ja uuden tilanteen välillä on tarpeeksi suuri, paine purkautuu ja muutos voi mahdollistua. Olemme tällä hetkellä rakentamassa uudenlaista ymmärrystä lasten ja nuorten kehityksen ja mielenterveyshäiriöiden ekologiasta ja kehittämässä myös palveluja samaan suuntaan.

Lähteet

- Almqvist, F. & Puura, K. & Kumpulainen, K. & Tuompo-Johansson, E. & Henttonen, I. & Huikko, E. & Linna, S.-L. & Ikäheimo, K. & Aronen, E. & Katainen, S. & Piha, J. & Moilanen, I. & Räsänen, E. & Tamminen, T. (1999) Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8, Suppl 4, 17–27.
- Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Selvityksiä 2009:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Santalahahti, Päivi & Sourander, Andre & Piha, Jorma (2009) Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden käyttö. *Duodecim* 125, 27–32.
- Solantaus, Tytti (2002) Kehitysympäristöjen merkitys lapsen kehitykselle ja mielenterveydelle. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Simo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 193–210.
- Solantaus, Tytti (2008) Mahdollisuuksien kori: Lapsen kehityksen ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Ashorn, Ulla & Leh-to, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoro-

- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 251–267.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sotkanet. [<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>]
- Sourander, Andre & Niemelä, Solja & Santalahti, Päivi & Helenius, Hans & Piha, Jorma (2008) Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population-based time-trend study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47, 317–327.

34 Työterveyshuolto: sairaanhoitovaltaisuutta ja liikelaitostumista

Vuonna 1979 säädetty laki työterveyshuollosta teki perinteisistä tehtaanlääkäreistä ja sairaanhoitajista työterveyslääkäreitä ja työterveyshoitajia, samaan tapaan kuin vuosikymmenen alussa voimaan tullut kansanterveyslaki muutti kunnanlääkärit ja terveysisaret terveyskeskuslääkäreiksi ja terveydenhoitajiksi. Työikäisen väestön perusterveydenhuolto on rakentunut yli 30 vuotta näiden säädösten puitteissa ja näiden ammattilaisten toimesta. Samaan aikaan Suomi on kokenut nopean rakennemuutoksen teollisesta jälkiteolliseen yhteiskuntaan. Muutos ei ole koskenut vain tuotantorakenteita. Se on merkinnyt myös sitä, että ihmisen työelämänkaari koostuu yleisesti jaksoista eri työpaikoissa ja eri ammateissakin, ja lisäksi siihen voi sisältyä erilaisia epätyypillisiä ansiotyön muotoja sekä työttömyyttä ja muita poissaoloja työllisten joukosta. Miten näissä muuttuneissa oloissa toimii perusterveydenhuolto, jonka rakenteet ja periaatteet ovat 1970-luvulta? Tässä kirjoituksessa tarkastellaan työterveyshuoltoa osana työikäisen väestön perusterveydenhuoltoa.

Lyhyt historia

Työterveyshuoltoa koskevaa lakia alettiin valmistella jo 1960-luvun puolella, kun tietoisuus työn terveysvaaroista lisääntyi. Keskeisenä motiivina oli tarve puuttua aikaisempaa tehokkaammin ja järjestelmällisemmin työoloihin. Toiminta haluttiin myös ulottaa koskemaan toimialasta ja koosta riippumatta kaikkia työpaikkoja, joissa on palkattua työvoimaa. Uuden työterveyshuollon painopiste oli ennaltaehkäisyssä ja terveysriskien torjunnassa, mutta lakiin tuli myös sairaanhoitoa koskeva osa. Merkittävänä syynä tähän oli perinteinen tehtaanlääkärijärjestelmä, jota ei haluttu lopettaa (Mäkitalo 2006). Sairaanhoidon järjestäminen jätettiin kuitenkin työnantajan harkintaan, ja KELA kompensoi sen kustannuksia työnantajille niukemmin (ns. II korvausluokka) kuin ennaltaehkäisevän toiminnan kustannuksia (ns. I korvausluokka). Myös yrittäjille säädettiin mahdollisuus saada kompensaatiota itselleen järjestämästään työterveyshuollosta. Vuonna 1979 säädetty työterveyshuoltolaki kumottiin vuoden 2002 alusta, mutta vanhan lain keskeiset peruslinjaukset, kuten työnantajan työterveyshuollon järjestämisvelvollisuus, työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja

asiantuntijoiden käyttö sekä työterveyshuollon kustannusten korvaaminen sairausvakuutuksen nojalla, säilytettiin uudessa laissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004)

Työterveyshuoltoon liitetään yleisesti määreet 'lakisääteinen' ja 'kokonaisvaltainen'. Edellisellä tarkoitetaan laissa ja asetuksessa tarkasti määriteltyjä tehtäviä (keskeisimpinä työpaikkaselvitykset sekä altistumisen perusteella ja työhön tultessa tehtävät terveystarkastukset), jälkimmäisen nimissä työterveyshuolto laajentaa kiinnostuksensa kohteeksi työntekijän terveysriskit yleensä ja niihin liittyvän terveysneuvonnan ja työkyvyn edistämisen sekä varsinkin sairaudet ja niiden hoidon (Manninen ym. 2007).

Nykyaikaisessa kokonaisvaltaisessa työterveyshuollossa voi nähdä perinteisen tehtaaneläkärijärjestelmän idean: se paikkaa heikosti kehittyntä julkista sairaanhoitoa, se pyrkii huoltamaan työväkeä viimekätisenä tavoitteena parempi tuottavuus, mutta kokonaisvaltaisuus viittaa myös siihen että työntekijöiden arkielämää kaikkineen halutaan säädellä työkyvyn ylläpitämisen ja uusintamisen ehdoilla.

Lain velvoittavuudesta huolimatta työterveyshuolto ei ole täysin kattava. Viimeimpien tilastojen mukaan kattavuus on parantunut 92 %:iin palkansaajista, mutta puutteita on edelleen varsinkin alle kymmenen työpaikan yrityksissä, joissa kattavuus on 63 %. Lisäksi epätyypillisissä työsuhteissa olevilla myös työterveyshuolto on usein 'epätyypillinen'. Heidän osaltaan kyse on myös laadullisesta kattavuudesta: sitä mukaa kun kokonaisvaltainen työterveyspalvelu on 'benchmarkattu' parhaaksi käytännöksi ja yleistynyt 'human resource managementin' itsestään selväksi osaksi, lakisääteiseen terveydensuojeluun rajoittunut toiminta on alkanut leimata yrityksen ajasta jälkeen jääneeksi. Samalla on korostunut järjestelmän epäoikeudenmukaisuus. Pätkätyöläisellä palvelu pätkii, ja työtön jää 'lakisääteisesti' osattomaksi kokonaisvaltaisesta terveyttä edistävästä ja työkykyä ylläpitävästä palvelusta.

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan miten kokonaisvaltainen työterveyshuolto on kehittynyt 2000-luvulla sairaanhoitopalveluja kuvaavien lukujen valossa. Samanaikaisesti terveyskeskukset ovat yleisesti luopuneet työterveysyksiköistä. Yhdessä muutokset ovat merkinneet työterveyshuollon kehittymistä entistä itsenäisemmäksi – ja erillisemmäksi – perusterveydenhuoltojärjestelmän osaksi.

Lääkärissäkäynnit ja tutkimukset lisääntyvät

KELA:n tilasto sanoo, että vuonna 2008 kaikkiaan 1 730 632 työntekijällä oli työterveyshuolto, johon sisältyi yleislääkäritasoinen sairaanhoito. Vuonna 2002 vastaava luku oli 1 485 792. Työterveyslääkärin hoitoon pääsevien kansalaisten määrä oli siis seitsemässä vuodessa lisääntynyt 16 %. Ja he myös käyttivät tätä mahdollisuutta: samana aikana käyntien määrä lisääntyi 28 % (taulukko), niin että vuonna 2008 niitä oli työntekijää kohden lähes kaksi, kun vuonna 2002 käyntejä oli 1,75. Käynnit erikoislääkäreillä lisääntyivät vielä nopeammin (48 %, taulukko). Tämä selittää osittain sen, että laboratoriotutkimukset 100 käyntiä kohden lisääntyivät 205:stä

Taulukko 1. KELA:n sairaanhoitona korvaamat käynnit työterveysammattilaisilla vuosina 2002 – 2008 (korvausluokka II: sairaanhoito ja muut terveydenhuoltopalvelut)

	Työterveyslääkäri	Erikoislääkäri	Terveydenhoitaja	Fysioterapeutti	Psykologi
2002	2 605 600	121 500	1 380 400	396 800	6 200
2003	2 711 300	118 400	1 393 800	378 400	5 400
2004	2 784 500	134 700	1 338 600	406 700	11 300
2005	2 922 600	139 100	1 318 600	380 200	13 400
2006	3 021 500	144 200	1 274 200	359 800	10 700
2007	3 127 200	156 100	1 301 500	352 200	8 300
2008	3 333 500	179 600	1 387 400	337 300	7 800

Lähde: KELA:n työterveyshuoltotilasto 2008 ja KELA:n tilastollinen vuosikirja 2009

238:aan ja radiologiset tutkimukset 23:sta 25:een. Sen sijaan sairauskäynnit työterveyshoitajilla eivät lisääntyneet, ja käynnit fysioterapeutilla vähentyivät 15 %. Tilasto kertoo myös sen, että työterveyspsykologit tekevät erittäin vähän terapeuttista vastaanottotyötä.

Työssäkäyvien ihmisten ja yleensä työelämän kannalta sujuva, maksuton ja terveysongelmat työpaikkalähtöisesti hahmottava sairaanhoito on epäilemättä hyvä olemassa. Mutta väestötason perusterveydenhuollon kannalta on ongelmallista, että työterveyshuolto vahvistuu yhä merkittävämmäksi osaksi perusterveydenhuoltoa. Ongelmia on ainakin kolme. Ensiksi työterveysyksikköjen tarjoama yleislääkäritasoinen sairaanhoito imee terveyskeskuksista työikäisiä ja –kykyisiä potilaita: ei ole vaikea ennustaa kumpaan potilas suuntaa, jos samalla terveysasemalla on kunnallisen liikelaitoksen työterveysvastaanotto jonne pääsee nopeasti ja jossa käynti ei verota potilaan rahapussia, ja kunnallisen terveyskeskuksen vastaanotto jonne on jonoa ja jossa peritään maksu jota korotetaan säännöllisesti. Seurauksena terveyskeskusten työikäisen potilaskunnan koostumus painottuu työssä käymättömään ja epätyypillisissä pätkätöissä käyvään väestöön. Toiseksi on ilmeistä, että työterveys imee terveyskeskuksista myös lääkäreitä, t.s. pahentaa niiden lääkäripulaa. Työterveyshuoltoon on 2000-luvulla tullut noin 350 uutta lääkärinvakanssia, ja voidaan laskea että näiden lääkäreiden työstä valtaosa on ollut yleislääkäritasoisista sairausvastaanottoa. Kolmanneksi hyvän työmarkkina-aseman kytkeytyminen paraneviin perusterveydenhuollon palveluihin on merkinnyt sitä, että työelämän ulkopuolella tai marginaalissa olevien kansalaisten osalta palvelujen saatavuus on huonontunut – ainakin suhteellisesti (Virtanen ym. 2006) . Tässä voi olla yksi syy siihen, että sosioekonominen asemaan liittyvät terveyserot ovat niin isot eivätkä ota kaventuakseen.

Kunnallisen työterveyshuollon liikelaitostuminen

Suomen Lääkärilehdessä oli marraskuussa 2010 kaikkiaan yhdeksän ilmoitusta, joissa haettiin työterveyslääkäreitä. Työpaikat olivat *Salon terveyskeskus*, *Oriveden terveyskeskus*, *Metso-konserni*, *Porvoon työterveys ry*, *Kouvolan Työterveys ry*, *Terveystalo*, *Kymijoen Työterveys*, *Etelä-Karjalan Työkunto oy* ja *Kuninkaantien työterveys*

Työterveyshuoltolain 7 §:n (”Palvelujen tuottaminen”) näkökulmasta Salon ja Oriveden virat edustavat 1. momentin 1. kohdan mukaista järjestelyä (”työnantaja hankkii palvelut kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettulta terveyskeskukselta”), kolme seuraavaa edustaa 2. kohtaa (”työnantaja voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa”), ja neljä viimeksi mainittua 3. kohtaa (”työnantaja hankkii palvelut muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä”).

Kohdan 3. toimintayksiköitä on perinteisesti nimitetty ’yksityissektoriksi’. Näin onkin Terveystalon osalta, joka on ilmoituksensa mukaan Suomen laajin lääkäriasema- ja sairaalaverkosto. Kymijoen Työterveys sen sijaan on Kotkan, Pyhtään ja Kouvolan alueella toimiva kunnallinen liikelaitos, Etelä-Karjalan Työkunto Lappeenrannan kaupungin ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden omistama osakeyhtiö, ja Kuninkaantien työterveys on liikelaitos jonka toimialue muodostuu Porvoon, Siipoon, Pornaisten ja Askolan kunnista. Kaikki kolme ovat esimerkkejä toimintayksiköistä, joita on perustettu hoitamaan kansanterveyslaissa säädetyt työterveyspalvelut terveyskeskuksen puolesta. Ne eivät sijoitu yksityissektorille, mutta eivät myöskään terveyskeskukseen.

Tällaisten liikelaitosten ja yhtiöiden perustaminen voi olla taloudellis-hallinnollisesti järkevää: työterveyshuolto ei enää paisuta ja rasita peruskuntien taloutta ja isot yksiköt pystyvät tarjoamaan monipuolisempaa asiantuntemusta ja palvelua sekä kilpailemaan pätevistä työterveysammattilaisista. Liikelaitostaminen ei kuitenkaan merkitse vain teknistä järjestelyä, vaan myös terveystalouden eräänlaista ulkoistamista. Vaikka perustettujen yksiköiden omistus pohja olisi sataprosenttisesti kunnallinen, ne ovat pitkälti peruskuntatason terveystalouden ohjauksen ulottumattomissa. Voidaan olettaa, että niiden toimintaa ohjaa viranomaistahoilta tulevan normi- ja informaatio-ohjauksen rinnalla entistä vahvemmin markkinat. Liikelaitos ei tyydy hoitelemaan vanhassa viranomaishengessä toimialueensa ’residuaalia’, t.s. niitä työpaikkoja ja yrittäjiä joilla ei ole omaa tai yksityissektorin työterveyshuoltoa, vaan hakee markkinahengessä kasvua ja lisäystä liikevaihtoon. Kehityksen seuraava vaihe voi olla, että talousvaikeuksissa olevat kunnat myyvät liikelaitoksia ja osakeyhtiöiden omistusta kansalliselle tai kansainväliselle terveystaloudelle. Tällöin kuntaomisteinenkin työterveyshuolto muuttuisi ’non-profit’ periaatteella tapahtuvasta toiminnasta yksityiseksi liiketoiminnaksi, jonka tarkoituksena on sijoitetulle pääomalle saatava tuotto.

Työterveyslain tarkoitusta ajatellen liikevaihtoa tulisi kasvattaa myymällä lisää lakisääteistä ennaltaehkäisevää toimintaa. Lakisääteisyys merkitsee kuitenkin myös

rajoja: terveys- ja työpaikkatarkastuksia ja vajaakuntoisten seuranta voi tehdä vain määrättyissä tilanteissa, eikä liikevaihdon lisääminen myymällä enemmän neuvontaa ja ohjausta tai työkyvyn ja ensiapuvalmiuksien ylläpitoa ole helppoa. Todellisuudessa kasvun mahdollisuuksia tarjoaa lain 14 pykälä, jonka mukaan ”Työnantaja voi [lakisääteisten palvelujen] lisäksi järjestää työntekijöille sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja”. Työterveyshuolto myydäänkin yhä yleisemmin pakettina, joka sisältää myös tarjouksen työntekijöiden sairauksien nopeasta, tehokkaasta ja laadukkaasta hoidosta.

Tulevaisuuden työterveyshuolto?

Nykyisen työterveyshuollon perustaa 1970-luvulla rakentaneet veteraanit varmasti ajattelevat että ei siinä niin pitänyt käydä, että työläisten hyvinvointia puolustamaan tarkoitettu järjestelmä tarjoaakin kasvualustan yksityiselle terveysbisnekselle ja ylläpitää ellei peräti kasvata työikäisen väestön terveyseroja. Jos näin ei haluta jatkaa, mitä voidaan tehdä?

Radikaalein vaihtoehto olisi kumota edellä mainittu työterveyshuoltolain 14. pykälä ja säätää työterveyshuolto yksinomaan julkisen sektorin toiminnaksi. ’Saavutetun sairaanhoitoedun’ huonontaminen, saati työterveyden ’sosialisointi’, eivät mene läpi helposti, mutta toisaalta monikanavaisen rahoituksen kierouttamasta palvelujärjestelmästä (Vainio 2011) on puhuttu niin kauan ja kiihkeästi, että jotain asiallisesti tämän suuntaista olettaisi tapahtuvan. Perussairaanhoidossa monikanavaisuus tarkoittaa verorahoitteisia terveyskeskuksia, yksityisvastaanottoja jonka KELA-korvaukset tulevat sairausvakuutuksesta, ja työterveyshuoltoa, jonka KELA-korvaukset rahoitetaan työtulovakuutuksen puolelta. Työterveyshuollon osalta rahoitusmalli on omiaan kannustamaan sairaanhoidon järjestämiseen, ja eräänlainen kolminkantaisuus vaikeuttaa sen purkamista tai huonontamista. Lopulta kyse on siitä, menetettäisiinkö jotakin väestön, työelämän tai yhteiskunnan kannalta olennaista terveys- tai muuta hyötyä, jos työterveyssairaanhoidon saatavuutta huononnettaisiin poistamalla työnantajan kustantamalta lääkäripalvelulta KELA:n tuki ja määrittelemällä se veronalaiseksi työsuhde-eduksi.

Toisaalta voidaan kysyä, voisiko koko työikäisen väestön tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti kattava perusterveydenhuolto olla mahdollinen ilman että työterveyshuoltoa muutetaan mitenkään. Voidaanko nykyjärjestelmään sisältyvä negatiivinen diskriminaatio, ts. hyväosaisten suosiminen, kompensoida luomalla järjestelmän rinnalle rakenteita ja toimintamalleja, jotka diskriminoivat positiivisesti työterveyshuollosta osattomaksi jääviä? Ainakin työttömille suunnattuja terveydenhuoltokokeiluja on tehtynä ja tekeillä paljon. Niiden pohjalta pitäisi jo olla kiteytettävissä organisoitua ja sisältöä koskeva normisto terveyspalvelulle, joka on sitä saatavampi ja intensiivisempi mitä perifeerisemmässä työmarkkina-asemassa kansalainen on.

Lähteet

- Kelan tilastollinen vuosikirja 2009 (2010) Kansaneläkelaitos, Sastamala.
- Kelan työterveyshuoltotilasto 2008 (2010) Kansaneläkelaitos, Helsinki
- Manninen Pirjo & Laine Vappu & Leino Timo & Mukala Kristiina & Husman Kaj (toim.) (2007) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Mäkitalo, Jorma (2006). Onko työterveyshuollon toimintakonsepti muuttumassa? KONSEPTI – toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, 3 (1) (www.muutoslaboratorio.fi/konsepti). Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, Helsingin yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2004) Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:12, Helsinki 2004.
- Vainio, Harri (2011) Kierot kannustimet. Suomen Lääkärilehti 66, 794.
- Virtanen, Pekka & Kivimäki, Mika & Vahtera, Jussi & Koskenvuo Markku (2006) Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? BMC Health Services Research 6, 123.

35 Päihdepalvelut

Kunnat ovat päihdehuoltolain (41/1986) mukaan vastuussa päihdepalveluiden järjestämisestä kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan, ja ne voivat tuottaa palvelut itse, yhdessä toisten kuntien kanssa tai ostaa niitä. Päihdepalveluja järjestetään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina että päihdehuollon erityispalveluina, joita tyypillisesti antavat A-klinikat, nuorisoasemat sekä katkaisu- ja kuntoutusyksiköt. Yli puolet erityispalveluista on järjestöjen, säätiöiden ja yksityisten palveluntuottajien tuottamia. Päihdepalveluja järjestetään myös enenevästi mielenterveyspalvelujen kanssa esimerkiksi perustason palveluina psykososiaalisissa yksiköissä. Huomattava osa päihdeongelmaisten hoidosta toteutuu muualla kuin päihdehuollon erityispalveluissa, kuten terveyskeskuksissa, mielenterveyspalveluissa, sosiaalitoimistoissa, työterveyshuollossa tai kotipalveluissa.

Päihdeongelmat ovat yleistyneet

Päihteiden käyttö on lisääntynyt ja alkoholinkäyttö arkipäiväistynyt. Alkoholijuomien kulutus asukasta kohti 100 prosentin alkoholina oli vuonna 2010 yhteensä 10,0 litraa (Jääskeläinen ym. 2011). Naisten alkoholinkulutus on lähes kuusinkertaistunut ja miesten yli kaksinkertaistunut vuoden 1969 keskioluen myynnin vapauttamisen jälkeen. Samana aikana raittiiden osuus 15–69-vuotiaista on pudonnut noin 40 prosentista 10 prosenttiin. Naisten kuluttaman alkoholin osuus on kaksinkertaistunut 12 prosentista 26 prosenttiin. (Mäkelä ym. 2010a.) Kymmenesosa aikuisista juo puolet kaikesta käytetystä alkoholista (Mäkelä ym. 2010b). Haitat eivät kasaudu ainoastaan runsaimmin alkoholia käyttäville, vaan ne jakautuvat myös sitä kohtuullisesti käyttäville.

Huumeiden käyttö on yleistynyt ensin 1960-luvulla ja uudestaan 1990-luvun ja 2000-luvun taitteessa. Kannabista ainakin joskus käyttäneiden 15–69-vuotiaiden osuus oli vuoden 2010 väestökyselyssä hieman kasvanut aiemmasta ja se oli 17 prosenttia. Kannabiksen säännöllinen käyttö on lisääntynyt lähinnä 25–34-vuotiaiden miesten keskuudessa. (Tanhua ym. 2011.) Viime vuosina on kiinnitetty huomiota myös muihin riippuvuusongelmiin, kuten ongelmalliseen rahapelaamiseen tai netin runsaaseen käyttöön.

Päihteiden käytön vakavimpia haittoja ovat alkoholiin liittyvät kuolemat, joista on Suomessa tullut työikäisten yleisin kuolinsyy. Kuolleisuuden kasvu oli nopeaa

vuoden 2004 alkoholin hinnan alennuksen jälkeen sekä miehillä että naisilla. Myös huumekuolleisuus on ollut viime vuosina kasvussa.

Päihteiden käytön kasvu ilmenee päihdehuollon erityispalvelujen käyttönä, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa hoidettujen päihdepotilaiden lisääntymisenä, lastensuojelutarpeen kasvuna, rattijuopumuksina ja huumaantuneena ajamisena sekä alkoholi- ja huumerikollisuutena. A-klinikoiden asiakasmäärä kasvoi alkoholin hinnanalennuksen jälkeen vuodesta 2003 vuoteen 2008 noin 13 prosenttia ja kääntyi sitten laskuun, mutta asiakkaiden määrä oli vuonna 2010 edelleen kuusi prosenttia suurempi kuin 2003. Katkaisuhoidossa olleiden määrä on jatkanut kasvuaan, ja se oli vuonna 2010 runsaan viidenneksen (22 %) enemmän kuin vuonna 2003. Kuitenkin pitkäaikaisemmassa laitostuntoutuksessa olleiden asiakkaiden määrä vuonna 2010 oli 16 prosenttia alhaisempi kuin vuonna 2003. Päihdehuollon asumispalveluja saaneiden määrä vuonna 2010 oli 12 prosenttia suurempi kuin 2003.

Kaikkiaan vuonna 2010 A-klinikoilla asioi noin 44 200 asiakasta, nuoriso- asemilla noin 5 600, katkaisuhoidotyksiköissä noin 11 300, kuntoutusyksiköissä noin 5 700 ja päihdehuollon asumispalveluissa noin 4 300 asiakasta. Alkoholisairauksien vuoksi hoidettujen potilaiden määrä kasvoi vuodesta 2003 vuoteen 2008 ja kääntyi sen jälkeen laskuun. Vuonna 2010 alkoholisairauksien vuoksi sairaalahoidossa oli viisi prosenttia vähemmän potilaita kuin vuonna 2003. Erityisesti alkoholiin liittyvät elimelliset aivo-oireyhtymät ja alkoholimaksasairaudet lisääntyivät vuoden 2004 alkoholin hinnanalennuksen jälkeen. (Päihdetilastollinen..., 2008; Päihdetilastollinen..., 2011.) Huumeiden käyttäjien hoitoa kehitettiin ja lisättiin 2000-luvun alkupuolella. Vuonna 2009 huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteitä oli 30 paikkakunnalla, ja niissä asioi noin 13 000 asiakasta. Opioidiriippuvuuden korvaushoidossa arvioitiin olleen noin 1 800 asiakasta vuonna 2009 (Tanhua ym. 2011).

Päihteiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollossa asioineet asiakkaat ovat monella tavalla huono-osaisia. Leimallista on päihteiden sekakäyttö, perheenomaisten suhteiden puuttuminen, työttömyys ja asunnottomuus. Naisten osuus päihde-ehdoisesta asioinnista on lisääntynyt, ja vuonna 2007 se oli 28 prosenttia. (Nuorvala ym. 2009.)

Mihin päihdepalveluja tarvitaan?

Päihdepalvelujen tarvetta voidaan tarkastella yhteiskunnan, palvelujärjestelmän sekä yksilön ja hänen läheistensä näkökulmasta. Suhtautuminen päihteiden käyttöön on muuttunut käytön kontrollia ja rangaistusta korostavasta politiikasta päihdeongelmien hoitamista ja kuntoutumista sekä haittojen vähentämistä painottavaan politiikkaan. Päihdehuollon erityispalveluiden tarpeellisuutta on perusteltu asiakkaan hoitoon pääsyn helpottamisen lisäksi sillä, että ne tulevat yhteiskunnalle edullisemmaksi kuin vaativat erikoissairaanhoidotason somaattiset tai psykiatriset hoidot. Näiden hoitojen tarve kasvaa, jos päihdeongelmaisille ei ole tarjolla varsinaisia päihteiden käytön lopettamiseen tai vähentämiseen tähtäviä palveluja.

Päihteidenkäyttäjän ja hänen läheistensä näkökulmasta palvelujärjestelmää tarvitaan silloin, kun päihteiden aiheuttamista sosiaalisista ja terveydellisistä ongelmista ei omin avuin selvitä. Päihdehoidon menetelmistä ja vaikuttavuudesta on näkemyseroja päihdeongelmista toipuneilla, eri ammattiryhmillä sekä vertaistoimijoilla, joilla on päihdeongelmista tai päihdepalvelujen käytöstä omaa kokemusta. Tutkimusten mukaan päihdeongelmasta omin avuin toipuneiden osuudet vaihtelevat 14 ja 50 prosentin välillä. Omin avuin toipuneille tyypillistä on päihdeongelman yksinkertaisempi luonne, paremmat sosiaaliset verkostot sekä vahvemmat muutoksen toteuttamista koskevat pystyvyyssodotukset. Ammatillisen tuen avulla toipuneilla on vakavampia päihdeongelmia ja samalla kuitenkin myös vahvat odotukset pystyvyydestään muutoksen aikaan saamiseen. Vertaistuen – kuten AA- tai NA-toiminnan¹ – avulla toipuneilla päihdeongelman luonne on yleensä vakava ja heidän sosiaaliset verkostonsa ja pystyvyyssodotuksensa ovat vähäisempiä. (Kuusisto 2010.)

Päihdeongelmaisten näkökulmasta tarvitaan siis päihteiden käytön riskien tiedostamista ja itsehoitoa tukevia palveluja, varhaisessa vaiheessa ongelmat tunnistavia ja muutokseen tukea antavia palveluja, matalan kynnyksen avohoittoa ja katkaisuhoidtoa sekä monipuolista avo- ja laituskuntoutusta. Vertaistuki on tärkeää pitkäaikaisen muutoksen tukemisessa. Lisäksi päihdeongelmaisen kumppani, lapset ja muut läheiset voivat tarvita tukea välttääkseen päihdeongelmasta aiheutuvan liiallisen kuormittavuuden.

Haittojen vähentämiseen tähtäviä palveluja tarvitaan päihteitä runsaasti käyttäville. Tällaisia ovat esimerkiksi huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminta ja pistosvälineiden vaihto, joilla on voitu rajoittaa huumeiden käyttäjien hiv-epidemiaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja kuntoutuspalveluiden lisäksi vaikeasti päihdeongelmaiset saattavat tarvita asumispalveluja.

Päihdepalveluiden kehittämisen haasteet

Päihteiden käytön muutokset, palvelujärjestelmän hajanaisuus ja siinä tapahtuvat jatkuvat muutokset, palvelujärjestelmän ja arjen tukea antavien palveluiden yhteensovittaminen sekä hoidon ja kontrollin suhde ovat keskeisiä palvelujen järjestämisen haasteita.

Päihdetyö koko väestöä koskevana työnä

Alkoholipolitiikan vapautuminen (ks. myös Warsell tässä teoksessa, luku2) on merkinnyt sitä, että positiivisia malleja ja tiloja päihteistä vapaalle elämälle on entistä

¹ AA Alcoholics Anonymous, suom. Anonyymit alkoholistit; NA Narcotics Anonymous, ei ole käytössä suomenkielistä vastinetta

vähemmän. Väestötason ehkäisevällä päihdetyöllä – erityisesti alkoholin hinnan ja saatavuuden säätelyllä – voidaan vähentää haittoja sekä vaikeimmin päihdeongelmallisilla että kohtuullisesti alkoholia käyttävillä. Lähisuhdetasolla on tärkeä vahvistaa perhetyötä yksilöpainotteisen työotteen rinnalla. Palvelujärjestelmän päihde-ehdoisen asioinnin pääryhmänä ovat 40–59-vuotiaat, mutta vanhempien ikäryhmien palveluiden tarve on kasvamassa. Salme Ahlströmin ja Pia Mäkelän (2009) mukaan 50–69-vuotiaiden alkoholin kulutus on lisääntynyt 2000-luvulla merkittävästi. Eläkeläisten juomisen yleistyminen on lisännyt sekä hoitopalveluiden käyttöä että myös alkoholiin liittyviä kuolemia.

Kuntien vastuu

Päihdehuoltolaki (41/1986) on puitetyyppinen laki, jonka mukaan kunnan on järjestettävä päihdepalveluita kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan. Kunnat tulkitsevat tätä tarvetta vaihtelevasti. Erityisesti taloudellisen laman aikana kuntien päihdepalvelupäätöksiä näyttäviä ohjaavan pikemminkin taloustilanne ja käytettävissä olevat sosiaalihuollon resurssit kuin päihdeongelmaisten palveluiden tarve. Viime vuosi on ollut nähtävissä samantyyppinen ilmiö kuin 1990-luvun laman aikana: kunnat pyrkivät säästämään usein ostopalveluna hankittavan kuntouttavan laitospalvelun määrästä ja keskittävät päihdeongelmaisten palvelut kunnan itsensä tuottamaan avohoitoon ja lyhytaikaiseen katkaisuhoitoon. Pitkäaikaisemman kuntouttavan laitoshoidon määrä on selvästi vähentynyt, ja sen sijaan on tarjottu avohoidon rinnalla enemmän lyhytaikaista katkaisuhoitoa sekä asumispalveluita. Erityisesti vaikeimmin päihdeongelmallisille avohoito tai lyhytaikainen katkaisuhoito ei kuitenkaan riitä kuntoutumiseen ja päihdekeskeisestä elämäntavasta irrottautumiseen.

Peruspalveluissa tehtävän päihdetyön vahvistaminen

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä tapahtuva päihdepalveluiden seudullinen kehittäminen painottaa peruspalvelujen päihdetyön sekä perus- ja erityispalveluiden yhteistyön kehittämistä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009) painotetaan puolestaan peruspalvelujen mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä. Koska päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä ei ulotu kaikkialle Suomeen eivätkä sen resurssit riitä vastaamaan kasvaviin tarpeisiin, tarvitaan perustason palveluiden vahvempaa vastuunottoa erityisesti varhaisemman vaiheen päihdeongelmiin vastaamiseen. Oman haasteensa yhteiskehittämiseen tuo kilpailutus, joka vaikeuttaa ja monimutkaistaa päihdepalveluita tuottavien tahojen ja julkisen sektorin joustavien yhteistyömuotojen kehittämistä ja toteuttamista.

Arjen tuen varmistaminen

Päihdeongelmat edellyttävät eri viranomaisten välistä ja viranomaisten ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä. Erityisen tärkeitä ovat asumispalvelut. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman (2008) *asunto ensin* -periaatteella on vähennetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta, kun päihdeongelmallisille on tarjottu tuettuja asumismuotoja. Asumispalvelujen lisäämisen rinnalla on kuitenkin varmistettava, että päihdeongelmallisilla on myös mahdollisuus tarpeen mukaisesti kuntouttaviin palveluihin. Ammatillisten palveluiden rinnalle on tulossa lisääntyvästi erilaisia oman toipumiskokemuksen pohjalle rakentuvia hoitopalveluita. Näillä esimerkiksi AA-filosofiaan tai kristillisen päihdetyön periaatteisiin nojautuvilla vertaistukea ja yhteisöllisyyttä vahvistavilla palvelumuodoilla on tärkeä paikkansa pitkäaikaisen tuen mahdollistajana.

Hoidon ja kontrollin tasapainon hakeminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt vuonna 2009 hankkeen, jossa tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat erilliset säännökset pyritään tuomaan yhden puitelain alle. Tämä edellyttää myös päihdehuoltolain mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon säännösten arviointia. Viime aikoina esillä on ollut erityisesti päihdehoitoa käyttävien raskaana olevien naisten tahdosta riippumaton hoito (Raskaana olevien..., 2009). Sisäasiainministeriön ja STM:n työryhmässä on vuonna 2010 selvitetty päihtyneiden kiinniottoon, kuljettamiseen, kohteluun ja välittömään hoitoon liittyviä yhteistyö- ja vastuukysymyksiä. Kaiken kaikkiaan on myös laajemmin arvioitava nykyisen vapaaehtoisuuteen perustuvan päihdehoidon kehittämistä kiinnipitävämmän työotteen suuntaan.

Lähteet

- Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia (2009) Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74(6), 674–678.
- Jääskeläinen, Marke & Virtanen, Sirpa (2011) Alkoholiuomien kulutus 2010. Tilastoraportti 16/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuusisto, Katja (2010) Kolme reittiä alkoholista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampere: Tampereen Yliopisto.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009) Selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli (2010a) Koskevatko juomisen riskit vain pientä vähemmistöä? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer. Suomi juo. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 195–206.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri (2010b) Miten Suomi juo? Alkoholin käyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer. Suomi juo. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 39–54.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008) Huono-

- osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskanta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:6, 659–670.
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös (2008). URL: <<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=80707&lan=fi>>. Viitattu 4.11.2010.
- Päihdehuoltolaki 41/1986
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. Alkoholi ja huumeet. (2009) SVT-sarja, Sosiaaliturva 2009. Helsinki: Stakes.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholi ja huumeet. (2011) SVT-sarja, Sosiaaliturva 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoidon varmistaminen (2009) *Selvityksiä* 2009:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tanhua, Hannele & Virtanen, Ari & Knuuti, Ulla & Leppo, Anna & Kotovirta, Elna (2011) *Huumetilanne Suomessa 2011. Raportteja* 62/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

IV osa

Terveysspoliittisia intressi- ja eturyhmiä

36 Eduskuntapuolueiden terveys- poliittiset linjaukset 2000-luvulla

Puolueiden terveyspolitiikkaa on tutkittu Suomessa kohtalaisen vähän (esim. Kangas 1986; Smolander 2000; Suonoja 1992). Tutkimuksissa on sivuttu puolueiden käsityksiä tietyistä terveyspoliittisista aiheista, mutta niissä ei ole laajasti analysoitu puolueiden terveyspoliittisia linjauksia.

Aiemman, vähäisen tutkimuksen perusteella tiedämme, että kokoomus on historiallisesti suhtautunut myönteisemmin tarveharkintaan terveydenhuollossa kuin keskusta sekä sosiaalidemokraattisesta puolueesta vasemmalla olevat puolueet (Kangas 1986). Sairausvakuutuslakia luotaessa 1960-luvun alussa Maalaisliitto (nykyinen Suomen keskusta) kannatti vakuutusta koko kansalle, kun taas kokoomuksessa ja SDP:ssä kannatettiin joiltain osin vain työntekijöiden täysimääräistä vakuuttamista. Kokoomuspuolue painotti sekä sairausvakuutuksen (1964) että kansanterveyslain (1972) yhteydessä, että myös yksilön vastuuta tulee korostaa julkisia järjestelmiä rakennettaessa. Kansanterveyslain yhteydessä puolue myös esitti, että täysin ilmaiset palvelut eivät kannusta riittävästi. (Smolander 2000, 166–172, 257–260.)¹ Aiemmissä tutkimuksissa on myös havaittu selviä eroja puolueiden suhtautumisessa yksityisen sektorin mahdollisuuksiin terveydenhuollossa. SDP on perinteisesti suhtautunut epäilevämmiin markkinavoimiin palveluiden tuotannossa, kun taas keskusta ja erityisesti kokoomus ovat suhtautuneet positiivisemmin (vrt. Kangas 1986).

Tässä artikkelissa tavoitteena on selvittää eduskuntapuolueiden linjauksia terveyspolitiikasta 2000-luvulla (vanhimmat aineistot ovat vuodelta 2003 ja uusimmat vuodelta 2010). Aineistona käytetään puolueiden nettisivuilta ja Yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta (FSD) kerättyjä asiakirjoja, kuten terveyspoliittisia kannanottoja ja puolueohjelmia². Lisäksi puolueoimistoista pyydettiin materiaalia sekä käytettiin internetin tiedonhakuohjelmia.^{3,4} Aineistoa analysoitiin ensin useaan kertaan lähilukemalla ja muistiinpanoja tekemällä. Tämän jälkeen kunkin puolueet kannat luokiteltiin eri teemojen alle. Teemat eivät välttämättä tule esiin sellaisenaan aineistossa, vaan tutkija on joutunut tulkitsemaan niitä tietyistä sanamuodoista käsin esimerkiksi terveyserojen ja universalismin kohdalla. Lisäksi osa teemoista tulee esille

¹ Käsittelen tässä vain kokoomuksen, keskustan ja SDP:n terveyspolitiikan historiaa tietyillä terveyspolitiikan osa-alueilla, koska muista, pienemmistä puolueista ei ole saatavilla vastaavaa tutkimustietoa.

² Aineiston keräsi ohjeiden mukaisesti tutkimusavustaja Sanna Parrukoski Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Suuri kiitos!

niistä kohdista asiakirjoja, joissa käsitellään sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai peruspalveluita kokonaisuutena. Aineisto ryhmiteltiin laajoihin teemoihin, joissa tarkasteltiin:

- ▶ terveyspolitiikan alueen laajuutta (terveyspolitiikka on tulkittu ”laajaksi”, jos terveyspolitiikkaan luetaan myös muita alueita kuin vain varsinainen palvelujärjestelmän toiminta)
- ▶ universalismia terveydenhuollossa (terveydenhuollon universalismia tarkastellaan hoitoon pääsyn ja palveluiden saatavuuden näkökulmasta)
- ▶ suhtautumista terveyseroihin terveyspoliittisena ongelmana (liian suuret terveyserot viittaavat siihen, että puolueet tuovat esille, kuinka nykyinen järjestelmä luo eroja eikä tasaa niitä).

Teemojen kautta pyritään rakentamaan kokonaisnäkemys eri puolueiden terveyspolitiikasta. Kolme edellä mainittua yleistä teemaa on valittu, koska pohjoismaisen (ja suomalaisen) terveydenhuollon ominaispiirteenä on pidetty universaaleja palveluita (Anttonen & Sipilä 2010). Tulotasosta riippumattoman oikeuden terveydenhuoltoon on ajateltu vähentävän osaltaan eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lisäksi 1970-luvulta lähtien on vallinnut voimakkaana ajattelutapa, jonka mukaan väestön terveyteen voidaan vaikuttaa muillakin toimenpiteillä kuin suoraan palvelujärjestelmään liitoksissa olevilla ratkaisuilla (ks. kirjan johdanto). ”Laajojen” teemojen lisäksi on valittu neljä suoraan palvelujärjestelmään liittyvää teemaa, jotka ovat olleet 2000-luvulla ajankohtaisia. Teemat liittyvät:

- ▶ yksityiseen sektoriin (yksityiseen sektoriin luetaan yritykset ja järjestötoimijat)
- ▶ palvelurakenteen muuttamiseen kuntia yhdistämällä (kuntien koon kasvattaminen)
- ▶ nykyisiin omavastuuosuuksiin (viitataan erityisesti asiakasmaksuihin)
- ▶ kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmään (viitataan sairausvakuutusrahoitukseen ja verorahoitukseen).

3 Kokoomuksesta, vihreästä liitosta, SDP:stä ja vasemmistoliitosta ilmoitettiin, että materiaali löytyy internetistä. Perussuomalaiset ja keskusta eivät toimittaneet mitään materiaalia. Kristillisdemokraateilta toimitettiin puolueen oman materiaalin lisäksi kansanedustaja Päivi Räsänen terveyspoliittiset valtiopäivätoimet vuosilta 2007–2010 sisältävä asiakirja.

4 Kaikkiaan kävin läpi 126 dokumenttia, joista vain osaa käytetään tämän artikkelin aineistona. Mukaan ei otettu (yhtä asiakirjaa lukuun ottamatta) esimerkiksi vammaispolitiikkaa, ikäihmisiä tai perhepolitiikkaa käsitteleviä asiakirjoja.

Puolueiden terveyspoliittiset linjaukset

Näkemyks terveyspolitiikan laaja-alaisuudesta

Terveyspolitiikka on tulkittu laajaksi, jos puolue tarkastelee terveyspolitiikkaa laajemmin kuin vain palvelujärjestelmän kautta. Kaikki puolueet näkevät terveyspolitiikan muunakin kuin operatiivisen tason terveydenhuoltona (taulukko 1). Terveyspolitiikka tulee esille esimerkiksi usean puolueen osalta käsiteltäessä eriarvoisuuden kasvua yhteiskunnassa tai ympäristön merkitystä. Esimerkiksi kokoomus (2010) tuo esille: *”terveyttä ja hyvinvointia edistää esimerkiksi mahdollisuus olla puhtaassa luonnossa”*.

Vihreät (2010a; 2010b; 2007a; 2007b; 2006) kuitenkin eroavat kristillisdemokraattien (2007; 2008a; 2010) tavoin vielä muitakin puolueita laaja-alaisemalla näkemyksellä terveyspolitiikasta. Laaja-alaisuus tulee esille useissa kohdissa. Esimerkiksi kristillisdemokraateilla terveys korostuu usean teeman yhteydessä, kuten väestö- ja perhepolitiikassa. Samoin on vihreiden osalta. Vihreät (2006) tuovat muun muassa esille seuraavaa: *”Arkiliikuntaan kannustaminen, huolehtiminen työssä jaksamisesta tai ennalta ehkäisevä mielenterveystyö ovat vähintään yhtä tärkeitä kuin toimiva terveydenhuolto. Ne parantavat elämänlaatua ja vähentävät terveysongelmien kasautumista.”*

Universalismi terveydenhuollossa

Universalismilla viitataan tilanteeseen, jossa terveydenhuolto kattaa koko väestön, jolloin palvelut ovat yhtäläisesti kaikkien käytössä, tai ne kohdistuvat tarpeenmukaisesti yhtäläisellä tavalla.⁵ Eriarvoisuuden kasvu ja oikeudenmukaisuuden heikkeneminen taas kulkevat tavallisesti samaan suuntaan universalismin rapautumisen kanssa (Julkunen 2007). Universalismia on pidetty olennaisena osana suomalaista terveydenhuoltoa (ks. universalismin käsitteestä Anttonen & Sipilä 2010).

Voimakkaimmin huolissaan terveydenhuollon universaalisuusperiaatteiden rapautumisesta ovat vasemmistoliitto (2010a; 2010b; 2007), perussuomalaiset (2007; 2008; 2009) ja kristillisdemokraatit (2008b; 2005a; 2005b; 2010) (taulukko 1). Nämä puolueet nostavat erityisesti esille terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa esiintyvät ongelmat, jotka koskevat pienituloisia henkilöitä. Kristillisdemokraatit (2005b) tuovat esimerkiksi esille, että *”maksuton ja laadukas työterveyspalvelu on hieno saavutus, mutta sen rinnalla ei pitäisi unohtaa kaikille avointen terveyspalvelujen kehittämistä”*.

Kokoomuksen asiakirjoissa ei erityisemmin korosteta universalismia palveluiden saatavuudessa tai hoitoon pääsyssä. Kokoomus (2006; 2007; 2010) on puolueista vähiten huolissaan työelämän ulkopuolella olevien hoidon puutteista lukuun

⁵ Aineistossa ei tavallisesti mainita universalismi-sanaa, vaan se on etsitty asiakirjoista tutkijan tulkinnan kautta.

ottamatta vanhusten hoitoa. Puolue (2003) tuo enemmänkin esille, kuinka yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuoltoa tulee parantaa. Suurista puolueista keskustasta (2008; 2010) on halukas panostamaan voimakkaasti perusterveydenhuollon saatavuuteen. Lisäksi puolue (2010) painottaa peruspalveluiden tason ja saatavuuden säilyttämistä toteamalla esimerkiksi ”*Alueellinen ja sosiaalinen tasa-arvo edellyttävät, että peruspalvelujen korkea taso ja saavutettavuus turvataan kaikille alkavalla vuosikymmenellä myös vaikeutuvan huoltosuhteen alueilla*”. SDP (2005) tuo esille voimakkaasti universalismia terveydenhuollossa eli palveluiden turvaamista kaikille tulotasosta riippumatta. Puolueen visio-ohjelmassa vuodelta 2005 tuodaan esille, että ”*julkisten palveluiden universaalisuuden periaatteesta – jokainen maksaa mahdollisuuksiensa mukaan, jokainen saa – on edelleen pidettävä kiinni*”. Toisaalta puolue painottaa myös resurssien lisäämistä työterveyshuoltoon (2008). SDP on leimallisesti palkansaajien puolue ja on perinteisesti ajanut eniten ansiosidonnaisten etujen parantamista (esim. Kangas 1986). SDP (2010a) on toki myös esittänyt, että pitkäaikaistyöttömille tulisi järjestää mahdollisuus terveystarkastuksiin.

Vihreiden ohjelmissa (esim. 2010a) korostetaan, kuinka kansalaisille tulee tarjota samanlaisia palveluita maksukyvystä riippumatta. Puolue (2007b) lähestyy asiaa esimerkiksi toteamalla seuraavaa: ”*On ensiarvoisen tärkeää tasa-arvoisen yhteiskunnan kannalta pitää huolta siitä, että kaikki peruspalvelumme ovat niin laadukkaita, että varakkaatkin haluavat niitä käyttää*”. RKP:n (esim. 2007; 2006) asiakirjoissa tuodaan esille, että toimiva terveydenhuolto on merkittävä osa yhteiskunnan perusturvallisuutta, johon jokaisella kansalaisella täytyy olla oikeus. Puolue ei kuitenkaan korosta universalismia terveydenhuoltojärjestelmän perusperiaatteena muuten kuin siltä osin, että kaikkien täytyy saada palvelua tasapuolisesti omalla äidinkielellään. Puolue (2008) ”*työskentelee sen puolesta, että sekä kunnallista että yksityistä hoitoa ja huolenpitoa on saatavilla ruotsin kielellä – saat itse valita! Haluamme erityisesti lisätä kuntalaisten valintamahdollisuuksia lisäämällä palvelusetelien käyttöä*.”

Suhtautuminen terveyserojen ongelmaan

Terveyseroilla tarkoitetaan sosiaalisen aseman mukaisia eroja sairastavuudessa, terveydentilassa ja kuolleisuudessa (Lahelma ym. 2007, 25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Taustalla on väestöryhmien epätasa-arvoinen asema yhteiskunnassa. Palvelujärjestelmän osalta tämä näkyy Suomessa esimerkiksi siten, että työssäkäyvät pääsevät ilmaiseksi ja usein jonottamatta työterveyshuoltoon, kun taas työelämän ulkopuolella olevat maksavat asiakasmaksuja ja joutuvat jonottamaan hoitoon pääsyä pidempään. Verorahoitteen toiminnan lisäksi tuetaan sairausvakuutuksen kautta yksityislääkärikäyntejä, jotka suosivat suurituloisia⁶.

⁶ Ks. enemmän sosioekonomisista terveyseroista ja palvelujärjestelmän eriarvoistavista piirteistä Palosuo ym. 2007.

Taulukko 1. Puolueiden linjaukset terveyspolitiikan ”laajoihin” kysymyksiin

	Näkemyks- politiikasta	Vaatimus universalismista	Terveyserot
Kok.	Laaja-alainen	Kohtalainen	Ei kantaa
Kesk.	Laaja-alainen	Vahva	Liian suuret
SDP	Laaja-alainen	Kohtalaisen vahva	Liian suuret
Vas.	Laaja-alainen	Erittäin vahva	Aivan liian suuret
Vihr.	Erittäin laaja-alainen	Vahva	Liian suuret
PS	Laaja-alainen	Erittäin vahva	Aivan liian suuret
KD	Erittäin laaja-alainen	Erittäin vahva	Aivan liian suuret
RKP	Laaja-alainen	Kohtalaisen vahva	Ei kantaa

Ruotsalainen kansanpuolue ja kokoomus eivät ota kantaa terveyseroihin ja niiden kaventamiseen (taulukko 1). Tätäkin voidaan pitää kannanottona paljon esillä olleessa asiassa ja tulkitta niin, ettei näissä puolueissa terveyseroja pidetä merkittävänä ongelmana. Puolueista keskusta (2010; 2008), SDP (2010a; 2008) ja vihreät (2010a, 2010b) pitävät terveyseroja liian suurina, mutta eivät kiinnitä niihin yhtä paljon huomiota ja vaadi niiden tasaamista yhtä kärjekkäästi kuin vasemmistoliitto (2010a, 2010b), perussuomalaiset (2008; 2010) ja kristillisdemokraatit (2005b; 2010) (ks. taulukko 1). Vasemmistoliitto (2010a) tuokin esille: ”*Terveyseroja voidaan kaventaa puuttamalla niiden syihin, kuten köyhyyteen, heikkoon koulutukseen, tuloeroihin ja työttömyyteen sekä ruuan ja alkoholin hintakehitykseen.*”

Yksityinen terveydenhuolto

Kokoomuspuolueen (2008; 2010) suhde yksityissektoriin on astetta positiivisempi kuin muilla puolueilla (taulukko 2). Asiakirjassa (2010) muun muassa mainitaan: ”*Palveluiden laatu, toimivuus ja joustavuus on asetettava etusijalle ennen hallintoa ja tuotantomuotoja. Kuntien tulee järjestää julkiset palvelut erilaiset elämäntilanteet huomioiden. Laajempi valinnanvapaus tuo liikkumavaraa niin palvelujen käyttäjälle kuin järjestelmäänsäkin.*” Yksityisten terveyspalveluiden roolia palvelutuotannossa voidaan SDP:n (2010b) ja keskustan (2007) mukaan edelleen kasvattaa, mutta samalla tuodaan esille, kuinka niiden lisääminen ei saa merkitä epätasa-arvon kasvua palveluiden saatavuudessa. Myös vihreät (2010) ja kristillisdemokraatit (2010) suhtautuvat periaatteessa positiivisesti yksityisen sektorin rooliin julkisen palvelujärjestelmän täydentäjänä.

Puolueista vasemmistoliitto (2010a) ja perussuomalaiset (2010) ovat kriittisempiä yksityissektoria kohtaan. Esimerkiksi perussuomalaisten (2009) mukaan: ”*USA on malliesimerkki maasta, jossa käytetään suhteessa huomattavasti enemmän*

rahaa terveyspalveluihin kuin Suomessa, mutta jossa kansanterveydellinen tilanne on Suomea heikempi. Rahat menevät suurpääomapiirien taskuun osinkoina ja optioina. Tätä kehitystä, jota EU ruokkii, emme halua Suomeen.” Vasemmistoliiton (2010b) mukaan taas ”kalliiksi tuleva kuntien terveyspalvelujen ulkoistaminen pitää lopettaa. Kilpailutus on nostanut terveydenhuollon kustannuksia, vaikka yksityistetyt terveysasemat tuottavat vähemmän palveluja kuin kuntien omat terveysasemat.”

Ruotsalaisen kansanpuolueen (2008; 2007a; 2007c; 2006) terveyspoliittiset näkemykset ovat samantyyppisiä kokoomuksen kanssa usealla tarkasteltavalla ulottuvuudella, mutta yrityksiin suhtautuminen terveydenhuollossa ei ole aivan yhtä positiivista, sen sijaan painotetaan voimakkaammin kolmannen sektorin osuutta. Yhtenä syynä vaikuttaa olevan, että perinteisesti järjestöt, kuten Folkhälsan, ovat olleet merkittäviä terveydenhuollon toimijoita joissakin kaksikielisissä kunnissa.

Palvelurakenteen muuttaminen kuntia yhdistämällä

Palvelurakenteisiin voidaan pyrkiä vaikuttamaan kuntia yhdistämällä. Tällöin esimerkiksi tilaaja-tuottajamallien luominen mahdollistuu paremmin, koska potentiaalisten yksityisten tuottajien määrä alueella on suurempi. (Saarinen 2007.)

Keskusta painottaa kokoomusta enemmän alueellista tasa-arvoa palveluiden osalta. Kokoomus erottuu hieman voimakkaampana kuntien liittämisen kannattajana verrattuna muihin puolueisiin (vrt. esim. Kesk. 2010; Kok. 2010) (taulukko 2). Keskusta (2007) vastaavasti muistuttaa yhteen liittämisten yhteydessä, kuinka valtion rahoituksen tulee olla riittävää, jotta kunnat voivat selviytyä velvoitteistaan. Keskusta on saanut suuren kannatuksen kaupunkien ulkopuolelta maalaiskunnista ja näin profiloitunut voimakkaan aluepolitiikan puolueena. SDP on halukas yhdistämään kuntia vaikka osin pakollakin. Tällainen päätelmä voidaan tehdä puolueen (2008) kuntavaaliohjelman sanavalinnoista, joissa ”kuntia yhdistetään elinkelpoisiksi ja toimiviksi”. Vasemmistoliitto (2008; 2010a; 2010b) ja perussuomalaiset (2007; 2008) suhtautuvat kuntien yhdistämisiin kriittisesti. Kuntien yhteen liittäminen palvelujen järjestämisen tai väestöpohjan vahvistamiseksi tulee kristillisdemokraattien (2006; 2007) mukaan tapahtua ensisijaisesti vapaaehtoisuuden kautta. Vihreät erottuu eri eduskuntapuolueista näkemyksillään kuntien koosta ja määrästä. Puolueen (2010) esittämän mallin mukaan muun muassa terveyspalvelut pystyttäisiin tuottamaan jopa niin, että Suomessa olisi vain 40–60 kuntaa. RKP:lle merkittävin huolenaihe on palveluiden saaminen ruotsin kielellä. Ruotsalainen kansanpuolue (2007b) tuo esille, kuinka valtionavuista tulee tehdä jälleen korvamerkittyjä 1990-luvun valtionapujärjestelmän uudistusta edeltävään tapaan. Tämä merkitsee, että puolueen halukkuus yhdistää kuntia on heikko. Vaatimusten taustalla voidaan tulkita olevan huoli siitä, että talousvaikeuksissa olevilla pienillä kunnilla ei ole mahdollisuuksia panostaa riittävästi suomenruotsalaisten palveluihin.

Omastuuosuudet

Potilaiden palvelumaksuja koskeviin omastuuosuuksiin vaikuttavat suomalaisessa julkisessa järjestelmässä sairausvakuutuksen korvaustaksat ja ennen kaikkea julkisen palvelujärjestelmän käyttäjämaksut. Kokoomuksen ja ruotsalaisen kansanpuolueen asiakirjoista ei löydy mainintaa terveydenhuollon asiakasmaksuista. Tämä viitanee siihen, että omastuuosuuksia ei pidetä erityisen korkeina tai niitä ei nähdä järjestelmän ongelmana. Keskusta taas (2007) tuo esille, kuinka terveydenhuollon maksujärjestelmää on uudistettava ottamalla huomioon asiakkaiden maksukyky oikeudenmukaisella tavalla. SDP (2010b) korostaa, etteivät palvelumaksut saa olla esteenä hoitoon hakeutumiselle, muttei varsinaisesti ota suoraan kantaa omastuuosuuksien alentamiseen asiakasmaksujen kautta.⁷ Vasemmistoliitto (2008; 2010b) ja perussuomalaiset (2007; 2007; 2010) kokevat myös kansalaisten terveydenhuollosta maksamat osuudet aivan liian suurena. Erityisesti asiakasmaksuja julkisessa terveydenhuollossa pidetään liian korkeina tai katsotaan, että niitä ei tulisi olla lainkaan. Kristillisdemokraattien (2010) mukaan terveydenhuollon omastuuosuudet ovat aivan liian korkeat ja nykyiset asiakasmaksut kasvattavat väestöryhmien välisiä terveyseroja ja vähentävät pienituloisten hoitoon hakeutumista.

Kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkaminen

Terveydenhuolto rahoitetaan Suomessa kaksikanavaisesti eli sekä verorahoitteisesti että sairausvakuutuksen kautta. Kokoomus ei ole halukas lopettamaan kaksikanavaista rahoitusjärjestelmää vaan ehdottaa Kela-korvausten tason nostoa 50 prosenttiin todellisista kustannuksista (Kokoomus 2007) (taulukko 2). Kokoomus on leimautunut selvimmin hyvätuloisten etuja ajavaksi ja ei olekaan yllätys, että se kannattaa hintaerojen tasaamista julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Yksityispalveluita sairausvakuutuksen tukemana käyttävät enemmän paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat (Häkkinen 2005, 103). Keskustalla, perussuomalaisilla ja RKP:llä ei ole selvää kantaa. Keskusta ei esitä järjestelmän purkamista⁸. Yhtenä syytä lienee, että perinteisesti Kelan hallinnossa on ollut puolueen voimakas edustus. Myös SDP (2010b) tuo esille, että nykyisessä rahoitusjärjestelmässä on ongelmia, mutta ei kuitenkaan tee aloitetta sen purkamisesta. Sairausvakuutusjärjestelmän purkamisen ja yhden kanavan rahoituksen kannalla ovat enemmän tai vähemmän

⁷ Poliitiikan A ja Ö (www.sdp.fi) palvelussa todetaan vain, että ”julkisten palveluiden maksukattoa tulee mataltaa samalla kun valtion ja kuntien vastuunjako arvioidaan uudelleen”. Lisäksi ”–kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuja ei tule korottaa nykyisestä, vaan päinvastoin, kohtuullistaa eniten sairauskuluja omaavien henkilöiden maksurasitusta”.

⁸ Toki keskustan nettisivuilla www.keskusta.fi/ todetaan ns. politiikan A–Ö hakupalvelussa, että ”sairausvakuutusjärjestelmää, julkisen terveydenhuollon tuottamien palvelujen ja ostopalvelujen välisiä suhteita tulisi tarkastella ennakkoluulottomasti”. Yhtenä tällaisena yksikanavaisena keinona on keskustan piireistä esitetty niin sanottua kansallista terveysrahastoa, jota hallinnoisi Kela.

Taulukko 2. Puolueiden kannat palvelujärjestelmäteemoihin

	Suhde yksityiseen terveydenhuoltoon	Palvelurakenteen muuttaminen kuntia yhdistelemällä	Omavastuuosuudet terveydenhuollossa	Kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä
Kok.	Erittäin positiivinen	Kohtalaisen voimakas	Ei kantaa	Ei saa purkaa
Kesk.	Positiivinen	Kohtalainen	Liian korkeat	Ei kantaa
SDP	Positiivinen	Kohtalaisen voimakas	Liian korkeat	Kriittinen
Vas.	Hieman kriittinen	Varovainen	Aivan liian korkeat	Täytyy purkaa
Vihr.	Positiivinen	Voimakas	Liian korkeat	Täytyy purkaa
PS	Hieman kriittinen	Varovainen	Aivan liian korkeat	Ei kantaa
KD	Positiivinen	Varovainen	Aivan liian korkeat	Täytyy purkaa
RKP	Positiivinen	Kohtalainen	Ei kantaa	Ei kantaa

kristillisdemokraatit (2005; 2010), vasemmistoliitto (2010) ja vihreät (2010). Esimerkiksi kristillisdemokraatit (2005) tuovat esille, että *”terveydenhoidon erilliset rahoituskanavat aiheuttavat turhia kustannuksia ja tehottomuutta. Jokainen toimijataho tarkastelee hoito- ja organisaatiopäätöksiä tehdessään asiaa omalta näkökulmaltaan ja pyrkii luonnollisesti minimoimaan omat kulunsa.”* Vihreä liitto (2010) on taas esittänyt oman mallinsa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä: yksityislääkärien Kela-korvaukset poistuisivat, ja yksityinen sektori toimisi palvelusetelien ja ostopalveluiden kautta.

Lopuksi

Puolueiden kannat terveyspolitiikan eri kysymyksiin ovat johdonmukaisia: kun jokin puolue on erityisesti huolissaan universalismista, myös näkemykset yksityisestä sektorista ovat kriittisempiä ja omavastuuosuuksia pidetään liian suurina.

Tulosten perusteella kaikki puolueet näkevät terveyspolitiikan laaja-alaisesti; se on muutakin kuin operatiivista terveydenhuoltoa. Kaikki puolueet myös kannattavat enemmän tai vähemmän selvästi universalismia, ja valtaosa puolueista pitää terveyseroja liian suurina. Artikkelissa käsiteltiin myös pienempiä palvelujärjestelmään liittyviä teemoja. Puolueista suurin osa on ainakin jossain määrin valmiita hyödyntämään yksityissektoria. Kuitenkin kuten kuntien yhdistämisessä myös yksityisen sektorin lisäämisessä pienemmät puolueet ovat keskimäärin varovaisempia. Samoin pienemmät puolueet ovat keskimäärin useammin sen kannalla, että julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut ovat liian korkeat sekä kannattavat kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamista.

Jokaiselta puolueelta keskustaa ja sosiaalidemokraatteja lukuun ottamatta on

löydettävissä jokin yksittäinen tai useampi selkeä teema. Kokoomus suhtautuu puolueista positiivisemmin yksityiseen sektoriin, ja vihreät erottuvat voimakkaalla halukkuudella yhdistää kuntia ja siten keskittää terveyspalveluita. Erityisesti vihreät ja kristillisdemokraatit erottuvat laaja-alaisen terveyspoliittisen näkemyksen puolueina. Yhtenä syynä voidaan tulkita olevan, että pienempien puolueiden sisällä terveydenhuollon ammattilaisilla saattaa olla isompi mahdollisuus vaikuttaa siihen, kuinka keskeisiksi terveyteen liittyvät asiat nostetaan puolueen asiakirjoissa. Esimerkiksi kristillisdemokraateilla on erittäin voimakas suhteellinen terveydenhuollon ammattilaisten edustus eduskunnassa verrattuna muihinkin puolueisiin.

Puolueista perussuomalaiset, vasemmistoliitto ja kristillisdemokraatit eroavat selvimmin muista painottaen vahvasti universalismia ja liian suuria omavastuuosuuksia. Ruotsalaisen kansanpuolueen näkemykset poikkeavat muista puolueista eniten sillä tavoin, että se painottaa järjestöjen merkitystä terveyspalveluissa sekä oikeutta saada palvelua omalla äidinkielellään.

Selkein jako puolueiden terveyspoliittisten linjausten välillä on, että kolme vanhaa suurta puoluetta, keskusta, kokoomus ja SDP, ovat näkemyksissään abstraktimmalla tasolla kuin pienemmät puolueet. Toisin sanoen suurten puolueiden kannat terveyspolitiikasta ovat yleisempiä ja vähemmän yksiselitteisesti tulkittavia. Suuret valtapuolueet tuskin tuovat vastaisuudessakaan poliittiselle agendalle erityisen radikaaleja ideoita esimerkiksi nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän muuttamisesta. Tällä turvataan paremmin laajojen väestöryhmien äänet (vrt. Pierson 2001). Tästä viestii esimerkiksi, että neljästä suurimmasta puolueesta (kokoomus, SDP, keskusta, perussuomalaiset) yksikään ei yksiselitteisesti vaadi kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamista.

Lähteet

- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2010) Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus* 18(2), 104–120.
- Häkkinen, Unto (2005) The Impact of Changes in Finland Health Care System. *Health Economics*, 14 (Supplement), 101–118.
- Julkunen, Raija (2007) Universalismi – mitä se on ja ketä se palvelee. Esitelmä ”Terveyserot hyvinvointipolitiikan haasteena” -seminaarissa. Helsinki: Paasitorni.
- Kangas, Olli (1986) Luokkaintressit ja hyvinvointivaltio. Helsinki: Helsingin kauppa- korkeakoulu.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–41.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pierson, Paul (2001) Post-Industrial Pressures on the Mature Welfare States In: Pierson, Paul (ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Cornwall: Oxford University Press, 80–104.

- Saarinen, Arttu (2007) Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 72(6), 599–612.
- Smolander, Jyrki (2000) Suomalainen oikeisto ja “kansankoti”. Kansallisen Kokoomuksen suhtautuminen pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin jälleenrakennuskaudelta konsensusajan alkuun. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimitaohjelma 2008–2011.
- Suonoja, Kyösti (1992) Kansalaisen parhaaksi – yhteistuntoa ja politiikkaa. Teoksessa Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti (toim.) Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & VAPK-kustannus, 323–739.

Aineisto:

Keskusta:

- (2010) Tämä maa rakennetaan yhdessä. Suomen keskustan tavoiteohjelma 2010-luvulle.
- (2008) Äänestä kotiasi. Keskustan kunta- ja maakuntaohjelma.
- (2007) Vähän kuin itseäsi äänestäisit. Keskustan tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011.

Kokoomus:

- (2010) Hyvinvointi luodaan työllä ja välittämisellä. Hyvinvointikannanotto.
- (2008) Kaikkien kuntien tekevät liittyäkää yhteen. Kunnallisvaaliohjelma.
- (2007) Vastuullinen markkinatalous ja sen vaikutukset Suomen tulevaisuuteen. Eduskuntavaaliohjelma.
- (2006) Periaateohjelma.
- (2003) Hyvinvoinnin kymmenen kärkeä. Kokoomuksen hyvinvointityöryhmä.

Kristillisdemokraatit:

- (2010) On sairasta säästää terveydestä. Hyvinvointiohjelma.
- (2008a) Kotikunta kuuluu kaikille. Kristillisdemokraattien kuntavaaliohjelma 2008.
- (2008b) Kannanotto: kristillisdemokraatit esittävät terveydenhuollon pelastuspakettia.
- (2007) Tiukkapioisesti oikeudenmukaiseman politiikan puolesta. Kristillisdemokraattien tärkeimmät tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011.
- (2006) Tavoiteohjelma vaalikaudelle 2007–2011.
- (2005a) Yleisohjelma.
- (2005b) Terveyspoliittinen ohjelma.

Perussuomalaiset:

- (2010) Terveyspalvelut kuuluvat kaikille. Eduskuntaryhmän kannanotto terveyspalveluiden yksityistämismuutokseen.
- (2009) EU-vaaliohjelma.
- (2008) Kunnallisvaaliohjelma. Äänestäjän asialla.
- (2007) Eduskuntavaaliohjelma. Oikeudenmukaisuuden, hyvinvoinnin ja kansanvallan puolesta!

Ruotsalainen kansanpuolue:

- (2008) Kommunalvalsprogram.
- (2007a) Terveyspoliittinen ohjelma.
- (2007b) Ikäihmiset yhteiskunnassa.
- (2007c) Riksdagsvalprogram
- (2006) Askeleen edellä. Ruotsalaisen kansanpuolueen puolueohjelma.

Sosiaalidemokraattinen puolue:

- (2010a) Tulevaisuusohjelma. Varjosta valoon – työn, hyvinvoinnin, sivistyksen ja puhtaan ympäristön Suomi.
- (2010b) terveysaloitteet 122–143. Puoluehallituksen lausunnot ja puoluekokouksen päätökset 27–29.5.
- (2008) Unelmista todeksi – sanoista teoiksi. Kuntavaaliohjelma.
- (2007) Me pidämme ääntä puolestasi. Tavoitteet vaalikaudelle 2007–2011.
- (2005) Yhteisvastuu ja hyvinvointi. Visio-ohjelma hyvinvoinnin tulevaisuudesta.

Vasemmistoliitto:

- (2010a) Rikkaus lisääntyy jakamalla. Tavoitteet vuosille 2010–2015.
- (2010b) Terveyspalveluja uudistettava kunnan omana palveluna. Puoluevaltuuston kannanotto.
- (2007) Eduskuntavaaliohjelma.
- (2008) Kunnallisvaaliohjelma. Muutos tehdään kunnissa 2008–2012. Tavoitteena hyvä arki ja mielekäs elämä.

Vihreä liitto:

- (2010a) Tasa-arvoiset ja vaikuttavat hyvinvointipalvelut. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen vihreät linjaukset.
- (2010b) Vihreä tehtävä 2010–2014. Poliittinen ohjelma.
- (2007a) Eduskuntavaaliohjelma.
- (2007b) Tavoitteena turvalliset, laadukkaat ja riittävät peruspalvelut. Kymmenen vihreää teesiä palveluiden tuottamisen tavoista.
- (2006) Periaateohjelma. Tehtävänä reilu muutos. Iloa ja terveyttä yhdessä tekemisestä. Vihreitä linjoja terveyden edistämiseen.

37 Sosiaali- ja terveysjärjestöt terveyspoliittisina toimijoina

Sosiaali- ja terveysjärjestöt yhteiskunnallisena voimavarana

Artikkelin tavoitteena on kuvata sosiaali- ja terveysjärjestöjen merkitystä terveyspolitiikan toteuttajina, eritellä sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnan muutoksia eri aikakausina suhteessa valtakunnalliseen terveyspolitiikkaan sekä tarkastella sosiaali- ja terveysjärjestöjen tulevaisuuden näkymiä ja kehityskulkuja.

Järjestöt edustavat kansalaisyhteiskuntaa, ja niistä käytetään nimitystä ”kolmas sektori” (NGO, non-governmental organisation), jolla tarkoitetaan kansalaislähtöistä toimintaa. Järjestötyöhön osallistuminen on vapaaehtoista, eikä siinä pyritä tuottamaan voittoa (Möttönen & Niemelä 2005, 28). Sosiaali- ja terveysjärjestöjen tarkoituksena on joko jonkin erityisryhmän, oman jäsenistön tai hyvinkin laajan väestöosan terveyden, fyysisen, psyykkisen ja/tai sosiaalisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Särkelä & Vuorinen 2006, 1). Sosiaali- ja terveysjärjestöjä edustavat niin kansanterveysjärjestöt, potilas- ja omaisjärjestöt (ks. myös Toiviainen, luku 38), vammaisjärjestöt, päihdealan järjestöt, liikunta- ja urheilujärjestöt, terveysalan ammattijärjestöt kuin sosiaali- ja terveysalan järjestötkin.

Suomessa yhdistysrekisteriin on kirjattu noin 130 000 yhdistystä (Patentti- ja rekisterihallituksen yhdistysnetti 2010). Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kokonaismäärästä ei ole tarkkaa tietoa, mutta niitä on arvioitu olleen vuoden 2005 lopussa rekisteröitynä noin 13 000 (Särkelä ym. 2005, 20). Koska uusia sosiaali- ja terveysjärjestöjä perustetaan jatkuvasti, ja osa järjestöistä lakkauttaa toimintansa, luku vaihtelee jatkuvasti. Jäseninä sosiaali- ja terveysjärjestöissä on noin kaksi miljoonaa kansalaista ja päätoimisia työntekijöitä noin 26 000 (STM 2003, 18, 22). Joka seitsemäs tai kahdeksas kansalainen kuuluu esimerkiksi johonkin potilasjärjestöön (ks. Toiviainen luku 38). Yksistään Raha-automaattiyhdistys (RAY) jakoi vuonna 2011 noin 270 miljoonaa euroa yleis-, investointi- ja erilaisina projektiavustuksina yli 800 sosiaali- ja terveysjärjestölle noin 1 600 kohteeseen. RAY:n tuki kattoi vuonna 2011 noin 15 prosenttia valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuluista. (RAY 2011, 31–32.) Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on myös muita rahoittajia, esimerkiksi Kansaneläkelaitos (ks. myös Toiviainen, luku 38).

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen rooleja, toiminta-alueita ja tehtäviä

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on yhteiskunnassa useita rooleja, toiminta-alueita ja tehtäviä (ks. myös Möttönen & Niemelä 2005, 59–60, 67–78). Ensinnäkin järjestöt tekevät edunvalvontatyötä edustamalla ”ihmisten ääntä” eli välittämällä tietoa erilaisten ryhmien tarpeista yhteiskunnallisen päätöksenteon valmisteluun ja palvelujärjestelmien kehittämiseen. Esimerkkeinä voi mainita osallistumisen terveysalan työryhmiin, yhteydenpidon kansanedustajiin, lakialoitteiden tekemisen sekä kannanottojen ja lausuntojen antamisen. Toiseksi järjestöt tarjoavat mahdollisuuksia osallistua vapaaehtois- ja vertaistoimintaan, joilla pyritään vahvistamaan ihmisten aktiivisuutta ja yhteisöllisyyttä. Vapaaehtoistoiminta on ihmisten välistä palkatonta ja vastavuoroista toimintaa, jossa he ovat mukana omasta vapaasta tahdostaan ja saavat toiminnasta myös jotain itselleen. RAY:n avustamisessa sosiaali- ja terveysjärjestöissä arvioidaan olevan 380 000 vapaaehtoistyöntekijää (RAY 2010, 33).

Kolmanneksi järjestöt ovat palvelujen tuottajia, joissa tarjotaan jäsenistön tarpeista lähteviä sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja (ks. myös Toiviainen luku 38), joita ei muuten ole tarjolla. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen palvelutoiminnan laajuus on ollut noin 17 prosenttia sosiaalitoimen ja kolme prosenttia terveystoimen palvelutuotannosta (STM 2003, 22). Neljänneksi verkostoituminen ja yhteistyö ovat järjestöille välttämättömiä, koska niiden toiminta on sidoksissa ulkoiseen ympäristöön, sen tarjoamiin voimavaroihin ja mahdollisuuksiin sekä jäsenten arvoihin, intresseihin ja tarpeisiin (Heikkala 2001, 57). Viidenneksi järjestöt ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa kehittämistoiminnan tavoitteena on saada aikaan uudenlaisia ratkaisuja (Ojaniemi ym. 2007, 14–16). Kehittämistyössä järjestöt ovat aina olleet innovaattoreita, ja esimerkiksi palveluja on pyritty kehittämään ihmisten tarpeiden pohjalta ja pilotoimaan hankemuotoisina. Hankkeissa kehitetyillä uusilla toimintatavoilla, jotka koskevat myös pieniä väestöryhmiä, on ollut suuri merkitys esimerkiksi terveydenhuollossa. (Helander 2006, 96; Särkelä & Vuorinen 2006, 7, 9.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen terveyspoliittinen rooli eri aikakausina

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen rooli terveyspoliittisina toimijoina on vuosien saatossa muuttunut. Monet esimerkiksi terveyspalvelujen kannalta olennaiset toiminnot ovat saaneet alkunsa järjestöjen aloitteellisuudesta (Harjula 2007, 137). Järjestöt ovat aina linkittyneet tiiviisti valtion ja kunnan palvelujärjestelmään (STM 2003, 17). Eriyisesti suuret valtakunnalliset kattojärjestöt ovat toimineet ja toimivat edelleen läheisessä yhteistyössä julkisen vallan kanssa (ks. myös Toiviainen luku 38). Tämä on yksi merkittävimmistä eroista verrattuna muissa maissa toimiviin alan järjestöihin,

jotka nähdään osana yksityistä sektoria, jolloin niiden tehtävänä ei ole ensisijaisesti yhteistyö julkisen vallan kanssa.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminta oli 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alkupuolella valtiosta riippumatonta ylempien sosiaaliryhmien naisten hyväntekeväisyystoimintaa. Myöhemmin vapaaksi huoltotyöksi kutsuttu toiminta muuttui ammatillisemmaksi, kun sitä koskevan toiminnan sosiaalinen pohja laajeni. Toiminta oli valistamista ja avustamista alempien sosiaaliryhmien hyväksi. Kohderyhminä olivat lapset, perheet ja vammaiset. Työtä tehtiin siellä, mihin julkisen vallan toiminta ei ulottunut. (Jaakkola 1991, 22–24.) Valistaminen oli myös julkisen vallan keino väestön terveydentilan kohottamiseen (Harjula 2007, 16, 39, 43, 54).

Sotien jälkeen 1940-luvun lopulla merkittävänä terveyspoliittisena lähtökohdiana oli julkisen vallan velvollisuus huolehtia koko väestön terveydestä ja saada aikaan sekä terve että tuotantokykyinen kansa. Toimenpiteet kohdistuivat erityisesti perheisiin, äiteihin ja lapsiin. Neuvolatoiminta oli alkanut järjestöpohjalta 1920-luvulla, ja vielä 1940-luvulla järjestöjen rooli toiminnassa oli merkittävä, vaikka lain mukaan neuvolatoiminta oli tuolloin jo kuntien vastuulla. (Harjula 2007, 55–57, 65–67.) Väestöliitto perustettiin tekemään valistustyötä ja puuttumaan lapsiperheiden elämää vaikeuttaviin epäkohtiin sekä edistämään yhteiskunnallisia uudistuksia (Harjula 2007, 64; ks. www.vaestoliitto.fi). Vapaaehtoistoiminnasta tuli yhä merkittävämpää, ja sen kautta tarjottiin muun muassa ystävä- ja lähimmäispalvelua, jota ei ollut tarjolla julkisella puolella. (Jaakkola 1991, 25–26.) Osittain joidenkin etujärjestöjen tehtäväksi jäi yleistyneiden kroonisten sairauksien, kuten syöpään, niveltauteihin ja sydäntauteihin sairastuneiden, hoito (Harjula 2007, 64–65).

1970-luvulla korostui yhteiskuntasuunnittelu, joka heijastui myös järjestöjen toimintaan. Sen edellytettiin olevan tehokasta, taloudellista ja ohjattua (ks. esim. Lintonen 1989, 34–36), mutta myös aiempaa suunnitelmallisempaa työtä, jota rahoitettiin julkisista varoista. RAY ryhtyi 1960-luvulta alkaen tarkastamaan avustuksensaajien varainkäyttöä (www.ray.fi). Suunnittelun rinnalla myös järjestöjen edunvalvontatyö korostui, ja 1960–1970-luvuilla syntyi uusia eläkeläis-, potilas- ja tautikohtaisia järjestöjä (Lintonen 1989, 37; ks. myös Toiviainen luku 38).

Terveyspolitiikassa 1970-luvulla keskityttiin palvelujärjestelmän suunnitteluun ja toteutukseen sekä terveyspalvelujen saatavuuden parantamiseen. 1980-luvulla kohteena oli vielä perusterveydenhuollon vahvistaminen ja samalla elettiin kasvavan ja monipuolistuvan palvelutarjonnan aikaa. Lähtökohtana oli jälleen koko kansan terveydestä huolehtiminen (Harjula 2007, 76; Melkas ym. 2005). Kun kansanterveyslaissa (66/1972) kuntien velvollisuudeksi asetettiin kuntalaisten terveyspalveluista ja terveyden edistämisestä vastaaminen, järjestöjen merkitys yhteiskunnallisina toimijoina kaventui ja jäi vähemmälle huomiolle (Jaakkola 1991, 8; Möttönen & Niemelä 2005, 15). Rooliksi jäi kansanterveydellinen valistustyö ja muun muassa terveysaineistojen tuottaminen lain mukaan (66/1972: 14 §, kohta 1) määritellyillä osa-alueilla. Myös järjestöjen vapaaehtoistoiminta lisääntyi, kun niiden tarjoamille palveluille ei ollut enää yhtä suurta kysyntää.

Terveyspolitiikan toimintaympäristö muuttui 1990-luvulla taloudellisen laman, valtionosuusuudistuksen sekä globalisaation, Euroopan yhdentymisen ja lähialueiden mullistusten johdosta (Melkas ym. 2005). Laman seurauksena terveydenhuollon voimavarat supistuivat, mistä osittain seurasi järjestöjen merkityksen korostuminen julkisia palveluja tukevana ja täydentävänä toimijana (Helander 2006, 94). Myös vapaaehtoistoiminnan merkitystä korostettiin. Sillä haluttiin painottaa avunsaajien ja kansalaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä, jolloin järjestöjen toiminta ei profiloitunut vain kunnan palvelujen täydentäjänä. (Hakkarainen 1991, 130–131.) Järjestöjen määrä kasvoi 1980-luvulta alkaen, mutta erityisesti sen jälkeen (Heikkala 2001, 58; Siisiäinen & Kankainen 2009, 98–99; Vuorinen ym. 2007, 13). Tämä johtui osittain siitä, että ne saivat taloudellista tukea toimintansa toteuttamiseen.

Kahtena viime vuosikymmenenä (1990–2010) terveyspolitiikkaa ovat suunnanneet kansalliset terveysstrategiat. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmissa (STM 1986; 1993) terveyteen vaikuttavana tekijänä ei nähdä vain terveyspalveluita, vaan siihen katsotaan voitavan vaikuttaa pitkälti muiden sektorien toiminnalla ja terveyden edistämisen nähdään olevan eri hallinnollisten sektorien yhteinen asia. STM:n erilaisissa ohjelmissa¹ on painotettu 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa eri toimijoiden terveystavoitteista yhteistyötä niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin (Melkas ym. 2005). Ohjelmissa on todettu muun muassa järjestöjen toiminnan tärkeys yhteiskunnallisina sosiaali- ja terveyspoliittisina toimijoina, edunvalvojina, kehittäjinä ja palveluiden tuottajina erityisesti heikommassa asemassa olevien ryhmien tukena. Käytännössä järjestöjen ja valtion (komiteoiden, työryhmien, neuvottelukuntien jne.) yhteistyö on näkynyt siten, että niitä on otettu mukaan ohjelmia valmisteleviin työryhmiin ja järjestöjä on kuultu esimerkiksi lausuntojen antajina (ks. myös Toiviainen, luku 38). Ohjelmissa on saatettu osoittaa järjestöille myös tehtäviä, mutta rahoitus ja tuki tehtävien toteuttamiseen ovat osin puuttuneet (ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman [Kaste] [STM 2010, 6, 68] arviointi).

Jonkin verran järjestöjä on otettu mukaan kuntien terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa linjoitteleviin johtoryhmiin. Edelleen kuntien enemmistölle järjestöt näytettyvät ensisijaisesti vain palveluntarjoajina. Järjestöt ovat ottaneet tehtäväkseen kehittää niille ryhmille palveluita, joista kunnat eivät vastaa riittävästi (Särkelä 2009, 9–10,14). Myös erityisosaamista vaativissa palveluissa järjestöjen rooli on korostunut. Ne tuottavat tätä nykyä julkiselle vallalle kuuluvista tehtävistä muun muassa näkövammaisten ja kuurojen palveluita sekä tekevät raittius- ja päihdetyötä (STM 2003, 17). Nämä palvelut ovat usein ihmisryhmille, joille ne ovat merkittäviä arjessa

¹ Esimerkiksi Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma (STM 1993); Terveys 2015 -ohjelma (STM 2001); Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (STM 2006); Hyvinvointi 2015 -ohjelma (STM 2007); Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007–2011) (STM 2007); Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 (STM 2008); Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2008–2011 (STM 2008); Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus katsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020 (STM 2010).

selviytymisen kannalta (Oikeusministeriö (OM) 2010, 117). Haasteena näille palveluille pidetään sitä, missä määrin tämä palvelutoiminta katsotaan yleishyödylliseksi ja missä määrin niin sanotuilla yleisillä markkinoilla tapahtuvaksi (STM 2003, 17). Järjestöjen toteuttamilla palveluilla on kuitenkin vahva arvopohja, eivätkä ne tavoittele taloudellista voittoa (Särkelä & Vuorinen 2006, 4).

Vaikka 2000-luvun ensimmäisenä vuosikymmenenä palvelutuotanto on painottunut, järjestöjen perustehtävänä on kuitenkin edelleen säilynyt vaikuttamis- ja edunvalvontatyö (STM 2003, 17) sekä toiminta terveyden tasa-arvon toteuttamiseksi huono-osaisten ryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä kohentamalla. Järjestöt ovat lähellä ihmisten arkea ja tätä kautta perillä sosiaalisista epäkohdista. (Ojaniemi ym. 2007, 48.) Tämä on erittäin keskeistä, kun tiedetään, että sosioekonomisten ryhmien terveyserot ovat kasvaneet ja esimerkiksi terveyspalvelut eivät Suomessa jakaudu oikeudenmukaisesti eikä perustuslaissa mainittu yhdenvertaisuus toteudu terveydenhuollossa (ks. Keskimäki ym. 2008).

Tulevaisuuden haasteita ja kehityskulkuja

Sosiaali- ja terveysjärjestöille tuovat haasteita muun muassa alueelliset hyvinvointi- ja terveyserot ja erityisesti sosiaalisen tuen ulkopuolella olevien kansalaisten määrän kasvaminen. Haasteena ovat myös toimintaympäristöä koskevat muutokset. Järjestöjen mahdollisuuksiin toimia terveyspolitiikassa vaikuttavat eri tekijät, kuten rahoituksen painoalueet, rahoitustuki, järjestötoiminnan kehitys sekä julkisen vallan odotukset järjestöille.

Edunvalvonta ja vaikuttamistyö ovat olleet järjestöille aina keskeinen osa toimintaa. Tässä toiminnassa kukin järjestö ajaa tyypillisesti oman erityisryhmänsä asioita. Eräs mahdollinen kehityssuunta on vaikuttaa voimakkaammin terveyspoliittisiin päätöksiin, mikä tarkoittaa järjestöjen ”terveyspoliittisoitumista”. Tällöin ne irtautuisivat perinteisestä roolistaan ajaa omien jäsentensä asiaa, ja tämä tarkoittaisi toiminnan monipuolistamista ja laajentamista myös perustehtävien ulkopuolelle. Painopiste olisi terveyden edellytysten vahvistamisessa ja taustalla oleviin tekijöihin (esimerkiksi työllisyyteen, koulutukseen, asumiseen ja tuloeroihin) vaikuttamisessa. Tällä toiminnalla sosiaali- ja terveysjärjestöt kykenisivät paremmin osoittamaan ongelmien rakenteellisia ehtoja sekä syrjäytymiseen ja huono-osaisuuteen johtavia polkuja. Tämä edellyttäisi järjestöjen voimien kokoamista ja yhteistä toimintapohjaa. ”Terveyspoliittisoituminen” vahvistaisi samalla terveyden edistämisen politiikkaa, jossa pääpaino on terveyttä edistävässä ja ehkäisevässä työssä. Toisena mahdollisena kehityskulkuna on kuitenkin se, että tietyt aatteelliset järjestöt palaavat juurilleen ja kiinnittyvät entistä vahvemmin oman jäsenkuntansa aatteen ympärille ja panostavat vain jäsenistönsä palvelemiseen entistä paremmin.

Järjestötoiminnan erityisyyttä on vapaaehtois- ja vertaistoiminta, joka ei ole julkisen vallan toimin tai muiden toimijoiden työllä korvattavissa (Heikkala 2001,

57). Tiedetään kuitenkin, että etenkin nuorisoa perinteinen järjestötoimintaan osallistuminen ja kollektiivisen toiminnan eri muodot eivät enää kiinnosta siinä määrin kuin ennen (Siisiäinen & Kankainen 2009, 99). Perinteisiä osallistumisen muotoja, kuten järjestövaikuttamisen mahdollisuuksia, ei koeta riittäviksi ja lisäksi järjestötoimintaan ei olla välttämättä valmiita sitoutumaan vuosiksi (Stranius 2009, 141). Järjestöjen on jossain määrin siis pohdittava, miten ne saavat pidettyä nykyisen jäsenkuntansa kiinnostusta yllä ja aktivoitua mukaan uusia toimijoita, jotta vapaaehtoistoiminta ei jäisi vain harvojen aktiivijäsenten varaan.

Järjestöjen keskeistä merkitystä sosiaalisten verkostojen luomisessa on tarkasteltu myös sosiaalisen pääoman tuottamisena, mikä näkyy luottamuksen ja vastavuoroisuuden lisääntymisenä (Helander 2006, 97). On osoitettu, että osallistumiserot eri väestöryhmien välillä Suomessa ovat entistä suuremmat (Wilhelmsson 2009, 14) ja sosioekonominen asema vaikuttaa järjestötoimintaan osallistumiseen siten, että ylemmät toimihenkilöt osallistuvat selvästi eniten (Hanifi 2006, 36; OM 2009, 102–103; Siisiäinen & Kankainen 2009, 108, 111, 132). Tämän lisäksi myös luottamuksen on todettu kasautuvan hyväosaisille (Iisakka 2006, 31). Tarpeen onkin saada heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevia ryhmiä osallistumaan enemmän järjestötoimintaan.

Suomessa julkinen valta ja sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat toimineet viime vuosikymmeninä läheisessä suhteessa (ks. myös Toiviainen luku 38). Niiden asema on vakiintunut ja järjestötoimintaa arvostetaan. Martti Siisiäinen ja Tomi Kankainen (2009, 120) ovat arvioineet, että järjestöjen on odotettu ”noudattavan politiikkapelin sääntöjä, mikä on ilmennyt lakien kunnioituksena, valtiosuuntautuneisuutena, rauhanomaisuutena, luottamisena valistukseen voimaan sekä muodollisen organisoituneisuuden ylenpalttisena arvostuksena”. Julkinen valta odottaa järjestöiltä muun muassa konkreettista tuloksellista toimintaa (toiminnan arviointi ja sen osoittaminen, että saadaan aikaan tuloksia ja vaikutuksia), työvoimareservejä (järjestöjen työllistävä vaikutus), vapaaehtoisuutta (siihen panostamista), kansalaisosallistumista (järjestöt sen väylänä) ja ammattimaisesti toteutettua terveyspolitiikkaa, joka mahdollistaa menetelmällisiä innovaatioideoita (kansalaisaloitteiden jalostaminen tuotteiksi). Voi kysyä, onko järjestötoiminnan itsenäisyys uhattuna. Harri Vertio (2002, 307) kuitenkin arvioi, että vaikka esimerkiksi palvelut ovat tulleet keskeiseksi osaksi sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaa, niiden toimintaedellytykset eri toimijoiden kanssa voivat parantua ilman, että järjestöt menettäisivät niille ominaista itsenäisyyttä.

Julkinen valta luo rahoituksella järjestöille toimintaedellytykset. RAY:n avustusten suuntaaminen ja kuntien tuki (rahallinen tuki sekä esimerkiksi tilojen tarjoaminen) paikallisille järjestötoimijoille on ensiarvoisen tärkeää. Järjestöt ovat toimineet monin paikoin joustavina lain edellyttämien palvelujen tarjoajina kunnissa, julkisten palvelujen jatkeena ja korvaajina. Toistaiseksi järjestöt ovat vastanneet paljolti erityisesti lastensuojeluun, päihdehuoltoon, vammaispalveluihin ja kuntoutukseen liittyvistä tehtävistä (STM 2003, 17). Kuntien tehtävänä olisi palveluja ulkoistaes-

saan varmistaa, että järjestöillä olisi riittävästi resursseja käytettävissä. Kunnat joutuvat avustuksia antaessaan myös huomioimaan avustuspolitiikkaa ja kilpailulainsäädäntöä koskevat muutokset samanaikaisesti kun järjestöt joutuvat arvioimaan, mikä toiminta on yleishyödyllistä ja mikä kaupallista (Siisiäinen & Kankainen 2009, 129). Järjestöt ovat joutuneet tässä omaksumaan yhä enemmän yritystoiminnan logiikkaa, joka koskee tehokkuusvaatimuksia ja tuotteistamista (OM 2006, 11). Eräs vaihtoehto on, että osa sosiaali- ja terveysjärjestöistä eriyttää toimintansa ammattimaiseksi palvelutuotannoksi ja tulee toimimaan markkinaperustaisesti (Heikkala 2001, 82). Yhteistyö ja kumppanuus järjestöjen ja julkisen vallan välillä on tärkeää ja edellyttää vastavuoroisuutta. Ei liene kaikkein olennaista miettiä, ovatko perinteiset sosiaali- ja terveysjärjestöt julkisen vallan suuntaan syli-, vahti- vai rakkikoiria, vaan olennaista on, käyttävätkö ne voimavaransa kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseen kaikin mahdollisin keinoin.

Voimien kokoajaksi ja aiempaa vahvemmaksi sosiaali- ja terveyspoliittiseksi toimijaksi vuoden 2011 alussa perustettiin SOSTE, Suomen sosiaali ja terveys ry, joka aloitti toimintansa vuonna 2012. Uusi sosiaali- ja terveysjärjestöjä kokoava järjestökokonaisuus kykenee kokonaisvaltaisemmin kuin aiemmin toimimaan sosiaali- ja terveyspoliittisena asiantuntijana ja vaikuttajana sekä vahvistamaan sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaedellytyksiä, tukemaan kansalaistoiminnan kehittymistä sekä järjestöjen ja muiden tahojen yhteistyötä. Jo pelkästään myönnetty rahoitustuki edellyttää sosiaali- ja terveysjärjestöiltä entistä enemmän ja vahvempaa yhteistyötä. Tarvitaan kuitenkin sekä pieniä, uusia, aktiivisia ja nopeasti toimivia järjestöjä kuin vanhojakin niin sanottuja ”valtiosuuntautuneita” järjestöjä, joissa toimintakapasiteetti ja budjetti tekevät mahdolliseksi toteuttaa jäsentensä ja kohderyhmiensä kannalta merkittäviä asioita (Siisiäinen & Kankainen 2009, 100–101, 131). Perinteisten isojen järjestöjen toimintaa tulisi uudistaa, koska niiden tehtävät voivat olla josain määrin koetuksella uusien, aktiivisten ja vireiden kansalaisjärjestöjen rinnalla.

Juha Heikkala (2001, 81) arvioi, että järjestöjen on itse otettava kantaa, mihin muutoksiin ne haluavat vastata ja miten. Kun toinen järjestö yhtiöittää toimintaansa palvelujen tuottamiseksi, toinen saattaa suunnata strategisen panostuksensa edunvalvontatyöhön. Niillä järjestöillä, jotka kykenevät toimimaan joustavasti julkisen vallan ja yksityisen sektorin kanssa, voi tulevaisuudessa olla parhaat toimintaedellytykset. On kuitenkin varmistuttava ainakin siitä, että alkuperäinen toiminta-ajatus ei hämärry ja että järjestö pysyy tietoisena valinnoistaan uudenaikaisessa ympäristössä. (Koskinen-Ollonqvist & Vertio 2002, 134.) Järjestöjen merkitys suomalaisessa yhteiskunnassa voisi vahvistua myös siten, että järjestöt löytäisivät yhteisen linjan, jossa korostuu aiempaa selkeämmin sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistaminen. Tärkeää olisi toiminnan koordinaatio, vuorovaikutuksellinen toiminta, ideoiden esiin nostaminen, ratkaisujen löytäminen ja laadunvalvonta erityisryhmien tarpeiden osalta (Koskinen-Ollonqvist 2007, 19). Järjestöjen tulee miettiä, miten yhdistää uudella tavalla tietoa ja asiantuntemusta, jota kertyy kansalaistoiminnan, edunvalvonnan ja palve-

lutuotannon kautta (STM 2003, 17–18). Niiden tulee myös arvioida, miten järjestötoiminta tavoittaa mahdollisimman laajan joukon ihmisiä (Vuorinen ym. 2007, 29).

Sosiaali- ja terveysjärjestöissä on valtavaa uudistuspotentiaalia. Järjestöjen asiantuntijuuden ja varareservin avulla hyvinvointivaltio on kyennyt selviytymään uusista erityisistä haasteista ja ongelmista, koska myös järjestötoiminnan ansiosta yhteiskunnassa on lisääntynyt tietoisuus vaadittavista muutostarpeista (Siisiäinen & Kankainen (2009, 129). Kimmo Leppo (2010, 81) esimerkiksi toteaa terveysalan järjestöjen laittaneen ”alulle paljon sitä kaikkein parhaimmasta, mitä Suomessa on tehty: äitiys- ja lastenneuvolatyö, tuberkuloosin torjunta, tupakoinnin vastustaminen, ravintovalistus”. Siisiäisen (1996, 17, 22) mukaan järjestöt ”ovat se välittävä rengas, joka yhdistää kansalaisyhteiskunnassa toimivien yksilöiden tarpeet yhteiskunnan kehittämisen suuriin päätöksentekojärjestelmiin”, ja näin järjestöistä tulee osa koko poliittista järjestelmää ja demokratiaa niin menneinä aikoina, nyt kuin tulevaisuudessakin.

Lähteet

- Hakkarainen, Pirkko (1991) Järjestöjen vapaaehtoistoiminnan nykytilanne Suomessa. Teoksessa Matthies, Aila-Leena (toim.) Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto, 130–140.
- Hanifi, Riitta (2006) Sosiaalinen, kulttuurinen ja poliittinen osallistuminen ja luottamus. Teoksessa Iisakka, Laura (toim.) Sosiaalinen pääoma Suomessa – Tilastokatsaus. Helsinki: Tilastokeskus, 33–41.
- Harjula, Minna (2007) Terveyden jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Heikkala, Juha (2001) Järjestön strategia. Tampere: Tampere University Press.
- Helander, Voitto (2006) Järjestödemokratian keskeiset mittarit. Teoksessa Borg, Sami (toim.) Suomen demokratiaindikaattorit. Julkaisuja 2006:1. Helsinki: Oikeusministeriö, 92–114.
- Iisakka, Laura (2006) Sosiaalinen pääoma ja luottamus. Teoksessa Iisakka, Laura (toim.) Sosiaalinen pääoma Suomessa – Tilastokatsaus. Helsinki: Tilastokeskus, 25–32.
- Jaakkola, Jouko (1991) Yhteisöavusta vapaaehtoistyöhön. Epävirallinen apu suomalaisen sosiaaliturvan kehityksessä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena (toim.) Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto, 8–28.
- Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (2002) Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 11–18.
- Kansanterveyslaki 66/1972 (1972) Saata-vissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>>. 8.2.2011.
- Keskimäki, Ilmo & Manderbacka, Kristiina & Teperi, Juha (2008) Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 50–66.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo (2007) Järjestöjen osuus terveyserojen kaventajina – Miten nämä tavoitteet näkyvät hankkeiden tavoitteiden asettelussa? Teoksessa Kouri, Laura & Varamäki, Ritva (toim.) Ponnisteluja ja tositoimia. Katsaus järjestöjen alkoholiohjelmiaan. Julkaisuja 8/2007. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus, 15–22.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Vertio, Harri (2002) Järjestöjen rooli terveyden edis-

- tämisessä. Teoksessa Koivisto, Taru & Muurinen, Seija & Peiponen, Arja & Rajalahti, Elina (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 133–144.
- Leppo, Kimmo (2010) Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle. Julkaisuja 3/2010. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö.
- Lintonen, Raimo (1989) Muutos ja jatkuvuus suomalaisessa järjestöelämässä. Teoksessa Achté, Kalle & Kivalo, Erkki & Kauttu, Kyllikki & Lahti, Pirkko & Vuoripalo, Tytti (toim.) 1897–1987 Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 24–41.
- Melkas, Tapani & Lehto, Juhani & Saarinen, Merja & Santalahti, Päivi (2005) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00006> 1.10.2010.
- Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma (2005) Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Oikeusministeriön selvityksiä ja ohjeita 2010:41 (2010) Yleishyödylliset palvelut, valtionavut ja kansalaisjärjestöt. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Oikeusministeriö (2009) Demokratiapolitiikan suuntaviivat. Demokratiopoliittinen keskusteluasiakirja 2009. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Ojaniemi, Karoliina & Koskinen-Ollonqvist & Pirjo & Prättälä, Ritva (2007) Sosiaali- ja terveysalan järjestöt terveyserojen kaventajina. Selvitys vuoden 2005 toiminnasta. Julkaisuja 4/2007. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Patentti- ja rekisterihallituksen yhdistysnetti. Saatavissa <<http://yhdistysrekisteri.prh.fi/ryhaku.htx>> 1.10.2010.
- Raha-automaattiyhdistys (2010) Vastuu- ja vuosiraportti 2010. Saatavissa <https://www.ray.fi/sites/default/files/emmi_mediabank/RAY_VSK_2010_72dpi.pdf>. 20.12.2011.
- Raha-automaattiyhdistys (2011) Vastuu- ja vuosiraportti 2011. Saatavissa <https://www.ray.fi/sites/default/files/RAY_VSK2011_v17.pdf> 22.5.2012.
- Siisiäinen, Martti (1996) Suomalaisen yhdistyselämän kehitys. Teoksessa Riikonen, Virve & Siisiäinen, Martti (toim.) Yhdistys 2000. Helsinki: Opintotoiminnan Keskusliitto, 35–49.
- Siisiäinen, Martti & Kankainen, Tomi (2009) Järjestötoiminnan kehitys ja tulevaisuuden näkymät Suomessa. Teoksessa Kankainen, Tomi & Pessala, Heli & Siisiäinen, Martti & Stranius, Leo & Wass, Hanna & Wilhelmsson, Niklas (toim.) Suomalaiset osallistujina. Katsaus suomalaisen kansalaisvaikuttamisen tilaan ja tutkimukseen. Julkaisuja 2009:5. Helsinki: Oikeusministeriö, 90–137.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2 (1993) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:4. Järjestöt sosiaali- ja terveyspolitiikan toimijoina. Kansalaisjärjestötoiminnan strategia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:8 (2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stranius, Leo (2009) Epämuodollinen kansalaistoiminta – järjestötoiminnasta kevytaktivismiin. Teoksessa Kankainen, Tomi & Pessala, Heli & Siisiäinen, Martti & Leo Stranius, Leo & Wass, Hanna & Wilhelmsson, Niklas (toim.) Suomalaiset osallistujina. Katsaus suomalaisen kansalaisvaikuttamisen tilaan ja tutkimukseen. Julkaisuja 2009:5. Helsinki: Oikeusministeriö, 138–167.
- Särkelä, Riitta (2009) Sosiaali- ja terveyspoliittinen muutos ja kunta-järjestöyhteistyö. Teoksessa Simola, Jaana (toim.) Järjestöjen rooli kuntakentän rakennemuutoksessa. Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos -projekti. Päijät-Hämeen liitto A 175/2009. Lahti: Päijät-Hämeen liitto, 9–18.
- Särkelä, Riitta & Vuorinen, Marja (2006) Selvitys yleishyödyllisyydestä ja sen tulkinnaan liittyvistä ongelmista kansalaisjärjestökentän palautteen pohjalta. Liite 1: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yleishyödyllisyydestä ja verotuksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry., Suomen Liikunta ja Urheilu ry, Sivustysliitto Kansalaisfoorumi SKAF ry. Saatavissa <<http://stkl.fi/yleishyodyllisuus.html>>. 8.2.2011

- Särkelä, Riitta & Vuorinen, Marja & Peltosalmi, Juha (2005) Sosiaali- ja terveysjärjestöjen mahdollisuudet palveluiden ja tuen tuottamisessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto.
- Vertio, Harri (2002) Terveiden edistämisyhteisöt ja terveyden eriarvoisuus. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki Ilmo & Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 301–309.
- Vuorinen, Marja & Särkelä, Riitta & Peltosalmi, Juha & Eronen, Anne (2007) Järjestöbarometri 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto.
- Wilhelmsson, Niklas (2009) Johdanto. Teoksessa Kankainen, Tomi & Pessala, Heli & Siisiäinen, Martti & Stranius, Leo & Wass, Hanna & Wilhelmsson, Niklas (toim.) Suomalaiset osallistujina. Katsaus suomalaisen kansalaisvaikuttamisen tilaan ja tutkimukseen. Julkaisuja 2009: 5. Helsinki: Oikeusministeriö, 10–19.

38 Potilasjärjestöjen muuttuva rooli

Potilasjärjestöjen tarkoituksena on vaikuttaa eri sairauksien hoitoon ja terveyspalveluiden toimintaan (ks. myös Toiviainen 2005). Artikkelissa kuvataan Suomessa 2000-luvun alussa toimivia valtakunnallisia potilasjärjestöjä ja verrataan niiden toimintaa kansainväliseen kehitykseen.

Potilasjärjestöjen roolista terveydenhuoltojärjestelmissä on tehty kaksi laajaa tutkimusta, joista toisessa käsitellään Isoa-Britanniaa (Baggott ym. 2005; Allsop ym. 2004; 2002; Jones ym. 2004) ja toisessa vertaillaan Yhdysvaltoja ja Isoa-Britanniaa (Wood 2000). Kansainvälisessä kirjallisuudessa on esitelty erilaisia uusia sosiaalisia ja kuluttajalähtöisiä liikkeitä (Social Science & Medicine 2006; Sociology of Health and Illness 2004), joihin sisältyy ajatus asiakaslähtöisyydestä ja kansalaisaktivismista. Potilaiden asema ja rooli kuluttajina on tullut vahvemmin esille juuri kuluttaja-oikeuksien politiikassa sekä valinnanvapauden merkityksen korostamisena terveyspolitiikassa. Ilmiö on levinnyt vähitellen myös Suomeen.

Potilaille kehittyä omasta tilastaan kokemuseräistä asiantuntemusta (ns. sairauden tai tilan maallikkoasiantuntemus), ja he haluavat osallistua sairauttaan ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilasjärjestöt on nähty koko terveydenhuollon potentiaalisena haastajana, ja siksi ne ovat olleet kansainvälisesti laajan kiinnostuksen kohteena (Beard 2004; Braun 2003; Hess 2004; Klawiter 2004; Kolker 2004; Stein ym. 2001; Temple 2002; Wood 2000). Monet ulkomaiset 1960-luvulla syntyneet potilasjärjestöt perustettiin nimenomaan painostusryhmiksi (esim. Lofgren 2004). Sen sijaan erityisesti Pohjoismaissa, myös Suomessa, sosiaali- ja terveysalan vapaaehtoisjärjestöt ovat usein toimineet läheisessä yhteistyössä julkisen vallan (esim. terveydenhuolto) kanssa (ks. myös Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio luku 37). Järjestöt ovat olleet näkyvästi esillä kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen historiassa. Toiminta ei ole ollut ainoastaan ruohonjuuritason toimintaa vaan osa yhteistä järjestelmää, jossa vapaaehtoistoiminta, ammatilliset alan järjestöt ja valtiovalta toimivat rinnakkain. Järjestöjen institutionaalinen toiminta, vertaistuen tarjoaminen ja palveluiden tuottaminen on ollut näkyvää. Etenkin vanhat järjestöt on nähty pääasiassa näiden roolien kautta. Vertaistukiroolia korostetaan ja hyödynnetään terveyspolitiikassa (esim. kansalliset terveyden edistämisen strategiat) niin Suomessa kuin muuallakin.

Perustaminen ja rahoitus

Suomessa potilasjärjestöt saivat alkunsa harvakseltaan 1800–1900-lukujen vaihteessa. 1900-luvun alussa perustettiin näkö- ja kuulovammaisten järjestöjä (ks. myös Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio luku 37). Uusia järjestöjä ei syntynyt lainkaan yli 20 vuoteen itsenäistymisen ja kansalaissodan ajanjaksoina. 1930-luvulla ja erityisesti sotien jälkeen ryhdyttiin perustamaan järjestöjä myös muille vammaisryhmille. Määrä kasvoi kolmen seuraavan vuosikymmenen aikana tasaisesti. Monia kansanterveydellisesti merkittäviä sairausryhmiä koskevia järjestöjä oli perustettu 1970-luvulle tultaessa ja järjestöjen perustamistahti kiihtyi selvästi. 1970- ja 1980-luvuilla perustettiin parisenkymmentä järjestöä. 1990-luvulla järjestöjen määrä lähes kaksinkertaistui. 2000-luvun alkuvuosina kasvu jatkui samaa vauhtia. Suomessa on nykyään yli 130 valtakunnallista potilasjärjestöä (Toiviainen ym. 2010; Toiviainen 2009; 2007b; 2005).

Vanhimmat potilasjärjestöt ovat olleet yhteiskunnan ylempien sosiaaliryhmien perustamia. Myöhemmin lääkäriammattikunnalla on ollut merkittävä rooli järjestöjen perustamisessa. Alusta lähtien järjestöt ovat olleet enemmän ammattilaisten kuin potilaiden johtamia. Potilasjärjestöihin kuuluu potilaiden lisäksi vanhempia, omaisia ja terveydenhuollon ammattilaisia, erityisesti lääkäreitä. Henkilöjäsenten lisäksi järjestöissä on erilaisia yhteisöjäseniä (esim. erikoislääkäriyhdistyksiä tai muita ammattilaisten järjestöjä), yrityksiä, terveydenhuolto- ja kuntoutuslaitoksia, säätiöitä, sairaanhoitopiirejä, kuntia ja seurakuntia. Joillakin järjestöillä on kannatusjäseninä lääke- ja muita yrityksiä. Yleensä jäseninä on yksittäisiä henkilöitä, joilla on äänioikeus. Yhteisöjäsenet ovat kannatusjäseniä vailla äänioikeutta. Perustamisen tapa, jäsenmäärän lisääntyminen ja toiminnan monimuotoisuus ovat linjassa kansainvälisen kehityksen kanssa (Allsop ym. 2004; 2002; Jones 2004; Lofgren 2004; Wood 2000). Järjestöjen juuret ovat hyväntekeväisyydessä ja sotakokemuksissa (Allsop ym. 2004; Jones ym. 2004; Wood 2000). Myös Yhdysvalloissa yleisiä sairauksia koskevat suuret kansanterveysjärjestöt perustettiin ennen 1960–1970-lukujen kansalaisliikkeitä (Carroll 1994), jonka myötä ja jälkeen palveluiden käyttäjät aktivoituivat ajamaan etujaan (Allsop ym. 2004; 2002; Lofgren 2004; Petersen ym. 2002).

1960–1970-lukujen kansalaisliikkeen ja -aktivismien sekä muun muassa genetiikan tutkimuksen kehittymisen myötä myös potilaat ja sairaiden lasten vanhemmat aktivoituivat. Vuosisadan lopulla uusien havaittujen ja diagnosoitujen sairauksien ja ongelmien myötä syntyi uusia järjestöjä. 1990-luvulta lähtien on perustettu järjestöjä, jotka keskittyvät ”vanhojen” sairauksien erityistapauksiin (esim. kromosomipoikkeavuuksiin liittyvät oireyhtymät, syövät ja ihosairaudet) ja uusiin sairauksiin (esim. paniikkihäiriö, syömishäiriöt, uniongelmat, kipu, migreeni, osteoporoosi ja endometriosisi).

Joskus esimerkiksi henkilöristiriitojen vuoksi tai lääketeollisuuden aloitteesta on perustettu useampia samaa sairautta koskevia järjestöjä. Kehityskulkuun ovat vaikuttaneet uusien teknologioiden ja diagnosointimenetelmien käyttöönotto sekä

medikalisaatio, mukaan lukien kaupallisuuden lisääntyminen ja markkinoiden kiinnostuksen herääminen (Helén 2009).

Suomessa joka seitsemäs tai kahdeksas kansalainen kuuluu johonkin potilasjärjestöön. Järjestöjen jäsenmäärä vaihtelee paljon: muutamiin kuuluu joitakin kymmeniä, osaan satoja, toisiin tuhansia ja joihinkin kymmeniätuhansia jäseniä. Mitä vanhempi järjestö, sitä enemmän jäseniä. Järjestöjen arviot sairastuneiden määristä Suomessa ovat yleensä moninkertaisia niiden omiin jäsenmääriin verrattuna (Toiviainen ym. 2010). Luvut selittynevät monisairastavuudella, kuulumisella useisiin järjestöihin sekä määrän paisuttamisella ja näkyvyyden hankkimisella, kun tavoitteena on saada sairaudelle huomiota tärkeänä kansanterveysongelmana.

Monet sosiaali- ja terveysalan kansalaisjärjestöt ovat järjestäytyneet valtakunnallisten kattojärjestöjen (esim. Suomen Potilasliitto ry ja Raha-Automaattiyhdistys [RAY]) alle. Vuoden 2012 alussa kolme aiempaa kattojärjestöä (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys [YTY], Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto [STKL] ja Terveiden edistämisen keskus [Tekry], fuusioituivat uudeksi alan kattojärjestöksi (Suomen sosiaali ja terveys ry [SOSTE]). Kattojärjestöillä on (ollut) osittain samoja jäseniä ja ne mahdollistavat vaikuttavamman yhteistyön. Kuitenkin vain alle kolmasosa varsinaisista tiettyyn sairauteen liittyvistä potilasjärjestöistä on kuulunut suoraan kattojärjestöihin.

Tyypillisesti järjestöillä on monikerroksinen, hierarkkinen rakenne (ns. sateenvarjo-organisaatio), jossa keskusjärjestö toimii kansallisesti ja pienemmät yksiköt alueellisesti ja paikallisesti. Järjestöissä on ollut palkattua työvoimaa vuosikymmenien ajan ja vapaaehtoistyöntekijöiden määrä on ollut suhteellisen pieni verrattuna esimerkiksi yhdysvaltalaisiin ja brittiläisiin järjestöihin. Suuret potilasjärjestöt ovat organisoituneempia ja useammin ammattilaisjohtoisia kuin pienet, yleensä vapaaehtois pohjalta toimivat. Henkilöstöön kuuluu lääkäreitä, muita terveydenhuollon ammattilaisia, liike-elämän ja viestinnän ammattilaisia sekä potilaita.

Järjestöjen vuonna 1938 perustama RAY on perinteisesti tärkein sosiaali- ja terveysalan kansalaisjärjestöjen julkinen rahoittaja. Potilasjärjestöjen budjettien suuruus, RAY-rahoituksen määrä ja osuus järjestön vuosibudjetista vaihtelevat suuresti. Mitä vanhempi ja jäsenmäärältään suurempi potilasjärjestö, sitä suurempi budjetti. Noin puolet potilasjärjestöistä saa rahoitusta suoraan RAY:ltä. Suurella osalla järjestöistä RAY-rahoituksen osuus on 60–70 prosenttia vuosibudjetista, mutta rahoitusosuus on varakkaimmissa järjestöissä ja joissakin uudemmissa järjestöissä pienempi. RAY-rahoitus näyttää olevan tärkeää erityisesti uusille ja pienille järjestöille (Toiviainen ym. 2010; Toiviainen 2007b & 2005). Potilasjärjestöillä on myös muita julkisia rahoittajia, esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos (Kela) ja kuntia. Uusia rahoittajia on Euroopan komissio. (Toiviainen ym. 2010; 2007b). Jotkut järjestöt ovat perustaneet säätiöitä tukemaan toimintaansa. Järjestöjä tukevat Suomessa myös sekä lääke- että elintarviketeollisuus.

Toiminta ja yhteistyö

Potilasjärjestön perustamisvaiheessa ensimmäisiä tehtäviä ovat tiedon kerääminen ja jakaminen, tukihenkilöiden kouluttaminen, varainkeruu sekä yhteyksien luominen terveydenhuollon ammattilaisiin. Jäsenmäärän kasvattaminen on tärkeää rahoituksen saamiseksi RAY:ltä. Työ alkaa usein vapaaehtois pohjalta.

Potilasjärjestöjen palveluita ovat terveys-, sosiaali-, hoito- ja kuntoutuspalvelut, esimerkiksi sopeutumisvalmennuskurssit (ks. myös Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio luku 37). Järjestöt jakavat tietoa neuvomalla yksittäisiä jäseniä ja lisäämällä tietoisuutta sairaudesta tai terveysongelmasta yhteiskunnassa yleensä. Osalla järjestöistä on puhelinneuvontaa, josta ei aina käy ilmi palvelujen tarjoajan taustaryhmä (esimerkiksi se, onko kyseessä terveydenhuollon ammattihenkilö). Joissakin tapauksissa neuvonta on lääkeyrityksen sponsoroimaa. Joidenkin suomalaisten järjestöjen julkaisuissa on (ollut) terveysteknologioiden piilomainontaa; esimerkiksi verkkosivuilta avautuvia linkkejä lääkeyritysten ja muihin terveydenhuollon alueella toimiiviin teknologiayrityksiin, kaupallisille potilasinformaatio- ja itse tehtävien riskitehtien sivuille sekä niin sanottuja terveystuotteita (ei suoraan lääkkeitä) mainostaville sivuille. Jäsenkirjeissä ja -lehdissä julkaistaan kaupallisten toimijoiden mainoksia ja artikkeleita. Suomalaisten potilasjärjestöjen yhteistyöstä lääketeollisuuden kanssa on raportoitu jonkin verran (esim. Hemminki ym. 2010; Toiviainen ym. 2004), mutta järjestöt tekevät yhteistyötä myös muiden kaupallisten toimijoiden kanssa.

Osassa järjestöjä tehdään tutkimusta joko itse (esim. jäsenkyselyt), yhteistyössä kaupallisten tahojen (esim. lääketeollisuuden) kanssa tai erillisten tutkimussäätiöiden kautta (Hemminki ym. 2010; Toiviainen 2007b; 2005). Tällaista toimintaa on myös angloamerikkalaisissa maissa (Allsop ym. 2004 & 2002; Jones ym. 2004; Klawiter 2004; Kolker 2004; Lofgren 2004; Wood 2000). Tutkimus ei ole kuitenkaan ollut Suomessa niin tärkeä osa järjestöjen toimintaa kuin muualla maailmassa (Lofgren 2004; Rabeharisoa & Callon 2002). Muualla järjestöt kontrolloivat tutkimusrahoitusta, päättävät kokeellisista tutkimusasetelmista sekä pysäyttävät ei-toivomiaan kliinisiä kokeita (Hardon 2006). Osa järjestöistä kerää ja käyttää kliinistä tutkimustietoa, tunnustettuja hoitokokeita ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia (Allsop ym. 2004). Joitakin järjestöjä on kritisoitu siitä, että ne käyttävät ja levittävät tietoa, joka perustuu harvoin lähteisiin tai kyseenalaisiin ja yksipuolisiin auktoriteetteihin, minkä ei katsota edistävän näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa (Glenton 1998). Myös Suomessa järjestöt ”lobbaavat” sellaisten terveysteknologioiden puolesta, joiden vaikutavuudesta ei ole riittävästi tieteellistä näyttöä. Toisin kuin ulkomailla, Suomessa ei ole ollut näkyvästi esillä olevaa potilasliikettä tai rekisteröityneitä potilasjärjestöjä, jotka suhtautuisivat kriittisesti uusien lääkkeiden ja hoitokäytäntöjen käyttöönottoon (ks. esim. Toiviainen 2007b, 51; O’Donovan 2007; Baggot ym. 2005). Poikkeuksen muodostavat rokottamiseen kriittisesti suhtautuvat lasten vanhemmat (Rokotusinfo ry) sekä äskettäin narkolepsiaan sairastuneiden lasten vanhemmat.

Potilasjärjestöjen reviiri on laajentunut perinteisestä sairauskeskeisyydestä ja

”vammojen korjaamisesta” ennaltaehkäisevään kansanterveystyöhön. Yhä harvempi järjestö haluaa tulla määriteltyksi potilasjärjestöksi, ja monet järjestöt käyttävätkin terveyden määritelmää laajasti kutsuen itseään (kansan)terveyden edistämisen-, liikunta- tai vammaisjärjestöksi. Potilasjärjestöt ovat virallisen järjestelmän ”vahikkoiria”. Muutaman vuosikymmenen ajan järjestöt ovat valvoneet etujaan vakuutuslainsäädäntöön ja lääkepolitiikkaan liittyvissä kysymyksissä. 1990-luvulta lähtien potilasjärjestöissä on ryhdytty painottamaan aiempaa enemmän edunvalvontaan ja terveystalouteen vaikuttamista perinteisten tehtävien rinnalla (ks. myös Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio luku 37). Monet järjestöt ovat rutiininomaisesti mukana poliittisessa päätöksenteossa. Monilla on järjestelmälliset suhteet poliittisiin päätöksentekijöihin ja esimerkiksi verkostoituminen eduskuntaan. Yhteistyö julkisen vallan ja muiden potilasjärjestöjen kanssa on yleistä. Järjestöt antavat yhteisiä lausuntoja usein kattojärjestöjensä kautta. 2000-luvulla yhteistyöhön koskeva vaikuttamistoiminta perustuu virallisten ja epävirallisten verkostojen muodostamiseen kansallisesti ja paikallisesti sekä liittymällä jäseniksi muiden järjestöjen hallintoelimiin. Sillä tähdätään resurssien keskittämiseen ja vaikuttavuuden lisäämiseen edunvalvonnassa. Myös RAY on suositellut yhteistyötä.

Potilasjärjestöjen päätöksentekuelimissä on lääkäreitä, poliitikkoja, liike-elämän edustajia ja potilaita. Myös Isossa-Britanniassa tehdyn laajan tutkimuksen mukaan 85 prosentilla potilasjärjestöistä oli erilaisia kytkentöjä hallinnon, päätöksentekijöiden, ammattilaisten ja liike-elämän kanssa (Allsop ym. 2004 & 2002; Jones ym. 2004). Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa jotkut puhtaasti maallikko- ja vapaehtoispohjalta aloittaneet sekä ammattilaisten ja palvelujen käyttäjien kumppanuuteen perustuvat järjestöt ovat muuttuneet muutamassa vuodessa täysin ammatilliseksi järjestöiksi (Wood 2000). Järjestöt ovat tarjonneet mahdollisuuksia lääkäreiden ammatillisten mahdollisuuksien parantamiseen (Rolstad & Zimmerman 2000). Lääketieteen ammattilaisten johtamalla potilasjärjestöillä on ollut eniten vaikutusvaltaa, ja järjestöt ovat puhuneet lääketieteen erityisalojen puolesta sekä myöntäneet usein tutkimusrahoitusta tahoille, jotka ovat edustettuina potilasjärjestön hallintoelimissä (Allsop ym. 2004 & 2002; Jones ym. 2004; Wood 2000). Tällaisissa tilanteissa järjestön kyky edustaa potilaita ja heidän etujaan on kyseenalaistettu (Hogg & Williamson 2001). Erityisesti on varoiteltu yhteistyöstä tutkimusorientoituneiden ja teollisuudessa toimivien lääkäreiden kanssa (Coulter 2002; Wood 2000). Toisaalta Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa on myös potilasjärjestöjä, jotka eivät ota lainkaan jäseniksi lääketieteen ammattilaisia tai rajoittavat heidän päätöksentekomahdollisuuksiaan (Allsop ym. 2002; Rolstad & Zimmerman 2000). Kanadassa sairaanhoitajat ovat perustaneet potilasjärjestöjä (Ellis 2000). Suomessa lääkäreiden tai muiden terveydenhuollon ammattilaisten rooli potilasjärjestöissä ei ole noussut keskusteluaiheeksi, vaikka keskustelua on käyty esimerkiksi lääkäreiden ja lääketeollisuuden yhteistyöstä. Suomessa lääkeyritykset kouluttavat lääkäreitä ja sairaanhoitajia, myös yhdessä potilasjärjestöjen kanssa.

Maailmalta Suomeen

Kansainväliset kehityskulut vaikuttanevat potilasjärjestöjen toimintaan myös Suomessa. 2000-luvulla EU:n kilpailulainsäädäntömuutokset ovat vaikuttaneet siten, että taloudellista voittoa tuottavat palvelut nähdään liiketoimintana eikä RAY voi rahoittaa sellaisia potilasjärjestöjen tarjoamia palveluja, joita myös yritykset myyvät. Potilasjärjestöjen perinteinen rooli palveluiden tuottajina voi vaarantua, mutta järjestöt ovat vastanneet muutokseen yhtiöittämällä palvelutuotantoaan.

Jotkut alun perin Yhdysvalloissa perustetut järjestöt ovat laajentaneet toimintaansa Eurooppaan. Ne rahoittavat erilaisia toimintamuotoja tarkoituksenaan saada potilasryhmät edistämään ja lobbaamaan esimerkiksi tutkimusta, koulutusta, seuloja, hoitoja ja lääkkeitä kotimaissaan (US Advocacy Groups Move..., 2000). Yhdysvalloissa teollisuuden aloitteesta perustetulla, nykyisellä eurooppalaisella rintasyöpäliikkeellä on edustus Euroopan potilasfoorumissa (European Patients Forum [EPF]). Liike yhdistää potilaita ja ammattilaisten järjestöjä; se toimii yli 20 maassa (Buchanan 2003) ja on aloittanut toimintansa myös Suomessa.

Terveydenhuollon kehityssuunta OECD-maissa, EU:ssa ja Suomessa on lisääntyvä kumppanuus (*partnership*), jossa valtiolta, yritysmaailma ja järjestöt toimivat yhteistyössä (ks. myös Toiviainen 2007a). Suomessa käsitteeseen sisältyvistä riskeistä ei juuri ole keskusteltu. Muualla maailmassa aiheesta on virinnyt keskustelun lisäksi myös toimenpiteitä. Esimerkiksi Euroopan lääkevirasto (European Medicines Agency [EMA]) on laatinut kriteerit, joiden pohjalta se on pudottanut pois yli puolet potilas- ja kuluttajajärjestöjen työryhmän (Working Party for Patients and Consumers) jäsenyyttä havitteleista toimijoista (EMA:n suullinen tiedonanto Euroopan kuluttajajärjestöjen terveysasiantuntijoiden kokouksessa 2008). Health Action International Europe (HAI-Europe) on julkistanut myös tutkimuksen työryhmän jäsenten taloudellisista sidoksista (<http://haieuropestaffblog.blogspot.com/>), mikä on lisännyt eri intressiryhmien läpinäkyvyyttä EU:ssa. Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa poliittiset päättäjät tiedostavat potilasjärjestöjen rahoitushuolet ja osan järjestöistä katsotaan kuuluvan kansalaisyhteiskuntaan, osan olevan teollisuuden etujärjestöjä ja joidenkin sijaitsevan harmaalla alueella välissä (Lofgren 2004; Wood 2000). Isossa-Britanniassa parlamentin ylähuoneen komitea sisällytti lääketeollisuuden vaikutusvaltaa yhteiskunnassa koskevaan raporttiin potilasjärjestöt (Health Committee 2005). *British Medical Journal* -lehdessä julkaistiin toukokuussa 2007 potilasjärjestöjen lääkeyritysrahoitusta kannattavia ja vastustavia puheenvuoroja; verkkosivüäänestyksessä 75 prosenttia vastusti ja 25 prosenttia kannatti rahoitusta.

EU:ssa elinkeinopoliittisista ja yritysten kilpailukykyyn liittyvistä lähtökohdista on tullut keskeisiä myös sosiaali- ja terveyspolitiikkaan liittyvissä kysymyksissä (Helén 2009; Koivusalo 2009; Palola 2009; Toiviainen 2007b). Kansallisesti lääkepolitiikka on ollut osa terveyspolitiikkaa, ei kauppa- ja teollisuuspolitiikkaa. EU:ssa toimii useita teollisuuden rahoittamia vaikutusvaltaisia potilasjärjestöjen yhteenliittymiä. EPF on nostattanut keskustelua yrityssuhteillaan. Se edustaa potilaita EMA:ssa

ja EU:n lääkefoorumissa. EPF julkisti täyden jäsenluettelonsa, rahoittajansa sekä järjestämiensä tilaisuuksien yrityssponsorit vasta kun asiaan kiinnitettiin huomiota (HAI-Europe 2008). Eturistiriitaohjeista huolimatta kansalaisten edustajat valitaan EU:ssa usein teollisuusrahoitteisista potilasryhmistä ja -verkostoista.

Lopuksi

Valtakunnalliset potilasjärjestöt eivät ole Suomessa yhtenäinen ryhmä. Kullekin aikakaudelle tyypilliset ilmiöt, yhteiskunnan muutokset ja terveydenhuollon kehitys ovat olleet yhteydessä järjestöjen perustamiseen (esimerkiksi saniteettijärjestelmien kehittyminen, sota-aika, teollistuminen, lama ja lainsäädännölliset muutokset; ks. myös Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio luku 37). Joidenkin järjestöjen alkuperäinen ja nykyinen tarkoitus poikkeavat toisistaan. Ainakin osa vanhoista potilasjärjestöistä näyttää liittävän toimintansa osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja kansanterveysideologiaa, kun taas jotkut uudemmat järjestöt toimivat toisella tavalla. Järjestöjen määrän lisääntyessä kilpailu näkyvyydestä ja rahoituksesta kasvaa. Yhteistyö kaupallisten toimijoiden kanssa voi ratkaista rahoituspulmat, mutta se saattaa myös kyseenalaistaa järjestön aseman ruohonjuuritason kansalaisjärjestönä. Teollisuuden etujen kannalta järjestöt voivat olla paitsi markkinointikanava myös väline viranomaisten painostamiseen. Järjestöt ovat sidoksissa kaupallisten toimijoiden kanssa tekemiinsä sopimuksiin ja niiden sisältämiin mahdollisiin rajoituksiin, jotka saattavat ulottua pidemmällekin aikavälille. Tekemällä likeistä yhteistyötä yksittäisissä asioissa järjestöt antavat oikeutuksen kaupallisten toimijoiden toiminnalle ja tuotemarkkinoinnille.

Nykyisin monilla potilasjärjestöillä ja muilla terveydenhuollon toimijoilla näyttää olevan omia ja erillisiä taloudellisia intressejä ja valtapyyteitä sekä yhteisiä linjauksia. Voidaan puhua kehästä, jossa eri tekijät ruokkivat toisiaan ja jotka vaikuttavat toimijoihin. Potilasjärjestöjen suhteet muihin toimijoihin ovat tulleet entistä monimuotoisemmiksi. Suomessa potilasjärjestöjen vaikutusvalta kasvaa terveydenhuollossa ja terveyspolitiikassa. Keskustelu potilaiden osallistumisesta on kuitenkin vasta alkanut, eikä se ole juuri laajentunut kuluttajanäkökulmaan tai siihen, miten osallistuminen eri tahoilla ymmärretään ja minkälaisia välineitä sen mahdollistamiseksi on tai pitäisi olla tarjolla.

Lähteet

- Allsop, Judith & Baggott, Rob & Jones, Kathryn (2002) Health consumer groups and the national policy process (2002) In: Henderson, Sara & Petersen, Alan (eds.) *Consuming health. The commodification of health care* London & USA & Canada: Routledge, 48–65.
- Allsop, Judith & Jones, Kathryn & Baggott, Rob (2004) Health consumer groups in the UK: a new social movement? *Sociology of Health and Illness* 26(6), 737–756.
- Baggott, Rob & Allsop, Judith & Jones, Kathryn

- (2005) Speaking for patients and carers. Health consumer groups and the policy process. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Beard, Renée L. (2004) Advocating voice: organisational, historical and social milieux of the Alzheimer's disease movement. *Sociology of Health and Illness* 26(6), 797–819.
- Braun, Lundy (2003) Engaging the experts: popular science education and breast cancer activism. *Critical Public Health* 13(3), 191–206.
- Buchanan, Mary (2002) The role of women's advocacy groups in breast cancer. *The Breast* 12(6), 420–423.
- Carroll, David (1994) Self-help and the new health agenda. *Social Policy* 24(3), 45–52.
- Coulter, Angela (2002) Involving patients: representation or representativeness? *Health Expectations* 5, 1.
- Ellis, Kathleen M. (2000) The Brain Tumor Foundation of Canada: the role of facilitators for its support groups. *Axone* 22(2), 10–12.
- Glenton, Claire (1998) The use of evidence by health care user organizations. *Health expectations* 1, 14–22.
- HAI-Europe 2008. Health Action International Europe. The European Patients' Forum: A model of secrecy and conflict of interest [verkkodokumentti, siteerattu 5.8.2010]. www.haiweb.org/conflict_of_interest.htm
- Hardon, Anita (2006) Contesting contraceptive innovation – reinventing the script. *Social Science & Medicine* 62, 614–627.
- Health Committee (2005) The influence of the pharmaceutical industry. London: House of Commons, Health Committee.
- Helén, Ilpo (2009) Rajatonta terveydenhuoltoa. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 177–209.
- Hemminki, Elina & Toiviainen, Hanna & Vuorenkoski, Lauri (2010) Co-operation between patient organisations and drug industry in Finland. *Social Science & Medicine* 70, 1171–1175.
- Hess, David J (2004) Medical modernisation, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements. *Sociology of Health and Illness* 26(6), 695–709.
- Hogg, Christine (1999) Patients, power & politics. From patients to citizens. London & Thousand Oaks & New Delhi: SAGE Publications.
- Hogg, Christine & Williamson, Charlotte (2001) Whose interests do lay people represent? Towards an understanding of the role of lay people as members of committees. *Health Expectations* 4, 2–9.
- Jones, Kathryn & Baggot, Rob & Allsop, Judith (2004) Influencing the national policy process: the role of health consumer groups. *Health expectations* 7(1), 18–28.
- Klawiter, Maren (2004) Breast cancer in two regimes: the impact of social movements on illness experience. *Sociology of Health and Illness* 26(6), 845–874.
- Koivusalo, Meri (2009) Globalisaatioparadoksi – terveyspolitiikka monopolien ja markkinoiden puristuksessa. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa Helsinki: Gaudeamus, 21–47.
- Kolker, Emily S. (2004) Framing as a cultural resource in health social movements: funding activism and the breast cancer movement in the US 1990–1993. *Sociology of Health and Illness* 26(6), 820–844.
- Lofgren, Hans (2004) Pharmaceuticals and the consumer movement: the ambivalences of 'patient power'. *Australian Health Review* 28(2), 228–237.
- O'Donovan, Orla (2006) Country profile – Ireland. Exploratory Workshop. Health consumer groups and policy making in Europe. University of Vienna, 16–18 February, 2006.
- Palola, Elina (2009) Tervettä elämää Euroopassa – uuden vuosituhannen terveyspolitiikkaa. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 156–176.
- Petersen, Alan & Kokanovic, Renata & Hansen, Susan (2002) Consumerism and mental health care in culturally diverse societies. In: Henderson & Petersen (eds.) Consuming health. The commodification in health care London, USA & Canada: Routledge, 121–139.
- Rabeharisoa, Vololona & Callon, Michel (2002) The involvement of patients' associations in research. *International Social Science Journal* 54(171), 57–65.
- Rolstad, Tara & Zimmerman, Gail (2000) Patient advocacy groups. A key prescrip-

- tion for dermatology. *Dermatology Clinics* 18(2), 277–285.
- Social Science & Medicine (2006) Special issue: Patient organisation movements. *Social Science and Medicine* 62(3).
- Sociology of Health and Illness (2004) Special issue: Health social movements. *Sociology of Health and Illness* 26(6).
- Stein, Dan J. & Wessels, Chairmane & Zungu-Dirwayi, Nompumelelo & Berk, Michael & Wilson, Zane (2001) Value and effectiveness of consumer advocacy groups: a survey of the anxiety disorders support group in South Africa. *Depression and Anxiety* 13(2), 105–107.
- Temple, Susan Vogt (2002) The advocacy movement in gynecologic oncology. *Seminars in Oncology Nursing* 18(3), 231–235.
- Toiviainen, Hanna (2005) Potilasjärjestöt. Avustustoiminnan raportteja 15. Helsinki: Raha-automaattiyhdistys. [siteerattu 5.8.2010]. <http://www.ray.fi/avustustoiminta/aineistopankki/arvioinnit.php?l1=5>
- Toiviainen, Hanna (2007a) Kenen ehdoilla terveydenhuollossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 4, 443–446.
- Toiviainen, Hanna (2007b) Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. (Väitöskirja. Helsingin yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta.) Tutkimuksia 160. Helsinki: Stakes.
- Toiviainen, Hanna (2009) Potilasjärjestöt terveyspolitiikan toimijoina. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 257–275.
- Toiviainen, Hanna & Vuorenkoski, Lauri & Hemminki, Elina (2004) Survey on Finnish patient organisations show economic and other interactions with drug industry. *Health Technology Assessment International*, Krakow, Poland 30 May–2 June, 2004.
- Toiviainen, Hanna & Vuorenkoski, Lauri & Hemminki, Elina (2010) Patient organisations in Finland: increasing numbers and great variation. *Health Expectations* 13, 221–233.
- US advocacy groups move into Europe (2000) *European Journal of Cancer* 36(3), 285.
- Wood, Bruce (2000) Patient power? The politics of patient associations in Britain and America. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.

39 Terveydenhuollon ammattiryhmien terveystoliittiset näkemykset

Terveystoliittian määrittelyyn osallistuu lukuisia tahoja. Sen suuntaa ja sisältöä muotoilevat valtiovalta, kunnat ja kuntayhtymät, yksityiset terveystoliittien tuottajat, lääketieteellisyys, potilasjärjestöt sekä media. Tärkeitä intressiryhmiä terveystoliittian määrittelyssä ovat myös terveydenhuollon ammattiryhmät. Ne pyrkivät ohjaamaan ratkaisuja, jotka vaikuttavat heidän oman työssä sisältöihin ja heidän asemaansa suhteessa työmarkkinoihin ja muihin ammattikuntiin.

Viime vuosikymmenet ovat tuoneet isoja muutoksia terveystoliittian toimintaympäristöön. Yhteiskuntapolitiikan uusliberaali suuntaus merkitsi markkinalogiikkaa hyödyntävien toimintamallien yleistymistä myös terveydenhuollossa. Vuoden 1993 valtiosuusuuudistus ja lääkintöhallituksen lakkauttaminen heikensivät terveydenhuollon valtakunnallista suunnittelu- ja ohjausjärjestelmää ja siirsivät lisää vastuuta terveystoliittien kunnille. Samaan aikaan maa ajautui vakavaan lamaan, joka aiheutti leikkauspaineita palveluihin. EU-kehitys on tuonut terveystoliittian uuden, kansainvälisen ulottuvuuden. Nämä kehityslinjat ovat muuttaneet ammattikuntien toimintaympäristöä ja asettaneet uudenlaisia vaatimuksia terveystoliittiselle vaikuttamiselle (Joutsivuo & Laakso 1998, 73; Nyström 2010, 197–199). 2000-luvulla on nähty uusi aktivoituminen kansallisessa terveystoliittian, mitä ilmentää edelleen käynnissä oleva ohjelma- ja lainsäädäntötyö.

Kirjoitus käsittelee kahden keskeisen terveydenhuollon ammattiryhmän, lääkäreiden ja terveydenhoitajien, terveystoliittian linjauksia 2000-luvulla ammattilehtiaineiston avulla. Tarkastelun kohteeksi on valittu niin sanottu kansallinen terveyshanke, joka oli käynnissä vuosina 2001–2007. Sitä on luonnehdittu ”terveystoliittian kokonaisohjelmaksi” (STM 2008, 78), ja siihen kiteytyy monia oleellisia asioita suomalaisen terveydenhuollon kehittämistä. Se oli myös lähtölaukaus palvelurakennesuudistuksen ja terveydenhuoltolain kaltaisille myöhemmille aloitteille. Vaikka terveyshanke pyrki terveystoliittian kokonaisohjelmaksi, käytännössä se keskittyi pääasiassa terveydenhuollon kehittämiseen. Lisäksi toimenpiteissä korostui sairaanhoito, vaikka mukana oli myös ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämistä koskeva ulottuvuus. Niinpä terveydenhuoltoa laaja-alaisempi terveystoliittian jää tarkastelussa vähemmälle. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien näkemyksiä terveystoliittian

hankkeen kattamista aiheista on etsitty tarkasteltujen ammattiryhmien virallisista äänenkannattajista, Suomen Lääkäriliiton julkaisemasta *Suomen Lääkärilehdestä* (SL) ja Suomen Terveystenhoitajaliiton *Terveystenhoitaja*-lehdestä (TH). Empiirisenä aineistona toimivat lehtien pääkirjoitukset vuosina 2001–2010.¹ Ammattilehtien pääkirjoitusten voi katsoa kiteyttävän ammattiryhmän viralliset linjaukset käsitellyistä asioista (Saarinen 2010a, 242–243).²

Terveystenhoillon ammatit

Ammattien tarkastelussa profession käsite on hyödyllinen. Sillä tarkoitetaan ammattia, jolla on vahva ja arvostettu asema yhteiskunnassa. Tämä asema perustuu erikoisaamiseen, johon ammatinharjoittajat ovat onnistuneet saamaan yksinoikeuden. Vahva asema ilmenee mahdollisuutena hallita oman työn sisältöjä, ja siihen liittyy usein myös oikeus kontrolloida muiden toimintaa. Profession tunnusmerkkejä ovat erikoistunut teoreettinen tietovaranto, koulutuksen avulla hankitut kvalifikaatiot, eettinen koodisto ja sen noudattamista valvova ammatinharjoittajien yhteenliittymä. Malliesimerkkejä vahvoista professioista ovat arkkitehdin ja lakimiehen ammatit. Myös tällaisia vakiintuneita professioita heikompia tai nuorempia ammattiryhmiä on tarkasteltu professionaalistumisen näkökulmasta. Tällöin kyse on ammatin pyrkimyksestä saavuttaa tiettyjä profession tunnusmerkkejä ja näin parantaa omaa asemaansa työmarkkinoilla. (Esim. Konttinen 1989.)

Professiotutkimuksessa on useita suuntauksia, funktionaalisesta lähestymistavasta kriittisempiin uusweberiläisiin ja feministisiin tulkintoihin (emt.; Henriksson ym. 2006, 176–181). Nykyään puhutaan usein ammattien tutkimuksesta ja korostetaan maiden välisiä historiallisia, kulttuurisia ja institutionaalisia eroja selitettäessä niiden kehitystä ja asemaa. Yhtenäisen kehityslinjan sijaan tarkastellaan ammattien ja yhteiskunnan vuorovaikutusta, jossa vahvan professiostatuksen saavuttaminen

¹ *Suomen Lääkärilehti* ilmestyy kerran viikossa, ja tyypillisesti numerossa on useita pääkirjoituksia. Yhteensä lehdessä julkaistiin 684 pääkirjoitusta vuosina 2001–2010. Pääkirjoitusten kirjoittajat vaihtelevat; niistä vastaavat lehden toimittajien ohella vierailijat. *Terveystenhoitaja*-lehti ilmestyy yhdeksän kertaa vuodessa (yksi numero on säännöllisesti kaksoisnumero), ja sen pääkirjoituksen on poikkeuksetta laatinut lehden päätoimittaja, joka on samalla lehteä julkaisevan STHL:n puheenjohtaja. Niinpä tutkittavana aikana pääkirjoituksia ilmestyi 80, ja niitä laati ainoastaan kaksi henkilöä. Näistä syistä *Lääkärilehden* kannanotot ovat *Terveystenhoitaja*-lehteä monipuolisempia ja -äänisempiä. Tässä kirjoituksessa yksittäisen lehden pääkirjoituksia käsitellään kuitenkin yhtenäisesti, eikä kirjoittajien välisiin eroihin kiinnitetä huomiota.

² Tutkimusprosessin aluksi lehtien pääkirjoitukset luokiteltiin väljästi aiheen mukaan. Toisessa vaiheessa terveys-politiikan kannalta kiinnostavat tekstit luettiin läpi ja niistä tehtiin muistiinpanot. Terveystenpolitiikka ymmärrettiin laajasti tarkoittamaan niin terveystenhoitojärjestelmää kuin sen ulkopuolelle sijoitettavia yhteiskunnallisia toimintoja, joilla on vaikutuksia kansalaisten terveyteen. Tarkastelun ulkopuolelle rajattiin tekstit, jotka käsitelivät jonkin yksittäisen sairauden hoitotapoja, lääketieteen teknisiä yksityiskohtia tai ammattikunnan sisäisiä asioita, kuten edunvalvontaa, kollegiaalisuutta ja lääkärin etiikkaa. Kolmannessa vaiheessa läpikäytyt artikkelit suhteutettiin kansallisen terveysthankkeen sisältöihin. Ammattikuntien linjausten arviointiin ei ole käytetty ainoastaan sellaisia tekstejä, joissa suoraan viitataan hankkeeseen, vaan myös tekstejä, jotka käsittelevät jotain sen sisällöllisistä tavoitteista.

on ainoastaan yksi mahdollinen lopputulos. Viittaus professionaalisuuteen toimii ammattikunnan jäsenten identiteettiä ja toimintaa suuntaavana ihanteena. (Evetts 2003; Henriksson & Wrede 2004.)

Terveydenhuollon ammatteja on lukuisia. Esimerkiksi työ- ja elinkeinotoimistojen ylläpitämä ammattinetti listaa yhteensä 28 eri terveydenhuoltoalan nimikettä. Tässä kirjoituksessa tarkastelun kohteena ovat lääkärit, jotka jakautuvat useisiin alaryhmiin erikoisaloittain, sekä terveydenhoitajat, joiden työnsä vaihtelee sijoituspaikan mukaan (neuvola, työterveyshuolto jne.). Näiden välisessä työnjaossa lääkärit vastaavat pääasiassa sairauksien hoidosta, kun taas terveydenhoitajat huolehtivat sairauksien ennaltaehkäisystä ja terveyden edistämisestä. Lääkärit ovat yksi professiotutkimuksen malliammattikunnista, kun taas naisvaltainen terveydenhoitajan ammattikunta edustaa nuorempaa ja statukseltaan heikompaa ammattia. Molemmat ovat kansalaisten arvostamia: *Suomen Kuvalehden* ammattien arvostustutkimuksessa vuodelta 2010 kymmenen kärkisijan joukossa on peräti seitsemän lääkäriminimikettä. Terveydenhoitaja on hyvällä 21. sijalla, muttei kuitenkaan sijoitu terveydenhuoltoalan ammattien joukossa kärkipäähän.

Suomen Lääkäriliiton tilaston mukaan Suomessa oli vuoden 2011 alussa lailistettuja lääkäreitä yhteensä 24 502, joista työssä oli 17 500. Jälkimmäisistä oli naisia 57 prosenttia ja erikoistuneita 66 prosenttia. Lääkäreistä 46 prosenttia työskenteli sairaalassa, 22 prosenttia terveyskeskuksessa, 15 prosenttia yksityisellä lääkäriasemalla tai vastaanotolla ja loput 17 prosenttia muun muassa opetuksessa, säätioissa, valtionhallinnossa ja lääketeollisuuden palveluksessa, kun luokitteluperusteena käytetään päätoimea. Valtaosa lääkäreistä, 69 prosenttia, oli kuntien palveluksessa, kun valtiolla ja yksityisellä sektorilla työskentelevien luvut olivat 3 prosenttia ja 28 prosenttia.³

Ammattikorkeakoulussa suoritettu terveydenhoitajatutkinto pätevöittää henkilön toimimaan sairaanhoitajana tai terveydenhoitajana. Vuonna 2008 Suomessa oli yhteensä 16 870 terveydenhoitajaa, joista työllisiä 13 200. Valtaosa näistä (9 860) sijoittui terveydenhuoltoalalle, mutta varsinaisissa terveydenhoitajan tehtävissä oli vain 7 500 alalle koulutetuista. (Ailasmaa 2011.) Näistä 99 prosenttia oli naisia.⁴

3 Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2011. Suomen Lääkäriliitto [viitattu 3.1.2012]. Saantitapa: http://www.laakariliitto.fi/files/LL_vuositalasto2011_net_2.pdf.

4 Suomen virallinen tilasto (SVT): Työssäkäynti [verkkójulkaisu]. ISSN=1798-5528. Ammatti ja sosioekonominen asema 2008, Liitetaulukko 1. Suurimmat naisten ammattiryhmät (naisia 90–100 % ammattiryhmästä) vuonna 2008. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 3.1.2012]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tyokay/2008/04/tyokay_2008_04_2010-12-03_tau_001_fi.html.

Ammattikunnat suomalaista terveyspolitiikkaa muotoilemassa

Terveydenhuollon ammattien terveyspoliittisissa linjauksissa yhdistyy ammattikunnan edun ajaminen huoleen kansan terveydestä ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Asiantuntija-asema avaa ammattikunnille pääsyn pöytiin, joissa terveyspolitiikkaa muotoillaan, vaikka lopulliset linjaukset ovatkin yleensä monen intressitahon välisen kompromissin tulos.

Suomessa ammattikuntien kehitys on kytkeytynyt valtioon (Konttinen 1991). Tämä pätee myös lääkäreihin, jotka ovat olleet leimallisesti virkalääkäreitä (Hakosalo 2010). Terveyspoliittisissa uudistuksissa lääkäreiden professiopolitiikan pitkä linja on kuitenkin ollut pyrkimys oman työn autonomian turvaamiseen, mikä on usein tarkoittanut yksityislääkärin toimenkuvaan nojaamista. Tämä on näkynyt monessa yhteydessä. Kunnanlääkärit pyrkivät yhdistämään kunnallisen virkamiehen statukseen vapaan ammatinharjoittamisen etuja, kun heidän asemaansa määriteltiin 1900-luvun alkupuoliskolla (Vuolio 1991). Sairausvakuutusjärjestelmää koskevat esitykset kaatuivat vuosikymmenestä toiseen lääkäreiden pelkoon kassalääkärin asemasta ja ”lääkäripalvelujen sosialisoinnista” (Kauttu & Kosonen 1985, 146), kunnes huoli yksityislääkäreiden heikentyneistä ansiomahdollisuuksista käänsi heidän päänsä 60-luvulle tullessa (Nyström 2010, 181, 183). Kansanterveyslain voimaantulo vuonna 1972 vahvisti julkisia terveyspalveluja ja lääkärikunnan virkamiehistyksiä (ks. Saarinen 2008). Tämän jälkeenkin lääkärivaikuttajat liputtivat yksityisten palveluiden puolesta julkisten palveluiden täydentäjinä (Nyström 2010, 189–190). Keskushallinnollisen sääntelyn purkaminen, markkinamallien yleistyminen ja lama-aika 1990-luvun alussa synnyttivät lääkäreissä huolta terveydenhuoltojärjestelmän kantokyvystä, mutta ne koettiin myös mahdollisuudeksi muuttaa olemassa olevia rakenteita. Esimerkiksi ammatinharjoittajuudesta toivottiin apua terveyskeskusten pulmiin. (Nyström 2010, 207–208; Saarinen 2010b.) Tätä taustaa vasten suomalaista terveydenhuoltoa luonnehtiva kaksikanavainen rahoitusmalli ja lääkäreille yleinen työskentely samaan aikaan julkisella ja yksityisellä sektorilla näyttäytyy pitkäkestoisen ammatillisen politiikan tuloksena.

Ennen kansanterveyslain voimaantuloa kunnanlääkärit keskittyivät sairaanhoitoon, minkä seurauksena kansanterveystyö määrittyi Suomessa naisammattilaisten tontiksi, jota he saivat hoitaa varsin itsenäisesti (Wrede 2000). Tätä työtä toteuttivat terveysisaret ja kättilöt, joiden toimet kansanterveyslaki yhdisti terveydenhoitaja-nimikkeen alle. Terveysisarten terveyspoliittiset vaikutusmahdollisuudet olivat pitkään heikot. Tällainen käsitys syntyy kansanterveyslain valmistelusta, jossa terveysisaret sivuutettiin heidän oman työnsä uudistamisessa. Nämä pitivät lain luomaa järjestelmää liian byrokraattisena, lääkärivetoisena ja sairaanhoitopainotteisena, vaikka sen nimenomaisena tavoitteena oli tuoda koko väestö äitiys- ja lastenhuollosta mallinsa saavan kansanterveystyön piiriin. (Siivola 1985, 214–224, 234–235.) Vaikutusmahdollisuuksia heikensi myös se, että terveydenhoitajien am-

mattiyhdistys oli Sairaanhoidtajaliiton alainen ennen vuotta 1981, jolloin Suomen Terveydenhoitajaliitto, STHL, irtautui Sairaanhoidtajaliitosta. STHL on keskittynyt puolustamaan terveydenhoitajan ammattinimikettä ja sitoutuu kokonaisvaltaiseen perhekeskeiseen kansanterveystyöhön ja väestön terveyden edistämiseen. (Joutsivuon & Laakso 1998.)

Kansallinen terveyshanke

Kansallinen terveyshanke pantiin vireille syksyllä 2001. Terveydenhuoltojärjestelmän katsottiin toimivan osin puutteellisesti ja joutuvan kohtaamaan tulevaisuudessa monia haasteita. Keskeisiksi ongelmiksi nimettiin palvelujen saatavuus, väestöryhmien väliset terveyserot, terveydenhuoltoa uhkaava työvoimapula, palvelujärjestelmän hajanaisuus ja ohjausvaikeudet sekä terveydenhuoltomenojen nopea kasvu. Hankkeen päätavoitteiksi valtioneuvosto asetti väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaamisen maan eri osissa asukkaana maksukyvästä riippumatta. Hankkeelle asetettiin useita reunaehtoja: Palvelujen järjestämisvelvollisuus tuli säilyttää edelleen kunnilla. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmään ei haluttu puuttua. Lisäksi hanke rajoitettiin koskemaan vain terveydenhuoltoa. Valtion ohjauskeinoista korostui informaatio-ohjaus. Suunnitteluvaiheessa huomioitiin viisi asiakokonaisuutta: palvelujärjestelmän rakenne; työvoimakysymykset; rahoitus; julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjako; sekä hoitokäytäntöjen kehittäminen. Kustakin kokonaisuudesta laadittiin selvitysraportti jatkotyöskentelyn pohjaksi. (STM 2008, 12–13, 77.)

Tehtyjen ehdotusten pohjalta valtioneuvosto antoi periaatepäätöksen hankkeesta 11.4.2002. Nyt esillä oli viisi päätavoitetta, jotka olivat toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ; hoitoon pääsyn turvaaminen; henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen; toimintojen ja rakenteiden uudistaminen; ja terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen. (STM 2002.) Esiselvityksiin verrattuna periaatepäätös korosti voimakkaammin terveyspalveluiden kysynnän suunnattamista ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Se nosti myös omaksi kohdakseen hoitoon pääsyä koskevat tavoitteet, joista muodostui niin sanotun hoitotakuun muodossa hankkeen keskeisin tulos. Myös hankkeen johtoryhmä täsmensi osaltaan tavoitteita ja loi uusia osaprojekteja päätavoitteiden alle.

Tarkastelen seuraavassa vuorotellen valtioneuvoston periaatepäätöksessä mainittuja viittä tavoitetta. Luonnehdin ensin lyhyesti kunkin sisältämiä linjauksia, hankkeen johtoryhmän niille antamia tulkintoja, käynnistettyjä toimenpiteitä sekä tavoitteiden saavuttamista. Tässä nojautun pääasiassa terveyshankeeseen arviointiselvitykseen, joka antaa kattavan kuvan sen sisällöstä ja tuloksista (STM 2008). Tämän jälkeen kuvaan lääkäri- ja terveydenhoitajakunnan näkemykset tavoitteista ja toimenpiteistä siten kuin ne näkyivät heidän ammattilehtiensä pääkirjoituksissa. Ter-

veyshanke oli laaja-alainen ja monipolvinen, minkä vuoksi käsittelyssä on jouduttu keskittymään ydinkohtiin.

Toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ

Valtioneuvoston periaatepäätös linjasi riittävästi resursoidun ja hyvin toimivan perusterveydenhuollon koko terveydenhuoltojärjestelmän perustaksi. Perusterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä oli ennaltaehkäisevä työ. Sen tuli ”yhdessä kansalaisten omasta terveydestä kantaman vastuun ja terveiden elintapojen kanssa vähentää palvelujen kysynnän kasvua ja suunnata palvelujen tarvetta kevyisiin, avohoitopainotteisiin hoitoihin” (STM 2002). Terveyden edistämisen keinojen kohdalla viitattiin Terveys 2015 -ohjelmaan. Erityistavoitteena mainittiin päihteiden käytön ja siitä johtuvien sairauksien vähentäminen.

Kysynnän kasvun vähentämiseksi ja suuntaamiseksi avohoitoon ei käynnistetty erityisiä toimenpiteitä. Tähän suuntaan vaikuttivat kuitenkin puhelinneuvontapalvelut, joita kehitettiin osana hoitotakuun toteuttamista perusterveydenhuollossa, lääkärin ja hoitajien työnjakojärjestelyt, niin sanotut nettineuvolat sekä kansalaisille tarkoitettu terveyskirjasto. (STM 2008, 27.) Nämä eivät nousseet ammattilehtien pääkirjoituksiin.⁵

Terveyden edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä johtoryhmä antoi keskeisen merkityksen kunnallisille lähipalveluille ja kuntien eri hallinnonalojen yhteistyölle. Lisäksi arviointiselvitys listaa suuren joukon toimenpiteitä, jotka olivat rinnakkaisia hankkeelle ja tukivat sen ennaltaehkäisy-olottuvuutta. Niihin lukeutuivat kansanterveyden neuvottelukunnan perustaminen, terveyden edistämistä koskevat määräykset kansanterveyslaissa, terveyden edistämisen laatusuosituksen, tapaturmien ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet, kansallisten ravitsemussuosituksen uusiminen, terveysliikuntaa koskeva ohjelma, ravintolatupakoinnin kieltä sekä joukko terveyden edistämisen hankkeita, oppaita ja suosituksia. Ennaltaehkäisy ei kuitenkaan ollut hankkeen ytimessä, eikä sille määritelty selkeitä tavoitteita. (STM 2008, 22–25, 81.)

Lääkärilehden pääkirjoituksissa käsiteltiin säännöllisesti sairauksien ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämistä, vaikka teemat olivatkin selkeästi vähemmistössä kirjoittelun kokonaisuuteen nähden. Varsinaisesti terveyshanketta koskevissa pääkirjoituksissa korostui sairaanhoito, erityisesti terveyskeskusten työolot ja erikoissairaanhoidon hoitojonot. Hankkeen loppuvaiheessa lääkärit yhtyivät yleisesti esiin tuotuun huoleen siitä, että erikoissairaanhoitoa painotettiin liikaa perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisyn kustannuksella (LL 10/04) (LL 1–2/07).

Terveydenhoitajien näkökulma terveyshankkeeseen oli huoli ennaltaehkäisyn asemasta. Hanke herätti tyytyväisyyttä, sillä sen katsottiin osoittavan, että tervey-

⁵ Esillä oli lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjakoon vaikuttanut esitys, jossa jälkimmäisille myönnettiin rajoitettu reseptikirjoitusoikeus. Se ei kuitenkaan kuulunut terveyshankkeen piiriin.

denhuollon ongelmat otettiin vihdoin vakavasti. Alusta lähtien pelättiin kuitenkin, että erikoissairaanhoidon saisi taas päähuomion perusterveydenhuollon, sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen kustannuksella. Sairaanhoidon panostamista pidettiin lyhytnäköisenä, sillä ennaltaehkäisyn avulla voitaisiin saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä terveydenhuollossa. Toimiva ennaltaehkäisy edellytti puolestaan perusterveydenhuollon tervehtyttämistä. Tämä kanta seuraa ammattikunnan yleistä linjaa, jota luonnehtii huoli oman työnsä aliarvostuksesta, -palkkauksesta ja -resursoinnista. Terveydenhuollon säästöpainoiden katsotaan uhkaavan ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämistä sairaanhoidon hallitessa terveydenhuoltoa. Vaikka tavoitteilla on vakiintunut asema valtakunnallisissa ohjelmissa, resursseista käytännössä vastaavat kuntapäätäjät eivät panosta niihin riittävästi. Niinpä *Terveydenhoitaja*-lehti oli hyvillään esimerkiksi kansanterveyslain muutoksesta, joka vahvisti terveyden edistämisen asemaa (TH 1/05).

Päihteiden käytön ja päihdesairauksien vähentämisen osalta hankkeen johtoryhmä ehdotti, että Alkon ulkopuolella myytävien alkoholituotteiden enimmäisalkoholipitoisuutta laskettaisiin. Arviointiselvitys mainitsee valtion alkoholiohjelman ja listaa hankkeen toimenpiteiksi muun muassa mini-interventio-ohjelmat terveydenhuollossa ja päihtyneen potilaan akuuttihoitoa koskevat ohjeet. Lisäksi alkoholilain muutos vuonna 2007 terävöitti mainontaa koskevia rajoituksia ja esitti terveysvaroituksia juomapakkauksiin. (STM 2008, 30–32.)

Lääkärikunta kannatti alkoholipolitiikan tiukennuksia. Lehti esitteli lääkäreiden mahdollisuuksia vaikuttaa alkoholihaittoihin niin vastaanotoillaan kuin laajemmin yhteiskunnassakin (LL 20/08). Esimerkiksi näyttö mini-intervention hyödyistä oli kiistaton, mutta sitä toteutettiin vain pieni osa lääkäreistä (LL 47/04). Terveydenhoitajille päihdeongelmat olivat osa sitä moninaista sosiaalisten ongelmien kirjoa, jonka he kohtasivat päivittäisessä työssään (TH 7/05). He katsoivat olevansa avainasemassa asiakkaiden ”henkilökohtaisen alkoholipolitiikan” tukemisessa, jonka tavoitteena oli kohtuullisuus ja ongelmakäytön vähentäminen (TH 7/03). Suoraan terveyshanketta koskevassa kirjoittelussa päihdehaittoja ei käsitelty kummassakaan lehdessä.

Hoitoon pääsyn turvaaminen

Valtioneuvosto määräsi valmisteltavaksi valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jonojen hallinnan toteuttamisohjeet. Valmistelun perustaksi annettiin aikarajat, joiden sisällä potilaan piti päästä toimenpiteisiin. Perusterveydenhuollon arvio tuli saada kolmen päivän sisällä, erikoissairaanhoidon kolmen viikon kuluessa lähteen kirjoittamisesta ja ei-kiireelliseen erikoissairaanhoidon tuli päästä enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. ”Mikäli hoitoa ei määräajassa voida antaa asuinkunnan tai kuntayhtymän tuottamana, niiden on hankittava se muilta palveluntuottajilta asiakasmaksun muuttumatta.” (STM 2002.) Nämä periaatteet kirjattiin keskeisiin terveydenhuollon lakeihin niin, että ne tulivat voimaan 1.3.2005.

Arviointiselvityksessä hoitotakuun katsottiin onnistuneen varsin hyvin, vaikka se ei vielä toteutunutkaan täydellisesti ja hoitoon pääsyssä oli edelleen alueellisia eroja. Se oli myös leimautunut koskemaan pikemmin erikoissairaanhoidon leikkausjonojen lyhentämistä kuin hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa. (STM 2008, 33–43.)

Lääkärit pitivät tarpeellisina esitettyjä yhtenäisiä jonotuskriteerejä ja hoidon saatavuudelle asetettavia maksimirajoja (LL 9/02). He kantoivat kuitenkin huolta hoitotakuun toteuttamisen vaatimista resursseista (LL 4/03). Lääkärit tyrmäsivät käsityksen, jonka mukaan sen kustannukset voitaisiin kattaa yksinomaan hoitokriteereiden kehittämistä ja työn järjeistämistä saatavilla säästöillä (LL 43/03) (LL 20/04). Esitettiin jopa epäily, että tarkoitus ei ollut saada jonoja puretuksi toimenpiteillä vaan kiristämällä hoitoindikaatioita niin, ”että nykymääräiset rahat riittävät hoidon antamiseen” (LL 1-2/04). Lisäksi pidettiin todennäköisenä, että hoitotakuun kasvattama toimintavolyymi jäisi pysyvästi korkeammalle tasolle (LL 49-50/04). Uuden lain myötä jonot eivät enää voineet toimia ylivuotokeinona. Kysyntä kasvoi, kun julkisen terveydenhoidon houkuttelevuus yksityissektoriin verrattuna lisääntyi. (LL 20/05) Niinpä hoitotakuulla voitiin perustella pysyvää lisäystä valtion panostukseen terveydenhuoltoon.

Lääkäreiden myönteiseen suhtautumiseen vaikutti se, että hoitotakuu edisti useita heille tärkeitä tavoitteita. Uudistuksen nähtiin vahvistavan sairaanhoitopiirin asemaa suhteessa kuntaan, sillä lainsäädäntöön kirjattu hoitovelvollisuus kavensi kuntien budjettivaltaa (LL 34/04). Jonojen syynä katsottiin olevan kuntien terveydenhuollon alibudjetointi, mikä aiheutti koko järjestelmän näkökulmasta lisäkustannuksia muun muassa pitkittyneiden sairauspoissaolojen Kela-maksujen vuoksi (LL 30–32/02) (LL 46/02). Lääkäreiden mukaan kunnat saattoivat toimia näin, koska potilailla ei ollut mahdollisuutta hakea palveluja toisen kunnan alueelta (LL 4/03). Myös tähän saatiin parannus, kun potilailla oli laki, johon vedota; ”potilaan kyykyttäminen loppuu tai ainakin vähenee” (LL 34/04). Lisäksi hoitotakuu toimi väylänä terveydenhuollon rakenteiden uusiutumiseksi, kun vaikeudet purkaa jonoja olemassa olevin resurssein lisäsivät yksityisten palvelujen käyttöä (LL 49–50/04).

Terveydenhoitajat kommentoivat hoitotakuuta myönteisesti yleisellä tasolla. Toisaalta sen painottumista (erikois)sairaanhoidon pidettiin kielteisenä, koska se heikensi heille tärkeän ennaltaehkäisyn asemaa. Vastaava takuu olisi pitänyt määrätä myös terveyttä edistäville ja sairauksia ehkäiseville palveluille. (TH 1/05) (TH 2/05) (TH 8/06)

Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen

Henkilöstökysymyksissä hanke toteutti useita toimenpiteitä. Ammattityövoiman saatavuutta parannettiin lisäämällä lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja 550:sta 600:aan vuodesta 2002 alkaen. Myös muuta terveydenhuollon henkilökuntaa kou-

lutettiin lisää. Lääkärityövoiman alueelliseen jakautumiseen pyrittiin vaikuttamaan säätämällä perustutkinnon jälkeinen 9 kuukauden lisäkoulutusjakso terveyskeskuksissa sekä sillä, että erikoislääkärikoulutuksesta vähintään puolet oli suoritettava muualla kuin yliopistosairaalassa. Työntekijöille määriteltiin oikeus työnantajan järjestämään 3–10 päivän täydennyskoulutukseen vuosittain. Myös niin sanottu erikoismaksuluokka lopetettiin, mutta sen korvaajiksi ajatellut kannustavat tulospalkkausmallit jäivät paljolti kehittämättä, minkä arviointiselvityksessä katsottiin ”jopa vaarantavan erikoislääkäreiden saatavuutta tietyillä erikoisaloilla” (STM 2008, 50). Periaatepäätöksessä mainituista toimenpiteistä jäi toteutumatta myös valtakunnallinen moniammatillinen terveydenhuollon johtamisen koulutusohjelma, joka oli tarkoitus luoda lääketieteen ja terveystieteen opetusta antaviin yliopistoihin.

Lääkäriliitto vastusti koulutusmäärien kasvattamista. Lääkäreiden mukaan terveyskeskusten ongelmat juontuvat puutteista työn organisaatiossa ja johtamisessa, liian vähäisistä vaikutusmahdollisuuksista omaan työhön ja ylisuurista vastuuväestöistä. Myös huonosti suunnitellut tietojärjestelmät kuormittavat vastaanottotyötä. Kun näihin asioihin puututtaisiin, lääkäripula kunnissa lievenisi. Niinpä pulma ei ollut niinkään lääkäreiden määrä kuin terveyskeskusten vetovoima. Jos lääkäripulaa oli tiedossa tulevaisuudessa, se koski liiton mukaan pikemminkin joitain erikoislääkärialoja sairaaloissa. Terveydenhoitajat eivät kommentoineet koulutusmäärien lisäämistä.

Lääkärit kritisoivat myös pakollista lisäkoulutusjaksoa terveyskeskuksissa. Pakon sijasta toivottiin terveyskeskusten vetovoiman lisäämistä työoloja parantamalla. Esityksen pelättiin karkottavan loputkin nuorista lääkäreistä terveyskeskuksista. Julkisuudessa esiintyneet argumentit, joiden mukaan pitkä yhteiskunnan kustantama koulutus velvoittaisi lääkärit vastapalvelukseen yhteiskunnalle, kumottiin vetoamalla työvoiman vapaaseen liikkuvuuteen ja eri työntekijäryhmien tasaveroiseen kohteluun: muillakaan ammattialoilla ilmainen koulutus ei synnyttänyt ”työveloitetta”. (LL 15/02) Myös hankkeen arviointiselvityksessä katsottiin, että tämä uudistus ”pikemminkin heikensi terveyskeskusten julkisuuskuvaa kuin paransi sitä lääkäreiden keskuudessa” (STM 2008, 45). Närää aiheutti myös erikoismaksuluokan poistaminen, mikä vaikutti suoraan lääkäreiden toimeentuloon (LL 15-16/04).

Suotuisamman arvion lääkäreiltä sai täydennyskoulutusosoikeus, johon oltiin tyytyväisiä. Myös tämä kysymys liittyi perusterveydenhuollon tilanteeseen, sillä huonojen kouluttautumismahdollisuuksien katsottiin vähentävän terveyskeskustyön vetovoimaa. (LL 7/02) (LL 11/02) (LL 15/02A) Terveydenhoitajat olivat samoilla linjoilla. Lakisääteisestä täydennyskoulutuksesta odotettiin oman asiantuntijuuden ja ammatillisen aseman vahvistamista. Sen katsottiin myös motivoivan terveydenhoitajia työssään ja helpottavan uusien työntekijöiden rekrytointia. (TH 8/03) Terveydenhoitajat toivoivat yhtenäisiä opintojaksoja lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ryhmien kanssa jo peruskoulutuksessa (TH 8/06).

Lääkäreille johtamiskysymykset ovat tärkeitä. Arviointiselvitys mainitsee erimielisyydet koulutuksen sisällöstä ja moniammatillisuuden merkityksestä yhdeksi

syyksi sille, miksei valtakunnallinen johtamisen koulutusohjelma toteutunut (STM 2008, 43). Lääkäreiden mielessä näyttäisi olevan pikemminkin malli, jossa lääkäri johtaa moniammatillista työryhmää. ”Lääkäriliitto pitää tärkeänä, että klinistä työtä tekevää lääkäriä johtaa aina lääkäri” (LL 20/10A). Terveydenhoitajien tulkinta korostaa yhteistyötä, jossa he ovat täysivaltaisia toimijoita muiden ammattilaisten rinnalla. ”Terveydenhoitaja ja lääkäri muodostavat kiinteän moniammatillista yhteistyötä tekevän työparin” (TH 6/05).

Toimintojen ja rakenteiden uudistaminen

Hankkeen keskeinen rakenteellinen uudistustavoite oli perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina, joiden väestöpohja on 20 000–30 000 asukasta ja joissa toimii 12–18 lääkäriä. Myös mielenterveyshuollon avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys tuli järjestää seudullisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa. Erikoissairaanhoidossa yhteistyö järjestettäisiin erityisvastuualueittain. Sairaanhoidopiirien oletettiin solmivan yhteistyösopimuksia, yhdistyvän tai muodostavan terveydenhuoltopiirejä sekä laativan erityisvastuualueittain suunnitelman, joka koskee ennakolta suunniteltavissa olevaa vaativaa hoitoa, pieniä potilasmääriä koskevia toimenpideryhmiä, sairaanhoidollisia palveluita ja tukipalveluita. Tehostamista etsittiin erityisesti lääke- ja materiaalihankinnoissa, päivystystoiminnassa sekä laboratorio- ja kuvantamistoiminnassa. Viimeksi mainituista haluttiin muodostaa sairaanhoidopiirien hallinnoimia liikelaitoksia. Tärkeitä kehittämiskohteita olivat valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus, kansalliset hoitosuosituksen sekä rationaalista lääkehoitoa edistävän Rohto-toiminnan vakiinnuttaminen.

Hankkeen organisatoriset tavoitteet eivät juuri toteutuneet; esimerkiksi terveyskeskusten väestöpohjat jäivät pääosin edelleen tavoitteen alle eikä uusia suuria terveyskeskuksia syntynyt. Toimintojen yhdistäminen onnistui paremmin, joskin tavoitteena olleet ”0,2 miljardin euron vuosittaiset säästöt vuodesta 2007 lähtien” (STM 2002) jäivät arviointiselvityksen mukaan saavuttamatta. Myönteisen arvion saivat myös Rohto-toiminta sekä varaus- ja tietojärjestelmähankkeet ja Käypä hoito-suositukset. (STM 2008, 69–70.)

Lääkärit kannattavat perusterveydenhuollon tuottajaorganisaatioiden väestöpohjien ja yksikkökokojen kasvattamista. Kun kansallinen terveystuotannon hanke ei juuri tuonut parannusta tässä suhteessa, toiveet laitettiin kunta- ja palvelurakennemuutokseen. Lääkärit pyrkivät vielä ehdotettua isompiin kokonaisuuksiin. Heidän visiossaan sosiaali- ja terveystuotannon on vähintään 200 000 asukkaan väestöpohja ja vastuu sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Se tilaa palvelut tuottajilta ja saa piiriin kuuluvilta kunnilta rahoituksen. Tämän vastuualueen sisällä perusterveydenhuolto tulee järjestää vähintään 10–15 lääkäriä käsittäviin yksiköihin. Sosiaalipalveluista yhteiseen hallintoon kuuluvat vanhusten

laitoshoito, päihdehuolto, kasvatusta- ja perheneuvolat, vammaispalvelut ja lastensuojeluun liittyvät kysymykset. (LL 40/05) (LL 8/06) (LL 10/06)

Lääkäreiden näkökulmasta mallin etuna on se, että se tuo saman katon alle perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Tämä edesauttaisi ratkaisemaan sellaisia nykyongelmia kuin taloudellinen osaoptimointi, rikkonaiset hoitoketjut, tietohallinnon puutteet ja huono asiakaspalvelu. (LL 10/06) (LL 5/07) (LL 49–50/07) Vallitsevassa järjestelmässä hoidon maksajat yrittävät vähentää kuluja ”pelaamalla potilaan hoitopaikalla” (LL 6/09A). Potilaat, joille ei ole tarjota sopivaa hoitopaikkaa perusterveydenhoidosta, ohjataan liian herkästi eteenpäin erikoissairaanhoidon (LL 48/06C) tai heitä makuutetaan leikkauksen jälkeen sairaaloissa sakkomaksun uhallakin (LL 44/06). Periaatteena tulisi olla, että ”hoidon odottamisesta, siitä toipumisesta ja itse hoidosta aiheutuvien kustannusten tulee ohjautua samalle hoidon järjestämisestä vastaavalle taholle yhdessä lääkekustannusten kanssa. Vain näin voidaan saada hallintaan hoidon kokonaiskustannukset.” (LL 46/09) Tutkimuksia joudutaan uusimaan, kun tieto ei kulje järjestelmien välillä. Asiakasta pompotellaan paikasta toiseen, eikä hänellä ole mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa. Yhdistämisen riskinä tosin pidettiin sitä, että perusterveydenhuolto jää vahvemman erikoissairaanhoidon jalkoihin (LL 1/01).

Terveydenhuollon tietojärjestelmiin kohdistuu suuria odotuksia (LL 43/09A). Lääkärikunta jakaa nämä odotukset, mutta on samaan aikaan turhautunut jo käytössä oleviin järjestelmiin. Eri ratkaisut sopivat huonosti yhteen ja niiden käyttöliittymät ovat kehoja, minkä vuoksi järjestelmät pikemminkin hidastavat kuin tehostavat lääkärintyötä (LL 18/09B). Keskeinen uudistusesitys on hyödyntää paremmin lääkäri-käyttäjien asiantuntemusta järjestelmien kehittämisessä (LL 13/09B). Käypä hoito-ohjeita ja Rohto-toimintaa pidettiin puolestaan hankkeen harvoina yksiselitteisesti onnistuneina toimenpiteinä (LL 42/05) (LL 41/06A).

Terveydenhoitajat lähestyivät terveydenhuollon rakennekysymyksiä omasta työstään käsin. Rakenteiden uusimista pidettiin välttämättömänä ja tarpeelliseksi uudistuksiksi mainittiin muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltaminen, hoitoketjujen parantaminen ja tietojärjestelmien kehitys (TH 2/05). Uudistummalleista ei kuitenkaan lausuttu jäseneltyjä mielipiteitä, vaan päähuomio kirjoittelussa suuntautui ennaltaehkäisyn aseman turvaamiseen suhteessa sairaanhoitoon.

Terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen

Hanke lisäsi vuosina 2003–2007 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia 295 miljoonalla eurolla. Tämä jäi 50 miljoonaa valtioneuvoston periaatepäätöksessä ja budjettikehyksissä linjatuista summista. Valtion prosenttiosuus kuntien terveydenhuoltomenoista kuitenkin kasvoi, kuten oli tavoitteena. Jonojen purkuun myönnettiin vuosina 2002 ja 2003 yhteensä 25 miljoonaa euroa. Kolme neljäsosaa

myönnetystä avustuksesta tuli käyttää leikkaus- ja hoitojonojen purkamiseen ja neljäsosa tutkimusjonoihin. Osa jälkimmäisestä summasta oli vielä suunnattava avoimuuteen mielenterveyspalveluihin ja mielenterveydelliseen kuntoutukseen. Lisäksi myönnettiin hankerahaa palvelujärjestelmän kehittämisen ohjelmatyöhön sekä erillistä tukea kansallisen elektronisen sairauskertomuksen kehittämiseen, Käypä Hoito- ja Rohto-projekteihin sekä Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön, Finohdan, rahoituksen nostamiseen. Myös näissä hankkeissa jäätin hieman valtioneuvoston linjaamista summista. Muita tavoitteita olivat asiakasmaksuja ja maksukattoja koskevien säädösten uusiminen, joka toteutettiin hankkeen päättämisen jälkeen, sekä kuntarahoituksen vakauden ja ennakoitavuuden parantaminen, mitä edistämään käynnistettiin kunta- ja palvelurakennemuutos.

Terveydenhuollon rahoituksen uudistaminen ja turvaaminen oli lääkäreiden keskeinen huolenaihe. He pitivät hyvänä sitä, että julkisen terveydenhuollon aliresursointi vihdoinkin myönnettiin. Sekä esiselvityksen että valtioneuvoston periaatepäätöksen linjaamia panostuksia pidettiin kuitenkin liian pieninä. Terveydenhuollon menojen ”bkt-osuus olisi yhä vuonna 2010 alle EU-maiden ja myös muiden Pohjoismaiden nykyisen tason” (LL 6/02) eikä takaisi varmuudella edes nykyisen hoidon saatavuutta (LL 4/02). Lääkäreiden mielestä resurssilisäys kattoi ainoastaan kustannukset, jotka syntyivät väestön ikääntymisestä, hoitoteknologian kehittymisestä ja täydennyskoulutuksesta (LL 16/02).

Lisärahoituksen lähteenä katseet käännettiin valtioon, jonka osuus terveystoiminnasta oli laskenut koko 1990-luvun. Kuntien kykyä lisätä terveydenhuollon rahoitusta pidettiin heikkona (LL 6/02) (LL 9/03). Arviot kansalaisten mahdollisuuksista vaihtelivat enemmän. Yhtäältä todettiin, että kotitalouksien maksuosuus terveydenhuoltomenoista Suomessa oli jo EU-maiden suurin (LL 6/02). Toisaalta katsottiin, että yksityis palveluiden lisääminen ja lääkäriarvinnan vapauttaminen ohjaisi järjestelmään lisää rahaa maksuhalukkailta kansalaisilta (LL 48/05). Esimerkki valtion roolin kasvattamisesta on toive siirtää kalliit erikoissairaanhoitoon toimenpiteet valtion maksettaviksi. Erikoissairaanhoitoon rahoitus pohja vakiintuisi, eikä yksittäinen toimenpide enää voisi sekoittaa pienen kunnan terveydenhoitobudjettia. (LL 30–32/03)

Terveyshanke ja sitä seuranneet palvelurakennemuutos ja terveydenhoitolaki olivat pettymys lääkäreille terveydenhuollon rahoituksen kehittämisen osalta. Vaikka terveyshanke lisäsi kuntien valtionosuuksia, siinä esitettiin vähän rakenteellisia uudistuksia ja niiden kehittämisessä turvaututtiin hankerahoihin. Palvelurakennemuutos keskittyi edistämään kuntaliitoksia tukirahalla, ei puuttunut kuntien ja valtion työnjakoon ja rahoitusosuuksiin, eikä tuonut terveydenhuoltoon uusia korvamerkittyjä valtionosuuksia (LL 40/05) (LL 34/06A). Terveydenhoitolaki integroi erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuoltoa sekä lisäsi potilaan valinnanmahdollisuuksia, muttei tuonut uusia avauksia rahoituksen rakenteeseen (LL 33/10A). Valtio ei myöskään ottanut lisää vastuuta kalliista hoidoista.

Kun lääkärit vaativat säännöllisesti lisää rahaa terveydenhuoltoon, terveyden-

hoitajien kanta oli hieman toinen. Heillä kysymys oli ensisijaisesti rahoituksen rakenteesta: panostuksia tuli suunnata hoidosta ennaltaehkäisyyn. Keskeinen pulma oli ennaltaehkäisystä säästämisen sairaanhoidon hyväksi. Tätä konkreettisempia rahoitusmalleja ei esitetty.

Terveyspolitiikkaa omasta työstä käsin

Suomalaista terveyspolitiikkaa ohjaavan Terveys 2015 -ohjelman mukaan ”kansanterveys määräytyy suurelta osin jokapäiväisen elämän eri toimintakentillä, kuten kotoa, koulussa, työpaikalla, liikenteen, kulutuksen ja vapaa-ajan ympäristöissä ja lähiyhteisöissä”.⁶ ”Terveydenhuolto on merkityksellinen ihmisten sairastuessa, mutta myös sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä” (STM 2001, 8). Terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoitteet ovat koko väestön mahdollisimman hyvä terveys ja mahdollisimman pienet terveyserot eri väestöryhmien välillä.

Näistä tavoitteista lääkärin huomio kohdistuu lähinnä terveydenhuoltoon ja senkin sisällä pääasiassa sairauksien hoitoon. Heidän päämääränsä on toimiva terveydenhuoltojärjestelmä, joka on nykyistä monimuotoisempi. Keskeisiä tavoitteita ovat suuremmat organisaatiokokonaisuudet vastaamaan terveyspalveluiden järjestämisestä, tilaajien ja tuottajien selkeämpi erottaminen, erilaisten palvelujen tuotantotapojen ja työsuhdemallien rinnakkaiselo, ostopalvelujen, ulkoistamisen ja kilpailutuksen parempi hyödyntäminen sekä potilaan valinnanvapauden kasvattaminen lääkärin ja hoitopaikan suhteen. ”Perusterveydenhuolto tulee voida järjestää riittävin resurssein joko omana työnä, yhdessä yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan kanssa tai alihankintana” (LL 42/08A). Potilaiden valinnanvapauden nimissä perustellaan esimerkiksi palvelusetelien laajempaa käyttöönottoa (LL 46/03) (LL 20/04) (LL 44/05). Ostopalvelujen, ulkoistamisen ja kilpailutuksen avulla katsotaan saatavan ”lisää ketteryyttä terveydenhuoltojärjestelmään” (LL 12/03). Yksityisiä palveluja ja työterveyshuoltoa pidetään toimivina vaihtoehtoina, jotka helpottavat julkisen terveydenhuollon kuormitusta (LL 5/07) (LL 32/10A) (LL 47/10A).

Lääkärit näyttävät olevan kiinnostuneempia tasa-arvosta terveyspalvelujen saatavuudessa kuin itse terveydestä. Väestöllisten terveyserojen lisääntyminen tuotiin kyllä esiin, ja sitä pidettiin haitallisena kehityksenä (LL 7/07B). Samoin mainittiin toimivan terveydenhuollon merkitys terveyserojen kaventamisessa yhdessä yhteiskuntapolitiikan kanssa (LL 4/07A). Ennaltaehkäisy tuotiin esiin, ja sillä nähtiin myös olevan suoria vaikutuksia hoitojärjestelmään esimerkiksi lääkekuluja ja erikoissairanhoidon kustannuksia pienentämällä (LL 3/10B). Lääkäreiden päähuomio suuntautuu kuitenkin sairaanhoitoon, jota he pitävät keskeisenä toiminta-alueenaan.

Myös terveydenhoitajat lähestyvät terveyspolitiikkaa terveydenhuollosta kä-

⁶ Tapani Melkas ym.: Terveys- ja yhteiskuntapolitiikka. Terveyskirjasto, Duodecim [viitattu 24.2.2011]. Saatitapa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00006.

sin. Heidän ammatillinen identiteettinsä kietoutuu sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen ympärille. Niiden aseman parantaminen terveydenhuollossa toistui *Terveydenhoitaja*-lehden pääkirjoituksissa mantrana koko tutkittavan ajan. ”Perusterveydenhoidon punaisena lankana tulee olla painopisteen siirtäminen sairaudesta terveyteen ja erityisongelmien hoidosta terveyden edistämiseen ja ehkäisyyn” (TH 1/07). Tämä tarkoitti esimerkiksi terveyskeskuksen perusajatuksen ”kirkastamista” sairauksien hoidosta niiden ehkäisemiseen (TH 8/06).

Ennaltaehkäisyä painottavan lähestymistapansa vuoksi terveydenhoitajat ovat kuitenkin lääkäreitä avoimempia niille terveyspolitiikan osa-alueille, jotka sijoittuvat terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelle. He korostivat muun muassa kaikkien toimintapolitiikoiden terveysvaikutusten arviointia – ”terveys kaikissa politiikoissa” – (TH 6/06), tulonsiirtoja ja terveyttä edistävien ympäristöjen luomista (TH 3/08) sekä tasa-arvoa lisäävää yhteiskuntapolitiikkaa, erityisesti sosiaali- ja koulutuspolitiikkaa (TH 5–4/06). Niinpä terveyden tasa-arvo ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ovat heille selkeitä tavoitteita, jotka ohjaavat heidän työtään. Toisin kuin lääkärit, jotka omassa ohjelmatyössään tuottavat hyvinkin sofistikoituneita malleja terveydenhuollon järjestämiseksi (esim. Terveyspalvelujen... 1999), terveydenhoitajat nojautuivat tässä kuitenkin olemassa oleviin ohjelmiin, kuten Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan (TH 6/03) ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan (TH 4–5/07) (TH 1/08).

Molempia ryhmiä yhdistää – paitsi oman asiantuntijuuden korostaminen terveydenhuoltojärjestelmää koskevassa päätöksenteossa – puhe liian niukoista resursseista, katseen kääntäminen valtioon sekä ongelmallinen kuntasuhde. Varsinkin perusterveydenhuollon katsotaan tarvitsevan lisää rahaa ja virkoja. Resurssipulaan vetoaminen on myös tapa torjua omaan työhön kohdistuvaa arvostelua; terveydenhuollon pulmat johtuvat rahapulasta, eivät toimijoista tai toiminnoista. Yhteinen on myös näkemys, jonka mukaan motivoitunut henkilöstö ja hyvä ammattitaito ovat toistaiseksi taanneet laadukkaat palvelut leikkauksista huolimatta, mutta tulevaisuudessa tilanne on toinen (LL 32/06). Uudistuksia varten sekä lääkärit että terveydenhoitajat vetoavat valtioon, jolta toivotaan terveydenhuoltoon enemmän korvamerkittyä rahaa ja sitovampia säädöksiä (LL 8/06) (LL 10/06). Informaatio-ohjausta pidetään epäonnistuneena; sen katsotaan vaikuttaneen merkittäväällä tavalla perusterveydenhuollon alasajoon ja ongelmiin suhteessa erikoissairaanhoidon (LL 45/03) (LL 49–50/07). Tarvitaan velvoittavia säädöksiä, jotka määrittelevät toiminnolle selkeät normit ja sanktiot kuten esimerkiksi uudessa neuvola-asetuksessa (TH 4–5/10) tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroinnissa. Niinpä keskeisenä pulmana pidetään kuntien liiallista päätösvaltaa, joka johtaa lyhytnäköisiin säästöpäätöksiin, ammattiryhmien asiantuntijuuden sivuuttamiseen ja terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukaisiin rakenteisiin.

Lähteet

- Ailasmaa, Reijo (2011) Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Evetts, Julia (2003) The Sociological Analysis of Professionalism. *Occupational Change in the Modern World*. *International Sociology* 18(2), 395–415.
- Hakosalo, Heini (2010) Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. *Duodecim* 126(13), 1544–1551.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (2004) Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Teoksessa Henriksson & Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 9–19.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa & Burau, Viola (2006) Understanding Professional Projects in Welfare Service Work: Revival of Old Professionalism? *Gender, Work and Organization* 13(2), 174–192.
- Joutsivuo, Timo & Laakso, Mikko (1998) Terveydenhoitajatarjaostosta ammatilliseksi etujärjestöksi. Suomen Terveydenhoitajaliitto STHL ry 60 vuotta. Helsinki: STHL.
- Kauttu, Kyllikki & Kosonen, Tapani (1985) Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Konttinen, Esa (1989) Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? *Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja* 45. Jyväskylä.
- Konttinen, Esa (1991) Perinteisesti moderniin. *Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Nyström, Samu (toim.) (2010) *Vapaus, veljeys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Saarinen, Arttu (2008) Ammatinharjoittajista virkamiehiksi – Suomen Lääkäriliitto ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän kehitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45(2), 98–110.
- Saarinen, Arttu (2010a) *Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007*. *Yhteiskuntapolitiikka* 75(3), 241–251.
- Saarinen, Arttu (2010b) *Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa*. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 114. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Siivola, Ulla (1985) *Terveyssisar kansanterveysystyössä*. Helsinki: SHKS & WSOY.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001) *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta*. *Julkaisuja* 4/2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2002) *Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta*. *Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä* 6/2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) *Tuomola, Seppo & Idänpään-Heikkilä, Ulla & Lehtonen, Olli-Pekka & Puro, Markku: Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen*. *Julkaisuja* 22/2008, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa*. *Julkaisuja* 1/1999. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Vuolio, Vesa (1991) *Lunastettu vapaus. Kunnanlääkäriin ammatillisen autonomian muotoutuminen*. *Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja* 49. Jyväskylä.
- Wrede, Sirpa (2000) *Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia*. Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lilrank, Annika (toim.) *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 189–205.

V osa

Terveyspolitiikan kansainvälinen toimintakenttä ja terveyteen vaikuttava toiminta

40 Kansainvälinen ja globaali terveyspolitiikka – toimijat, asialistat ja politiikka

Kansainvälinen terveyspolitiikka käsittelee nimensä mukaisesti terveyspolitiikan kansainvälisiä ulottuvuuksia, toimijoita ja sisältöjä. Sitä määrittävät kansainvälinen lainsäädäntö ja muut sitoumukset, kansainväliset järjestöt ja niiden mandaatit, kansainvälisen yhteistyön erilaiset muodot sekä kansainväliset terveyshaasteet ja uhkat. Kansainvälinen terveyspolitiikka saatetaan usein ymmärtää erityisesti kehitysmaita koskeviksi toimiksi ja esimerkiksi Yhdistyneiden kansakuntien vuosituhattavoitteiden toteutumisen edistämiseksi ja seurannaksi, mutta kyseessä on paljon laajempi kokonaisuus, joka vaikuttaa monella tavoin siihen, millä pohjalta ja minkälaisien standardien ja käytäntöjen kautta terveyspalvelujärjestelmä toimii ja miten terveyttä edistetään ja suojellaan myös Suomessa. Rajat ylittävä yhteistyö terveyden turvaamiseksi ja edistämiseksi ovat myös tärkeä osa kansainvälistä terveyspolitiikkaa.

Kansainvälisessä terveyspolitiikassa voidaan erottaa yhtäältä toiminnan säädös- ja normipohja, kuten terveyspolitiikkaan liittyvät oikeudet, sopimukset ja ihmisoikeuksien terveyteen liittyvät ulottuvuudet, kansainväliset säädökset ja standardit ja niiden luomiseen ja seurantaan liittyvä toiminta, sekä toisaalta globaalien tason terveyspolitiikan institutionaalisten toimijoiden käytännön työ sekä tämän osana tuki terveyden parantamiseksi ja edistämiseksi etenkin köyhimmissä maissa. Tarkastelemme tässä luvussa ensin kansainvälisen terveyspolitiikan tavoitteita ja sisältöjä, sen jälkeen sen toimijoita ja lopuksi sitä, miten terveyspolitiikan ulkopuolella olevat globaalit toimijat ja globalisaatio vaikuttavat niin kansainväliseen kuin kansalliseen terveyspolitiikkaan ja sen toimintaympäristöön.

Kansainvälisen terveyspolitiikan juridinen ja institutionaalinen perusta

Kansainvälisen terveyspolitiikan perusta on kansainvälisessä lainsäädännössä ja alalla toimivissa instituutioissa. Käytännössä terveyspolitiikka kohdentuu erityisesti terveysjärjestelmien eri osa-alueisiin ja niihin liittyviin säädöksiin, toimintatapoihin ja toimijoihin sekä resurssien hankintaan ja jakautumiseen. Kyse on yleisessä mie-

lessä kansanterveyttä edistävästä, ylläpitävästä ja suojaavista toimista, säädöksistä ja standardien asettamisesta. Tosin julkisuutta, rahoitusta ja näkyvyyttä saattavat hallita tiettyihin sairauksiin, kuten HIV/AIDSiin, tuberkuloosiin ja malariaan, tai yksittäisiin ongelmiin, kuten lääkkeiden saatavuuteen tai äitiyskuolleisuuden vähentämiseen, kohdentuvat toimet.

YK:n ihmisoikeuksien sekä sosiaalisten oikeuksien julistukset luovat ihmisoi-keuksiin liittyvän eettisen perustan kansainvälisessä terveyspolitiikassa (tietolaatikko 1). Maailman terveysjärjestön (WHO) perustamissopimus ja WHO:n puiteissa neuvotellut sopimukset puolestaan muodostavat yhteisesti sovitun juridisen pohjan Maailman terveysjärjestön toimille (tietolaatikko 2). Maailman terveysjärjestön pe-

Tietolaatikko 1

Ihmisoikeuksien julistus (1948)

25. artikla

1. Jokaisella on oikeus elintasoon, joka on riittävä turvaamaan hänen ja hänen perheensä terveyden ja hyvinvoinnin ravinnon, vaatetuksen, asunnon, lääkintähuollon ja välttämättömän yhteiskunnallisen huollon osalta. Jokaisella on myös oikeus turvaan työttömyyden, sairauden, tapaturman, leskeyden tai vanhuuden sekä muun hänen tahdostaan riippumatta tapahtuneen toimeentulon menetyksen varalta.
2. Äideillä ja lapsilla on oikeus erityiseen huoltoon ja apuun. Kaikkien lasten, riippumatta siitä, ovatko he syntyneet avioliitossa tai sen ulkopuolella, tulee nauttia samaa yhteiskunnan suojaa.

Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleis-sopimus (TSS-sopimus) allekirjoitettiin vuonna 1966, Suomi ratifioi sopimuksen 1976.

12. artikla

1. Tämän yleissopimuksen sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä.
2. Tämän yleissopimuksen sopimusvaltioiden tulee ryhtyä tämän oikeuden täydellisen toteuttamisen saavuttamiseksi toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä:
 - a) kuolleena syntyvien lasten määrän ja lapsikuolleisuuden vähenemisen - aikaansaamiseksi sekä lasten terveen kehityksen parantamiseksi
 - b) kaiken ympäristö- ja teollisuushygienian piiriin kuuluvan parantamiseksi
 - c) kulku- ja tarttuvien tautiensikämmattitautien ja muiden tautien estämiseksi, hoitamiseksi ja valvomiseksi
 - d) sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelukset sairaustapauksissa.

Tietolaatikko 2

WHO:n perussääntö (otteita)

Terveys on täydellisen ruumiillisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä ainoastaan taudin tai raihnaisuuden puuttuminen.

Mahdollisimman hyvän terveydentilan omaaminen on jokaisen ihmisen perusoikeus rotuun, uskontoon, poliittisiin mielipiteisiin, taloudelliseen tai yhteiskunnalliseen asemaan katsomatta.

Hallitukset ovat vastuussa kansojensa terveydestä; tämä voidaan toteuttaa vain asianmukaisin terveydellisin ja yhteiskunnallisoin toimenpitein.

(Asetus Maailman terveysjärjestön perussäännön sekä siihen liittyvän sopimuksen ja pöytäkirjan voimaansaattamisesta. FINLEX – Valtiosopimukset: 26/1948)

ruskirjan hyväksymisen myötä WHO:n jäsenvaltiot ovat periaatteessa sitoutuneet terveyspolitiikkaa ja terveystalveluja koskevaan vastuuseen ja velvoitteisiin.

YK:n päämajan ja YK:n lastenrahaston (UNICEF) puitteissa on neuvoteltu myös lasten oikeuksien sopimus, jossa on terveyttä koskevia sitoumuksia (tietolaatikko 3). WHO:n myötävaikutuksella on neuvoteltu kansainvälisiä sitovia sopimuksia, kuten tupakkaa koskeva puitesopimus (FCTC) ja kansainvälinen terveyssäännöstö (IHR). Maailman työjärjestön (ILO) sopimukset muodostavat tärkeän oikeudellisen pohjan työolojen ja työturvallisuuden valvonnalle. Euroopan Neuvoston alainen Euroopan sosiaalinen asiakirja nojaa osaltaan paljolti YK:n taloudellisen, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien yleissopimukseen (TSS-sopimus) sekä ILO:n sopimuksiin. Tämän asiakirjan painoarvo on kasvanut Lissabonin sopimuksen myötä Euroopan unionin politiikassa (ks. Koivusalo & Ollila tämä teos, luku 41).

Tietolaatikko 3

Lapsen oikeuksien julistus (1959) ja sopimus (1989)

Artikla 24

1. Sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Sopimusvaltiot pyrkivät varmistamaan, ettei yksikään lapsi joudu luopumaan oikeudestaan nauttia tällaisista terveyspalveluista.
2. Sopimusvaltiot pyrkivät tämän oikeuden täysimääräiseen toteuttamiseen ja ryhtyvät asianmukaisiin toimiin erityisesti:
 - a) vähentääkseen imeväis- ja lapsikuolleisuutta
 - b) varmistaa, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon, jossa painottuu perusterveydenhoidon kehittäminen
 - c) taistellakseen tauteja ja aliravitsemusta vastaan myös saatavilla olevaa teknologiaa käyttäen ja huolehtimalla riittävän ravintopitoisen ruoan ja puhtaan juomaveden saatavuudesta ottaen huomioon ympäristön pilaantumisen vaarat ja riskit
 - d) taatakseen asianmukaisen terveydenhoidon odottaville ja synnyttäneille äideille
 - e) varmistaa, että yhteiskunnan kaikki kerrokset, erityisesti vanhemmat ja lapset, saavat tietoa ja opetusta ja että heitä tuetaan käyttämään saamia perustietoja lapsen terveydestä ja ravinnosta, rintaruokinnan eduista, ympäristöhygieniasta ja onnettomuuksien ehkäisystä
 - f) kehittääkseen ehkäisevää terveydenhuoltoa, vanhempainohjausta sekä perhekasvatusta ja -palveluja.
3. Sopimusvaltiot ryhtyvät kaikkiin tehokkaisiin ja tarkoituksenmukaisiin toimiin poistaakseen lasten terveydelle vahingollisia perinteisiä tapoja.
4. Sopimusvaltiot sitoutuvat edistämään ja kannustamaan kansainvälistä yhteistyötä toteuttaakseen asteittain tässä artiklassa tunnustetun oikeuden toteuttamisen kokonaisuudessaan. Tässä kiinnitetään erityistä huomiota kehitysmaiden tarpeisiin.

Lähteet: UNICEF 2011; Ihmisoikeudet.net 2011; WHO 2011.

Terveyspoliittisia ulottuvuuksia on myös muiden YK:n erityisjärjestöjen, kuten ILO:n, FAO:n ja UNESCO:n asettamissa säädöksissä. YK:ssa on hyväksytty vuosittain julistus vuonna 2000 ja siihen liittyvistä vuosittain julistuksista neljä kohdentuu suoraan terveyteen ja lisäksi kolme terveyden tärkeisiin määrittäjiin. (tietolaatikko 4)

Tietolaatikko 4

Vuosituhattavoitteet (Millennium Development Goals, MDGs)

YK:n vuosituhtauskehitystavoitteiden mukaan vuoteen 2015 mennessä pitää

1. puolittaa äärimmäisessä köyhyydessä elävien ja nälkäisten osuus maailman väestöstä
2. taata kaikille lapsille peruskoulutus
3. poistaa sukupuolten välinen epätasa-arvo kaikilla koulutusasteilla
4. vähentää alle viisivuotiaiden kuolleisuutta kahdella kolmanneksella
5. vähentää äitiyskuolleisuutta kolmella neljänneksellä
6. kääntää laskuun hi-viruksen ja aidsin, malarian ja muiden merkittävien tautien leviäminen
7. varmistaa ympäristön kestävä kehitys ja muun muassa puolittaa niiden ihmisten osuus maailman väestöstä, joilla ei ole käytössään puhdasta juomavettä
8. luoda globaali kumppanuus kehitykselle.

Globaali kumppanuus viittaa niihin teollisuusmaiden toimiin, joilla voidaan parantaa kehitysmaiden asemaa: kehitysrahoitukseen, oikeudenmukaisten kauppasääntöjen kehittämiseen, kehitysmaiden velkataakan helpottamiseen, lääkkeiden saatavuuteen ja tietotekniikan hyötyjen saattamiseen kehitysmaiden ulottuville.

Lähde: Ulkoasiainministeriö 2011

Terveysspolitiikan kansainväliset toimijat

Kansainvälisen terveysspolitiikan normeihin, standardeihin ja säätelyyn liittyvä mandaatti on ensisijaisesti Maailman terveysjärjestöllä. Sen puitteissa on neuvoteltu kansainvälisiä terveyden alan toimintaohjeita ja sopimuksia. Näistä kansainvälinen tupakan puitesopimus (FCTC) on nykyisin tunnetuin, mutta tarttuvia tauteja koskevat säädökset pohjautuvat jo vanhempiin ja viime kädessä myös historiallisesti käännteentekeviin neuvotteluihin, jotka johtivat aikanaan WHO:n perustamiseen. WHO:n alaisuudessa tehdään lisäksi kansainvälisiä standardeja, suosituksia ja muita teknisiä ohjeistuksia.

WHO on tilivelvollinen päätöksistään ensisijaisesti terveysministeriöille, jotka päättävät järjestön toiminnasta vuosittain järjestettävässä maailman terveyskokouksessa (World Health Assembly, WHA). WHO:n rahoituksesta nykyisin kuitenkin vain noin 20 prosenttia tulee jäsenmaksuista terveysministeriöiden kautta, loppujen tullessa pääosin vapaaehtoislahjoituksina etenkin kehitys yhteistyövaroista. Varat ovat usein korvamerkittyjä tietyille alueille tai toimille, mikä vaikeuttaa WHA:n

mahdollisuuksia päättää järjestön toiminnan painopisteistä. WHO:n budjettirahoitus on lisäksi varsin vaatimaton ja vuosille 2010–2011 ulkopuolisetkin rahat mukaan lukien se oli 4 540 miljoonaa Yhdysvaltain dollaria (WHO/EB 2011). Jäsenmaksuisista kertyvä osuus on vähemmän kuin puolet siitä, mikä oli vaikkapa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hyväksytty talousarvio vuonna 2009 (2 147 milj €; Helsinki 2011). Tässä yhteydessä on syytä kuitenkin korostaa, että WHO ei ole ensi sijassa kehitysyhteistyötä rahoittava järjestö, vaan terveyden alan normeista ja standardeista päättävä YK:n erityisjärjestö.

Kansainväliseen terveyspolitiikkaan vaikuttavat WHO:n ohella varsin monet järjestöt ja organisaatiot, ja niillä on usein paljon suuremmat taloudelliset resurssit kuin WHO:lla (tietolaatikko 5). WHO kerää ja tuottaa kansainvälisiä tilastoja sekä monenlaista terveystietoa. WHO:n rinnalle ovat kansainvälisten tilastollisten vertailutietojen kokoajina nousseet OECD ja Maailmanpankki, jotka ovat keränneet tietoa erityisesti palvelujärjestelmästä. WHO:n kautta kanavoidaan rahoitusta asiantuntijatuella sekä tekniseen yhteistyöhön kehitysmailhin, mutta määrältään tämä on varsin vaatimatonta verrattuna muihin kansainvälisiin toimijoihin.

YK:n erityisjärjestöistä etenkin ILO:n, FAO:n ja UNESCO:n toiminta sivuaa terveyttä. Maailman työjärjestön (International Labour Organization, ILO) toimialueeseen kuuluvat työterveyshuolto, sosiaaliturva sekä työelämän ehdot. ILO on tehnyt myös sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen liittyviä aloitteita.

Elintarvike- ja maatalousjärjestö (FAO) vaikuttaa ruokaturvaan ja ruoan tuotantoon ja FAO:n puitteissa päätetään muun muassa ruoan laatuun ja lisäaineisiin liittyvistä seikoista. FAO:n ja WHO:n alainen Codex Alimentarius -kokoelma ja sitä työstävä komissio ovat tärkeitä elintarvikkeisiin liittyvien standardien määrittelyssä myös laajemmin, sillä kokoelma toimii viitteenä kauppapolitiikan säädöksille Maailman kauppajärjestössä (WTO).

YK:n alainen UNAIDS-ohjelma koordinoi ja kanavoii HIV/AIDSiin liittyviä asioita. Terveyttä on käsitelty myös YK:n yleiskokouksessa. YK:n yleiskokous piti HIV/AIDSiin kohdentuvan erityisistunnon vuonna 2001 ja vuonna 2011 erityisistunnon kohteena olivat ei-tarttuvat taudit.

Myös YK:n rahastoilla on terveyspoliittista merkitystä. YK:n lasten rahasto (UNICEF) vastaa lasten oikeuksien julistuksen mukaisten toimien valvonnasta sekä seuraa lasten asemaan ja terveyteen liittyviä kysymyksiä. YK:n väestörahasto (UNFPA) seuraa ja rahoittaa perhesuunnitteluun ja lisääntymisterveyteen liittyviä ohjelmia ja toimia Kairon kehitys- ja väestökongressin julistuksessa (1994) hyväksytyjen lähtökohtien pohjalta. Rahastoilla on merkittäviä varoja sekä globaaliin toimintaan että maatason toimeenpanoon. YK:n sosiaalisen kehityksen ohjelma (UNDP) sivuaa myös terveyspolitiikkaan liittyviä kysymyksiä, vaikka sen pääasiallinen paino-alue onkin sosiaalisessa kehityksessä sekä Kööpenhaminan sosiaalisen kehityksen huippukokouksen julistuksen ja sitä seuraavien kokousten seurannassa.

Maailmanpankki ja OECD (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö) ovat talouden kehityksestä lähteviä järjestöjä, mutta ne ovat laajentaneet toimin-

Tietolaatikko 5

Kansainvälisen ja globaalin terveyspolitiikan toimijoita:

Hallitustenvälisiä järjestöjä

Terveyteen liittyviä

YK:n terveydestä vastaava erityisjärjestö Maailman terveysjärjestö (WHO, www.who.int)

YK:n lastenrahasto (UNICEF, www.unicef.org)

YK:n väestörahasto (UNFPA, www.unfpa.org)

YK:n HIV/AIDS -ohjelma (UNAIDS, www.unaids.org)

Muita kuin terveysjärjestöjä

Maailmanpankki (WB, www.worldbank.org)

Kansainvälinen valuuttarahasto (IMF, www.imf.org)

Maailman kauppajärjestö (WTO, www.wto.org)

YK:n elintarvike- ja maatalousjärjestö (FAO, www.fao.org)

Kansainvälinen työjärjestö (ILO, www.ilo.org)

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD, www.oecd.org)

Kansainvälisiä järjestöjä ja globaaleja toimijoita¹

Global Fund Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund, www.theglobalfund.org)

Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI, www.gavi.org)

UNITAID (www.unitaid.org)

World Federation of Public Health Associations (WFPHA, www.wfpfa.org)

World Medical Association (WMA, www.wma.org)

World Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA, www.ifpma.org)

Consumers International (CI, www.ci.org)

Bill and Melinda Gates Foundation (www.gatesfoundation.org)

Global Health Council (www.globalhealthcouncil.org)

Oxfam International (www.oxfam.org)

Médecins sans Frontières (MSF, www.msf.org)

Knowledge Ecology International (KEI, www.kei.org)

International Planned Parenthood Federation (IPPF, www.ippf.org)

International Alliance of Patient Organisations (IAPO, www.iapo.org)

¹ Tämä listaus on esimerkinomainen eikä ota kantaa näiden toimijoiden merkitykseen tai siihen, tulisiko näiden olla mukana kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Tasapuolisuuden vuoksi Global Fundia lukuun ottamatta on jätetty pois kaikki yksittäisiin tauteihin tai tautiryhmiin kohdentuvat järjestöt ja verkostot.

taansa etenkin terveyspalvelujärjestelmien alueelle. Maailmanpankin merkitys rahoittajana on suurempi, mutta rahoituksen poliittinen vaikutus riippuu muun muassa siitä, mikä merkitys lainalla tai rahoituksella on sitä hakevalle maalle ja kuinka mittava rahoitus on suhteessa maan muihin resursseihin. OECD voi sektorikohtaisten politiikan vertaisarviointien ja julkisen sektorin reformialoitteiden kautta vaikuttaa hyvinkin konkreettisesti kansalliseen politiikkaan ja terveyssektorin toimintaan, etenkin teollisuusmaihin lukeutuvissa jäsenmaissaan. OECD ja Maailmanpankki ovat molemmat vaikuttaneet myös terveyspolitiikan sisältöihin, esimerkiksi terveydenhuollon uudistuksiin ja reformeihin liittyvien toimiensa kautta.

Terveydenhuollon kannalta keskeinen toimija on myös Globaalirahasto HIV/AIDSin, tuberkuloosin ja malarian ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria). Globaalirahasto rahoittaa etenkin lääkkeiden ja hoitojen saatavuutta kehitysmaissa. Se ei ole YK-järjestö vaan institutionaaliselta rakenteeltaan julkisen ja yksityisen sektorin yhteishanke, jolla on erillinen YK-järjestelmästä täysin riippumaton hallinto. Samankaltainen erillisjärjestely koskee rokotteisiin ja niiden kehitystyöhön kohdentuvaa GAVI-rahastoa sekä lääkkeiden hankintaan ja rahoitukseen kohdentuvaa UNITAID-rahastoa. Näiden rahoitus on pääosin julkista, mutta mukana on myös yksityisiä rahoittajia, kuten Gates Foundation. Yli 90 prosenttia globaalirahaston varoista tulee hallituksilta. UNITAIDin rahoituksesta osa kerätään valuutanvaihtoveroilla (Brasilia) sekä jäsenten keräämällä niin kutsutulla lentoverolla. Nämä rahastot eivät ole vain globaalin terveyspolitiikan heijastuksia, vaan niiden kautta on aktiivisesti luotu uusia kanavia ja painopistealueita maailmanlaajuisen terveyspolitiikan kentälle. UNITAID on ollut myös aktiivinen lääkkeisiin liittyvien patenttien yhteiskäytön (patent pools) edistämässä.

Hallitustenvälisiä globaaleja terveyspolitiikan toimijoita ovat myös G8, G20 ja G77 -yhteenliittymät², joiden asialistalla ovat olleet kansainvälinen solidaarisuus ja rahoitus lääkkeiden saatavuuden takaamiseksi. G8 ja G20 -liittymät ovat merkittäviä myös siksi, että niiden tekemät avaukset nousevat helposti muiden alueellisten tai maailmanlaajuisen toimijoiden agendalle.

² G8, G20 ja G77 ovat maiden etenkin talous- ja kauppapolitiikan alalla toimivia yhteenliittymiä. Vaikka ne usein toimivat YK:n alaisissa organisaatioissa, etenkin G8 ja G20 -yhteenliittymät toimivat itsenäisinä. G77 on kehitysmaiden löyhä yhteenliittymä, joka alun perin toimi UNCTADin alaisuudessa. Siihen kuuluvat käytännössä maat, jotka eivät ole OECD:n tai Euroopan Neuvoston jäseniä. G77 on toiminut YK:n alaisuudessa sekä etenkin kauppapolitiikan kysymyksissä. G8 oli alun perin G7, johon kuuluivat Yhdysvallat, Iso-Britannia, Italia, Saksa, Ranska, Kanada ja Japani, Venäjän liityttyä virallisesti ryhmään 1998 siitä tuli G8. G8 on ollut ryhmittymänä aktiivinen ja tehnyt johtavien talouksien globaalitason yhteistyötä jo 1970-luvulta, jolloin ensimmäinen G7 kokous pidettiin. Euroopan unioni on ollut ryhmittymässä myös edustettuna 1970-luvun lopulta. Etenkin finanssikriisin jälkeen aktivoitui G20 ryhmittymä, joka koostuu käytännössä G8-maista, joiden lisäksi virallinen edustus on Euroopan unionilla, Australialla, Kiinalla, Intialla, Argentiinalla, Meksikolla, Indonesialla, Brasilialla, Etelä-Korealla, Turkilla, Etelä-Afrikalla ja Saudi-Arabiolla.

Globaalit kansalaisjärjestöt, verkostot ja yksityiset rahastot

Kansalaisjärjestöjen merkitystä terveyspolitiikassa on vahvasti korostettu viime vuosien aikana. Järjestöjen moninaista kenttää voidaan jaotella seuraavasti 1) kansainväliset ensisijaisesti kehitysyhteistyön parissa toimivat järjestöt, kuten OXFAM, Lääkärit ilman rajoja -järjestö (MSF) ja Pelastakaa Lapset ry (Save the Children) 2) sisältökysymyksiin kohdentuvat järjestöt ja tukiverkostot, kuten Health Action International (lääkepolitiikka) ja World Federation of Public Health Associations (WFPHA) 3) tauti- ja tautiryhmäkohtaiset yhteistyöjärjestöt, kuten Union for International Cancer Control (UICC) ja World Heart Federation (WHF) 4) potilasjärjestöt, esimerkiksi International Alliance of Patients Organisations (IAPO) 5) ammatilliset järjestöt, kuten World Council of Nurses, World Medical Association 6) teollisuuden etujärjestöt, esimerkiksi International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (IFPMA) 7) yleishyödylliset tai yleishyödyllisiin järjestöihin sidoksissa olevat kampanjaorganisaatiot, ajatushautomot ja yhteistyöhankkeet, kuten Knowledge Ecology International ja Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi) 8) tiettyihin tauteihin painottuvat ja rahoitukseltaan tai muuten yksityissektorin kanssa läheisesti toimivat verkostot, kuten Medicines for Malaria Venture (MMV) sekä TB Alliance 9) julkisiin tai kansainvälisiin organisaatioihin sidoksissa olevat instituutit ja julkisen ja yksityisen sektorin yhteisrahoitteiset hankkeet ja verkostot, esimerkiksi Global Forum for Health Research. Yleishyödyllisten ja etujärjestöjen välimaastoon on noussut myös kansalaisyhteiskunnan ääntä käyttäviä, mutta usein teollisuuden tai taloudellisten eturyhmien rahoittamia toimijoita, kuten International Policy Network (IPN). Monet potilasjärjestöt ovat vahvasti teollisuuden rahoittamia, vaikka vain osa niistä on lähtökohtaisesti sidoksissa taloudellisiin eturyhmiin tai näiden perustamia.

Yksityiset rahastot ovat maailmanlaajuisen terveyspolitiikan rahoittajina merkittäviä. Rahalliselta arvoltaan suurin on Bill ja Melinda Gates Foundation. Perinteisistä hyväntekeväisyysrahastoista poiketen Gates Foundation on ollut aktiivinen vaikuttaja myös rahoittamiensa organisaatioiden hallinnossa. Sen panostus teknologian ja lääkkeiden kehittämiseen sekä verkostoitumiseen on vaikuttanut myös globaaleihin toimijoihin ja tutkimuksen suuntautumiseen. Yksityisrahastoilla on ollut aikaisemminkin merkitystä kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Esimerkiksi yhdysvaltalainen Rockefeller Foundation on ollut perinteisesti merkittävä rahoittaja ja poliittinen toimija.

Kansainvälisen terveyspolitiikan asialistat ja strategiat

Kansainvälistä terveyspolitiikkaa ohjaavat sopimusten lisäksi poliittiset ja tavoitteelliset strategiat, ohjelmat ja julistukset. Perusterveydenhuollon strategia sekä Ter-

veyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma olivat WHO:n keskeisiä strategiamuotoilu- ja 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa. Näiden lähtökohdat hyväksyttiin Alma Atan perusterveydenhuoltoa koskevassa julistuksessa vuonna 1978. 1990-luvulla perusterveydenhuollon strategia ja WHO:n toiminta jäivät Maailmanpankin tukemien terveydenhuollon reformihankkeiden ja tavoitteiden varjoon. 2000-luvulla on kansainvälisessä terveyspolitiikassa etenkin WHO:ssa, mutta myös osin Maailmanpankissa ja muissa kansainvälisissä järjestöissä, palattu palvelujärjestelmän toimivuutta sekä peruslähtökohtia – riskien ja resurssien tasausta – painottaviin näkökohtiin. Palvelujärjestelmien rahoitus on kuitenkin jäänyt heikoksi, samalla kun painopisteeksi ovat nousseet lääkkeiden saatavuus, HIV/AIDS-epidemian taltuttaminen ja vuosittuhtavoitteiden saavuttaminen. Huonot tulokset äitiyskuolemien vähentämisessä (MDG5) liittynevätkin osittain siihen, että palvelujärjestelmän kokonaisvaltaisempi kehittäminen on jäänyt yksittäisten vertikaalisten ohjelmien varjoon.

WHO:n välttämättömien lääkkeiden ohjelma toi lääkepolitiikan ja teknologian arvioinnin osaksi kansainvälistä terveyspolitiikkaa, mutta ohjelma on jäänyt 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa lääkkeiden ja teknologian saatavuutta edistävien toimien varjoon. Välttämättömien lääkkeiden ohjelman tavoitteena on ollut edistää lääkkeiden asianmukaista käyttöä sekä painottaa kustannustehokkuuden ja rajatun lääkevalikoiman hyötyjä kansallisessa lääkepolitiikassa. Rokotteiden osalta painopistettä siirrettiin uusien rokotteiden lisäämiseen rokoteohjelmiin erityisesti GAVI-rahaston toiminnan perustamisen ja rahoittamisen kautta.

Lääkepolitiikan ongelmat ovat olleet myös WHO:n alaisuudessa neuvotellun globaalin kansanterveyteen, innovaatioihin ja immateriaalioikeuksiin kohdentuvan strategian ja toimintasuunnitelman taustalla. Tässä kyse on paitsi lääkkeiden saatavuudesta myös tutkimuksen kohdentamisesta siten, että se vastaa kansanterveyden ongelmiin ja haasteisiin etenkin kehitysmaissa.

1990-luvun puolessa välissä Kairon konferenssi (1994) toi lisääntymisterveyden ja -oikeudet kansainväliseen terveyspolitiikkaan aiemman varsin yksipuolisesti demografisesti painottuneen väestöpolitiikan sijaan. Naisten asema sekä perhesuunnitteluun liittyvät oikeudet ja käytännöt ovat olleet keskeinen osa Kairon konferenssin asialistaa, jonka eteenpäinvieminen ja seuranta on etenkin Maailman väestörahaston (UNFPA) keskeinen tehtävä.

Kansainvälistä terveyspolitiikkaa on kuitenkin monelta osin hallinnut 1980-luvun lopusta lähtien HIV/AIDS-epidemia ja siihen liittyen toimet lääkkeiden saatavuuden parantamiseksi. HIV/AIDS-epidemian rinnalle nousivat 2000-luvun alussa malariaan ja tuberkuloosiin kohdentuvat toimet, joihin myös globaalirahaston rahoitus kohdentuu.

Perinteiset kansanterveystoimet ja epidemioihin puuttuminen ovat nousseet uudelleen keskeisiksi terveyspolitiikan osa-alueiksi pandemioihin, lintuinfluenssaan ja SARS-epidemiaan sekä näiden estämiseen liittyvissä toimissa. Ne ovat myös korostaneet WHO:n roolia toimijana kriisitilanteessa sekä painottaneet kansainvälisen terveystieteiden yhteistyön (IHR) tärkeää merkitystä.

Kansainvälisten terveyssäädösten ohella merkittävin kansainvälisen terveyspolitiikan kansanterveydellinen säätelytoimi on ollut tupakkakonvention neuvottelu ja toimeenpano. Kansanterveyskysymykset ovat nousseet vähitellen voimakkaammin kansainvälisen terveyspolitiikan asialistalle ja vastaavankaltaisia toimia on haluttu kohdistaa myös esimerkiksi alkoholiin. Riittävän ravinnon saannin ja turvaamisen rinnalla on alettu painottaa ravitsemuksen laatua ja terveiden elintapojen edistämistä. Krooniset ei-tarttuvat taudit eivät enää ole ensisijaisesti teollisuusmaiden ongelma, vaan yhä useammin myös kehitysmaiden, jotka joutuvat painimaan paitsi tarttuvien tautien taakan, myös lisääntyvän ei-tarttuvien tautien määrän kanssa.

Viime vuosina on kiinnitetty erityistä huomiota terveyden sosiaalisiin määrittäjiin sekä terveyteen perusoikeutena. Terveyden sosiaalisiin määrittäjiin kohden-
tuvat toimet painottavat terveysriskien jakautumista, terveyseroja sekä sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta kuolleisuutta lisäävänä tekijänä. Keskustelu oikeudesta terveyteen on osin liittynyt yleisempään keskusteluun ihmisoikeuksista. YK:n ihmisoikeusneuvostolla on raportoiija oikeudesta terveyteen, ja asiaa on käsitelty vahvemmin myös kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Oikeus terveyteen ja sairauden hoitoon on nostettu esille myös osana kampanjointia lääkkeiden saatavuuden puolesta.

Kansainvälisen kaupan ja markkinoiden merkitys terveyssektorilla on kasvanut ja näihin liittyvät ongelmat ja eettiset näkökohdat ovat nousseet aiempaa vahvemmin esille. Terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuutta on yhä useammin käsitelty kansainvälisessä terveyspolitiikassa työvoiman saatavuuden ongelmana, vaikka se usein nähdään kauppapolitiikassa osana toivottavaa palveluiden liikkuvuuteen kuuluvaa markkinakehitystä. Laittomien tuotteiden markkinoista ja salakuljetuksesta on myös tullut globaalien terveydenhuollon ongelma paitsi väärennettyjen lääkkeiden ja tuotteiden myös elinkaupan kautta.

Terveyspolitiikan kansallinen säätely ja valvonta on tullut haasteellisemmaksi toisaalta monikansallisten toimijoiden vuoksi sekä toisaalta siksi, että ylikansallinen säätely pohjautuu pääosin muille kuin terveyslähtökohdille. Tämä korostaa kansainvälisen terveyspolitiikan merkitystä terveyslähtökohdista lähtevän säätelyn, standardien asettamisen, valvonnan sekä ohjeistuksen aikaansaamiseksi ja vahvistamiseksi.

Kansainvälisen terveyspolitiikan toimintaympäristö – muiden sektorien toimijat

Globalisaatioon ja globaalien talouden integraatioon on liittynyt myös eriarvoisuuden lisääntyminen. Maailman terveysjärjestön raportti terveyden sosiaalisista määrittäjistä painottaa sosiaalisen eriarvoisuuden merkitystä terveydelle ja etenkin köyhien maiden terveystilanteelle (Commission on Social Determinants of Health 2008). Terveyspalveluiden markkinoistuminen ja sairaanhoidon kasvaneet kustannukset ovat osaltaan lisänneet köyhyyttä paitsi käyttäjämaksujen, lääkekulujen ja sairauden vuoksi menetettyjen tulojen lisäksi myös äkillisten ja korkeiden niin kut-

suttujen katastrofaalisten sairausmenojen vuoksi maissa, joissa palveluiden käyttäjät maksavat itse suoraan palveluista ja lääkkeistä merkittävän osan. WHO:n vuoden 2010 terveysraportti käsittelee terveyspalveluiden kattavuutta ja rahoitusta ja arvioi, että yli 150 miljoonaa ihmistä putoaa vuosittain köyhyyteen sairastumisen ja siihen liittyvien kustannusten vuoksi (WHO 2010).

Globaalin terveyden edistämisen kannalta on olennaista se, miten terveyttä määrittäviin ympäristö- ja sosiaaliin tekijöihin voidaan vaikuttaa. Avainasemassa ovat usein kansallisen tason toimijat ja päätöksentekijät, mutta kansainväliset säännökset, sopimukset ja julkilausumat luovat usein ne kehykset, joihin myös kansalliset toimet asettuvat ja jotka määrittävät sitä, mitä kansallisella tasolla voidaan tehdä tai jättää tekemättä. Kansainvälinen maatalouspolitiikka ja teollisuuspolitiikka vaikuttavat usein suoraan kansallisiin ja paikallisiininkin elinoloihin ja ruokaturvaan. Alkutuotantomaisissa tuotteiden maailmanmarkkinahintojen vaihtelu heijastuu ruokaturvaan tai ruoan ostamiseksi käytettävissä oleviin varoihin. Hintojen polkeminen tai nopea nousu aiheuttavat ongelmia ruoantuotannolle. Kaikkein köyhimpien maiden kannalta ongelma ei usein ole niinkään integraatio kansainväliseen kauppaan kuin sen vähäisyys tai se, miten ja millä ehdoilla maa integroituu. Maiden erilaisten aseman vuoksi globaalin terveyspolitiikan toimintaympäristön ongelmia ei voida kuitenkaan tarkastella yksinomaan kaikkein köyhimpien maiden tilanteesta käsin.

Yksi kansainvälisen terveyspolitiikan peruskysymyksiä nivoutuu globaaliin ilmastomuutokseen, sen torjuntaan sekä terveydellisiin seurauksiin puuttumiseen. Ilmaston lämpeneminen vaikuttaa myös tunnettuihin taudinaiheuttajiin ja ruoantuotantoon sekä ilmaston epävakauksien ja ääri-ilmiöiden, kuten helleaaltojen ja myrskyjen, esiintyvyyteen ja muihin elinympäristön muutoksiin. Ilmastonmuutokseen liittyvät toimet edellyttävät kansainvälistä yhteistyötä ja myös terveyteen vaikuttavien tekijöiden huomiointia.

Kansainvälisen terveyspolitiikan toimijat saavat rahoituksensa usein pääosin kehitysavun tai multilateraalisen yhteistyön lähteistä. Jälkimmäinen tarkoittaa käytännössä ulkoministeriön hallinnoimaa tukea kansainvälisille järjestöille. Kansainvälinen solidaarisuus on painottanut erityisesti kehitysmaiden tilannetta ja merkitystä, mutta terveydelliset painotukset voivat nousta myös laajemmin kansainvälisen yhteistyön asialistalle. Tästä yksi esimerkki on HIV/AIDS-rahoituksen ja uusien institutionaalisten toimijoiden merkityksen kasvu ja rooli kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Monenkeskisen yhteistyön resursointi myös usein käytännössä määrittää sitä, missä ja mistä lähtökohdista kansainvälistä terveyspolitiikkaa harjoitetaan. Tämä on ongelma silloin kun kansainvälisten järjestöjen näkökulmat ja periaatteet eroavat merkittävästi toisistaan.

Taloudellisten instituutioiden merkitys terveyspolitiikan toimintaehtoien ja usein myös sisältöjen määräytymisessä on kansainvälisessä yhteistyössä ja etenkin kehitysyhteistyöpolitiikassa suuri. Kansainvälisen valuuttarahaston, Maailmanpankin ja OECD:n vaikutus on kanavoitunut terveyspolitiikkaan paitsi käytettävien resurssien myös laajempien julkisen sektorin ja sääätelyreformiesitysten kautta. Kan-

sainvälisen valuuttarahaston osalta kyse ei ole vain terveysbudjetin osuudesta, vaan myös kestäväen rahoituksen mahdollisuuksista ja keinoista. Globaali rahoitusmarkkinoiden kriisi vaikuttaa myös julkisen rahoituksen määrään ja kehitysyhteistyörahoitukseen sekä tätä kautta myös julkisen talouden terveydenhuoltoon tai terveyttä edistävien julkisten toimien resursseihin. Kansainvälisen valuuttarahaston toimien merkitykseen onkin kiinnitetty huomiota erityisesti, koska verovarojen keräyksen väheneminen ja julkiseen sektoriin kohdistuvat leikkaukset näkyvät myös terveysmenojen leikkauksina (Rowden 2009; Stuckler ym. 2011). Taloudellisten toimijoiden suosittamat terveydenhuollon reformit toivat käyttäjämaksut osaksi terveyspalveluita sekä edistivät yksityisen sektorin roolia ja merkitystä palvelutuotannossa. Vaikka muun muassa kansalaisjärjestöt ja WHO ovat osoittaneet käyttäjämaksujen haitallisuuden ja kritisoineet näitä jo 1990-luvulta alkaen, ovat muutokset haitallisten vaikutusten vähentämiseksi olleet hitaita.

Kansainvälinen liikkuvuus ja kauppa

Hyvin toimiva terveyspalvelujärjestelmä, vahva panostus kansanterveyteen sekä terve väestö ovat myös kansantalouden ja yritysten kannalta tärkeitä voimavaroja. Kauppapolitiikan ja terveyspolitiikan tavoitteet eivät kuitenkaan välttämättä tai kaikilta osin ole yhteneviä, ja tähän liittyvät ongelmat voivat nousta esille niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla. Kansainvälisen liikkuvuuden ja kaupan tavoitteet voivat edistää terveyttä silloin, kun ne puskevat maita hoitamaan kansanterveys-toimensa tai terveyspalvelujärjestelmänsä parempaan kuntoon turistien houkuttelemiseksi tai vientituotteiden markkinoiden takaamiseksi. Monissa köyhissä maissa maatalouden kehityksen ja ruokaturvan takaaminen on terveyden olennainen perusta. Seuraavassa tarkastelemme etenkin niitä alueita, joilla kauppapolitiikan alalla neuvotellut sopimukset ovat aiheuttaneet ongelmia tai joilla terveyspolitiikan näkökohdat tulisi ottaa neuvotteluissa huomioon.

Maailman kauppajärjestön alaisuudessa neuvoteltavista sopimuksista teollis- ja tekijänoikeuksiin kohdentuva TRIPS-sopimus (Agreement on Trade Related Intellectual Property Rights) on ollut ehkä suurimman kritiikin kohteena. Sopimus vahvistaa tuotepatenttisuojan asemaa, mikä lykkää rinnakkaislääkkeiden tuotantoa. Patenttioikeudet mahdollistavat yksinoikeuksien kautta korkeamman hintatason, jota pidetään teollisuuspolitiikassa kannustimena innovaatioille. Tällä on kuitenkin seurauksia uusien lääkkeiden saatavuudelle, joka nousi esille etenkin HIV/AIDS epidemian yhteydessä. Dohan julistus, jossa kansanterveysnäkökulmia painotettiin suhteessa tekijänoikeuksiin (WTO 2001), toi selkeyttä TRIPS-sopimuksen tulkinta-kiistoihin. Monenkeskinen TRIPS-sopimus on kuitenkin jäämässä uusien kahdenvälisten ja alueellisten sopimusten varjoon. Näissä kahdenvälisissä tai alueellisissa sopimuksissa yksinoikeuksia usein tiukennetaan ja laajennetaan yli TRIPS-sopimuksen tason ja samalla käytännössä hankaloitetaan lääkkeiden saatavuutta. Kaup-

pasopimusten merkitys on suuri uusien lääkkeiden saatavuuden kannalta, minkä vuoksi kritiikki on painottunut erityisesti patentoituihin ja hinnaltaan korkeisiin HIV/AIDS- ja syöpälääkkeisiin. Tässä kyse on myös ennen kaikkea keskituloisten maiden tilanteesta, sillä niillä on varaa panostaa lääkkeisiin ja terveyspalveluiden saatavuuteen, mutta ei kalliimpiin tuotteisiin. Toinen keskeinen kysymys on rinnakkaislääkkeiden tuotannon ja markkinoiden säilyminen viejämaissa, kuten Intiassa, josta merkittävä osa halvemmista HIV/AIDS-lääkkeistä nykyisin hetkellä tulee. Toisaalta suuri osa peruslääkkeistä ja välttämättömistä lääkkeistä ei enää ole patentin alaisia eikä köyhimmillä mailla vielä ole pakkoa toimeenpanna TRIPS-sopimusta.

Toinen terveyspolitiikan ongelma-alue liittyy sopimuksiin, jotka pyrkivät edistämään palveluiden vapauttamista ja kauppaa. Terveyspalveluiden kauppa, potilaiden ja terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuus ja julkisen sektorin palvelu- ja tavarahankinnat ovat kaikki kauppasopimusneuvottelujen osa-alueita. Kansallisen terveyspolitiikan kannalta palvelujärjestelmää koskevan liikkumavaran ja myös säätelymahdollisuuksien kiristämisen säilyttäminen on tärkeitä etenkin kustannusten hallinnan ja palvelujen tasavertaisen saatavuuden takaamisen näkökohdista. Palvelukaupan sopimusten ohella liikkumavaraan vaikuttavat investointisopimukset, jotka ovat vielä ongelmallisempia, sillä niiden perusteella on mahdollista vaatia hallituksilta kompensaatiota menetetyistä investointituotoista. Näitä investointisopimusten mekanismeja, joiden pohjalta investoijat voivat haastaa julkisen vallan korvauksiin, on pidetty ongelmallisina muun muassa ympäristöterveyden säätelyn kannalta. Palvelukauppaan liittyy lisäksi vesihuoltoon sekä muihin palveluihin kohdentuvia kansanterveyden ulottuvuuksia.

Kolmas maailmanlaajuinen terveyspolitiikan ongelma liittyy tuotteiden vapaaseen liikkuvuuteen, markkinoihin ja säätelyyn. Tässä erityisenä ongelmana on terveydelle haitallisen tuotannon siirtyminen köyhempiin tai säätelyltään löyhempiin maihin sekä työntekijöiden turvallisuuteen ja terveyteen liittyvät kysymykset. Kehitysmaiden kannalta kyse on ruokaturvasta ja sen puutteesta, teollisuusmaissa kyse on mahdollisuuksista säädellä ja vaikuttaa kansallisella tasolla tuotteiden hintaan tai pääsyyn markkinoille. Tähän liittyy myös terveydelle haitallisten tuotteiden tai niiden terveydelle haitallisen käytön ja niitä edistävän markkinoinnin säätely. Tupakkateollisuus on jo vedonnut investointisopimukseen tupakan vastaisten toimien rajoittamiseksi. Kauppasopimukset ja näissä tehdyt sitoumukset vaikuttavat osaltaan myös siihen, miten maat voivat puuttua alkoholin ja tupakan hintaan, saatavuuteen, jakeluun sekä markkinointiin.

Kansainväliseen liikkuvuuteen ja kauppaan liittyvät terveydenhuollon ongelmat eivät kuitenkaan välttämättä – ainakaan vielä – johdu niinkään kauppa- tai investointisopimuksista sinänsä. Kyse on ongelmista, jotka aiheutuvat pikemminkin paremmista liikkuvuuden mahdollisuuksista, elintasoeroista ja köyhyydestä, markkinoistumisesta ja tähän liittyvästä säädöksen kiertämisestä tai suoranaisesta rikollisuudesta. Elinkauppa on yksi esimerkki tämänkaltaisista ongelmista. Toinen esimerkki on lisääntymisterveyden sekä sijaisäitiyden markkinat, jotka ovat haastaneet

äitiyden biologiset rajat sekä tuoneet ”kohdunvuokraukseen” vahvemmin markkinälähtöisiä piirteitä ja ongelmia. Terveysthuollon henkilökunnan liikkuvuus on tullut myös suureksi ongelmaksi monissa köyhissä maissa ja johtanut kansainvälisiin toimiin ja ohjeistukseen niin ammatillisten järjestöjen kuin kansainvälisten järjestöjen, kuten WHO ja ILO, toimesta. Oma ongelmansa kansainvälisessä kaupassa liittyy saastuneisiin, vaarallisia aineita sisältäviin, väärennettyihin tai laadultaan muuten puutteellisiin tuotteisiin.

Keskeiset näkökohdat

Kansainvälinen terveyspolitiikka perustuu i) kansainvälisille sopimuksille ja sitoumuksille ii) yhteisesti sovituille strategioille ja tavoitteille iii) institutionaalisille toimijoille iv) resursseille ja näiden siirrolle strategioiden ja tavoitteiden tueksi v) poliittisille kompromisseille, realiteeteille ja käytännöille.

Edellisistä asiakohdista neljä painottaa nimenomaan terveyteen ja sisällöllisiin tekijöihin liittyviä näkökohtia. Viides tekijä lähtee siitä, että kansainvälisessä terveyspolitiikassa joudutaan usein toimimaan diplomatian, epävarmuuden sekä hyvinkin erilaisten poliittisten näkökohtien, voimavarojen ja intressiryhmien vaikutuksen alaisina. Nämä vaikuttavat siihen, mitä kysymyksiä kansainvälisen terveyspolitiikan asialistalle nousee tai halutaan ja voidaan ottaa. Vaikka olemme pyrkinneet kuvaamaan kansainvälisen terveyspolitiikan juridista pohjaa, toimijoita ja haasteita niin kehitysyhteistyön ja terveyspoliittisten tavoitteiden kuin kauppa- ja teollisuuspolitiikan ja terveyspoliittisten tavoitteidenkin välillä, kansainvälisessä terveyspolitiikassa tulee ottaa huomioon myös ulkopoliittikan tärkeä merkitys. Kansainväliseen terveyspolitiikkaan liittyvät lähtökohtien erot, eri sektorien tavoitteiden väliset suhteet, poliittiset ja eturyhmäintressit sekä valtasuhteet vaikuttavat myös siihen, minkälaisiksi kansainvälisten organisaatioiden ja toimijoiden asema ja mahdollisuudet muotoutuvat käytännössä. Eri maiden ja eri organisaatioiden jäsenmaiden väliset suhteet vaikuttavat edelleen siihen, millaisiksi nämä muotoutuvat. Osa tätä haastetta on myös Euroopan unioni ja sen tavoitteet kansainvälisenä terveyspolitiikan toimijana (ks. Koivusalo ja Ollila tässä teoksessa, luku 41).

Kansainvälisen terveyspolitiikan tulevaisuuden haasteena on puuttua vahvemmin terveyden kannalta keskeisiin kysymyksiin kansallisten toimien tueksi ja vahvistamiseksi. Kehitysyhteistyössä lisärahoitus tautien torjuntaan ja parempaan lääkkeiden saatavuuteen on ollut tärkeitä, mutta se voi myös tuoda harhaluulon siitä, että ongelmat voidaan ratkaista uusien maailmanlaajuisten rahastojen avulla puuttumatta siihen, mitä maatasolla tai palvelujärjestelmissä tapahtuu.

Lähteet

- Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO.
- Helsinki (2011) Hyväksytty talousarvio 2009. Saatavissa: <http://www.hel2.fi/taske/julkaisut/talousarvio2009/ta_2009_kv.pdf>, käytettävissä 21.01.2011.
- Ihmisoikeudet.net (2011) YK:n ihmisoikeussopimukset. Saatavissa: <<http://www.ihmisoikeudet.net/index.php?page=ihmisoikeussopimukset>>, käytettävissä 21.01.2011. Verkkosivut päivitetty 2010.
- Rowden, Rick (2009) The deadly ideas of neoliberalism: How the IMF undermines public health and the fight against AIDS, London: Zed Books.
- Stuckler, David & McKee, Martin & Basu, Sanjay (2011) International Monetary Fund and Aid Displacement. International Journal of Health Services 41(1), 67–76.
- UNICEF (2011) Yleissopimus lasten oikeuksista. Saatavissa: <http://www.unicef.fi/Lapsen_oikeuksien_sopimus_koko>, käytettävissä 21.01.2011. Verkkosivut päivitetty 2009.
- WHO (2010) World Health Report. Health systems financing. The path to universal coverage. Geneva: WHO.
- WHO/EB (2011) Medium term strategic plan 2008–2013 and proposed programme budget 2012–2013. Report by the Secretariat. EB 128/24. Geneva: WHO.
- WHO (2011) WHO constitution. Saatavissa: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>, käytettävissä 21.01.2011.
- WTO (2001) Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. WT/MIN(01)/DEC/W/2. Saatavissa: <<http://www.who.int/medicines/areas/policy/tripshealth.pdf>>, käytettävissä 21.01.2011.

41 Euroopan unioni ja kansallinen terveyspolitiikka

Euroopan unionin merkitys kansalliselle terveyspolitiikalle on vuosien mitaan kasvanut. Kansallisesta lainsäädännöstä suuri osa perustuu jo nyt Euroopan unionin lainsäädännölle. Suomen liittyessä Euroopan unionin jäseneksi yleisenä käsityksenä oli, että terveyspalvelujärjestelmämme pysyisi kansallisessa päätäntävällässä eikä Euroopan unionilla olisi laajempaa merkitystä sen toiminnalle. Tuolloin jäi vaille huomiota se, että kansallisen terveyspolitiikankin liikkumavara määrittyi Euroopan unionin tasolla tehtyjen sitoumusten ja säätelyn sekä Euroopan unionin tuomioistuimen EU-lainsäädännöstä tekemien tulkintojen kautta. Keskeiseksi ovat muodostuneet tulkinnat neljän perusvapauden – henkilöiden, tavaroitten, palveluiden ja pääoman vapaan liikkuvuuden – tavoitteista ja edellytyksistä terveystuotteiden ja palveluiden osalta. Lisäksi EU on viime vuosina lisännyt aktiivisuuttaan myös terveyspalvelujärjestelmää koskevissa asioissa. Tässä luvussa valotamme sekä EU:n yleistä toimivaltaa ja toimintaa että nimenomaan terveyteen liittyvää toimintaa ja toimijoita. Tarkastelemme myös toiminnan ja toimivallan kehittymistä ja merkitystä kansalliselle terveyspolitiikallemme, sen liikkumavaralle, perustaville arvoille ja toimintaperiaatteille.

Euroopan unioni politiikan toimijana

EU:ssa voidaan erottaa kolme pääasiallista toimijaa: Euroopan komissio, ministerineuvosto sekä Euroopan parlamentti. Lisäksi Euroopan tuomioistuin on tärkeä lainsäädännön tulkitsija sekä toimeenpanon valvoja (ks. tietolaatikko 1).

Euroopan unionin toimintaa säädellään jäsenvaltioiden kesken tehdyillä perustamissopimuksilla. Komissiolla on yksinoikeus lakialoitteiden tekoon Euroopan unionin politiikassa. Tärkeimmät EU-lainsäädännön säädökset ovat *direktiivejä* ja *asetuksia*. Asetuksia on noudatettava kaikissa maissa kaikin osin, kun taas yksittäiset maat voivat päättää, miten direktiivin tavoitteisiin pyritään. Muita instrumentteja ovat päätökset, suositukset ja lausunnot. Komissio voi julkaista vihreän kirjan (Green paper) keskustelualoitteena ja valkoisen kirjan (White paper) tai tiedonannon ehdotuksenaan toiminnasta jollain alueella. Pääosa päätöksistä tehdään niin sanotulla yhteispäätösmenettelyllä, jossa neuvosto ja parlamentti jakavat lainsäädäntövallan komission lainsäädäntöehdotuksia käsitellessään.

Tietolaatikko 1

EU:n institutionaaliset toimijat

Euroopan komissio

Euroopan komissio on unionin päätökset toimeenpaneva elin, jolla on myös valmistelu- ja aloitevalta EU:n päätöksenteossa. Komissioksi kutsutaan paitsi varsinaista komissiota, joka koostuu komissaareista, myös virkamieskuntaa, joka muodostaa komission alaisen erillisistä pääosastoista muodostuvan sihteeristön. Komissio valmistelelee aloitteita ja päätösehdotuksia ministerineuvostolle, mutta sille on myös delegoitu itsenäisempää päätöksentekovaltaa.

Ministerineuvosto

Euroopan unionin neuvosto, ministerineuvosto tai lyhyemmin neuvosto, on EU:n keskeinen päätöksentekuelin. Se päättää asioista joko yksimielisesti tai määränemistöllä. Ministerineuvostossa ovat edustettuina jäsenmaiden hallitukset. Neuvostossa terveys käsitellään yleensä *Työllisyys, sosiaalipolitiikka, terveys ja kuluttaja-asioiden* kokonaisuuden alla. Neuvoston puheenjohtajuudella on suuri merkitys, ja se kiertää kuuden kuukauden jaksoina. Suomi oli puheenjohtajana vuosina 1999 ja 2006 ja on seuraavan kerran vuonna 2020.

Euroopan parlamentti

Suuri osa säädösehdotuksista käsitellään ministerineuvoston ja parlamentin yhteispäätösmenettelyn alaisina. Komissio lähettää ehdotuksensa parlamentille ja neuvostolle, jotka yhdessä hyväksyvät suurimman osan Euroopan unionin laeista. Parlamentin työskentely keskittyy valiokuntiin, joiden raporteista komission esityksinä toteutetut uudistukset saavat usein alkunsa. Parlamentti hyväksyy EU:n budjetin.

Komiteat

Talous- ja sosiaalikomiteassa on jäseniä kaikista jäsenmaista järjestäytyneenä seuraaviin ryhmiin: työnantajat, työntekijät ja muut eturyhmät. Sen lausunto on useissa asioissa pakollinen. *Aluekomitea* koostuu jäsenmaiden maakuntien ja kaupunkien tai muiden alueiden edustajista, ja sen tehtävänä on huomioida päätöksenteossa alueellisia näkökohtia ja antaa niistä lausuntoja. *Pysyvien edustajien komitea* eli *Coreper* on neuvoston työn valmisteluelin. Komissiosta tulevat säädösehdotukset joutuvat Coreperin käsiteltäviksi ennen ministerikokouksen käsittelyä. Sen kautta jäsenvaltiot voivat suoraan vaikuttaa komission tuottamiin asiakirjoihin ennen niiden lopullista käsittelyä ministerineuvostossa. *Poliittisen komitean (COPO)* tehtävänä on etenkin ulko- ja turvallisuuspoliittisten asioiden valmistelu.

Tuomioistuin

Euroopan unionin tuomioistuin vastaa siitä, että EU:n lainsäädäntöä tulkitaan ja sovelletaan samalla tavalla kaikissa EU-maissa. Se ratkoo myös perustamissopimusten ja unionin lainsäädännön tulkinnasta johtuvia erimielisyyksiä. Tuomioistuimessa asian voi panna vireille unionin toimielin (esim. komissio), jäsenvaltio tai jäsenvaltion kansalainen.

Eurooppa-neuvosto

Eurooppa-neuvosto on unionin huippukokous, joka määrittelee sen toiminnan yleisiä poliittisia suuntaviivoja ja painopisteitä. Sillä ei ole lainsäädäntövaltaa eikä se ole oikeudellisesti Euroopan yhteisöjen toimielin.

(Tiiinen ym. 1996; Jääskinen 2007; Euroopan unionin verkkosivut.)

Komissiossa terveysasioista vastaa pääasiassa *terveyden ja kuluttaja-asioiden pääosasto*, mutta aikaisemmin terveysasioista vastanneella sosiaalipalvelujen ja työelämän pääosastolla on vielä vaikutusta monissa asioissa. Terveyspolitiikan sisältökysymyksiä käsitellään myös eri pääosastoilla kansanterveyteen liittyvissä säätelytoimissa, standardien asettamisessa ja tutkimustoiminnan rahoituksessa. Rakennerahaston kautta voidaan rahoittaa terveyteen liittyviä toimia. Sosiaalipalveluihin ja työelämän kysymyksiin ovat kuuluneet myös työterveys ja työturvallisuus (ks. esim. Härmäläinen 2008).

Euroopan unionin neuvosto eli ministerineuvosto voi tehdä *päätelmiä* tai *suosituksia* haluamistaan asioista. Jäsenmaiden terveysministerit osallistuvat ministerineuvoston terveysasioiden käsittelyyn, jotka valmistellaan jäsenmaiden viranomaisedustajista koostuvissa työryhmissä. Jäsenmaat voivat myös tuoda puheenjohtajavuotenaan tavoitteita neuvoston – ja sitä kautta Euroopan unionin – asialistalle. Suomi on esimerkiksi nostanut erityisinä teemoina mielenterveyden sekä terveyden kaikissa politiikoissa, Ruotsi alkoholin terveysvaikutukset ja Iso-Britannia terveyserot ja niiden kaventamisen.

Euroopan parlamentin merkitys on kasvanut Lissabonin sopimuksen (2009) myötä. Euroopan parlamentti voi esittää politiikka-avauksia ja vaikuttaa myös lopullisiin päätöksiin. Esimerkkinä Euroopan parlamentin väliintulosta on terveystalveluiden poisto palveludirektiivistä.

Terveyksasioita käsitellään Euroopan parlamentin *ympäristö- ja kuluttaja-asioiden toimikunnassa*. Euroopan unionin keskeisiin hallinnollisiin toimintatapoihin kuuluu myös niin kutsuttu avoimen koordinaation menetelmä, jolla pyritään edistämään eri jäsenmaiden keskinäistä oppimista ja yhteistyötä (ks. esim. Kari ym. 2008; Palola 2002). Avointa koordinaatiota voidaan pitää myös mekanismina vaikuttaa päätöksiin ja toimintatapoihin, joihin Euroopan unionin toimivalta ei ylety. Vaikka avoin koordinaatio ei johtaisi lainsäädännön yhtenäistymiseen, se antaa yhtenäisille käytännöille vankemman pohjan. Terveyspolitiikassa avointa koordinaatiota on sovellettu pitkäaikaisten ja ikääntyneille suunnattujen palveluiden yhteydessä (komissio 2004).

EU:n päätöksenteossa asioiden käsittelyyn vaikuttavat usein monet viiteryhmät. Päätöksentekoprosessissa muodollinen konsultaatio on perinteisesti tehty alueiden komitean sekä sosiaali- ja talouskomitean kautta. Sosiaali- ja talouskomitea on ollut unionin institutionaalinen kanava eri tahojen osallistumiselle ja järjestöjen kuulemiselle. Viiteryhmät voivat vaikuttaa komission linjauksiin myös erilaisten muiden kuulemisten ja konsultaatioiden yhteydessä. Uutena muotona on esimerkiksi internetin kautta toteutettava avoin verkkokonsultaatio.

Euroopan unionin päätöksenteko vaikuttaa säätelyyn ja markkinoiden toimintaan 27 jäsenmaassa, minkä vuoksi se on tärkeä lobbauksen kohde yrityksille ja etenkin monikansallisille tai useissa maissa toimiville yrityksille, joiden toimintaedellytyksille EU:n säädökset ovat merkittäviä. Terveyspolitiikan kannalta tällä on merkitystä siksi, että kansanterveystoimet ja normit usein vaikuttavat yritysten toi-

mintaan, markkinointiin ja mainontaan, sekä siksi, että terveydenhuollossa käytetään merkittäviä resursseja. Lääkeyhtiöitä ja niin kutsuttua bioteknologian teollisuutta on pidetty 1990-luvulla ehkä merkittävimpinä lobbaajina (Greenwood 1997). Potilasjärjestöillä sekä erilaisten intressiryhmien tukemilla konsulteilla, ajatushautoimoilla ja verkostoilla on myös vaikutusta unionin terveystalouteen sekä etenkin lääkepolitiikkaan (ks. esim. Koivusalo & Tritter 2011). Etujärjestöjen lisäksi Euroopan unionin terveystalouteen pyrkivät vaikuttamaan monet yleisen edun kansalaisjärjestöt ja toimijat (tietolaatikko 2).

Tietolaatikko 2

EU-tason toimijoita ja viiteryhmiä

Kansanterveysjärjestöt ja terveysalan järjestöt

National Associations of Public Health for the European Public Health Association (EUPHA)

European Public Health Alliance (EPHA)

European Health Management Association (EHMA)

European Network of Health Promotion Agencies (EuroHealthNet)

Etujärjestöjä ja intressiryhmiä

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA)

European Hospital and Health care Federation (HOPE)

Standing Committee of European Doctors (CPME)

Association of Schools of Public Health in the EU Region (ASPHER)

European Midwives Association (EMA)

Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC)

European Federation for Public Service Unions (EPSU)

European Generic medicines Association (EGA)

Kampanja- ja asiaperusteisia järjestöjä

Advocacy for the prevention of Alcohol Related Harm in Europe (EUROCARE)

European Network for Smoking Prevention (ENSP)

Health Action International – Europe (HAI)

Sairauskohtaisia tai potilasjärjestöjä

Coalition of HIV and AIDS Non Governmental Organisations in Europe (CHANGE)

European Heart Network (EHN)

European Organization for Rare Disorders (EURORDIS)

The Association of European Cancer Leagues (ECL)

International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)

Suomen EU-poliittisista linjauksista päätetään pääministerin johdolla hallituksen EU-ministerivaliokunnassa. Kantoja valmistellaan eri politiikkalohkoja kattavassa jaostojärjestelmässä. EU:n komission antamista säädösehdotuksista kerrotaan eduskunnalle valtioneuvoston kirjeellä. Ennen ministerineuvoston tapaamisia ministerit käyvät esittelemässä kokouksen asialistan eduskunnan suurelle valiokunnalle.

Perussopimukset, toimivalta ja Euroopan unionin tuomioistuimen rooli

Euroopan unionin toimivalta pohjautuu perussopimuksiin, niihin kirjattuihin periaatteisiin sekä Euroopan unionin tuomioistuimen päätöksiin ja tulkintoihin (ks. tietolaatikko 3). Läheisyysperiaate on ollut keskeinen määrittäjä jäsenmaiden ja Euroopan unionin tason päätösten teossa. Sen mukaisesti päätöksiä, jotka voidaan tehdä kansallisella tasolla, ei tulisi tehdä Euroopan unionin tasolla.

Euroopan unionin rooli terveyspolitiikassa juontaa käytännössä aina Rooman sopimukseen (1957), jossa viitataan työterveyskysymyksiin. EU:n merkitys kansalliselle terveyspolitiikalle painottui kuitenkin lähinnä kansanterveyden edistämiseen aina 1990-luvun lopulle asti. 1990-luvulla kansanterveyteen liittyvät kriisit ja ongelmat sekä pyrkimys vaikuttaa syöpään ja tupakkapolitiikkaan johtivat Euroopan unionin roolin vahvistumiseen kansanterveydessä.

Kansanterveys mainittiin jo Maastrichtin sopimuksessa (1993), joka nosti esille terveyden suojelun korkean tason säilyttämisen kaikissa Euroopan unionin politiikoissa ja toimissa ja loi pohjaa myös kansanterveystoimille. Amsterdamin sopimus (1997) vahvisti velvoitteita ottaa huomioon kansanterveys ja terveydensuojelun korkea taso kaikissa politiikoissa. Rajat ylittävät uhkat ja ongelmat, kuten huumekauppa ja tartuntatautien torjunta, ovat saaneet yhteistyössä erityistä huomiota. Neuvoston asetus sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta toimii liikkuvuuden mahdollistavana lainsäädännöllisenä pohjana myös terveyspalveluiden saatavuudelle (ETY 1408/71, tietolaatikko 4).

Tietolaatikko 3

Lissabonin sopimus (2009)

XIV OSASTO

KANSANTERVEYS

168 artikla

(aiempi EY-sopimuksen 152 artikla)

1. Kaikkien unionin politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu. Kansallista politiikkaa täydentävä unionin toiminta suuntautuu kansanterveyden parantamiseen, ihmisten sairauksien ja tautien ehkäisemiseen sekä fyysistä ja mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden torjuntaan. Kyseinen toiminta käsittää laajalle levinneiden vaarallisten sairauksien torjunnan edistämällä niiden syiden, leviämisen ja ehkäisemisen tutkimusta sekä terveysvalistusta ja -kasvatusta, samoin kuin rajatylittävien vakavien terveysuhkien seurannan, niistä hälyttämisen ja niiden torjumisen. Unioni täydentää huumausaineiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentämiseen tähtäävää jäsenvaltioiden toimintaa, johon kuuluu tiedotus- ja ehkäisemistoimia.
2. Unioni edistää jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä tässä artiklassa tarkoitetuilla aloilla sekä tarvittaessa tukee niiden toimintaa. Se kannustaa jäsenvaltioita erityisesti yhteistyöhön, jonka tarkoituksena on parantaa terveyspalvelujen täydentävyyttä jäsenvaltioiden välisen rajan molemmin puolin sijaitsevilla alueilla. Yhteydessä komission kanssa jäsenvaltiot sovittavat keskenään yhteen politiikkansa ja toimintaohjelmansa 1 kohdassa tarkoitetuilla aloilla. Komissio voi kiinteässä yhteydessä jäsenvaltioihin tehdä aiheellisia aloitteita tämän yhteen sovittamisen edistämiseksi, erityisesti aloitteita, joilla on tarkoitus vahvistaa suuntaviivoja ja indikaattoreita, järjestää parhaiden käytäntöjen vaihtoa sekä valmistella tarvittavat tekijät säännöllistä seurantaa ja arviointia varten. Euroopan parlamentti pidetään täysin ajan tasalla.
3. Unioni ja jäsenvaltiot edistävät yhteistyötä kolmansien maiden sekä kansanterveyden alalla toimivaltaisten kansainvälisten järjestöjen kanssa.
4. Poiketen siitä, mitä 2 artiklan 5 kohdassa ja 6 artiklan a alakohdassa määrätään, ja noudattaen 4 artiklan 2 kohdan k alakohdan määräyksiä, Euroopan parlamentti ja neuvosto myötävaikuttavat tavallista lainsäätämisyjärjestystä noudattaen sekä talous- ja sosiaalikomiteaa ja alueiden komiteaa kuultuaan tässä artiklassa tarkoitettujen tavoitteiden saavuttamiseen toteuttamalla seuraavia toimenpiteitä, joilla voidaan puuttua yhteisiin turvallisuuskysymyksiin:
 - a) toimenpiteitä, joilla asetetaan ihmisestä peräisin oleville elimille ja aineille sekä verelle ja verituotteille korkeat laatu- ja turvallisuusvaatimukset; nämä toimenpiteet eivät estä jäsenvaltioita pitämästä voimassa tai toteuttamasta tiukempia suojaustoimenpiteitä;
 - b) eläinlääkintä- ja kasvinuojelualalla toimenpiteitä, joiden välittömänä tarkoituksena on kansanterveyden suojeleminen;
 - c) toimenpiteitä, joilla asetetaan lääkkeille ja lääkinnällisille laitteille korkeat laatu- ja turvallisuusvaatimukset.
5. Euroopan parlamentti ja neuvosto voivat säätää tavallista lainsäätämisyjärjestystä noudattaen ja talous- ja sosiaalikomiteaa ja alueiden komiteaa kuultuaan myös →

→ edistämistoimista, joiden tarkoituksena on ihmisten terveyden suojeleminen ja parantaminen ja erityisesti rajatylittävien laajalle levinneiden vaarallisten sairauksien torjunta, toimenpiteistä, jotka koskevat vakavien rajatylittävien terveysuhkien seuranta, niistä hälyttämistä ja niiden torjuntaa, sekä toimenpiteistä, joiden välittömänä tarkoituksena on kansanterveyden suojeleminen ehkäisemällä tupakointia ja alkoholin väärinkäyttöä; nämä toimenpiteet eivät voi käsittää jäsenvaltioiden lakien ja asetusten yhdenmukaistamista.

6. Neuvosto voi myös antaa komission ehdotuksesta suosituksia tässä artikkelissa mainittujen tavoitteiden toteuttamiseksi.
7. Unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveyspolitiikan määrittelyyn sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. Jäsenvaltioiden velvollisuuksiin kuuluvat terveyspalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen. Edellä 4 kohdan alakohdassa tarkoitettujen toimenpiteiden ei voida vaikuttaa elinten ja veren luovuttamiseen tai lääketieteellistä käyttöä koskeviin kansallisiin säännöksiin ja määräyksiin.

Lähde: 30.3.2010 FI Euroopan unionin virallinen lehti C 83/123 Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto 122–124.

Kaupapolitiikan sosiaali- ja terveyspalveluita koskeva artikla 207, 4

4. Neuvosto tekee 3 kohdassa tarkoitettujen sopimusten neuvottelemista ja tekemistä koskevat ratkaisunsa määränemmistöllä. Neuvosto tekee palvelukaupan ja teollis- ja tekijänoikeuksien kaupallisten näkökohtien sekä ulkomaisten suorien sijoitusten aloilla tehtävien sopimusten neuvottelemista ja tekemistä koskevat ratkaisunsa yksimielisesti silloin, kun sopimus sisältää määräyksiä, joiden osalta sisäisten sääntöjen antaminen edellyttää yksimielisyyttä.

Neuvosto tekee ratkaisunsa yksimielisesti myös neuvotellessaan ja tehtäessä sopimuksia:

- a) kulttuuri- tai audiovisuaalisten palvelujen kaupan alalla silloin, kun tällaiset sopimukset voivat haitata unionin kulttuurista ja kielellistä monimuotoisuutta;
 - b) sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen kaupan alalla silloin, kun tällaiset sopimukset voivat vakavasti haitata näiden palvelujen järjestämistä kansallisella tasolla ja vaikeuttaa jäsenvaltioiden vastuun toteuttamista niiden tarjoamisessa.
5. Liikenteen alan kansainvälisten sopimusten neuvottelemisessa ja tekemisessä neuvotellaan kolmannen osan VI osaston sekä 218 artiklan määräyksiä.

Lähde: 30.3.2010 FI Euroopan unionin virallinen lehti C 83/123 Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto 140.

Terveydessä Euroopan unionin toimivalta on ollut kansallista toimivaltaa täydentävää ja kattanut vain kansanterveyteen liittyvän yhteistyön. Yhteisöllä on sen sijaan ollut jakamaton toimivalta tavaroiden kauppaan liittyvissä neuvotteluissa ja kysymyksissä. Täydentävän ja jakamattoman toimivallan lisäksi on ollut jäsenmaiden ja yhteisön välillä jaettua toimivaltaa. Nizzan sopimuksessa (2003) jäsenmaat tietoisesti eriyttivät neuvottelut sosiaali- ja terveyspalveluiden kaupasta pois yhteisön alaises-

Tietolaatikko 4

Asetus sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisen soveltamisalalta

Käsillä olevaa asetusta sovelletaan **kaikkiin EU-maiden kansalaisiin**, jotka kuuluvat tai jotka ovat kuuluneet kyseisten maiden sosiaaliturvalainsäädännön piiriin, sekä heidän perheenjäseniinsä ja heidän jälkeensä eläviin.

Yhdenvertaisen kohtelun periaatteen mukaisesti EU-maiden kansalaisilla ja henkilöillä, jotka asuvat kyseisissä maissa olematta niiden kansalaisia, on kansallisen lainsäädännön mukaiset yhtäläiset oikeudet ja velvollisuudet.

Käsillä olevan asetuksen säännökset koskevat kaikkia **tavanomaisia sosiaaliturvan kohteita**, toisin sanoen

sairautta

äitiyttä

työtapaturmia

ammattitauteja

työkyvyttömyysetuuksia

työttömyysetuuksia

perhe-etuuksia

eläke-etuuksia

kuolemantapauksen johdosta myönnettäviä avustuksia.

Asetuksessa tunnustetaan niin ikään **kausien yhteenlaskemisen periaate**, jonka mukaan yhdessä EU-maassa täyttyneet vakuutus-, työskentely- tai asumiskaudet otetaan huomioon kaikissa muissa EU-maissa. Oikeuden saaminen etuuksiin jossakin valtiossa merkitsee siis, että toisessa EU:n jäsenvaltiossa täyttyneet vakuutus-, työskentely- ja asumiskaudet sekä itsenäisen ammatinharjoittamisen kaudet on otettava huomioon.

Lähde: Euroopan komissio 2011; Ote Euroopan unionin verkkosivuilta: http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c10521_fi.htm

ta jakamattomasta toimivallasta jaetun toimivallan alaisiksi vahvistaen näin jäsenmaiden päätäntävaltaa näissä kysymyksissä (ks. tarkemmin esim. Koivusalo 2010).

Lissabonin sopimuksesta käydyissä neuvotteluissa yhteisön ja jäsenmaiden väliseen toimivallan jakoon tehtiin muutoksia siten, että aikaisemmin lähtökohtana ollut jäsenmaiden toimivalta ja Euroopan unionin täydentävät toimet muuttuivat käytännössä etenkin kauppapolitiikassa EU:n ensisijaista toimivaltaa vahvistavaan suuntaan. Kauppapolitiikkaan jätettiin maille sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva niin kutsuttu ”hätäjarru”-varauma, mikäli neuvottelujen tulokset vakavasti uhkaavat kansallisen palvelujärjestelmän organisaatiota tai rahoituspohjaa. Yhteisön toimivalta laajeni käytännössä myös Lissabonin sopimuksen jälkeen kirjatussa ter-

veysstrategiassa ja komission toimissa terveystalvveluiden osalta. Vaikka toimivalta kansanterveydessä on periaatteessa edelleen täydentävää, Euroopan unionin rooli ja toimivalta ovat nyt aiempaa laajempia.

Euroopan unionin tuomioistuimen tulkinnat tavaroiden, ihmisten, pääoman ja palveluiden liikkuvuudesta ja näiden edellytyksistä (eli unionin sisämarkkinoiden keskeisistä toimintaperiaatteista) ovat tuoneet yhä enemmän palvelujärjestelmiin ja niiden toimintaan liittyviä asioita EU:n käsiteltäväksi jo ennen Lissabonin sopimustakin. Tuomioistuimen terveystalvveluihin liittyvissä päätöksissä on ollut vahvana painoituksena perusvapauksien ja yksilöiden oikeuksien kunnioittaminen (ks. esim. Hatzopoulos 2002; Kiuru 2009). Jäsenmaille on tuomioistuimen päätöksissä jätetty kuitenkin liikkumavaraa palvelujärjestelmän suunnittelun ja rahoituksen kestävyvden lähtökohdista.¹

Komissio on vahvistanut rooliaan terveystalvvelitiikassa myös terveystalvvelstrategian, asetusesitysten sekä yleisempien valkoisten ja vihreiden kirjojen politiikkadokumenttien kautta. Lissabonin sopimuksen seurauksena Euroopan unionin ja erityisesti komission merkitys myös kansainvälisenä terveystalvvelsalan toimijana on kasvanut. Komissio on pyrkinyt vahvistamaan ja selkeyttämään rooliaan muun muassa tiedonannolla EU:n roolista globaalissa terveydessä.

Euroopan unionin lähtökohdat ja perusta terveystalvvelitiikalle

Perussopimusten ja -vapauksien merkitys, tuomioistuimen tulkinnat, läheisyysperiaate ja toimivaltakysymykset vaikuttavat vallanjakoon jäsenmaiden ja komission välillä. Olennainen osa Euroopan unionin ja jäsenmaiden terveystalvvelviranomaisten välistä jännitettä liittyy lähtökohtiin, joista terveystalvvelitiikan päätökset tehdään Euroopan unionissa. Tätä valottavat erityisesti terveystalvveluihin sekä lääkkeisiin liittyvät toimet EU-tasolla (tarkemmin esim. Mossialos ym. 2010; Greer 2009; Permanand 2007). Sisämarkkinoiden ja palvelujärjestelmien säätelyn sekä säätelyn liikkumavaran väliset jännitteet ovat ilmenneet palveludirektiiviin liittyvissä neuvotteluissa 2000-luvun alussa sekä näkyneet myös keskusteluissa, joita on käyty niin kutsuttujen yleishyödyllisten palveluiden määritelmistä ja siitä, missä määrin sisämarkkina-säädökset ulottuvat yleishyödyllisiin palveluihin (ks. esim. Koivusalo 2005).

Kyse on olennaisesti siitä, missä määrin palveluiden, tavaroiden ja ihmisten vapaata liikkuvuutta voidaan säädellä terveyteen tai terveystalvvelpalvelujärjestelmien toi-

¹ Nämä olivat tärkeitä esimerkiksi syksyllä 2010 tehdyssä päätöksessä, jossa tuomioistuin päätti komission tavoitteiden vastaisesti, että muussa jäsenmaassa tapahtuvassa sairaalan ulkopuolisessa kallista teknologiaa vaativassa hoidossa voidaan edellyttää ennakkolupaa eikä tämä ole ristiriidassa jäsenyysvelvoitteiden (Artikla 49) kanssa (EYT 2010).

mivuuteen liittyvien tavoitteiden pohjalta. Kansallisten toimien kannalta on merkitystä esimerkiksi sillä, mikä on palvelujärjestelmän säätelyn tavoitteena: onko se palveluiden tasavertainen saatavuus ja julkisten resurssien tehokas käyttö, vai ensisijaisesti liikkuvuuden oikeudet ja tasapuolinen palvelutuottajien kohtelu ja pääsy markkinoille.

Yksi keskeinen ongelma-alue on se, miten perusvapaudet, sisämarkkinasäädökset tai direktiivit suhteutuvat julkisesti rahoitettujen palveluiden tuotantoon, mukaan lukien kuntien palvelutuotanto, julkiset hankinnat sekä yhteistoimet palvelutuotannossa. Kädenvääntöä käydään erityisesti julkisista hankinnoista sekä nykyisen hankintalainsäädännön ja perusvapauksien lähtökohtien ulottamisesta kaikkiin julkisiin hankintoihin (ks. esim. Euroopan komissio 2011). Kansalaisjärjestöt ovat olleet erityisen kiinnostuneita yleishyödyllisten palveluiden asemasta (ks. esim. Palo la & Särkelä 2006).

Sosiaali- ja terveyspalvelut poistettiin sisämarkkinalähtöisen palveluasetuksen piiristä jäsenmaiden ja Europarlamentin päätösten seurauksena. Vahvistaakseen ymmärrystä terveyspalveluiden erityisluonteesta jäsenmaat muotoilivat Euroopan neuvostossa päätelmät terveyspalveluiden arvoista ja periaatteista. Niissä painotettiin muun muassa terveyspalveluiden universaalia ja tasa-arvoista kattavuutta, hyvää laatua sekä solidaarista rahoitusta (Neuvosto 2006). Komission tiedonanto ja ehdotus direktiiviksi terveyspalveluista ja potilaiden liikkuvuudesta palautti kuitenkin toimivaltaa takaisin sisämarkkina-artiklan alaisuuteen (Komissio 2008ab). Tämä soi komissiolle selkeämmän ja vahvemman toimivallan, ja samalla terveyspalvelut pysyivät osana sisämarkkinoita. Jäsenmaat puolestaan painottivat Euroopan unionin neuvostossa kansanterveysartiklan mukaista velvoitetta terveyden korkean tason huomioonottamisesta kaikissa politiikoissa pyrkien näin vahvistamaan terveydestä lähtevien tavoitteiden merkitystä (ks. Neuvosto 2011; Neuvosto 2010). Tähän komission ja neuvoston väliseen ilmeiseen ristiriitatilanteeseen sisältyy vaara, että sisämarkkinavelvoitteet saavat terveyspalvelujen järjestämisessä vahvemman aseman kuin mihin Euroopan unionin neuvoston – ja jäsenmaiden edustajien – ilmaisemat terveyspalveluja koskevat yhteiset arvot ja periaatteet antaisivat myöten (Neuvosto 2006). Potilaiden liikkuvuuden lisäksi EU:n politiikassa on kiinnitetty huomiota myös terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuuteen, josta komissio on tuonut keskustelun avauksena ja toimien taustaksi terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuutta käsittelevän vihreän kirjan (Komissio 2008c).

EU:n terveyspolitiikan ongelmana on ollut myös lääkepolitiikan nivoutuminen ensisijassa teollisuuspolitiikkaan. Vastuu lääkepolitiikasta oli vuoteen 2009 yritystoiminnan ja teollisuuden pääosastolla, mutta vuonna 2009 lääkeasiat siirrettiin pääosin kansanterveysosastolle. Tulevaisuus näyttää, missä määrin EU:n lääkepolitiikka heijastaa terveyspolitiikan tavoitteita ja vastaa kansalaisten ja palvelujärjestelmien tarpeisiin, ja missä määrin se kanavoi teollisuuspolitiikan tarpeita osaksi EU:n terveyspolitiikan lähtökohtia.

Lääkepolitiikan haasteellisia kysymyksiä ovat esimerkiksi lääkekustannukset ja

innovaatioiden tuki, Euroopan unionin toimet suhteessa reseptilääkkeistä väestölle jaettavaan informaatioon ja mainontaan, lääkeväärennökset ja niiden estäminen sekä lääkkeiden turvallisuuden valvonta. Jäsenmaiden tavoitteena on ollut vahvistaa teknologian arviointia lääkkeiden hyväksymisprosessissa sekä lisätä markkinoille pyrkivien ja siellä jo olevien vastaavien lääkkeiden kustannusvertailua.

Euroopan unionin terveysstrategia ja politiikka

Euroopan unionin valta terveyspalvelupolitiikassa on ensisijaisesti säätelyvaltaa, sillä terveydenhuollon rahoitus on edelleenkin jäsenmaiden velvoite. Unionin politiikka heijastuu kuitenkin terveydenhuollon rahoitukseen yhteisen rahapolitiikan ja tästä seuraavien julkisen talouden vaatimusten kautta sekä siinä, miten terveydenhuollon rahoitus suhteutuu julkisiin tukiin sekä perusvapauksiin. Toinen valtaututuus terveyspalvelupolitiikassa liittyy politiikan määrittelyyn ja tavoitteisiin, jotka välittyvät muita kanavia pitkin, esimerkiksi jäsenmaiden välisen avoimen koordinaation yhteistyönä työllisyys- ja sosiaaliasioiden pääosaston kautta. Kolmantena elementtinä on rakennerrahastojen sekä tutkimus- ja kehitystoimien ja -ohjelmien kautta välittyvä rahoitus ja institutionaalinen tuki.

Komissio julkaisi vuonna 2007 EU:n terveysstrategiaa vuosiksi 2008–2013 käsittelevän valkoisen kirjan (Komissio 2007). Strategia linjaa terveysuhkien torjuntaa sekä ikääntyvää Eurooppaa koskevia tavoitteita ja siirtää samalla terveysteknologian ja -palvelut aiempaa keskeisempään asemaan. Yhtenä julkilausuttuna periaatteena on terveys kaikissa politiikoissa, jota useat jäsenmaat ovat painottaneet Euroopan unionin terveyspolitiikassa. Unionin terveysstrategiaa toteuttaa puolestaan erillinen terveysohjelma (tietolaatikko 5).

Käytännön toimissa komissio on ollut hidas terveysvaikutusten arvioinnin edistämisessä ja terveysnäkökulman vahvistamisessa osana politiikkojen vaikutusten arviointia. Tämän taustalla voidaan nähdä komission sisäisten valtasuhteiden vaikutus: EU on ensisijassa talous- ja kauppaliitto ja myös virkamieskunnan voi unionin sisäisessä dynamiikassa olla helpompi edistää sisämarkkinoiden tavoitteita jäsenmaiden terveydenhuollossa kuin kansanterveyden tai terveydenhuollon tavoitteita sisämarkkinoilla. Keskeiset koko EU:n politiikkaa ohjaavat painopisteet ovat kilpailukykyyn kasvattamisessa yritysten ja elinkeinoelämän lähtökohdista määritettyjen ja unionin toimintaa keskeisesti ohjaavien strategioiden, kuten esimerkiksi Eurooppa 2020 -strategian kautta. Tässä kokonaisuudessa terveystavoitteet jäävät muiden unionin toimintaa keskeisemmin määrittävien tavoitteiden varjoon. Tämä on ollut havaittavissa muun muassa sisämarkkinatavoitteiden läpikulkevuutena Euroopan unionin terveyspolitiikkaan ja sen tavoitteisiin, innovaatiopolitiikan ja lääkepolitiikan yhtymäkohdissa sekä kansanterveyslähtöisen säätelyn kaventuneina mahdollisuuksina. Terveyspalvelut ja -teknologia voidaan unionin politiikassa nähdä vahvemmin yhtenä Euroopan talouskasvun moottorina, mikä voi kuitenkin joh-

Tietolaatikko 5

Euroopan unionin terveysohjelma sekä terveyteen liittyvät virastot

Euroopan unionin toinen terveysohjelma vuosille 2003–2008 pyrki täydentämään kansallisia terveyden suojelun ja kansanterveyden parantamisen politiikkoja sekä tukemaan Amsterdamin sopimuksen kansanterveysartiklassa 152 mainitun korkean kansanterveyden suojelun toteuttamista kaikissa yhteisön politiikoissa. Vuosien 2008–2013 terveysohjelman painopisteet ovat: 1) parantaa kansalaisten terveysturvaa 2) edistää terveyttä ja vähentää siihen liittyvää epätasa-arvoisuutta 3) tuottaa ja levittää terveystietoa (Euroopan yhteisö 2007).

Kansanterveysohjelma toteutettiin aiemmin vuosittain kustakin jäsenmaasta tulleiden hanke-ehdotusten kautta. Tämä johti pirstaleiseen terveysohjelmaan, jota muun muassa tilintarkastusvirasto moitti vaikuttavuuden puutteesta. Viime vuosina terveysohjelman painopistettä on siirretty jäsenmaiden yhteistoimintahankkeiden ja komission tarjouspyyntöjen suuntaan. Näin terveysohjelmasta toivotaan vaikuttavampaa instrumenttia EU:n terveysstrategian toteuttamisessa. Yhteistoimintahankkeet liittyvät usein keskeisiin terveyshaasteisiin tai toimeenpanotavoitteisiin ja hankkeiden toteuttajat kussakin maassa hyväksytään kyseisen maan ministeriössä. Tarjouspyynnöt kirjoitetaan komissiossa.

Marraskuussa 2011 komissio julkaisi ehdotuksensa kolmanneksi terveysohjelmaksi vuosille 2014–2020 (Komissio 2011). Ohjelman ”Kansanterveys kasvun tukena” (Health for Growth) tavoitteena on tehdä terveyspalveluista kestävämpiä ja kannustaa alan innovointia, parantaa kansanterveyttä ja suojautua rajat ylittäviltä terveysuhkilta. Ohjelma linkitetään *Eurooppa 2020* -strategiaan ja sen toivotaan osaltaan piristävän Euroopan talouskasvua. Ohjelmaehdotuksen painotus on innovaatioissa ja terveysjärjestelmien toiminnan ja tehokkuuden parantamisessa, ja vain noin 30 prosenttia ehdotetuista varoista kohdistuisi terveyden edistämiseen ja rajat ylittävien terveysuhkien torjuntaan (eli artiklan 168 ydinalueille); terveystieto ei olisi enää omana prioriteettinaan. Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa ei sisälly ehdotukseen. Neuvoston terveystyöryhmä ja parlamentti käsittelevät ohjelmaehdotusta keväällä 2012.

Euroopan unionin terveys- ja kuluttaja-asioiden toimeenpanovirasto vastaa terveysohjelman toimeenpanosta. Terveysalan institutionaalsiin toimijoihin kuuluvat myös Euroopan lääkevirasto (EMA), Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalainen keskus (ECDC), Euroopan kemikaalivirasto (ECHA), sekä Euroopan Elintarviketurvallisuusviranomainen (EFSA). Näistä kaksi ensimmäistä toimii suoraan kansanterveysosaston alaisuudessa. Erityisesti ECDC on ollut näkyvässä asemassa SARS-, lintuinfluenssa- ja sikainfluenssauhkien sekä muiden tartuntatautien torjunnassa.

taa niiden markkinoistamiseen ja tarkasteluun ensisijaisesti taloudellisen kasvun ja markkinoiden lähtökohdista, ei niinkään odotettavissa olevan terveyshyödyn näkökulmasta. Talouden vahva asema näkyy myös siinä, että terveysvaikutusten arviointi

on jäänyt vaikutusten arvioinnissa alisteiseksi taloudellisten vaikutusten ja etenkin yritystoiminnalle aiheutuvien taloudellisten vaikutusten arvioinnille.

Ylikansalliset intressit ja lobbaus ovat vahvasti läsnä Euroopan unionissa, sillä unionissa päätetään monista laajan markkina-alueen asioista. Edunvalvontajärjestöjen on mielekästä pyrkiä toimimaan Euroopan unionin tasolla tehokkaasti, sillä unioni vaikuttaa monin tavoin kansalliseen säätelyyn ja sen merkitys ja toimivaltas sisämarkkinoilla ja etenkin kauppapolitiikassa on suuri. Terveyspolitiikan yhtenä ongelmana on kansanterveyslähtöisten toimijoiden ja kansallisiin terveyspalveluihin liittyvien tahojen heikkous verrattuna hyvin resursoituihin usein ylikansallisia kaupallisia intressejä palveleviin verkostoihin ja näiden rahoittamaan politiikan toimijoiden kautta tehtävään lobbaukseen. Lobbauksen kohteena ovat niin europarlamentaarikot kuin komission virkamieskunta (ks. esim. Carboni 2009; Coen & Richardson 2009).

Kansalliseen terveyspolitiikkaan vaikuttavat EU:n toimet muilla sektoreilla

Euroopan unionin varsinaisen terveyspolitiikan vaikutukset kansalliseen terveyspolitiikkaan ovat usein vähäisempiä kuin sellaisten politiikkojen ja toimien, joita toimeenpannaan perusvapauksiin ja sisämarkkinoihin perustuen. Lisäksi muiden sektoreiden, kuten teollisuus-, kauppa- tai maatalouspolitiikan, vaikutukset kansanterveyteen voivat olla suuria. Terveyspolitiikan tueksi ei Euroopan unionin kautta kanavoids merkittäviä resursseja, toisin kuin esimerkiksi maatalouspolitiikkaan. Kansanterveyden ja terveysalan rahoituksen kannalta merkittäviä muiden sektoreiden hallinnoimia kanavia ovat rakenne- ja koheesiorahastot sekä tutkimuksen kannalta puiteohjelmien lääketieteellinen ja terveystutkimus.

Kansallisessa terveyspolitiikassa voidaan erottaa viisi suurta aihealuetta, joihin Euroopan unionin politiikka voi vaikuttaa: 1) Talouspolitiikan suuntaviivat, julkisen talouden resurssit sekä terveydenhuollon rahoittamisen tavat ja riittävyys 2) Terveyttä määrittäviin tekijöihin vaikuttavat politiikat eri sektoreilla 3) Kansallisen palvelujärjestelmän säätelyyn ja organisaatioon liittyvät kysymykset 4) Kansanterveyteen liittyvät toimet ja näitä rajaava säätely 5) Lääkepolitiikkaan, tutkimus- ja kehitystyöhön sekä terveydenhuollon tuotteisiin liittyvät toimet.

Euroopan unionin talouspolitiikka, mukaan lukien esimerkiksi EMU-kriteerit, vaikuttavat maiden julkisen sektorin kokoon ja toimintaan sekä sitä kautta kansallisten palvelujärjestelmien kokonaisresursseihin ja siihen, miten terveyspalvelut voidaan järjestää. EU:n sisämarkkinoihin ja liikkuvuuteen kohdistuvat toimet vaikuttavat myös verotukseen, valtiontukiin, palvelujärjestelmän rahoitukseen ja rahoitusvaihtoehtoihin. Julkisen sektorin suuruuteen sekä toisaalta perusvapauksiin ja kilpailukykyyn liittyvät tavoitteet voivat vaikuttaa esimerkiksi kannustimiin, joiden kautta myös julkisrahoitteista palveluiden tuotantoa siirretään yksityiselle sektorille.

Alkoholin ja tupakan verotuksen nostaminen voi tuoda muun muassa matkustajatuontiin liittyviä ongelmia sisämarkkinoiden edellyttämän vapaan liikkuvuuden vuoksi, etenkin jos lähimaissa verotus on merkittävästi alhaisempaa. Aiempaa kansallisen tason alkoholipolitiikkaa, jossa saatavuuden ja hinnan säätelyllä oli vahva asema, on jouduttu sovittamaan EU:n perusvapaudet mahdollistaviin kehyksiin. Alkoholipoliittiset toimet ovat Suomessa joiltakin osin olleet EU-tasoista riippuvaisia, mutta paljolti myös kansallisen talouspolitiikan tarpeista lähteviä.

Terveydenhuollon tai terveystalouden rahoituksen määrää tärkeämpää on kuitenkin usein se, mistä lähtökohdista ja miten palvelujärjestelmää voidaan säädellä. Haasteiksi voivat nousta esimerkiksi kustannusten hallinta, laadukkaiden palveluiden saatavuus, hoitoketjun jatkuvuus, palveluiden laadun valvonnan kysymykset sekä hoitohenkilökunnan riittävyden ja pätevyyden takaaminen. Euroopan unionin sisämarkkinoiden, kauppapolitiikan ja perusvapauksien näkökulmasta muun muassa kuntien välinen yhteistyö sekä voittoa tuottamattomien järjestöjen tuki ja osallistuminen palvelutuotantoon ovat joutuneet uudelleenarvioinnin kohteiksi.

Kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan tehtävänä on turvata palvelujen tasavertainen saatavuus myös syrjäseuduilla, jossa palvelujärjestelmän ylläpito voi olla merkittävästi kalliimpaa kuin rintamailla. Missä määrin velvoitteet tasapuolisesta pääsystä palvelumarkkinoille heijastuvat julkisrahoitteisiin palveluihin sekä kansalliseen liikkumavaraan ja säätelyyn? Miten käy palveluiden kustannus- ja rahoitusrakenteiden? Miten palveluiden jatkuvuus turvataan kilpailutuspyörteessä? Vaikka EU:n julkisten hankintasäännösten nojalla ei olisi ollut pakko toteuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailutusta, on Suomessa näin tehty. Tämän voidaan ajatella ennakoivan EU:ssa nähtävissä olevaa mahdollista tiukennusta tähän suuntaan. Euroopan unionin työaika-asetus on esimerkki unionin tason päätösten edellyttämistä muutoksista ja näiden soveltamisen haasteista (Direktiivi 2003). Työaika-asetuksen edellyttämät muutokset voivat johtaa työehtojen parantumiseen terveydenhuollossa, joskin tämän hintana on todennäköisesti myös työvoiman tarpeen ja kustannusten kasvu.

Kansanterveyteen liittyvät standardit ja säätely ovat osa terveyspolitiikkaa. Euroopan unionin kautta olisi periaatteessa mahdollista soveltaa vahvempaa kansanterveydellistä säätelyä silloin, kun vahvat kansalliset intressiryhmät estäisivät tämän kansallisella tasolla. Käytännössä kuitenkin pyrkimykset vähentää säätelyä sisämarkkinoilla kaventavat vahvemman kansanterveystavoitteisen säätelyn aikaansaamista. Parempaan säätelyyn tähtäävät toimet ja yrityksille aiheutuvien kustannusten arvioinnin vahvistuminen vaikutustenarvioinnin osana voivat myös pikemminkin estää tai vesittää kuin edesauttaa kansanterveyslähtöistä säätelyä ja sen tavoitteita (ks. esim. Smith ym. 2010a; 2010b).

Tavaroiden vapaa liikkuvuus rajaa myös julkisen hallinnon kapasiteettia valvoa ja selvittää terveyteen liittyviä riskejä. Ennakointiin, varautumiseen tai turvamarginaaleihin liittyvät toimet sekä terveyttä edistävät kansanterveystoimet voivat joutua uudelleenarvioinnin kohteeksi yrityksille aiheutuvan hallinnollisen taakan lähtö-

kohdista sekä arvioitaessa sitä, voidaanko samaan lopputulokseen pyrkiä vähemmillä markkinoiden rajoituksilla. Hyvä esimerkki tarpeellisesta yhteistyökohteesta ovat tarttuvat taudit, jotka eivät kunnioita maiden välisiä rajoja.

EU on erittäin merkittävä globaali toimija. EU:n globaaleissa toimissa kauppa- ja teollisuuspolitiikka ovat olleet vahvoja näkökulmia. Viime vuosina EU:n rooli globaalina ja maailmanlaajuisena terveyspoliittisena toimijana on vahvistunut. Tätä korostetaan muun muassa EU:n terveysstrategiassa.

EU:n noustessa toimijaksi terveyspolitiikan areenoille on olennaista, mitä ja miltä pohjalta lähteviä tavoitteita se tukee esimerkiksi Maailman terveysjärjestössä (WHO), WHO:n säätelyyn ja standardien asettamiseen liittyvässä työssä sekä missä organisaatioissa ja millä foorumeilla EU haluaa terveyteen liittyviä standardeja edistää. Lääkepolitiikan ja lääketieteen teknologian kannalta EU:n toimet immateriaalioikeuksien² sekä innovaatioiden edistämiseksi edellyttävät arviointia myös suhteessa terveyspolitiikan kuluihin ja tavoitteisiin sekä tutkimusresurssien ohjaamiseen terveyspolitiikan kannalta tärkeille alueille. Immateriaalioikeuksien vahvaa suojaa ja pidempiä yksinoikeuksia on toistaiseksi etenkin teollisuuden näkökohdista pidetty olennaisena innovaation edistämiseksi. Samanaikaisesti huolta on kuitenkin nostanut uusien innovaatioiden vähäinen määrä, kalleus sekä kohdentuminen. Euroopan unionin neuvosto on kiinnittänyt huomiota muun muassa uusien antibioottien tarpeeseen (Neuvosto 2009). OECD:n selvitys globaaleista lääkemarkkinoista on myös todennut suuren osan innovaatiosta olevan kliiniseltä kannalta vähämerkityksellisiä (OECD 2008). Eurooppalaisen kauppa- ja teollisuuspolitiikan tavoitteet, jotka määrittävät tutkimus- ja kehitystyön kohdentumista, lähtökohtia sekä terveydenhuollon tuotteiden hinnoittelun perustaa, eivät välttämättä ole yhteneviä kansallisten – tai edes Euroopan unionin – terveyspolitiikan tavoitteiden kanssa.

Kansallista terveyspolitiikkaa tarkastellessa on kuitenkin tärkeä huomata, että monia kansanterveyden tai terveyspolitiikan tavoitteita voidaan pitää myös yhteisinä eurooppalaisina tavoitteina. Muissa jäsenmaissa on saatettu tehdä Suomea pidemmälle meneviä muutoksia kansanterveyden edistämiseksi sekä terveyspalveluiden parantamiseksi. Tulevaisuudessa eurooppalainen terveyspolitiikka voisi periaatteessa myös vahvistaa ja tukea tällaisia yhteisiä avauksia, vaikka nykyisessä Euroopan unionin päätöksenteossa terveys uhkaakin jäädä muiden tavoitteiden varjoon.

² Immateriaalioikeuksien terveyspolitiikkaan liittyvät näkökohdat ovat tärkeitä ennen kaikkea lääkepolitiikassa ja tutkimuspolitiikassa sekä näiden suhteessa patenteihin ja tekijänoikeuksiin sekä näiden toimeenpanoon. Keskeiset kysymykset kohdentuvat lääkkeiden hintoihin, rinnakkaislääkkeiden markkinoihin ja markkinoillepääsyyn, tiedon saatavuuteen ja tutkimuksen suuntautumiseen terveyspolitiikan kannalta keskeisiin ongelmiin ja tarpeisiin.

Lopuksi

Euroopan unioni määrittää jo monella tavoin kansallisen terveystalouden liikku-
mavaraa. Euroopan unionin merkityksen tunnistaminen on edellytys myös Euroo-
pan unionin toiminnasta aiheutuvien positiivisten vaikutusten edistämiseksi ja ne-
gatiivisten vaikutusten vähentämiseksi.

Globaali politiikka, EU-politiikka ja kansallinen politiikka ovat jatkuvassa vuo-
rovaikutuksessa, jossa ylempi taso määrittää sitä, mitä kansallisesti voidaan tehdä, ja
toisaalta kansallisilla kannoilla määritellään sitä, mihin kansainvälisillä foorumeilla
voidaan sitoutua. Kun politiikan teko on siirtynyt enenevässä määrin EU:lle, jonka
toiminnan peruslähtökohdat nojaavat talouteen ja kilpailukykyyn sekä liikkumisva-
pauteen, olisi kansallisten toimijoiden pyrittävä pitämään sosiaali- ja terveystalouden
kannalta Euroopan unionin valta on merkinnyt paitsi perinteistä kan-
santerveysalan yhteistyötä ja ohjelmia myös olennaisesti sääätelyvaltaa, joka puuttuu
siihen, miltä pohjalta ja miten terveyspalveluita ja terveydenhuollon kustannuksia
kansallisella tasolla säädellään ja tuetaan ja miten siihen liittyviä riskejä jaetaan.

Olennoista on hahmottaa paitsi Euroopan unionin lainsäädännön ja perussopi-
musten myös unionin eri instituutioiden ja toimijoiden asema ja merkitys. Terveys-
politiikan kannalta Euroopan unionin valta on merkinnyt paitsi perinteistä kan-
santerveysalan yhteistyötä ja ohjelmia myös olennaisesti sääätelyvaltaa, joka puuttuu
siihen, miltä pohjalta ja miten terveyspalveluita ja terveydenhuollon kustannuksia
kansallisella tasolla säädellään ja tuetaan ja miten siihen liittyviä riskejä jaetaan.

On tärkeää eriyttää Euroopan unionin politiikka eri maiden välisestä euroop-
palaisesta yhteistyöstä terveyden alueella. Euroopan unionin politiikassa ovat viime
aikoina heijastuneet komission vahvempien pääosastojen tavoitteet, tarve julkisten
menojen karsimiseen sekä perusvapauksien velvoitteet. Euroopan unionin politiikka
ei kuitenkaan ole väistämätöntä tai luonnonlainomaista, vaan osa laajempaa po-
liittista kokonaisuutta.

Terveys on EU:n asialistalla tätä nykyä erityisen vahvasti sidoksissa Eurooppa
2020 -strategiaan. Tässä viitekehyksessä terveys voidaan nähdä tärkeänä talouskas-
vun ja työllisyyden näkökulmasta. Käytännössä Eurooppa 2020 -strategia ohjaa kui-
tenkin seuraamaan terveydenhuollon taloutta ja kasvupotentiaalia indikaattorien
avulla, jotka koskevat terveydenhuollon osuutta BKT:sta, investointia terveystekno-
logiaan liittyviin innovaatioihin sekä henkilöstön koulutusastetta. Strategia ja sen
seuranta eivät toistaiseksi tunnista terveydenhuoltoa tai kansanterveyttä siinä, miten
paljon ne tuottavat terveyttä ja tätä kautta kasvua tai hyvinvointia,

Väestön ikääntymiseen liittyvät palvelut ja teknologiat ovat EU:n asialistalla
tärkeitä. On tärkeää painottaa vanhenevan väestön pitämistä mahdollisimman ter-
veenä ja toimintakykyisenä sekä tarvittavien palveluiden laatua, mutta lisäksi huo-
miota on kiinnitettävä palvelujen saatavuuteen sekä niiden kustannusten oikeuden-
mukaiseen jakautumiseen ja taloudelliseen kestävyys.

Euroopan unionin jäsenmailla on monia yhteisiä terveystalouden tavoitteita.
Näiden toteutuminen edellyttää panostusta eurooppalaiseen yhteistyöhön sekä
myös kansallisen liikkuvaran tunnistamista ja käyttämistä. Tällaisten näkökoh-
tien huomioonottaminen edellyttäisi kuitenkin uudenlaista eurooppalaista yhteis-

työtä sekä muutoksia Euroopan unionin terveystalouden nykyisiin toimintaperiaatteisiin ja lähtökohtiin. Terveystaloudessa ei voida lähteä terveyden ylivermaisesta ensisijaisuudesta suhteessa kaikkiin muihin arvoihin ja tavoitteisiin, mutta toisella puolella vaarana on myös kansallisella tasolla saavutettujen terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden rapautuminen. Olennaista onkin löytää tasapaino terveystalouden, yleisen edun ja markkinatoimijoiden tavoitteiden välillä sekä vahvistaa terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita niin kansallisella kuin Euroopan unionin tasolla.

Lisätietoa

Perustamissopimuksista Euroopan unionin toiminnan pohjana: <http://www.eurooppa-tiedotus.fi/public/default.aspx?nodeid=37770&contentlan=1&culture=fi-FI>

Jääskinen, Niilo (2007) Euroopan unioni – Oikeudelliset perusteet. Helsinki: Talentum.

Kari, Matti & Saari, Juho & Kattelus, Mervi (2008) Sosiaalinen Eurooppa murroksessa.

sa. Euroopan unionin sosiaali- ja terveystaloudet. Yhteiskunta – Eurooppatietoa 191. Helsinki: Eurooppatiedotus, Ulkoasiainministeriö. Saatavana: <http://www.eurooppatiedotus.fi/Public/default.aspx?contentid=132308&nodeid=37760&culture=fi-FI>

Lähteet

- Adamini, Sandra & Maarse, Hans & Versluis, Esther & Light, Donald (2009) Policy-making in data exclusivity in European Union: from Industrial interests to legal realities. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 34(6), 979–1010.
- Carboni, Nadia (2009) Advocacy groups in the multilevel system of the European Union: A case study on health-policy making. OSE Research paper 1/2009. Saatavana: http://www.ose.be/files/publication/OSEPaperSeries/Carboni_2009_OSEResearchPaper1_1109.pdf
- Coen, David & Richardson, Jeremy (2009) Lobbying the European Union: Institutions, actors and issues. Oxford: Oxford University Press.
- Direktiivi (2003) Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi tietyistä työajan järjestämisestä koskevista seikoista. Euroopan unionin virallinen lehti 18.11.2003:L299/9. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:FI:PDF>
- Direktiivi (2011) Directive on the application of patients' rights on cross-border care. 21.02.2011. Saatavana: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/11/pe00/pe00006.en11.pdf>
- European Commission (2011) Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014–2020 COM(2011) 709 final 2011/0339 (COD) Brussels, 9.11.2011
- Euroopan yhteisö (2007) Euroopan parlamentin ja neuvosto päätös 1350/2007/EY toisesta terveysalan yhteisön toimintaohjelmasta (2008–2113). Euroopan unionin virallinen lehti 20.11. 2007: L301/3. Saatavana: <http://www.eurooppa-tiedotus.fi/public/default.aspx?nodeid=37770&contentlan=1&culture=fi-FI>
- EYT (2010) Judgment of the Court (Grand chamber) 5 October 2010. European Commission vs. French Republic, supported by Kingdom of Spain, Republic of Finland and United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Case 512/08.

- Greenwood, Justin (1997) Representing interests in the European Union. London: Macmillan.
- Greer, Scott L. (2009) The politics of European Union health policies. Maidenhead: Open University Press.
- Hatzopoulos, Vassilis (2002) Killing national health and insurance systems but healing patients? The European market for health care services after the judgements of ECJ in Vanbraekel and Perbooms. *Common Market Law Review* 39(4), 683–729.
- Hämäläinen, Riitta-Maija (2008) The Europeanisation of occupational health services: A study of the impact of EU policies. *People and Work Research Reports* 82. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kiuru, Julia (2009) Euroopan Yhteisöjen tuomioistuin ja sosiaaliturva. Lisensiaattitutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos, Turun Yliopisto.
- Koivusalo, Meri (2005) Euroopan unioni ja terveyspalvelut. Teoksessa Kuntaliitto (toim.) Euroopan unionin vaikutukset kuntien hyvinvointipalveluihin. Helsinki: Kuntaliitto.
- Koivusalo, Meri (2009) Globalisaatioparadoksi – terveyspolitiikka monopolien ja markkinoiden puristuksessa. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim) Kansalaisesta kuluttajaksi – markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Koivusalo, Meri (2010) Constitutional issues in European health policy and practice. In: Tuori, Kaarlo & Sankari, Suvi (eds.) *The many constitutions of Europe*. Surrey: Ashgate.
- Komissio (2004) Komission tiedonanto. Sosiaalisen suojelun uudistaminen laadukkaana, helposti saatavilla olevana ja kestäväen terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon kehittämiseksi: kansallisten strategioiden tukeminen avoimen koordinaatio-menetelmän avulla. Brysseli 20.4.2004. KOM (2004) 304 lopullinen.
- Komissio (2007) Valkoinen kirja. Yhdessä terveyden hyväksi. Strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013. KOM (2007) 630 lopullinen. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:FI:PDF>
- Komissio (2008a) Komission tiedonanto rajat ylittävässä terveydenhuollossa sovellettavia potilaiden oikeuksia koskevista yhteisön puitteista. Bryssel 2.1.2008. KOM (2008) 415 lopullinen. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0415:FIN:EN:PDF>
- Komissio (2008b) Direktiiviehdotus rajat ylittävissä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista. KOM (2008) 414 lopullinen. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0414:FIN:FI:PDF>
- Komissio (2008c) Vihreä kirja Euroopan terveydenhuoltohenkilöstöstä. Euroopan Yhteisöjen Komissio, Bryssel 10.12.2008. KOM (2008) 725 lopullinen. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0725:FI:NOT>
- Komissio (2010) Tiedonanto. EU ja globaali terveys. Euroopan komissio, Bryssel 31.03.2010. KOM (2010) 128 lopullinen. Saatavana: http://ec.europa.eu/development/services/dev-policy-proposals_en.cfm
- Komissio (2011) Vihreä kirja EU:n julkisten hankintojen politiikan uudistamisesta. Kohti tehokkaampia eurooppalaisia hankintamarkkinoita. Euroopan Yhteisöjen Komissio, Bryssel 27.01.2011. KOM (2011) 15 lopullinen
- Mossialos, Elias & Permanand, Govin & Baeten, Rita & Hervey Tamara (eds.) (2010) *Health systems governance in Europe. The role of European Union Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Neuvosto (2006) Neuvoston päätelmät Euroopan unionin terveyspalvelujärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista. Euroopan unionin virallinen lehti 22.06.2006: C146/1. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:FI:PDF>
- Neuvosto (2009) Ehdotus neuvoston 1 joulukuuta 2009 päätelmiksi innovatiivisista kannustimista tehokkaiden antibioottien kehittämiseksi. Euroopan Unionin virallinen lehti 12.12.2009: C 302/10. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:302:0010:0011:FI:PDF>
- Neuvosto (2010) Neuvoston ensimmäisessä käsittelyssä vahvistama kanta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin antamiseksi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa. 13.09.2010. Euroopan Unionin

- virallinen lehti 12.10.2010:C 275E/1
- Neuvosto (2011) Directive on cross-border health care adopted. 28.02.2011. Saatavana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0414:FIN:FI:PDF>
- OECD (2008) Pharmaceutical pricing policies in a global market. OECD, Paris. 2008.
- Ollila, Eeva & Koivusalo, Meri (2009) Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi - terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi – markkinat ja muutokset terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Palola, Elina (2002) Avoin koordinaatiomenetelmä ja hyvinvointipolitiikka EU:ssa. Työpoliittinen aikakauskirja 2002:2. Saatavana: http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/aikakausi/tak/TAK_2002_2_9.pdf
- Palola, Elina & Särkelä, Riitta (2006) Hyvinvointi United – FC Sisämarkkinat: Reilu peli. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Saatavana: http://www.stkl.fi/julkaisut_sisamarkkinat.html
- Permanand, Govin (2006) EU pharmaceutical regulation : the politics of policy-making. Manchester University Press, Manchester, UK. ISBN 0719072727
- Smith, Katherine E. & Fooks, Gary & Collin, Jeff & Weishaar, Heide & Gilmore, Anna (2010a). Is the increasing policy use of impact assessment in Europe likely to undermine efforts to achieve healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64:478e487. doi:10.1136/jech.2009.094300
- Smith, Katherine E. & Fooks, Gary & Collin, Jeff & Weishaar, Heide & Mandal, Seema & Gilmore, Anna (2010b) “Working the System”– British American Tobacco’s Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: An Analysis of Internal Tobacco Industry Documents. *PLoS Med* 7(1): e1000202. doi:10.1371/journal.pmed.1000202
- Tiitinen Pasi & Salminen Airi & Lyytikäinen Virpi (1996) EU-lainsäädäntöasiakirjat Suomessa. RASKE-projektin raportti. Eduskunnan kanslian julkaisu X/1996. Helsinki.

42 Sosiaali- ja terveysalan lähialueyhteistyö

Suomen ja Venäjän välinen lähialueyhteistyö on kiinteä osa maamme ulkopoliittista politiikkaa. Lähialueiksi kutsutaan Suomen rajan tuntumassa olevia Venäjän federaation luoteisia alueita ja lähialueyhteistyöksi viranomaisten, yritysten, asiantuntijoiden ja kansalaisten suomalais-venäläistä yhteistoimintaa, jota valtio rahoittaa tähän tarkoitukseen budjetoituista määrärahoista. Toiminta on yhdistelmä ulkopoliittisesti tärkeää naapuruussuhteiden hoitamista ja kehittämislunonteista hanketoimintaa.

Lähialueyhteistyö perustuu Suomen ja Venäjän hallitusten vuonna 1992 solmittaan sopimukseen yhteistyöstä Murmanskin alueella, Karjalan tasavallassa, Pietarissa ja Leningradin alueella (Lähialueyhteistyösopimus 1992). Yhteistyön tarpeeseen vaikutti Neuvostoliiton hajoaminen vuonna 1991. Vielä 1980-luvulla Neuvostoliitto oli kehitysyhteistyötä rahoittava ja tekevä suurvalta, vaikka monet siihen kuuluneet tasavallat (kuten Uzbekistan, Turkmenistan, Tadzikistan ja Kirgisia) olivatkin monella kehitysmittarilla ilmaisten varsin kehittymättömiä. Neuvostoliiton hajoessa kävi ilmi, että Suomen lähinaapurissa oleva Karjalan tasavalta voitiin monessa mielessä rinnastaa kehitysmaihin, kun sosiaalisen infrastruktuurin murtuminen ajoi suuria väestöryhmiä absoluuttiseen köyhyyteen. Ennen EU:hun liittymistään myös Viro, Latvia ja Liettua luettiin Suomen lähialueyhteistyön piiriin.

Lähialueyhteistyötä on linjattu myös uudessa lähialuestrategiassa (2004), hallitusohjelmassa (2007) ja hallituksen Venäjä-toimintaohjelmassa (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön kansainvälisen toiminnan linjaukset ohjaavat oman alansa lähialueyhteistyötä (STM 2008), kun taas ulkoasiainministeriö vastaa yhteistyön koordinaatiosta ja määrärahojen käytön valvonnasta. Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittiset yleiset tavoitteet suuntaavat toimintaa, ja sen mukaisesti pyritään noudattamaan Suomen kansainvälisen toiminnan keskeisiä demokratian, ihmisoikeuksien ja oikeusvaltioperiaatteen kunnioittamisen arvoja.

Sosiaali- ja terveysolot Luoteis-Venäjällä

Luoteis-Venäjän sosiaali- ja terveysolot ovat parantuneet kymmenen viime vuoden aikana, mutta kehittämistarve on edelleen suuri. Tapaturmat ja väkivalta, joista suuri osa liittyy päihteiden käyttöön, ovat merkittävä kuolinsyy varsinkin nuorilla mie-

hillä. Venäjän liikenneonnettomuuskuolleisuus on yksi maailman suurimmista, ja Leningradin alueella sattuu kuolemaan johtavia liikenneonnettomuuksia jopa enemmän kuin keskimäärin Venäjällä. Suomen kannalta erityisen huomionarvoista on tarttuvien tautien määrä. Suomen ja Venäjän välinen tuberkuloosisairastavuuden ero on maailman suurimpia rajanaapureiden kesken. Maailman terveysjärjestön arvi-
on mukaan tuberkuloosiin sairastuvuus vuonna 2008 oli Venäjän federaatiossa 110 sairastunutta 100 000 asukasta kohden, kun se Virossa oli 38 ja Suomessa 6. Tuberkuloosia sairastavia hiv-positiivisia arvioidaan olevan samassa suhteessa eli Venäjällä kolminkertainen määrä Viroon ja lähes kaksikymmenkertainen määrä Suomeen verrattuna. Luoteis-Venäjällä, erityisesti Pietarissa, hiv-ongelma on suurempi kuin Venäjällä keskimäärin. (Aarva 2011a.)

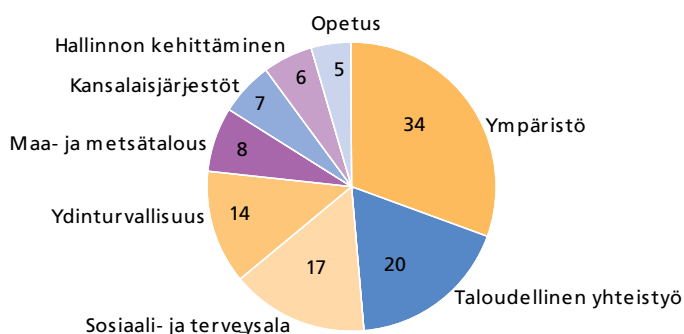
Tartuntatautien yleisyydestä huolimatta sydän- ja verisuonisairaudet ja syöpä ovat niin Luoteis-Venäjällä kuin koko Venäjän federaatiossakin tärkeimmät kuolinsyyt. Eliniänodote oli vuonna 2008 Venäjällä miehillä 62 ja naisilla 74 vuotta, mikä on miehillä noin 14 ja naisilla noin 10 vuotta vähemmän kuin kehittyneissä teollisuusmaissa keskimäärin (WHO 2010).

Hankeyhteistyö

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöhankkeiden tavoitteina ovat viime vuosina olleet nuorten huumeiden käytön ehkäisy, nuorten terveyden edistäminen, tarttuvien tautien ehkäisy ja hoito sekä perhekeskeisten palvelujen ja kansalaisyhteiskunnan vahvistaminen. Sosiaali- ja terveysalan ohella toteutetaan myös muun muassa ympäristönsuojelu- ja ydinturvallisuushankkeita, kannustetaan taloudelliseen yhteistyöhön ja autetaan lähialueiden hallinnon ja lainsäädännön kehittämisessä.

Lähialueyhteistyö oli vilkkaimmillaan 2000-luvun alussa, jolloin valtion budjetista osoitettiin vuosittain noin 30 miljoonaa euroa hanketoimintaan. Sen jälkeen rahoitus on asteittain pienentynyt, ja se oli vuonna 2010 yhteensä 19,5 miljoonaa euroa ja edelleen vuoden 2011 talousarvioesityksessä 16 miljoonaa euroa. Viime vuosina on painotettu erityisesti taloudellista yhteistyötä, johon kohdistettiin vuonna 2010 kolmasosa määrärahoista. Sosiaali- ja terveysalan rahoitus on pienentynyt 4 miljoonasta eurosta vuonna 2007 1,7 miljoonaan euroon vuonna 2010. Vuosittain on ollut käynnissä noin kolmekymmentä hanketta. Valtaosa rahoituksesta on käytetty suomalaisen projektihenkilöstön palkkakuluihin.

Vuonna 2010 ulkoasiainministeriö arvioi vuosien 2004–2009 lähialueyhteistyötä ja sen tuloksellisuutta. Tuona ajanjaksona toteutettiin 70 sosiaali- ja terveysalan hanketta yhteensä 17 miljoonalla eurolla, joka oli 15 prosenttia kaikista määrärahoista. Lisäksi kansalaisjärjestöille annetut 7 miljoonaa euroa suunnattiin pääosin sosiaali- ja terveysalan hankkeisiin (Aarva 2011a;2011b; Venäläinen 2011, kuvio 1). Eniten rahoitusta osoitettiin tartuntatautien, hiv/aidsin, tuberkuloosin sekä huu-



Kuvio 1. Ulkoministeriön kautta ohjattu Suomen valtion Venäjälle suuntautuva lähialueyhteistyörahoitus sektoreittain (miljoonaa euroa) vuosina 2004–2009

meiden ja alkoholinkäytön vähentämishankkeisiin. Myös ehkäisevää terveyspolitiikkaa, lastensuojelua, vammaispalveluja, sosiaalityön koulutusta sekä työsuojelua on kehitetty (taulukko 1). Hankkeita ovat toteuttaneet asiantuntijaorganisaatiot, oppilaitokset, aluehallintovirastot ja järjestöt.

Yhteistyö on noudattanut Suomen lähialueyhteistyöstrategiaa ja vastannut Venäjän federaation sosiaali- ja terveystaloudellisia linjauksia, joissa painotetaan väestömäärän kasvua, terveyden edistämistä ja palvelujärjestelmän kehittämistä (Kon-

Taulukko 1. Vuosina 2004–2009 toteutuksessa olleet sosiaali- ja terveysalan lähialueyhteistyön hankekokoisuudet ja niille myönnetyt määrärahat kolmella eniten rahoitetulla painopistealalla

Hankekokoisuus	Milj. €
Tartuntatauti-ehkäisy HIV/AIDSin ehkäisy 2,4 milj. € Tuberkuloosin ehkäisy ja hoito 1,3 milj. €	3,7
Terveyden elämäntapojen ja hyvinvoinnin edistäminen Huumeiden ja alkoholin käytön ehkäisy ja vähentäminen 2 milj. € Terveyden edistämispolitiikka ja lasten ja nuorten terveyden edistäminen 1,8 milj. €	3,8
Sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja hallinnon kehittäminen, mm. perusterveydenhoidon alalla Sosiaalityön ja vammaispalveluiden kehittäminen 1,2 milj. € Perusterveydenhuollon kehittäminen ja sosiaali- ja terveysalan hankkeiden sekä pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveystalouden asiantuntijaryhmien koordinaatio 1,1 milj. € Työterveys ja -turvallisuus 0,8 milj. €	3,1

septio 2010¹). Arviointiraportin mukaan lähialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjät, hallintovirkamiehet, opettajat ja käytännön työntekijät ovat suoraan hyötynneet hankkeista ja asiakkaat ja kansalaiset välillisesti. Tartuntatautihankkeiden tuloksena useat organisaatiot ja alan työntekijät ovat omaksuneet uusia näyttöön perustuvia hoito- ja ehkäisykäytäntöjä.

Suomessa hanketoiminnan arvioitiin hyödyttäneen viranomaisia ja asiantuntijayhteisöä tuottamalla ajantasaista tietoa naapurimaan sosiaali- ja terveysoloista (mm. tartuntatautilanteesta), luomalla työpaikkoja ja lisäämällä kansainvälisen projektitoiminnan osaamista. Yhteistyö ja tiedonvaihto Suomen ja lähialueiden välillä on helpottunut ja ennakkoluulot ovat vähentyneet.

Suomen lähialueyhteistyöjärjestelmän arvioidaan myös vaikuttaneen EU:n ja Venäjän välisiin suhteisiin (Radvilavicius & Mezhevich 2010) ja suomalais-venäläinen yhteisöinstrumentti on tarjonnut esimerkin EU:n rahoittamalle yhteistyölle EU:n ulkorajoilla (vuonna 2010 uudistuneet ENPI CBC -ohjelmat², joista itä- ja pohjoissuomalaiset organisaatiot voivat hakea rahoitusta kehittämishankkeisiin yhdessä naapurimaan partnereiden kanssa).

Tulevaisuuden haasteet

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöstä on saatu hyviä toimintamalleja muun muassa tiedonvaihtoon ja erilaisten terveysuhkien torjuntaan. Kansanterveysyhteistyön kannalta on tärkeää, että hanketoiminta ulotetaan terveyden edistämisen ajattelutavan mukaisesti edelleen myös oman sektorin ulkopuolelle, esimerkiksi ympäristö- ja liikenneasioihin, kunnallishallintoon sekä taloudelliseen yhteistyöhön. Hankkeet kohdistuivat 1990-luvulla ennen muuta rajantakaisten venäläisalueiden kehittämiseen ja hankkeiden rahoittaja oli pääasiassa Suomi. Tulevaisuudessa aihepiirien on paremmin vastattava molempien maiden yhteisiä hyvinvointi- ja terveystavoitteita ja rahoituksen on jakaannuttava tasapuolisesti Suomen ja Venäjän kesken. Kansainvälisen (monenvälisen) yhteistyön merkitys tulee kasvamaan, sillä Suomen valtion rahoittama yhteistyö on käytännöllisesti katsoen lakannut vuonna 2013. Nykyisin toimii kolme EU:n tukemaa ENPI CBC-rajaa-alueyhteisyysohjelmaa (Kolarctic Russia, Karelia-Russia ja South-East Finland–Russia) Suomen ja Venäjän rajalla (EAY/ENPI 2007–2013), jotka rahoittavat myös sosiaali- ja terveysalan hankkeita. Lisäksi tärkeä yhteistyöfoorumi on Norjan ja Suomen aloitteesta vuonna 2003 käynnistetty pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveyskumppanuusohjelma, jonka avulla torjutaan tarttuvia tauteja ja elintapasairauksia sekä parannetaan Luoteis-Venäjän alu-

1 Konseptio (ven. концепция) on politiikkaa ohjaavaa periaatepäätös.

2 ENPI CBC = European Neighbourhood and Partnership Instrument Cross Border Cooperation (Eurooppalaisen naapurisuuden ja kumppanuuden väline: Rajat ylittävä yhteistyö)

een asukkaiden hyvinvointia ja elämänlaatua. Tätä ohjelmaa rahoittavat pohjoisten alueiden valtiot sekä EU.

Lähteet

- Aarva, Pauliina (2011a) Suomen ja Venäjän välinen sosiaali- ja terveysalan lähialueyhteistyö vuosina 2004–2009. Evaluaatioreportti. Helsinki: Ulkoasiainministeriö.
- Aarva, Pauliina (toim.) (2011b) Suomen ja Venäjän välinen lähialueyhteistyö vuosina 2004–2009. Evaluaatioreportti. Helsinki: Ulkoasiainministeriö.
- EAY/ENPI 2007–2013. Yhteistyö yli rajojen. Esite. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö ja ulkoasiainministeriö.
- Hallitusohjelma 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Konseptio (2010) Konseptio Venäjän federaation terveydenhuollon kehittämiseksi vuoteen 2020 mennessä. <http://www.zdravo2020.ru/concept>. Haettu 27.11.2010. (Venäjänkielinen)
- Lähialueyhteistyösopimus (1992) Suomen tasavallan hallituksen ja Venäjän federaation hallituksen välinen sopimus yhteistyöstä Murmanskin alueella, Karjalan tasavallassa, Pietarissa ja Leningradin alueella. Helsinki 20.1.1992.
- Radvilavicius, Sarunas & Mezhevich, Nikolay (2010) Role of Cross-Border Cooperation between the European Union and the Russian Federation in Bilateral and Regional Economic Development Programmes. Prepared by Sarunas Radvilavicius and Nikolay Mezhevich within the project “Cross-border cooperation in the context of EU-Russia Regional Dialogue”. (119860/C/CV/multi LOT No7).
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön kansainvälisen toiminnan linjaukset 2008–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Strategia (2004) Tuesta kumppanuuteen – Suomen lähialueyhteistyön strategia. Ulkoasiainministeriö 22.4.2004. Helsinki.
- Venäjä-toimintaohjelma (2009) Valtioneuvoston periaatepäätös 16.4.2009. Ulkoasiainministeriön julkaisuja 3/2009. Helsinki.
- Venäläinen Raisa (2011) Suomalaisten kansalaisjärjestöjen lähialueyhteistyö Venäjällä vuosina 2004–2009. Evaluaatioreportti. Helsinki: Ulkoasiainministeriö.
- WHO (2010) World Health Organization. Data and statistics. <<http://www.who.int/research/en/>>, <<http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>> ja <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf> Haettu 27.11.2010

43 Terveysalan kehitysyhteistyö

Kehityspolitiikalla tarkoitetaan kansainvälistä ja kansallista yhteistoimintaa, jossa eri alojen toimintapolitiikoilla vaikutetaan kehitysmaiden asemaan. Näitä politiikan lohkoja ovat esimerkiksi turvallisuuspolitiikka, kauppapolitiikka, maa- ja metsätalouspolitiikka, koulutuspolitiikka, terveys- ja sosiaalipolitiikka, ympäristöpolitiikka, siirtolaispolitiikka ja tietoyhteiskuntapolitiikka. Kehitysyhteistyö on yksi kehityspolitiikan työkaluista ja terveysala yksi tärkeä kehitysyhteistyön sektori.

Nykyään rajanveto kehitykseen ja kehittyneen maan välillä voi olla ongelmallista, koska kehitysmaita on monenlaisia. Yhdessä ääripäässä on todella köyhiä konflikteista ja luonnonmullistuksista kärsiviä maita ja toisessa päässä nousevia talouksia, joissa on kukoistava ja laajeneva teollisuus ja joihin on muotoutunut köyhästä väestöosasta selvästi erottuva keskiluokka. Maailmanpankki luokittelee maat tulojen mukaan matala-, keski- ja korkeatuloisiksi maiksi. Myös sosiaalista kehitystä, kuten elinikää tai koulutustasoa, kuvaavia muuttujia voidaan käyttää maiden luokitteluun, esimerkkinä YK:n kehitysohjelman (UNDP) inhimillisen kehityksen indeksi. Kansainvälisessä politiikassa noudatetaan yleensä OECD:n (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö, Organisation for Economic Co-operation and Development¹) laatimaa kehitysmaiden listaa, jota päivitetään joka kolmas vuosi (OECD 2012). Listalla olevat maat on jaettu neljään ryhmään kansantulon mukaan, ja sillä olevat maat ovat oikeutettuja saamaan virallista kehitysapua (official development assistance, ODA) avunantajamailta.²

Maailman sairaustaakasta suurin osa on kehitysmaissa. Vauriissa maissa väestö kuolee vasta vanhuusiässä, useimmiten kroonisiin sairauksiin. Köyhissä maissa taas lapsikuolleisuus on yleistä ja tarttuvat taudit (mm. malaria, ripulitaudit, hengitystietulehdukset, hiv-tartunta) ja lisääntymisterveyteen liittyvät ongelmat muodostavat suuren osan maiden tautitaakasta, näin etenkin Afrikassa, Saharan eteläpuolisissa

1 OECD:n 34 jäsenmaata ovat: Australia, Belgia, Chile, Espanja, Hollanti, Irlanti, Islanti, Israel, Italia, Itävalta, Japani, Kanada, Korea, Kreikka, Luxemburg, Meksiko, Norja, Portugali, Puola, Ranska, Ruotsi, Saksa, Slovakia, Slovenia, Suomi, Sveitsi, Tanska, Tšekki, Turkki, Unkari, Uusi-Seelanti, Viro, Yhdistynyt Kuningaskunta ja Yhdysvallat.

2 Kehitysmää-termin ohella käytetään toisinaan samaa tarkoittaen ilmaisua ”kehittyvät maat” (developing countries). Erilaisia maihin liitettyjä ”kehitys”-termejä on myös arvoasteltu niihin sisältyvästä arvoarvostelmas- ta, joka asettaa vauraat ”kehittyneet maat” itsestään selvästi kehitysmaita paremmiksi. Tässä terveysalan kehitysyhteistyötä kuvaavassa kirjoituksessa ei oteta kantaa tähän keskusteluun.

maissa. Esimerkiksi Suomessa syntyneen tyttövauvan eliniänodote on yli 80 vuotta, kun Afganistanissa tai Mosambikissa syntyvät tytöt voivat odottaa elävänsä vain noin 50-vuotiaiksi. Ääripäiden väliin jäävät keskitulotason maat, jotka kantavat niin kutsuttua kaksinkertaista tautitaakkaa: perinteiset tartuntataudit ovat vielä voimissaan ja tappavat väestöä, mutta krooniset sairaudet lisääntyvät nopeasti. Sydän- ja verisuonitaudit ovat nousseet useimmissa kehittyvissä maissa yleisimmäksi kuolinsyyksi, muun muassa Latinalaisessa Amerikassa ja suuressa osassa Aasiaa ja myös Afrikkaa.

Kehitysmaiden väestön terveys on parantunut merkittävästi viime vuosikymmenien aikana – etenkin lasten terveys ja elinmahdollisuudet ovat paremmat. Alle viisivuotiaiden lasten kuolleisuus on pienentynyt lähes 12 miljoonasta vuonna 1990 alle seitsemään miljoonaan vuonna 2011. Kehitysmaissa ihmiset elävät nykyään terveemmin ja pitempään kuin 20 vuotta sitten. Yhä useammalla on varaa syödä vatsansa täyteen ja juoda puhdasta vettä. Myös lääkkeet tehoavat ja terveyspalvelut toimivat entistä paremmin. Ihmiset tietävät, kuinka huolehtia omasta ja läheistensä terveydestä. Kansallisella tasolla väestön hyvä terveys käsitetään yhdeksi kestävä kehityksen ja taloudellisen vaurauden osatekijäksi myös köyhimmässä maissa. Terveiden elämäntapojen edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyspalveluiden takaaminen väestölle ei ole enää vain rahaa kuluttavaa toimintaa, vaan se katsotaan sijoitukseksi tulevaisuuteen.

Terveysalan kehitysyhteistyö alkoi hyväntekeväisyystyöstä ja ammatillisesta toiminnasta siirtomaavaltujen ja niiden alusmaiden välillä. Yhteistyö keskittyi enimmäkseen tarttuvien tautien torjuntaan ja epidemioiden rajoittamiseen. Vähitellen terveysalan kehitysyhteistyöstä muodostui osa vauraiden avunantajamaiden yleistä kehitysyhteistyötä. Kymmenen viime vuoden aikana terveysalan kehitysyhteistyömäärärahat ovat kasvaneet hieman yli 6 miljardista dollarista yli 20 miljardiin (WHO 2011; IHME 2011). Kasvuun on eniten vaikuttanut lisääntynyt hiv-tartunnan ehkäisyyn ja aidsin vastaiseen toimintaan kohdistunut rahoitus. WHO:n mukaan vuoden 2009 terveysavusta yli 60 prosenttia kohdentui kuudenteen vuosittain tavoitteeseen (aidsin, malarian ja tuberkuloosin vastainen toiminta), tosin viime vuosina tämä terveysavun osuuden kasvu on vähentynyt ja muun muassa äitiys- ja lasten terveyteen kohdentuva apu kasvanut (IHME, 2011). Kahden viime vuoden aikana terveyteen kohdennettujen määrärahojen yleinen kasvu on vähentynyt (OECD 2011). OECD:n kehitysapukomiteaan (Development Assistance Committee, DAC³) kuuluvista maista vuosina 2006–2007 suurimman prosenttiosuuden kehitysavustaan terveysalalle kohdensivat Yhdistynyt Kuningaskunta (UK) (40 %), Irlanti (40 %), Luxemburg (36 %), Yhdysvallat (28 %) ja Kanada (25 %). Samoina vuosina Suomen kehitysavun määrärahoista 13 prosenttia ohjautui terveysalalle (OECD 2009.)

3 DAC:in jäsenmaat ovat: Australia, Belgia, Espanja, Hollanti, Irlanti, Italia, Itävalta, Japani, Kanada, Etelä-Korea, Kreikka, Luxemburg, Norja, Portugali, Ranska, Ruotsi, Saksa, Suomi, Sveitsi, Tanska, Uusi-Seelanti, Yhdistynyt Kuningaskunta, Yhdysvallat ja Euroopan unioni.

Vuonna 2008 Euroopan unionin ja sen jäsenmaiden antama kehitysyhteistyö muodosti 65 prosenttia globaalista kehitysavusta mutta vain 39 prosenttia terveysavusta. WHO on suositellut, että 15 prosenttia kaikesta kehitysavusta kohdentuisi terveysalalle, ja kun yleinen YK:n suositus on antaa vuoteen 2015 mennessä 0,7 prosenttia avunantajamaiden kansantulosta kehitysyhteistyöhön, tulisi terveysavun siten olla 0,1 prosenttia kehitysapua antavien maiden kansantulosta. Tähän prosenttilukuun ei mikään EU:n avunantajamaista nykyään yllä, lähimpänä on UK (AFGH 2011).

Terveysalan kehitysyhteistyön kentälle on viime vuosikymmenen aikana tullut lukuisia uusia toimijoita ja avun instrumentit ovat monipuolistuneet. Perinteisten kahdenvälisen, maantieteellisesti ja ajallisesti rajattujen hankkeiden lisäksi annetaan tukea kehityksmaan terveyssektorille yleisesti tai yleisen budjettituen kautta terveyssektorin kehityssuunnitelmiin ja -ohjelmiin. Lukuisat kansainväliset ja kansalliset kansalaisjärjestöt ovat avunantajamaiden hallitusten ja kansainvälisten hallitusten välisten järjestöjen lisäksi merkittäviä toimijoita. Viime vuosina on myös perustettu satoja globaaleja kumppanuuksia, aloitteita ja yksityisten ja julkisten toimijoiden verkostoja, joiden toiminta useimmiten kohdistuu yhteen tautiin tai tautiryhmään liittyviin ongelmiin. Terveysalan kehitysyhteistyöhön on myös tullut mukaan uusia avunantajia, kuten Kiina, Brasilia, Intia ja Venäjä, jotka eivät ole OECD:n kehitysapukomitean jäseniä.

Terveysalan kehitysyhteistyön niin kutsutun arkkitehtuurin (health aid architecture⁴) pirstaleisuus kostaatuu kehitysmaiden tasolla, kun maan omat voimavarat ja osaaminen eivät riitä useiden avunantajien kanssa toimimiseen ja rinnakkaisien apujärjestelmien, hankkeiden ja rahoittajien toiminnan hallinnoimiseen. Viime aikoina onkin puhuttu paljon yleisesti kehitysyhteistyön tehokkuudesta, avun harmonisaatiosta, kehitysmaiden omistajuudesta ja kehitysavun rahavirtojen ja tuloksellisuuden läpinäkyvyydestä ja vastuuvollisuuksista. Tässä keskustelussa terveyssektoria on tutkittu yhtenä esimerkkisektorina ja pohdittu muun muassa sitä, tuottaako terveysavun parempi tehokkuus ja harmonisointi todella parempia terveysvaikutuksia vai ei (Dickinson 2011). Analyysien mukaan kehitysmaiden omistajuutta ja johtajuutta terveysjärjestelmien⁵ kehittämisessä tulee lisätä. Eri avunantajien tulee sitoutua lupaamaansa apuun pidemmällä tähtäimellä ja käyttää olemassa

4 Termi apuarkkitehtuuri tarkoittaa kaikkia kansainvälisiä ja kansallisia instituutioita, järjestelmiä ja työkaluja, joiden kautta kehitysyhteistyön rahallinen, tekninen ja asiantuntija-apu kulkeutuu avunantajamailta avunsaajamaille.

5 Terveysjärjestelmällä tarkoitetaan kaikkien niiden organisaatioiden, voimavarojen ja toimien kokonaisuutta, joiden ensisijaisena tarkoituksena on edistää terveyttä. Terveysjärjestelmän tavoitteena on parantaa terveydentilaa tuottamalla terveyttä tai lievittämällä sairautta tai toimintakyvyn vajetta ehkäisevän työn ja tehokkaan hoidon avulla. Terveystavoite koskee sekä hyvää tasoa että terveyden mahdollisimman tasaista jakautumista. Terveysjärjestelmän tulee vastata ihmisten avun ja palveluiden tarpeisiin yhdenvertaisesti ja tarpeenmukaisesti sekä varmistaa järjestelmän toimintaedellytysten kestävyys ja oikeudenmukaisuus. Toimivan terveysjärjestelmän ”rakennuspalikoita” ovat henkilöstö, rahoitus, teknologia ja lääkkeet, terveystietojärjestelmät, johtajuus ja hallinto sekä järjestelmän tuottamat palvelut.

olevia yhteisiä arvioiteja ja suunnitelmia oman apunsa ohjelmointiin. Globaalien terveysavun koordinaatiota tulee parantaa ja saada enemmän johdonmukaisuutta erilaisten aloitteiden toimintaan. Jo olemassa olevia terveyssektorin sitoumuksia, työkaluja ja sopimuksia tulee myös enemmän hyödyntää (TT HATS 2011.)

Jokaisessa kehitysmaassa on jo olemassa oleva terveyspalvelujärjestelmä, jonka uudistaminen ja kehittäminen – osana yleisen taloudellisen ja julkisen hallinnon kehittämistä – on yleensä maan terveysministeriön vastuulla. Terveysjärjestelmien kokonaisvaltainen kehittäminen on usein jäänyt lapsipuolen asemaan ulkopuolisten avunantajien esittäessä omia prioriteettejaan ja yhteen tautiryhmään keskittyviä toimintamallejaan. Viime vuosina tähän on kiinnitetty yhä enemmän huomiota ja pyritty koordinoimaan avunantajien suunnitelmia sekä keskustelemaan entistä enemmän kehitysmaan omista terveysprioriteeteista ja mitä kehitystä on todella mahdollista saada aikaan pitkällä aikavälillä ja maan omia resursseja hyödyntäen.

Terveys on otettu mukaan yhdeksi osaksi oikeusperustaista lähestymistapaa kehitykseen. Jokaisella ihmisellä on oikeus parhaimpaan saavutettavissa olevaan terveydentilaan, ja koska hallituksilla on vastuu kansalaistensa terveydestä, tulee kansalaisilla olla myös oikeus ja pääsy terveyspalveluihin ilman että heidän toimeentulonsa vaarantuu palveluiden kustannusten vuoksi; tätä tarkoitetaan termillä terveyskattavuus (universal health coverage). Tätä nykyä köyhimpien maiden asukkaat maksavat suurimman osan terveyspalveluiden kustannuksista suoraan omasta rahapussistaan, kun taas rikkaimmissa maissa terveyspalvelut kustannetaan yleensä julkisista, yhteisistä varoista. Jotta myös kehitysmaat voivat taata kansalaisilleen terveyskattavuuden, tarvitaan näissä maissa palvelujärjestelmän ja terveysrahoituksen uudistuksia. Mutta koska tällä haavaa kehitysmaiden käytettävissä oleva kansantulo ei millään riitä kattamaan tarvittavien terveyspalveluiden kustannuksia, tarvitaan myös tukea ja suoraa rahallista apua vauraimmilta mailta (Sachs 2012).

Lähteet

- Action for Global Health (AFGH 2011) Aid Effectiveness for Health. Towards the 4th High-Level Forum, Busan 2011: Making Health Aid Work Better. <<http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=266>>
- Dickinson, Claire (2011) Is aid effectiveness giving us better health results? HLPs Institute. <<http://www.hlps.org>>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2011) Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches. <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2011-continued-growth-mdg-deadline-approaches>>.
- OECD (2009) Measuring Aid to Health. <<http://www.oecd.org/dac/stats/health>>
- OECD (2011) Aid to Health. <<http://www.oecd.org/dac/stats/health>>
- OECD (2012) The DAC List of ODA recipients. <<http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/49483614.pdf>>
- Sachs, Jeffrey D. (2012). Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet* Vol 380. September 8, 2012. <<http://www.thelancet.com>>
- TT HATS (2011) OECD Working Party on Aid Effectiveness. Task Team on Health as a

Tracer Sector (TT HATS) Progress and challenges in aid effectiveness. What can we learn from the health sector? <<http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/48298309.pdf>> WHO (2011) From Whom to Whom? Official Development Assistance for Health.

Commitments 2002–2009. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSS_HDS_2011.1_eng.pdf>
WHO Governance and aid effectiveness webpage (accesses 24.9.2012). <http://www.who.int/gho/governance_aid_effectiveness/en/index.html>.

Lopuksi: terveystpolitiikka edistää, ehkäisee, suojelee ja hoitaa

Tähän yhteenvedoon on poimittu keskeisiä ajatuksia erityisesti kirjan niistä luvuista, joissa terveystpolitiikkaa käsitellään verrattain yleisesti. Esimerkkejä on mahdollisuuksien mukaan poimittu myös erityisiin politiikan osa-alueisiin kohdistuvista luvuista, mutta jo tilan vuoksi kaikkien lukujen perusajatuksia ei ole tiivistetty tähän yhteenvedoon. Lopuksi pohdimme kirjan perusteella nykyisiä ja tulevaisuuden tehtäviä ja tutkimustarpeita.

Laaja-alainen terveystpolitiikka

Terveystpolitiikka edellyttää toimintaa monella yhteiskunnan alueella ja tasolla. Terveystpolitiikan laaja-alaisuutta selittää se, että terveys koskettaa aina väestöä ja ihmistä koko elinkaaren ajan sikiönkehityksestä ja syntymästä kuolemaan asti. Terveyden ja sairauden tarkastelussa on puolestaan otettava huomioon luonnonympäristön ja sosiaalisen ympäristön likimain kaikki ajateltavat alueet, mikä merkitsee sitä, että terveystpolitiikan hahmottamisessa joudutaan käyttämään hyvin laaja-alaista tiedollista ja tieteellistä valikoimaa lähtien peruluonnontieteistä ja lääketieteestä, jatku- en yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin sekä politiikan tutkimukseen ja filosofiaan. Terveyttä koskeva tieto on myös kokemuksellista, ja väestön eri ryhmien käsityksiä terveydestä ja sairauksien syistä tulisi myös käyttää terveystpoliittisen toiminnan pohjana.

Kirjan eri luvuissa on todettu, että terveystpolitiikkaa on vaikea määritellä ja rajata. Tämän vuoksi terveystpolitiikan käsitettä ja alaa on pohdittu rinnan siihen läheisesti liittyvien terveyden edistämisen, kansanterveyden ja sosiaalilääketieteen käsitteiden kanssa. Näiden kaikkien sisältö ja rajaukset osoittautuvat monimerkityksellisiksi ja tulkinnallisiksi.

Terveystpolitiikka käsitetään tässä kirjassa terveyteen aktiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi, determinantiksi samaan tapaan kuin WHO:n terveyden sosiaalisia determinantteja käsitellyt komissio on tehnyt maailmanlaajuisessa aloitteessaan (CSDH 2008). Tarkastelun kohteena ovat terveystpolitiikan piiriin kuuluvien käsitteiden lisäksi tavoitteet ja sisällöt, arvot ja periaatteet sekä rakenteet ja toteuttamisen prosessit. Kirjassa painottuu erityisesti *toiminnallinen* puoli, ja terveystpolitiikan reaali- maailmaa

kuvataan myös eri tasoilla (kansainvälinen, EU-taso, kansallinen, alueellinen ja kunnallinen taso) sekä eri toimijoiden tulkitsemana.

Terveys ja sen kehitys

Suomalaisten terveys on useimpien keskeisten kansanterveysmittarien mukaan kohentunut viime vuosikymmeninä. Elinaika on pidentynyt ja toimintakyky parantunut. Kansanterveydellisesti keskeinen työikäisten sepelvaltimosairastavuus on vähentynyt, mutta toisaalta esimerkiksi allergioiden, diabeteksen, naisten keuhkosyövän ja mielenterveyden häiriöiden kansanterveydellinen merkitys on lisääntynyt. Myös alkoholiin ja huumeisiin liittyvät terveyshaitat ovat yleistyneet. Terveudessa on suuria väestöryhmien välisiä eroja. Suomalaisten miesten ja naisten elinajanodotteen ero on edelleen kansainvälisesti suuri. Myös sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat erityisesti miehillä suuria verrattuna moniin muihin maihin.

Terveyspolitiikka käytäntönä

Terveyspolitiikka on laaja-alaista käytännön toimintaa. Se pyrkii edistämään ja suojelemaan terveyttä eri tavoin sekä vastaamaan sairauksien hoidosta ja ehkäisemisestä osana terveyspalvelujärjestelmää. Terveyspolitiikan laaja-alaisuus näkyy toiminta-alueiden moninaisuutena. Väestön ja sen eri osaryhmien terveyttä määrittävät paljolti sosiaaliset tekijät, ja terveyteen vaikutetaan terveysalan ohella myös muiden politiikan lohkojen kautta. Tästä seuraa, että terveysalan olisi tavoitteidensa saavuttamiseksi välitettävä terveysasiantuntemuksensa riittävästi niille politiikan lohkoille, joiden kanssa yhteistyö väestön terveyden suojelemisessa ja edistämisessä on välttämätöntä.

Tällaista intersektoriaalista (sektorien välistä) terveystavoitteista yhteiskuntapolitiikkaa on Suomen terveyspolitiikassa hahmoteltu ja kehitetty 1970-luvulta lähtien. Esimerkkejä intersektoraalisista ohjelmista ovat kansainvälisesti laajaa huomiota saanut vuonna 1972 käynnistetty sydäntautien vähentämiseen tähdännyt Pohjois-Karjala-projekti ja maailmanlaajuisesti ensimmäinen kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma DEHKO 2000-luvulla. Hankkeissa kehitettyjä toimintatapoja on usein seurattu kansallisissa käytännöissä, suosituksissa ja ohjelmissa.

Terveystavoitteinen yhteiskuntapolitiikka koskee kansainvälistä, kansallista ja myös kunnallista tasoa. Kansallisten ja erillisten politiikan lohkojen lähestymistapojen perusteita ja kehityskulkuja avataan kirjassa myös historiallisesti ja yhteydessä kansainvälisen terveyspolitiikan kehitykseen. Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa vastaa periaatteiltaan terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan lähestymistapaa. Lähestymistavan esittelyssä kuvataan sen kehitystä, strategioita, politiikan tasoja, tavoitetta tukevaa lainsäädäntöä, rakenteita sekä käytännön työvälineitä.

Terveyspolitiikka on usein pitkäjänteistä ja monivaiheista toimintaa. Tulosten

saavuttaminen on välillä hidasta. Esimerkiksi tupakkapoliittinen lainsäädäntö saatiin voimaan 25 vuoden kuluttua vakuuttavasta tutkimusnäytöstä tupakoinnin vaarallisuudesta. Vuoden 1989 sepelvaltimotautikomitean mietinnön toimenpiteitä, jotka koskivat ravitsemuspolitiikan muuttamista sepelvaltimotautikuolleisuuden vähentämiseksi, voi pitää terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan pioneerityönä ja menestystarinana. Sellaisena ei sen sijaan voi pitää alkoholiverotukseen liittyvää politiikkaa. Alkoholiveron alentamisen negatiiviset seuraukset kansanterveydelle olivat suuria ja vieläpä etukäteen tunnettuja. Tupakkapolitiikka, alkoholipolitiikka ja ravitsemuspolitiikka ovat terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan esimerkkejä alueista, joissa päätöksiä ja toimenpiteitä tehdään sekä kansallisesti että ylikansallisesti. Tällöin erilaiset arvot ja intressit usein törmäävät toisiinsa ja terveyden puolesta tapahtuvan toiminnan liikuma-ala kapeutuu. Tämä asetelma usein vaikeuttaa kansallisen terveystavoitteiden toimeenpanoa.

Mielenterveystyötä ja -politiikkaa on kirjassa tarkasteltu myös horisontaalisesti ja esitelty perinteisemmän palvelunäkökulman lisäksi yhteyksiä eri politiikan alueille, kuten koulutuspolitiikkaan, ympäristöpolitiikkaan, asuntopolitiikkaan, innovaatiopolitiikkaan, talouspolitiikkaan, työllisyyspolitiikkaan, turvallisuuspolitiikkaan ja tietoliikennepolitiikkaan. Tämän esimerkin kautta avautuu hyvin se, miten välttämättömä on vaikuttaminen koko yhteiskunnassa, kun halutaan viedä terveystavoitteita eteenpäin.

Terveydensuojelu

Ympäristöterveyden merkitys väestön terveyden suojelussa on kasvanut globaalien ympäristömuutoksien myötä. Ympäristöterveys koskee montaa hallinnonalaa. Siihen luetaan fysikaalisten, biologisten ja kemiallisten tekijöiden lisäksi psykologiset, sosiaaliset ja esteettiset tekijät. Viimeksi mainitut jäävät usein vähemmälle huomiolle. Väestön terveyden suojelun merkitys on myös muuten korostunut kansainvälistyvän ja muuttuvan toimintaympäristön oloissa. Tarpeen on pitää yllä terveyttä suojaavia turvarakenteita. Globalisaation myötä infektioaudit saavat suuren huomion, mutta samalla on huolehdittava myös perinteisemmistä tehtävistä: kansallisesta rokotusohjelmista, elintarvikkeiden turvallisuudesta, puhtaasta juomavedestä ja yleisestä hygieniasta eri infektioiden torjunnassa.

Terveydenhuoltopolitiikka ja palvelut

Terveydenhuoltopolitiikka on yhteiskunnallisessa kontekstissa osa kansanterveyttä, taloutta ja työllisyyttä. Se on varsin moniulotteinen ja monitahoinen kokonaisuus useine erilaisine intressiryhmineen ja näkökulmineen. Terveydenhuoltopoliittista valtaa siirtyi 1990-luvulla paljon valtiolta kunnille, mutta kymmenen viime vuoden aikana voidaan nähdä hienoista siirtymää päinvastaiseen suuntaan. Suomalainen

pääosin 1960–1980-luvuilla rakennettu terveydenhuoltojärjestelmä perustuu pohjoismaiseen malliin, julkiseen rahoitukseen ja julkiseen tuotantoon. Suomen perusterveydenhuollon tiivis yhteys sosiaalihuoltoon on varsin ainutlaatuinen järjestely. Nyt järjestelmä on kuitenkin merkittävän rakennemuutoksen äärellä. Tämä johtuu paljolti julkisen talouden paineista sekä julkisen ja yksityisen rahoituksen ja toiminnan rajan muuttumisesta. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenne tukee keskeisiä terveyspoliittisia tavoitteita, mutta terveydenhuollon rahoitus- ja tuotantorakenteessa on piirteitä, jotka jarruttavat terveydenhuollolle asetettujen tasa-arvo-tavoitteiden toteutumista. Terveydenhuoltojärjestelmä ei ole onnistunut kaventamaan terveyseroja tai edes pysäyttämään erojen kasvua. Terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite ei kaikilta osin toteudu suomalaisessa terveydenhuollossa.

Lääkepolitiikka on yksi terveydenhuoltopolitiikan keskeinen osa-alue. Lääkepolitiikka ei ole kuitenkaan pelkästään terveydenhuoltopolitiikan toimintakenttää, vaan myös vahvasti elinkeino- ja innovaatiopolitiikkaa. Suomessa pyritään vahvalla säätelyllä vähentämään taloudellisten intressien aikaansaamia lääkehuoltoon kohdistuvia negatiivisia vaikutuksia.

Mielenterveystyö on esimerkki monitahoisesta palvelukokonaisuudesta, jossa vastuu palveluista jakaantuu usealle toimijalle. Kokonaisuuden hallinta on vaativaa. Suomessa on edelleen huomattavia alueellisia eroja mielenterveyspalvelujen järjestämisessä. Mielenterveystyö ei ole vain häiriöiden ehkäisyä ja hoitamista, vaan yhä enemmän myös mielenterveyden edistämistä eri keinoilla. Mielenterveyttä voi edistää kuten muutakin terveyttä. Tämä unohtuu helposti terveyden edistämistä koskevassa keskustelussa.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat kehittyneet valtavasti viimeisten 50 vuoden aikana. Tässä kehityksessä on tunnistettu kolme vaihetta: 1) neuvolajärjestelmän kehittäminen, 2) sairaalahoidon kehittäminen ja 3) peruspalvelujen kehittäminen yli sektori- ja tasorajojen. Nykyisin ollaan rakentamassa uudenlaista ymmärrystä lasten ja nuorten kehityksen ja mielenterveyshäiriöiden ekologiasta ja kehittämässä myös palveluja samaan suuntaan.

Terveydenhoitaja on keskeinen toimija ehkäisevien terveyspalvelujen toteuttamisessa. Terveydenhoitajan työ koskee lähes koko väestöä. Työ on terveyden edistämistä, keskeisten kansanterveysongelmien ehkäisemistä ja sairauksien hoitamista. Kansainvälisesti tarkasteltuna suomalaisella terveydenhoitajalla on ainutlaatuisen laaja rooli yksilöiden ja perheiden terveyden vaalimisessa.

Terveyden edistäminen on tärkeä osa myös lääkärin toimenkuvaa. Terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisevää lääkärin toimintaa on hyödyllistä laajentaa kliinisestä yksilö- ja perhekohtaisesta työstä myös laajempaan terveyden edistämistoimintaan. Esimerkkeinä on hyvinvointistrategioiden laadintaan osallistuminen, kohdeväestön terveyden seuranta ja ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelu myös väestötasolla. Kyse ei ole medikalisaatiosta, vaan sellaisiin epäkohtiin puuttumisesta

ta, joilla on merkitystä väestön eri ryhmien terveydelle. Lääkärin rooli laajenee siten sairauksien hoitamisesta terveyden asianajajaksi.

Terveyspolitiikka kansainvälistyy

Suomen kansanterveys ja suomalainen terveyspolitiikka ovat yhä enemmän kytköksissä laajempiin kansainvälisiin ja globaaleihin ilmiöihin ja vaikutuksiin sekä toimintatapoihin ja toimijoihin.

Euroopan unionin merkitys kansalliselle terveyspolitiikalle on kasvanut. Euroopan unionin harjoittaman terveyspolitiikan vaikutukset kansalliseen terveyspolitiikkaan ovat kuitenkin usein vähäisempiä kuin sellaisten toimien, joita tulkitaan perusvapauksiin ja sisämarkkinoihin liittyvinä asioina. EU:n keskeiset perusvapaudet eli henkilöiden, tavaroiden, palveluiden ja pääoman vapaa liikkuvuus ja näiden tulkinta voivat heijastua esimerkiksi kansallisiin palvelujen järjestämisen tapoihin. Euroopan unionin talouspolitiikka vaikuttaa jäsenmaiden julkisen sektorin kokoon ja toimintaan ja sitä kautta palvelujärjestelmien kokonaisresursseihin ja siihen, miten terveyspalvelut voidaan järjestää.

Kansanterveyden merkitys on kasvanut Euroopan unionissa 1990-luvulta lähtien. Terveyden suojelun korkean tason säilyttäminen mainittiin Maastrichtin sopimuksessa (1993) ja Amsterdamin sopimuksessa (1997) veloitettiin ottamaan huomioon kansanterveys ja terveydensuojelun korkea taso kaikissa politiikoissa. Euroopan unionin toimivalta on periaatteessa kattanut vain kansanterveyteen liittyvän yhteistyön, mutta tavaroiden kauppaan liittyvä jakamaton toimivalta saattaa ulottua myös kansanterveyden alueelle. EU:n politiikkaa ohjaavana painoituksena on kilpailukyvyyn kasvattaminen yritysten ja elinkeinoelämän lähtökohdista määritettyjen ja unionin toimintaa keskeisesti ohjaavien strategioiden kautta. Terveystavoitteet jäävät helposti muiden unionin toimintaa määrittävien tavoitteiden varjoon. Terveyspolitiikan tueksi ei myöskään kanavoida merkittäviä resursseja kuten maatalouspolitiikkaan tehdään. Monia kansanterveyden tai terveyspolitiikan tavoitteita voidaan kuitenkin pitää myös yhteisinä eurooppalaisina tavoitteina. Suomessa olisi olennaista hahmottaa Euroopan unionin lainsäädännön ja perussopimusten sekä unionin eri instituutioiden ja toimijoiden asema ja merkitys terveyspolitiikassa.

Kansainvälisessä ja globaalissa terveyspolitiikassa keskeinen rooli on Maailman terveysjärjestöllä, mutta myös muut YK:n erityisjärjestöt ja rahastot ovat tärkeitä samoin kuin monet muut globaalit toimijat, esimerkiksi Maailmanpankki, Maailman kauppajärjestö ja Kansainvälinen valuuttarahasto, sekä monet muut suuret kansainväliset järjestöt.

Globalisaation ja globaalien talouden integraation vaikutuksista keskeinen on eriarvoisuuden lisääntyminen. Eriarvoisuuteen liittyvät terveyserot maailman maiden välillä ja maiden sisällä ovat keskeinen Maailman terveysjärjestön Social Determinants of Health -komission aloitteen haaste. Kansainvälisessä terveyspolitiikassa

joudutaan luovimaan erilaisten poliittisten näkökohtien, voimavarojen ja intressiryhmien vaikutusten alaisina epävarmuuden oloissa ja diplomatian keinoihin tukeutuen. Kansainvälinen terveyspolitiikka on sinänsä laaja kokonaisuus, joka vaikuttaa monella tavoin siihen, miltä pohjalta terveyttä edistetään ja suojellaan myös Suomessa. Muun muassa rajat ylittävä yhteistyö terveyden turvaamiseksi on tärkeä osa kansainvälistä terveyspolitiikkaa. Kehitysmaiden ongelmat ovat tärkeä, mutta eivät ainoa kansainvälisen terveyspolitiikan aihealue. Suomi tekee terveysalan kehitysyhteistyötä niin sanottujen kehitysmaiden tai kehittyvien maiden kanssa. Terveys- ja sosiaalialalla tehdään myös lähialueyhteistyötä erityisesti Venäjän federaation luoteisten osien kanssa.

Päätelmiä

Tämän kirjan tavoitteena on ollut tehdä terveyspoliittisesta toiminnasta näkyvää ja samalla osoittaa sen tiedollista ja käytännöllistä laaja-alaisuutta. Terveyspolitiikka onkin aina neuvottelua tavoitteista ja arvoista ja siitä, kuinka tavoite muutetaan käytännön toimiksi ja päätöksiksi, joilla myös turvataan resurssit tälle toiminnalle. Onnistuneen laaja-alaisen terveyspolitiikan tulee perustua strategiseen ja normatiiviseen suunnitteluun, jossa määritellään toiminnan päämääriä ja suuntia. Keskeisiä suuntia Suomessa ovat ehkäisevä terveyspolitiikka eri muodoissaan ja palvelujärjestelmän peruspalveluita painottava toiminta. Jos keskitytään vain operatiiviseen, hoitolliseen tasoon, painottuvat helposti vaatimukset voimavarojen lisäämisestä, mutta ne eivät yksinään tuo terveyttä.

Terveys on arvona suomalaisille yksi tärkeimmistä. Arvopohja on siis tältä osin terveyspolitiikalle hyvin suotuista. Tämä arvo ei kuitenkaan mitenkään automaattisesti siirry päätöksentekoon tai edes lainsäädäntöön, vaan se häviää usein muille arvoille, esimerkiksi taloudellisille. Kirjan luvut kuvaavatkin hyvin terveyspoliittiseen toimintaan liittyviä intressiristiriitoja.

Terveyspoliittisessa toiminnassa on myös sisäisiä jännitteitä esimerkiksi palveluita ja sairauksien hoitoa painottavan sekä ehkäisevän terveyspolitiikan välillä. Palvelulähtöistä terveyspolitiikkaa unohtamatta suuntaa tulisi voida kääntää enemmän ehkäisevän terveyspolitiikan suuntaan. Tämän tulisi näkyä myös voimavarojen lisäämisenä. Lisäksi on havaittavissa, että terveyspoliittisessa keskustelussa on taipumusta painottaa yksittäisiä syytekijöitä kokonaisuudesta irrallaan. Näitä kokonaisuuden osia ovat terveyden vaikuttavat eri tason tekijät, kuten terveydenhoidollinen toiminta, proksimaaliset riskitekijät tai terveyttä edistävät tekijät ja niitä välittävät elintavat ja kauempana olevat distaaliset tekijät, kuten riskiolosuhteet. Nämä eri osat tulisi ottaa huomioon terveyspoliittisen toiminnan suunnittelussa. Tarvitaan laaja terveyspoliittisen toiminnan tiekartta, jossa eri osa-alueiden merkitys tehdään näkyväksi ja merkitykselliseksi. Tämä vaatii monien eri tieteenalojen asiantuntemuksen hyödyntämistä.

Eriytyinen terveystoliittinen ongelma, ei vain Suomessa, on kysymys sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttamisesta. Se liittyy jo neljä vuosikymmentä sitten hahmoteltuun hyvän terveyden tason ja sen mahdollisimman tasaisen jakautumisen ongelmaan. Näiden tavoitteiden välillä voi myös ilmetä jännitettä. Ongelmaa on yritetty ratkaista pitkään, mutta terveyserojen säilyminen tai kasvaminen osoittaa, ettei politiikka ole ollut onnistunutta, riittävää ja aina mahdollistakaan. Ensimmäinen askel tämän jännitteen purkamisessa tuntuu edelleenkin olevan pohtia terveyserojen käsitteellistä ongelmaa ja sitä, minkä tason tekijöillä voidaan vaikuttaa terveydellisen eriarvoisuuden vähentämiseen unohtamatta sitä, että terveydenhuollon tulisi olla tiennäyttävä terveydellisen eriarvoisuuden vähentäjänä. Terveyden edistämisessä ja ehkäisevässä terveystoliitikassa olisi myös selvästi otettava pohdintaan terveyden edistämistoimien suhde eri väestöryhmiin. Terveys on kyllä edistynyt, mutta ei kaikilla. Huolestuttavimpia ovat tiedot siitä, että joillakin väestöryhmillä terveys on jopa heikentynyt.

Huomionarvoista on myös se, että terveystoliitikan opetukseen ja tutkimiseen on osoitettu vähän voimavaroja. Eniten lienee tutkittu terveydenhuoltojärjestelmää, mutta edes terveyspalvelujärjestelmän nykyistä tutkimusta ei voitane pitää riittävänä oloissa, joissa rakenteita muutetaan nopeasti ja syvällisesti. Tarpeen on terveystoliittisen toimintasisällön ja toteuttamisen prosessien tutkimus. Terveystoliitikan tuloksia (outcome) painottuva tutkimus ei riitä, koska se ei selitä, millä keinoilla ja toiminnoilla tavoitteisiin päästään – tai ei päästä. Tämä on terveystoliittisessä toiminnassa keskeistä.

Suomessa meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistus korostaa tämän kirjan ajankohtaisuutta. Kirjassa otetaan kantaa suomalaisen terveystoliitikan ja terveydenhuoltopoliitikan periaatteisiin, joita on edelleen tärkeää pitää esillä ajankohtaisessa terveyspalvelujärjestelmää koskevassa keskustelussa. Kirjan kirjoittajien laajan asiantuntevien artikkelin perusteella voidaan todeta, että huomiota on kiinnitettävä terveydenhuollon kollektiiviseen rahoitukseen sekä terveydenhuollon arvoihin, joita ovat universaalisuus, yhdenvertaisuus ja solidarisuus. Palvelujen tarpeen mukainen hyvä saatavuus, niiden hyvä laatu ja turvallisuus sekä taloudellinen kestävyys ovat vastedeskin olennaisia terveydenhuoltopoliitikan tavoitteita.

Kirjoittajat

KIRJAN TOIMITUSRYHMÄ:

Marita Sihto, VTT, erikoistutkija, THL

Hannele Palosuo, VTT, erikoistutkija, THL

Päivi Topo, VTT, dosentti, johtaja, Ikäinstituutti

Lauri Vuorenkoski, LT, terveystieteiden asiantuntija, Suomen Lääkäriliitto

Kimmo Leppo, LKT, MSc, dosentti, terveysylijohtaja, STM (eläkkeellä)

MUUT KIRJOITTAJAT:

Mervi Aalto-Kallio, KM, arviointipäällikkö, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

Pauliina Aarva, YT, dosentti, toimitusjohtaja, Socon – Social and Health Consultants Oy

Marja Anttila, LKT, kehittämisspäällikkö, THL

Jarkko Eskola, LL, psykiatrian erikoislääkäri, MSc, ylijohtaja, STM (eläkkeellä)

Mika Gissler, FT, VTM, dosentti, tutkimusprofessori, THL

Mari Hakkala, FM, suunnittelija, Turun kaupunki (eläkkeellä)

Pertti Honkanen, VTT, johtava tutkija, Kansaneläkelaitos

Marja-Liisa Honkasalo, LKT, professori, Turun yliopisto

Sirpa-Liisa Hovi, FT, tutkimuspäällikkö, THL

Mikko Jauho, VTT, erikoistutkija, Kuluttajatutkimuskeskus

Vappu Karjalainen, YTT, dosentti, erikoistutkija, THL

Ilmo Keskimäki, LT, dosentti, tutkimusprofessori, THL ja professori (ma.) Tampereen yliopisto

Meri Koivusalo, LT, MSc, erikoistutkija, THL

Simo Kokko, LKT, erikoislääkäri, dosentti, ylilääkäri, yksikön johtaja, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Seppo Koskinen, LT, VTM, MSc, dosentti, tutkimusprofessori, THL

Pirjo Koskinen-Ollonqvist, FM, erityisasiantuntija, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

Tiina Laatikainen, LT, professori, Itä-Suomen yliopisto ja tutkimusprofessori, THL

Eero Lahelma, VTT, professori, Helsingin yliopisto

Johanna Lammintakanen, FT, ma. professori, Itä-Suomen yliopisto

Juhani Lehto, VTT, professori, Tampereen yliopisto

Hanna Lintula, TtM, ylitarkastaja, Lounais-Suomen aluehallintovirasto

Kristiina Manderbacka, VTT, dosentti, erikoistutkija, THL

Tuija Martelin, VTT, tutkimuspäällikkö, THL

Tapani Melkas, LKT, johtaja, STM (eläkkeellä)

Juha Moring, LKT, dosentti, ylilääkäri, THL

Helena Mussalo-Rauhamaa, FT, LKT, dosentti, aluehallintoylilääkäri, Etelä-Suomen aluehallintovirasto

Marjukka Mäkelä, LKT, MSc, tutkimusprofessori, THL ja professori Kööpenhaminan yliopisto

Eeva Ollila, LT, terveydenhuollon erikoislääkäri, dosentti, neuvotteleva virkamies, STM

Airi Partanen, THM, erikoissairaanhoitaja, kehittämisspäällikkö, THL

Marjaana Pelkonen, THT, terveydenhoitaja, dosentti, ylitarkastaja, STM

Markku Peltonen, FT, dosentti, osastojohtaja, THL

Pekka Puska, LKT, VTM, dosentti, Turun yliopiston kansleri, pääjohtaja, THL

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, FT, dosentti, neuvotteleva virkamies, STM

Päivi Rautava, LKT, professori, Turun yliopisto ja tutkimusylilääkäri Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Petri Ruutu, LL, sisätautien erikoislääkäri, dosentti, tutkimusprofessori, osastojohtaja, THL

Arttu Saarinen, VTT, yliopistonlehtori (ma.), Turun yliopisto

Simo Salminen, VTT, vanhempi tutkija, Työterveyslaitos

Päivi Santalahti, LT, lastenpsykiatrian erikoislääkäri, dosentti, ylilääkäri, THL

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, FT, dosentti, neuvotteleva virkamies, STM

Tytti Solantaus, LKT, lastenpsykiatri, dosentti, tutkimusprofessori, THL

Sakari Suominen, LT, dosentti, professori, Nordic School of Public Health ja Turun yliopisto

Vappu Taipale, LKT, dosentti, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry:n puheenjohtaja

Hanna Toiviainen, FT, YTM, suunnittelupäällikkö, ryhmäpäällikkö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira

Paula Vainiomäki, LT, yleislääketieteen ja terveydenhuollon erikoislääkäri, yleislääketieteen kliininen opettaja, Turun yliopisto/Turun yliopistollinen keskussairaala ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Mikko Vienonen, LKT, Pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveystumppanuus-asiantuntijaryhmän puheenjohtaja, STM

Pekka Virtanen, LT, dosentti, terveys sosiologian yliopettaja, Tampereen yliopisto

Päivi Voutilainen, TtT, dosentti, sosiaalineuvos, STM

Leena Warsell, VTT, THL (eläkkeellä)

Eeva Widström, HLT, EHL, VTK, professori Tromssan yliopisto ja ylilääkäri THL