

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kirkkokatu 14, Helsinki
PL 33, 00023 Valtioneuvosto
Puhelin 09-160 01 (vaihde)
Telekopio 09-160 74312

Pääsiihteeri Ritva Halila
Sähköposti ritva.halila@stm.fi
Puhelin 09-160 73834

Osastosihteeri Nina Lindqvist
Sähköposti nina.lindqvist@stm.fi
Puhelin 09-160 74357

Sähköposti etene@stm.fi
Internet www.etene.org

Tätä julkaisua myy ja välittää:

Yliopistopainon kirjamyynti
PL 4 (Vuorikatu 3 A)
00014 HELSINGIN YLIOPISTO
Puhelin (09) 7010 2363
Fax (09) 7010 2374
books@yliopistopaino.fi
www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti

ISSN 1458-6193
ISBN 978-952-00-2570-0



9 789520 025700

ETENE 19

Terveyden edistämisen

EETTISET HAASTEET



Terveyden edistämisen EETTISET HAASTEET

ETENE-julkaisuja 19

Terveyden edistämisen

EETTISET HAASTEET

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)

ISSN 1458-6193
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)

Kannen kuva: Matti Kolho

Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2008

TIIVISTELMÄ

Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), 8. kesäseminaari, Helsinki, 23.8.2007, 55 s. (ETENE-julkaisuja, ISSN 1458-6193:19) ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.), ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)

Terveys on yksi tärkeimmistä ihmisen itsensä kokemista hyvinvoinnin osatekijöistä. Terveys on monipuolinen ja moniselitteinen käsite, johon liittyy paitsi objektiivinen, mitattavissa oleva elimistön toimintatila myös subjektiivinen, kokemuksellinen sekä yhteiskunnallinen näkökulma.

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka antaa ihmisille mahdollisuuden kontrolloida ja parantaa terveyttään. Terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon toimintaa, vaan siihen vaikuttavat monet muut yhteiskunnan sektorit. Terveet elämäntavat opitaan jo nuorena. Koulutus, työelämä ja harrastukset vaikuttavat merkittävästi yksilön kykyyn ylläpitää ja kohentaa terveyttään. Yhteiskuntasuunnittelu vaikuttaa mm. siihen, kuinka yhteisön jäsenet pystyvät toimimaan arjessa ja miten hyväksi he kokevat oman terveytensä.

Yksi terveyden edistämisen ajankohtaisimmista eettisistä kysymyksistä liittyy kysymykseen oikeudenmukaisuudesta ja tasavertaisuudesta. Suomessa väestöryhmien väliset erot sekä terveyspalveluihin pääsyssä että myös terveyden kokemuksissa ovat kansainvälisesti verraten varsin suuria, ja ne ovat viime vuosina kasvaneet.

Jos terveyseroihin halutaan vaikuttaa, olisi voimavaroja suunnattava sellaisten ryhmien terveyden edistämiseen, joiden kokema terveys on huonoin, ja joilla omat mahdollisuudet terveytensä ylläpitoon ja edistämiseen ovat heikoimmat.

Asiasanat: arvot, etiikka, oikeudenmukaisuus, tasavertaisuus, terveyden edistäminen, terveydenhuolto, terveys

SAMMANFATTNING

Etiska utmaningar för främjandet av hälsan. Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE), 8:e sommarseminarium, Helsingfors, 23.8.2007, 55 s. (ETENE:s publikationer, ISSN 1458-6193:19) ISBN 978-952-00-2570-0 (inh.), ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF).

Hälsa är en av de viktigaste bidragande faktorerna till välbefinnandet som människan själv upplever. Hälsa är ett mångsidigt och flertydigt begrepp som inbegriper förutom det objektiva, mätbara tillståndet för kroppens funktioner också en subjektiv, upplevelserelaterad och samhällelig aspekt.

Främjandet av hälsan är verksamhet som ger människan möjlighet att kontrollera och förbättra sin hälsa. Det är inte bara fråga om verksamhet som drivs inom hälsovården utan det påverkas även av flera andra sektorer i samhället. Man lär sig de hälsosamma levnadsvanorna redan i unga år. Utbildningen, arbetslivet och fritidsintressena inverkar betydligt på en människas förmåga att upprätthålla och förbättra sin hälsa. Samhällsplaneringen påverkar bl.a. hur medlemmarna i ett samhälle kan fungera i vardagslivet och hur bra deras subjektiva hälsa är.

En av de mest aktuella etiska frågorna när det gäller hälsofrämjandet hänför sig till frågan om rättvisa och jämlikhet. I internationell jämförelse är skillnaderna mellan befolkningsgrupperna i Finland tämligen stora med avseende på både tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och upplevelsen av den egna hälsan, och dessa har ökat på senare år.

Om man vill åtgärda hälsoskillnaderna ska mera resurser riktas till att främja hälsan hos sådana grupper som upplever sin hälsa som sämst och vilkas möjligheter att upprätthålla och främja sin hälsa är svagast.

Nyckelord: etik, hälsa, hälsofrämjande, hälso- och sjukvård, jämlikhet, rättvisa, värden

SUMMARY

Ethical Challenges in Health Promotion. National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE), 8th Summer Seminar, Helsinki, 23th August, 2007, 55 pp. (ETENE Publications, ISSN 1458-6193:19) ISBN 978-952-00-2570-0 (print), ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF).

Health is one of the most important contributory factors to the wellbeing experienced by people themselves. Health is a multifaceted and ambiguous concept involving, apart from the objective, measurable state of functioning of the human body, also a subjective, experience-based and social aspect.

Health promotion is an activity that enables people to control and improve their health. Health promotion is not only an activity of the health care system but it is also influenced by many other sectors of society. Healthy life habits are learned at a young age. Education, worklife and interests and hobbies considerably influence an individual's ability to maintain and improve his or her health. Social planning affects e.g. how the members of a community are able to operate in everyday life and how good their subjective health status is.

One of the most topical ethical questions in the context of health promotion is related to the issue of justice and equality. In Finland, inequalities between the population groups in both the access to health care services and in experiencing health are fairly considerable in international comparison, and they have even increased over the last few years.

If we want to tackle health inequalities, resources should be allocated to promoting the health of such groups whose subjective health status is poorest and who have the weakest capacity to maintain and promote their health.

Key words: ethics, equality, health, health care, health promotion, justice, values

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	3
Sammanfattning	4
Summary	5
Sisällysluettelo	7
Terveyden edistäminen ja etiikka	9
Johdanto.....	9
Suomalaisten terveys ja sen muutokset	10
Terveyden eriarvoisuus	11
Terveyden edistäminen ei ole pelkästään terveydenhuollon tehtävä	12
Miksi terveyden edistämisen etiikkaa	12
Lopuksi	14
Kirjallisuutta	15
Ehkäisevä terveydenhuolto ja etiikka <i>Markku Lehto</i>	16
Kuka määrää ihmisen hyvän: ihminen itse vai ulkopuolinen? <i>Terho Pursiainen</i>	19
Johtopäätökset: kymmenen ajatusta ihmisen hyvästä	19
Perustelut	19
Objektiivinen ja näkökulmasidonnainen hyvä	19
Moraalisen individualismin periaate ja utilitarismi	19
Kumppanuuden näkökulma	20
Moraalisen individualismin periaatteen riittämättömyys	21
Kantilainen ihmisarvo	22
Hobbesilainen ihmisarvo	22
Periaatteitteni testitapaus: addiktio	23
Terveyden eriarvoisuus ja terveyden edistämisen keinot <i>Seppo Koskinen</i>	24
Terveyden eriarvoisuus Suomessa	24
Miksi terveyden eriarvoisuus on ongelma?	25
Mistä terveyden eriarvoisuus johtuu?	26
Terveyserojen kehitysnäkymiä	27
Miten terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää?.....	28
Päätelmät	28
Kirjallisuutta	29
Geenit terveyttä ennustamassa <i>Helena Kääriäinen</i>	31
Ihmisen vastuu ja oikeus päättää elämäntavoistaan <i>Mardy Lindqvist</i>	34
Suun terveys ja kansanterveys <i>Jukka Meurman</i>	36
Rokotusten etiikka: Hyvää, mutta millä hinnalla? <i>Juhani Eskola</i>	38
Kirjallisuutta	41
Millaisin eri keinoin voidaan vaikuttaa terveyteen, ja millaisin seurauksin? <i>Markku Pekurinen</i>	42
Työpaikka terveyden edistämisen areenaksi: Työoloihin, työn tekemisen mielekkyyteen ja elintapoihin voi vaikuttaa! <i>Harri Vainio</i>	43
Miten terveyden edistämistä voidaan mitata? <i>Harri Vertio</i>	44
Terveyden edistäminen?	44
Mittaamisen välineitä	44
Interventioiden vaikutukset	44
Terveyden edistäminen työpaikoilla	45
Terveyden edistämisen kehityssuuntia	46

Terveellistä elämäntapaa tukeva yhdyskunta <i>Marketta Kyttä</i>	47
Perinteinen vs. uusi ympäristöterveystutkimus	47
Elämäntavat ja fyysinen terveys erilaisissa yhdyskunnissa	48
Mahdollisuus elvyttäviin kokemuksiin	48
Ihmisen ja ympäristön välinen yhteensopivuus elinympäristön koetun laadun perustana	49
Tutkimusmenetelmänä pehmoGIS-kysely	49
Asukkaiden laatutekijät paikantuvat lähelle kotia	50
Elinympäristön koettu laatu on kytköksissä hyvinvointiin	51
Lopuksi	51
Kirjallisuutta	52
ETENE:n jäsenet ja varajäsenet	53
ETENE-julkaisut	54

Terveyden edistäminen ja etiikka

Johdanto

Terveys on yksi tärkeimmistä ihmisen itsensä kokemista hyvinvoinnin osatekijöistä. Terve ihminen voi hyvin, toteuttaa itseään, tavoittelee elämänsä päämääriä ja elää yhteisössään omien arvojensa mukaisesti. Terveydelle on monta määrittäjää ja määritelmää. Pelkistyneimmillään terveys määritellään sairauden poissaolona. Maailman terveysjärjestö (WHO) on pyrkinyt määrittelemään terveyden laajemmin ”täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi eikä ainoastaan sairauden puuttumiseksi”. Terveyden edistämisen näkökulmasta WHO taas kuvaa terveyttä ”enemmän keinoksi tai voimavaraksi, joka sallii ihmisten elää yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää”. WHO on myöhemmin tarkentanut terveyden käsitystä ulottumaan myös oikeuteen rauhaan, riittävään ruokaan, asuntoon, ekosysteemin tasapainoon, riittäviin taloudellisiin voimavaroihin. Järjestön mukaan terveyttä ei voi irrottaa yhteiskunnallisesta asiayhteydestään.

Mitä enemmän terveyteen liitetään myös siihen vaikuttavia tekijöitä, sitä vaikeampaa sitä on määritellä. Terveudessa voidaan nähdä kaksi näkökulmaa; objektiivinen, mitattavissa ja tutkittavissa oleva, sekä subjektiivinen, kokemuksellinen näkökulma. Allergiat, lievät neurologiset poikkeavuudet, kohonnut verenpaine ja kohonneet rasva- ja sokeriarvot ovat monien mielestä tautien riskitekijöitä, toisten näkemysten mukaan pitkäaikaisia sairauksia. Testeissä voidaan nähdä poikkeama normaalista, mutta testatut henkilöt tuntevat itsensä terveiksi. Lääkittynä tai lieväoireisina näistä poikkeamista ei ole juurikaan arjen harmia. Mekaaninen, mitattavissa oleva solujen, elimen tai elimistön häiriötila ei välttämättä viittaa sairauden olemassaoloon tai sen oireisiin. Mitä enemmän on menetelmiä mitata normaaleita ja poikkeavia rakenteita tai toimintoja, sitä enemmän poikkeavuuksiakin löytyy. Kokemuksellinen terveys vaihtelee eri kulttuureissa ja väestöryhmissä, ja se voidaan yhdistää sosiaaliseen hyväksytyksi tulemiseen, keskinäiseen kumppanuuteen ja yhteisön osana olemiseen. Monia kroonisia sairauksia sairastavat kokevat terveystutkimuksissa itsensä terveiksi, mikäli heillä ei ole tautiinsa liittyen hyvinvointiinsa tai toimintakykyysnäköisiä vaikutuksia.

Jos terveyden määrittely on ongelmallista, terveyden edistämisen määrittely on vähintäänkin yhtä vaikeaa. WHO määrittelee sen prosessina, joka antaa ihmisille mahdollisuuden kontrolloida ja parantaa terveyttään. Vaikka määrittely on vaikeaa, se on kirjoitettu mm. osaksi Suomen lainsäädäntöä. Suomen perustuslaki velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tehtävä on sairauksien hoidon ohella terveyden edistäminen. Terveyden edistäminen on kuitenkin vain osittain terveydenhuollon sektorin tehtävä. Mitä kehittyneempi yhteiskunta, sitä vähemmän terveydenhuolto vaikuttaa terveyteen, sen kokemiseen tai terveyden edistämiseen. Terveyteen vaikuttavat mm. liikenne ja sen turvallisuus, kauppa, erityisesti elintarviketeollisuus ja sen tuotteet, elinympäristö, rakentaminen ja asuminen, työllisyys ja sosiaaliturva. Yhteiskunnalliset päätökset vaikuttavat myös kansalaisten tasavertaisuuteen tai eriarvoisuuteen myös kokemansa terveyden suhteen. Kansainvälisissä vertailuissa onkin todettu, että väestön terveyden edistä-

misen keskeisiä tekijöitä ovat väestön varallisuus, pienet tuloerot ja demokratian toteutuminen.

Terveys on viime vuosina noussut suomalaisten tärkeimmäksi arvoksi, esimerkiksi maailmanrauhan tai muiden yhteisöllisten arvojen ohi. Terveyden arvostuksen kohoaminen liittyy minäkeskeisten arvojen korostumiseen yhteisöllisyyden sijasta. Suomalaisen Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan terveytensä arvioi hyväksi tai melko hyväksi yli neljä viidesosaa 30-44-vuotiaista, puolet 55-64-vuotiaista ja neljännes yli 75-vuotiaista. Työikäiset naiset kokivat olevansa terveempiä kuin miehet. Samassa tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että noin kolmannes 30-44-vuotiaista ja 80-90 % eläkeikäisistä ilmoitti sairastavansa jotain pitkäaikaista sairautta. Koetulla ja todetulla terveydellä on tässäkin tutkimuksessa selvä ero.

Suomen EU-puheenjohtajuuskaudella painotettiin terveyttä kaikissa politiikoissa. WHO ja monet muut kansainväliset järjestöt työskentelevät aktiivisesti ja pitkäjänteisesti terveyden edistämiseksi maailmassa. Terveyden ylläpitoon liittyvät toimenpiteet, kuten nälän poistaminen, tartuntatautien torjunta tai ympäristön saastumisen hidastaminen ja ehkäisy, edellyttävät entistä enemmän kansainvälistä yhteistyötä. Suomessa hallitus käynnisti vuonna 2007 terveyden edistämisen politiikkaohjelman, jonka tavoitteina ovat väestön terveydentilan parantaminen ja terveyserojen kaventaminen. Ohjelmassa on tarkoitus vahvistaa eri tahojen yhteisiä ja toisiaan tukevia toimia väestön terveyden edistämiseksi sekä parantaa väestön terveyteen vaikuttavien seikkojen huomioon ottamista kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa.

Terveys on siis tärkeä sekä yksilölle että koko yhteiskunnalle. Yksilö voi paremmin terveenä, ja yhteiskunta toimii sitä paremmin, mitä terveempi on sen väestö. Sairaudet aiheuttavat paitsi paljon inhimillistä kärsimystä myös kustannuksia ja tuotannon laskua. Näin terveys ja sen edistäminen onkin sekä yksilön että yhteiskunnan asia.

Suomalaisten terveys ja sen muutokset

1900-luvun alussa suomalaisten keski-ikä oli alle 50 vuotta. Tällöin lapsikuolleisuus oli maassamme korkea, perheet suuria ja väestö kärsi sairauksista, joista monia voidaan nykyään hoitaa. Vuonna 2007 Suomessa syntyneellä poikalapsella on tilastollista elinikää jäljellä 75,6 vuotta ja tyttölapsella 82,8 vuotta. Eliniän nopeaan pidentymiseen ovat vaikuttaneet paitsi elintason nousu myös terveydenhuollon toimenpiteet. Katava kansallinen rokotusohjelma vähensi merkittävästi sairastavuutta ja kuolleisuutta moniin vakaviin infektioauteihin. Isorokko, polio ja viimeisimpänä tuhkarokko ovat hävinneet kokonaan maastamme, isorokko koko maapallolta. BCG-rokotus poistettiin kansallisesta yleisestä rokotusohjelmasta keväällä 2006, koska vastasyntyneiden riski sairastua tuberkuloosiin on vähentynyt merkittävästi. Korkean rokotuskattavuuden on mahdollistanut hyvin kehittynyt neuvolajärjestelmä. Työikäisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt jopa 80 % 1960-luvulta, mutta edelleen sydän- ja verisuonitaudit ovat meillä merkittävä kuolinsyy. Kuolleisuuden laskuun ovat vaikuttaneet tupakoinnin väheneminen, ruokavaliomuutokset sekä myös verenpaineen ja veren rasva-arvojen tehokas lääkehoito. Myös itsemurhien määrä on laskenut 1990-luvulla.

Mielenterveyden häiriöiden sekä päihdesairauksien ehkäisy ovat yksi merkittä-

vistä Suomen tämän hetken ja lähitulevaisuuden suurista terveyden ja hyvinvoinnin haasteista. Masennus kuuluu suomalaisten merkittäviin kansantauteihin. Se on maassamme yksi yleisimmistä työkyvyttömyyden syistä. Masennuksen ehkäisy ja varhaisvaiheen tunnistaminen ja hoito ovat sekä yksilölle että yhteiskunnalle huomattavasti edullisempia kuin raskas erikoissairaanhoidon silloin, kun muita keinoja ei ole enää käytettävissä.

Terveyden eriarvoisuus

Eri väestöryhmien väliset terveyserot ovat maassamme moniin muihin maihin verrattuina suuret. Naiset elävät yli seitsemän vuotta pidempään kuin miehet. Miehillä pienituloisimman kymmenesosan kuolleisuus 30 ikävuoden jälkeen on 2,4-kertainen verrattuna suurituloisimpiin, naisilla se on 1,7-kertainen. Koulutuksella on myös huomattavan suuri vaikutus eliniän pituuteen: korkeakoulututkinnon suorittanut suomalainen mies elää keskimäärin 80-vuotiaaksi, enintään perustason tutkinnon suorittaneen keskimääräinen elinikä on vain 74 vuotta. Ero on kasvanut 1980-luvun jälkeen 4,7 vuodesta 6,2 vuoteen. Naisilla ero on kasvanut 2,7 vuodesta 3,6 vuoteen. Sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat Suomessa suuret verrattuna moneen muuhun Euroopan maahan.

Terveyden eriarvoisuutta selittävät erot elämäntavoissa: Vähemmän koulutetut tupakoivat enemmän, käyttävät alkoholia eri tavalla, liikkuvat vähemmän ja heidän ravintotottumuksensa ovat epäterveellisemmät kuin korkeammin koulutetulla väestönosalla. Alkoholi ja tupakka yhdessä aiheuttavat noin puolet miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista Suomessa. Lihavuus, liikunnan puute ja epäterveellinen ravinto aiheuttavat osan sosioekonomisista terveys- ja toimintakykyeroista. Vähiten koulutusta saaneista suurempi osa on lihavia kuin pidempään koulutetuista. Lihavuuden nopea yleistyminen etenkin alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä kasvattaa sosioekonomisia terveyseroja.

Koulutus muokkaa yksilön terveyteen liittyviä tietoja, arvoja ja arvostuksia sekä hänen ammattiuraansa. Ammatissa toimiminen säätelee henkilön työ- ja elinoloja, ohjaa hänen käyttäytymistään ja vaikuttaa hänen toimeentuloonsa. Taloudellinen tilanne puolestaan säätelee henkilön kulutusmahdollisuuksia ja asuinoloja. Elintapoihin vaikuttavat myös perinteet, muoti, arvot ja normit sekä mainonta ja markkinat. Näin koulutus vaikuttaa sekä ihmisen kokemaan että myös mitattuun terveyteen.

Elintavat eivät ole pelkästään yksilön oman valinnan tulos. Korkeasti koulutetut ja oppimiselle motivoituneet vanhemmat ohjaavat jälkikasvunsa useammin pitkään koulutukseen. Vaikka Suomessa koulutus on ilmaista ja siten kaikkien tavoitettavissa, edelleen akateemisen loppututkinnon suorittaneiden lapset päätyvät useammin korkeakouluun kuin ammattikoulutuksen tai niiden, joilla ei ole edes ammattitutkintoa. Syrjäytyminen, työttömyys, kouluttamattomuus ja sosiaalisten verkostojen puute periytyvät. Keinot niiden varhaiseen tunnistamiseen ja kuntouttamiseen ovat usein puutteellisia.

Perintötekijöissämme esiintyvät muutokset eivät ole valintamme tulosta. Jos perimä vaikeuttaa henkilön kykyä oppia tai altistaa esimerkiksi riippuvuudelle, hänen riskinsä keskeyttää koulu, joutua työttömäksi tai ajautua päihteiden ongelmakäyttäjäksi ovat keskimääräistä suuremmat. Syrjäytymiskehitys alkaa varhain – suomalaisissa pitkäaikaistutkimuksissa tämän on nähty alkavan jo ennen kouluikää.

Syrjäytymiseltä suojaavia tekijöitä on myös tunnistettu samoissa tutkimuksissa. Yhteiskunnalla pitäisikin löytyä keinoja tunnistaa ja toisaalta tukea lapsia ja perheitä sekä päästä puuttumaan ongelmalliseen kehitykseen riittävän varhain.

Terveyden edistäminen ei ole pelkästään terveydenhuollon tehtävä

Kansalaisten terveys ei ole pelkästään terveydenhuollon vastuulla. Terveyttä ylläpitävät monet ihmisen arkipäivän asiat, perhe, ystävät, työ ja vapaa-ajan harrastukset. Ihmisen elinympäristö vaikuttaa hänen terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Monien muiden yhteiskunnan sektorien toiminta vaikuttaa merkittävästi ihmisen terveyteen ja sen kokemiseen.

Lasten ravintotottumuksiin ja liikkumiseen voidaan vaikuttaa päivähoitossa ja koulussa. Koulujen toiminnasta vastaavat opetusviranomaiset, päivähoitosta kuntien sosiaalityöntekijät. Kouluruokailu on monien koululaisten, nimenomaan terveydellisessä riskissä olevien, joskus ainoa päivän kunnan ateria. Viime vuosikymmeninä koululiikuntaa ja kouluterveydenhuollon voimavaroja on vähennetty merkittävästi. Lapset ja nuoret viettävät merkittävän osan päivästä koulussa tai päivähoitossa, ja siksi siellä voidaan vaikuttaa lasten terveyteen ja hyvinvointiin. Myös erilaiset järjestöt, yhdistykset, urheiluseurat ja muut aktiiviset toimijat voivat omalta osin parantaa lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia.

Monet asiat vaikuttavat terveyteen parhaiten, kun niiden toimivuutta ei edes huomaa. Tällaisia ovat mm. vesi- ja viemäriverkosto sekä elintarvikehuolto kaikilla sen tasoilla. Turvallinen elinympäristö vähentää tapaturmien riskejä. Työnantajat vastaavat työpaikkojen turvallisuudesta, ympäristön turvallisuudesta vastaavat poliisi ja ympäristöviranomaiset. Työllisyys edistää hyvinvointia ja terveyttä, työttömyys lisää riskiä sairastua. Yhdyskuntasuunnittelulla on merkittävä vaikutus terveyteen: hajanaisen yhdyskuntarakenteen on todettu olevan yhteydessä vähäiseen kävelemiseen, liikalihavuuteen ja korkeaan verenpaineeseen. Kompaktin, eri toimintoja yhdistävän yhdyskuntarakenteen on puolestaan osoitettu edistävän arkiliikunnasta. Esteitä poistamalla voidaan lisätä myös liikunta- ja toimintarajoitteisten mahdollisuuksia liikkua ja toimia yhteisössä.

Suomalaisten painon nousu ja sen myötä monien sairauksien, erityisesti aikuisiän diabeteksen lisääntyminen uhkaavat tulevaisuudessa monien suomalaisten terveyttä. Painon nousu alkaa usein jo lapsuudessa ja on yhteydessä perheiden ruokailutottumusten muutoksiin. Elintarviketeollisuudella ja kaupalla voisikin olla mahdollisuus vaikuttaa kuluttajien tulevaisuuden terveyteen markkinoimalla terveellisiä valintoja ja vahvistamalla esimerkiksi mainonnalla terveyttä ja hyvinvointia edistäviä mielikuvia.

Miksi terveyden edistämisen etiikkaa

Terveyden edistäminen on yksi terveydenhuollon päätehtävistä. Terve ihminen voi hyvin, ja sairaudet aiheuttavat monenlaista kärsimystä. Yhteiskunta hyötyy siitä, että sen jäsenet ovat terveitä. Jos terveyttä voidaan parantaa, tehdään hyvää ja vältetään vahinkoa, kuten eettisessä toimintatavassa voidaan edellyttää.

Terveyden edistämisessä on kuitenkin eettiset pulmakohdansa. Tietoa terveyden

edistämisestä alkaa olla enenevässä määrin, mutta tietoa tarvitaan myös tulevaisuudessa mm. terveyttä edistävän toiminnan vaikuttavuudesta. Tiedon saaminen erilaisista interventioista on hidasta ja edellyttää laajoja väestöpohjaisia tutkimuksia. Tiedetään kuitenkin, että esimerkiksi vaikuttamalla liikuntaan ja ruokailutottumuksiin voidaan vaikuttaa merkittävästi sydän- ja verisuonitautien esiintymiseen. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta onkin saatu vähenemään Suomessa esimerkiksi Pohjois-Karjala-hankkeen yhteydessä. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta ja sairastavuutta voitaisiin edelleen vähentää merkittävästi, jos interventioita voidaan suunnata suuren sairastumisriskin omaaviin väestöryhmiin.

Hyvän elämän eväät saadaan jo lapsuusiässä, ja terveyttä edistävät elämäntavat opitaan nuorena. Neuvola tavoittaa lähes kaikki perheet tasapuolisesti, samoin kouluterveydenhuolto, jonka voimavarat ovat kuitenkin vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana huolestuttavasti. Neuvolalla ja kouluterveydenhuollolla on mahdollisuus edistää lasten ja nuorten tervettä kasvua ja kehitystä ja puuttua varhain niiden häiriöihin, jos niillä on riittävästi voimavaroja häiriöiden tunnistamiseen.

Terveydelle haitallisiin elämäntapoihin luetaan usein ylensyönti, päihteiden liikakäyttö ja tupakointi. Toisaalta monenlainen äärimmilleen viety toiminta voi olla epäterveellistä: liikenteessä hurjastelu voi aiheuttaa onnettomuuksia, laihdutus voi viedä terveyden ja jopa hengen, urheilussa voi loukkaantua tai saada hankalasti hoituvia rasisairauksia, työ voi uuvuttaa, ja valvominen tai aikavyöhykkeiltä toiselle siirtyminen nostaa verenpainetta ja lisää mm. verihyytymien riskiä.

Keskeinen kysymys liittyy itsemääräämisoikeuteen: miten paljon ihmisellä on mahdollisuus valita myös ns. huonoja vaihtoehtoja, jos hänellä on oikeus määrätä omasta elämästään? Ottaako hän huonosti elämällä tietoisesti riskin ja vastaako riskinotostaan? Pitäisikö ihmisen ottaa vastuuta ja miten?

ETENE on pohtinut ns. itse aiheutettuja sairauksia ja omaa vastuuta sairauksien synnyssä vuonna 2004 ilmestyneessä seminaarijulkaisussaan. Sen mukaan käsite itse aiheutettu sairaus on ongelmallinen, harhaan johtava ja siitä pitäisi päästä eroon. Monet ihmiset elävät ottaen riskejä sairastumatta, ja monet sairastuvat ilman että tietoisesti ottavat terveydellisiä riskejä. Sairauksien ennalta ehkäisyssä ihmisen omaa vastuuta voidaan korostaa, mutta sairautta tai sairastumista ei voi hallita. Ihmisen sairastuessa häntä ei saa hylätä tai syrjäyttää itsemääräämisoikeuden varjolla.

Yksi pulmallisimmista eettisistä kysymyksistä maassamme on terveyden epäoikeudenmukainen jakautuminen. Se aiheuttaa paljon ennenaikaisia kuolemia, sairastumista ja toimintakyvyn menetystä. Meillä huonoiten voiva väestönosa kuolee aiemmin, sairastaa kauemmin ja sairastamiseen kuluttaa paitsi omia varojaan myös yhteiskunnan voimavaroja. Hyvin koulutetut, hyvin toimeentulevat, muutenkin hyvin voivat ihmiset ovat myös terveempiä, heillä on paremmat mahdollisuudet ylläpitää terveyttään syömällä terveellisemmin, liikkumalla enemmän, syömällä terveemmin ja käyttämällä myös monipuolisia terveydenhuoltopalveluita tarvitsemallaan tai haluamallaan tavalla. Terveenä heillä on paremmat mahdollisuudet toteuttaa muutenkin itseään – ja pysymällä myös keskimäärin terveempänä kuin huonommin toimeen tulevat. Elämäntavat vaikuttavat terveyteen ja sairauteen. Jos huonoimmin voivien elämäntapoihin pystytään puuttumaan riittävän varhain, voidaan lisätä merkittävästi koko väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Voiko terveyden eriarvoisuuteen puuttua ja miten? Tupakointia ja tupakan

myyntiä on rajoitettu. Toimenpiteillä on pyritty tupakoimattomien ihmisten terveyden suojeluun. Ne eivät ole kuitenkaan pystyneet poistamaan tupakoinnin yleisyyden eroja sosiaaliluokkien tai koulutustason välillä. Alkoholin myynti ja markkinointi on myös tarkasti rajattua, mutta sen kulutus on pikemminkin lisääntynyt niissä ryhmissä, joissa ennenkin alkoholia on juotu paljon ja humalahakuisesti. Ruokailutottumuksiin vaikuttaminen esimerkiksi hintapolitiikalla on selvästi ongelmallisempaa.

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat painottuneet paljolti somaattisiin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja tyyppi II diabetekseen. Näitä voidaan mitata ja puuttua säännöllisissä tarkastuksissa havaittuihin poikkeaviin tuloksiin. Mielenterveyden edistäminen ja sen häiriöiden ehkäisy on suurempi haaste, varsinkin kun mielenterveyden häiriöt ovat nykyisin Suomessa merkittävimpiä ennenaikaisen eläköitymisen syitä ja sairauspoissaolojen taustatekijöitä.

Syrjäytymiskehitykseen pitäisi puuttua jo neuvolassa ja koulussa. Onkin syytä pohtia, kuinka nykyisin maailman terveimmistä lapsista saadaan kasvamaan myös terveitä aikuisia.

Lopuksi

Terveys on merkittävä osa yksilön hyvinvointia. Terveet aikuiset jaksavat paremmin ja pysyvät kauemmin työelämässä. Väestön terveyden ylläpito ja edistäminen on sen vuoksi koko yhteiskunnan ja sen eri sektorien keskeinen velvollisuus. Terveyden eriarvoisuus on yksi Suomen terveydenhuollon merkittävimpiä tulevaisuuden haasteita. Suomessa sosioekonomiset terveyserot ovat kansainvälisesti mitattuna suuria.

Työterveyshuollon saavutukset ovat hyvä esimerkki siitä, miten terveydenhuollossa voidaan tehokkaasti edistää terveyttä säännöllisin tarkastuksin sekä puuttamalla varhain epäkohtiin. Työterveyshuollon piirissä olevat työssä käyvät ovatkin keskimäärin terveempiä kuin työelämän ulkopuolella olevat.

Työterveyshuollosta, neuvolatoiminnasta ja kouluterveydenhuollosta säädetään lailla. Voitaisiko lakisääteinen ennalta ehkäisevä terveydenhuolto ulottaa myös työelämän ulkopuolelle, jos se ehkäisee kuolleisuutta ja lisää terveitä elinvuosia? Voisivatko työttömien, kotivanhempien ja eläkeläisten säännölliset ikäkausitarkastukset tai toimintakykyä edistävä toiminta nostaa heidän terveyttään? Miten tavoittaa työelämän ulkopuolella olevat?

Terveydenhuolto on yksi ja vain yksi toimija terveyden edistämisen kentässä. Päivähoito ja koulu voivat merkittävästi vaikuttaa lapsen terveyteen ja hyvinvointiin tunnistamalla häiriöitä varhain ja puuttamalla niihin. Koulutuksella ja työvoimapolitiikalla voidaan vaikuttaa merkittävästi yksilön kokemaan hyvinvointiin ja terveyteen. Yhdyskuntasuunnittelussa voidaan painottaa hyvinvointia ja terveyttä tukevia ratkaisuja. Puhdas ympäristö, rakentaminen, liikenne, vesihuolto ja monet muut tekijät vaikuttavat myös väestön terveyteen ja terveyden kokemukseen. Markkinointi ja mainonta voivat edistää myös terveyttä, ei pelkästään myyntiä.

Vaikka suomalaisten terveys on koko yhteiskunnan asia, terveydenhuollon velvoite on tehdä omat osuutensa, jotta kansalaisilla olisi mahdollisuus paitsi yhdenvertaisuuteen terveydenhuollossa myös yhdenvertaisempaan terveyteen.

Kirjallisuutta

- WHO: Health promotion glossary. 1998 <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- WHO: Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2
- Borg S., Ketola K., Kääriäinen K., Niemelä K., Suhonen P: Uskonto, arvot ja instituutiot. Suomalaiset World Values –tutkimuksissa 1981-2005. Yhteiskuntatieteellisen tietovaraston julkaisuja 4, 2007
- Urpo Kiiskinen, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen, Sanna Natunen, Arpo Aromaa; Terveystieteiden edistämisen mahdollisuudet: Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM julkaisuja 2008:1
- Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.
- Unto Häkkinen ja Pirkko Alha, (toim) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10 / 2006
- Suomen laki: www.finlex.fi

Ehkäisevä terveydenhuolto ja etiikka

Suomen perustuslaki kuvastaa yhteiskunnassa vaalittuja perusarvoja. Perustuslain 19. pykälässä määritellään oikeus sosiaaliturvaan. Osana sosiaaliturvaa todetaan, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Kun ottaa huomioon terveyden ensisijaisuuden ihmisten arvomaailmassa, tämä kuulostaa itsestään selvältä. Olisi outoa, jos maininta puuttuisi ja tietysti mahdotonta ajatella, ettei julkisen vallan tarvitsisi piitata väestön terveydestä.

Terveyden vaalijat voivat siis vedota perustuslain antamaan taustatukeen ja moraaliseen oikeutukseen. Vastaavia ilmaisuja löytyy luonnollisesti erityislaeista samoin kuin kansainvälisistä julistuksista. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyyn eettinen pohja näyttää olevan kunnossa. Kun tiedämme, että suuri osa sairauksista on elintapasairauksia, voidaan hyvinkin kysyä, onko julkinen valta hoitanut kunnialla tämän sille säädetyn tehtävän. Eikö sen olisi pitänyt puuttua tiukemmin terveyskäyttäytymisen syihin ja terveydelle epäedullisiin olosuhteisiin?

Terveyden edistäminen ei ole ainoastaan eettinen velvollisuus, usein se on myös taloudellisesti kannattavaa. Sairauksien estäminen elämäntapoja muuttamalla ei kenties maksa mitään. Päinvastoin tupakoinnista ja juopottelusta pidättäytyminen tulee ihmiselle itselleen ja seurauksiltaan myös yhteiskunnalle halvemmaksi. Samoin hyvin suunniteltu asuinyhdyskunta säästää asukkaiden ja yhteiskunnan kustannuksia. Miksi sitten terveyden edistämisen nimessä ei ole puututtu ilmiin epäkohtiin? Syynä on moniarvoisuus, joka sallii erilaisia arvostuksia ja niihin perustuvan elämäntavan ja elinkeinotoiminnan. Sekin näkyy, kun katsomme perustuslakia muista kohdista.

Perustuslain 7. pykälä toteaa, että jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Tästä oikeudesta poikkeaminen on punnittava erityisen huolellisesti. Tahdosta riippumattomista toimista on säädetty erikseen. Perusteena voi olla asianomaisen ymmärtämättömyys omasta edusta tai hänestä aiheutuva vaara muille. Tässä kohdassa on viittaus muun muassa mielen-terveys-, tartuntatauti-, päihdehuolto- ja kehitysvammalakeihin.

Näissä mainituissa tapauksissa on kysymys hyvin konkreettisista ja henkilöön menevistä toimenpiteistä. Mutta entä miten pitkälle ihmisen vapauten voidaan puuttua silloin, kun hän ilmeisesti vaarantaa lievemässä muodossa oman tai toisten terveyden, esimerkiksi tupakoimalla, ryypiskelemällä ja syömällä rasvaa. Miten julkisen vallan tulee käyttäytyä tässä ristiaallokossa: toisaalta sen pitäisi edistää väestön terveyttä, toisaalta kunnioittaa jokaisen oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen. Perustuslaki turvaa myös sananvapauden ja elinkeinonvapauden. Terveydelle haitallista viestintää tai elinkeinonharjoittamista ei voi estää noin vain. Perustuslaki ei siis avaa valtatieta kaikenlaisen terveydelle haitallisen toiminnan kitkemiseen yhteiskunnasta keinoja kaihtamatta.

Terveyttä on kuitenkin painotettu niin voimakkaasti nykyaikaisessa yhteiskunnassa, että monet terveyden puolesta toimijat eivät näe mitään eettisiä ongelmia toiminnassaan. He näkevät eettisiä ongelmia vain saamattomassa julkisessa vallassa,

vastuuttomissa yrittäjissä ja välinpitämättömissä kansalaisissa. Periaatteessa he voivat olla pitkälti oikeassa. Perustuslaki sallii tuotteiden markkinointiin liittyvän viestinnän, jolta ei edellytetä tieteellistä tarkkuutta. Tuotteesta voidaan kertoa vain myönteisiä puolia. Vastaavasti voidaan kysyä, eikö terveystieteen tulisi näkyä selkeämpänä ja voimakkaampana ihmisten arjessa.

Missä sitten menee raja ahdistavan ja yltiöpuritaanisen terveystieteen ja väestön todellista etua palvelevan terveystieteen välillä? Kuinka vapaasti voi harjoittaa terveydelle haitallista viestintää ja markkinointia? Entä tulisiko ihmisen vastata elintapojensa seurauksista suuremmalla taloudellisella panoksella?

Jos aloitamme helpommasta päästä, voimme sanoa, että ainakin toisten terveyden vaarantavaan terveystieteen käyttämiseen yhteiskunnalla tai julkisella vallalla on legitiimi oikeus puuttua. Nopeusrajoitus on tästä hyvä esimerkki. Jos jollekin annetaan oikeus hurjastella tiellä, hän ei vaaranna vain omaa henkeään. Liikenne on myös hyvä esimerkki siitä, että terveys on vain yksi liikenteen järjestelyn tavoite ja se suhteutetaan tai alistetaan muihin tavoitteisiin. Jos terveys olisi dominoiva tavoite, liikenne saisi toisen muodon jopa niin, että elämäntapammekin muuttuisivat. Esimerkiksi yksityisautoilun voimakkaampi rajoittaminen suurten kaupunkien ydinkeskustoissa johtaisi todennäköisesti toisenlaiseen yhdyskuntarakenteeseen ja töiden uudelleen järjestelyyn. Lopputuloksena voisi olla elämänmuoto, jossa uuvuttavaan työmatkaan kuluu vähemmän aikaa ja terveyden vaalimiselle jäisi enemmän tilaa.

Tupakan ja alkoholin muille tuottamia terveysriskejä voidaan käyttää johonkin rajaan asti perusteena niihin kohdistuville rajoituksille. Tupakan savu ja alkoholin synnyttämät käyttäytymishäiriöt haittaavat viattomasti sivussa olevia. Tupakointia tiloissa, joissa on muitakin ihmisiä, on siitä syystä voimakkaasti rajoitettu. Auton ajaminen päihtyneenä on kielletty nimenomaan muille aiheutuvan vaaran takia. Mutta kuinka voimakkaasti saa puuttua henkilön itselleen tuottamaan terveyshaittaan? Onko tupakointia sallittava ollenkaan? Eihän tupakkaan rinnastettavien huumeiden käyttöäkään sallita.

Kun kysymys on nautintoaineista, jotka eivät ole ihmiselle välttämättömiä ja jotka vaarantavat hänen terveyttään, on katsottu eettisesti perustelluksi ottaa käyttöön rajoituskeinoja. Tupakka ja alkoholi ovat esimerkkejä, joissa kuluttamisen vapaus on säilytetty, mutta erilaisilla markkinointia säätelevillä toimilla on pyritty vähentämään kulutusta. Täydellistä yksimielisyyttä eettisestä linjasta ei ole ollut. Jokainen rajoittava toimenpide on synnyttänyt myös vastalauseita. Luonnollisesti vastustajia on löytynyt erityisesti sieltä, missä on koettu taloudellisia menetyksiä.

Joukkoruokailu ja elintarvikkeiden jalostusprosessi ovat hyviä esimerkkejä terveystieteen ja elintarviketieteen yhteistyöstä. Liikkeelle lähtö ei ollut helppoa. Kiistelyä terveystieteen vaikutuksista käytiin suurin kirjaimin. Tuotannon muuttaminen vaatii aikaa ja rahaa. Alkuvaikeuksien jälkeen on päästy kohtuullisen hyvään tasapainoon erilaisten tavoitteiden kesken. Luultavasti joukkoruokailun avulla on onnistuttu muuttamaan yleisemminkin ruokailutottumuksia, ja kotitalouksille on tarjolla vaihtoehtoisia elintarvikkeita. Terveystieteen vaikutteisista elintarvikkeista aika ajoin käydyt kiistelyt voitaneen ottaa rauhallisesti ja tulkita myönteisesti osoitukseksi terveyden kohdistuvasta kiinnostuksesta. Huolestuttavampaa on, jos kiinnostus makeaan elämään kasvaa.

On mahdollista, etteivät ihmiset ole olleet riittävän hyvin perillä liikalihavuuteen

liittyvistä terveystarpeista. Jos niin on edelleen, on johdonmukaista pyrkiä levittämään oikeaa tietoa sekä riskeistä että tavoista, joilla liikalihavuudesta voisi päästä eroon. Liikalihavuuden kitkemiseen liittyy samalla eettisesti huolestuttava piirre yhteiskunnassa: terveyden ja kauneuden yli-ihannoiti. Terveyden korostaminen saa ihmiset tuntemaan elämänsä epäonnistuneeksi, jos siihen liittyy terveyden ja toimintakyvyn vaje. Suuri osa ihmisistä on kuitenkin tavalla tai toisella sairaita tai heidän toimintakyvyssään on puutteita. Liikalihavuus on esimerkki asiasta, jossa ehkäisevän terveydenhuollon on oltava erityisen vastuuntuntoinen viesteissään, ettei se synnytä enemmän mielipahaa kuin mielihyvää, eikä terveyden hinta muodostu kohtuuttomaksi. Ylikorostunut kauneuden palvonta on johtanut hengenvaaralliseen laihduttamiseen ja vakaviin mielenterveysongelmiin.

Tästä tullaan kahteen terveystarpeeseen, terveyden eriarvoisuuden kasvuun ja mielenterveysongelmiin. Eriarvoisuuden taustalla on monia tekijöitä kasvuympäristössä periytyvistä tavoista perintötekijöihin. Siihen vaikuttavat mm. työolot ja työyhteisön arvot ja toimintamallit. Kaikki tämä heijastuu omiin elintapoihin. Luultavasti terveydenhuollossa perinteisesti sovellettu yksilökeskeinen toimintatapa ei ole tarjonnut riittäviä työkaluja käyttäytymisen muuttamiseksi. Yhteisöllisempi toimintamalli saattaisi tuottaa paremman tuloksen neuvolasta oppilashuoltoon ja työterveyshuoltoon asti. Siinäkin on painostamiseen liittyvät riskinsä, mutta parhaimmillaan yhteisön tuki on juuri se, mikä auttaa tai ainakin se on muutoksen läpiviennille välttämätön. Uusi toimintamalli vaatii myös lisää rahaa, mutta tässä puhuttaneen pienistä summista.

Terveyden eriarvoisuuden kasvu on esimerkki terveydenhuollon etiikan ongelmallisuudesta. On perusteltua kysyä, miksi eriarvoisuudesta ei ole puhuttu enempää, miksi etiikan valvojat ovat pysyneet hiljaa, vaikka varmasti ovat tienneet eriarvoisuuden kasvavan. Toisaalta kuinka voimakkaasti terveystarpeiden keinoilla voidaan puuttua ihmisten terveyskäyttäytymiseen, mikä on terveyden arvo ja millaiset sivuvaikutukset voidaan hyväksyä. Eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävä terveyskäyttäytymisen muuttaminen saa kuitenkin eettistä lisätukea siitä, että mitä ilmeisimmin kysymys on vain kehityksen viemisestä siihen suuntaan, mitä ihmiset itsekin toivovat.

Ehkäisevästä terveydenhuollosta puhuttaessa unohdetaan usein mielenterveys. Terveydenhuollon taipumuksena on nähdä riskien torjuminen yksilön omalla vastuulla olevana asiana. Masennusdiagnoosien kasvu saa kuitenkin kysymään, onko yhteiskunnan perustoimintamekanismeissa jotain vialla, asetetaanko ihminen liian suuren vastuun eteen. Suorituspainee kasvavat samalla kun läheistuki heikkenee. Pinnallisia ihmissuhteita on paljon. Ihmisen arvo mitataan ihmissuhteissa, kenen kanssa ”kannattaa” ja kenen kanssa ”jaksaa” keskustella. Oma arvo ja arvostusta arvioidaan jatkuvasti. Kulttuuri on kyllä salliva, mutta ei erityisen hyväksyvä ja kannatteleva. Olisiko sen hyväksi tehtävissä jotain?

Perustuslain tarjoamat ainekset kuvaavat siis hyvin yhteiskunnan moniarvoisuutta. Terveyden edistäminen on yksi, mutta vain yksi tärkeistä asioista. Terveydenhuollon etiikkaa pohdittaessa joudutaan ottamaan kantaa muiden näkökohtien painoon. Ennen kaikkea on varottava julistamasta sairaiden ja vammaisten elämää epäkelvoksi.

Kuka määrää ihmisen hyvän: ihminen itse vai ulkopuolinen?

Johtopäätökset: kymmenen ajatusta ihmisen hyvästä

1. Ihmisen hyvä ei ole ainoa arvokas asia. Esimerkiksi muukin elämä kuin ihmisen elämä on itsessään arvokasta.
2. Yleistä ihmisen hyvää ei ole. Kaikki ihmisen hyvä on ihmisten erityistä hyvää, ihmisyksilöiden hyvää.
3. Vaikka ihmisen hyvä on aina jonkun hyvää, hänen ei ole pakko harrastaa vain omaa hyvänsä. Oikeudenmukainen ihminen omaksuu oman hyvänsä osaksi erityisesti niiden hyvän, jotka jäävät vähimmälle.
4. Yksilön hyvä tarkoittaa sitä, mitä hän itse vapaasti valitsee omaksi hyväkseen.
5. Se, mitä yksilö määrittelee omaksi hyväkseen, ei loppujen lopuksi aina olekaan hänelle hyväksi. Ihmiset katuvat joskus entisiä valintojaan, koska heidän käsityksensä omasta hyvästään on syventynyt myöhemmän kokemuksen perusteella.
6. Asiantuntijan roolina on auttaa yksilöä tarkistamaan ajoissa hyväkäsitystään niin, ettei hän joutuisi myöhemmin katumaan valintojaan.
7. Aito poliittinen valta on kykyä tehdä ihmisten hyväksi myös sellaisia päätöksiä, joita he itse eivät vielä osaa vaatia.
8. Ihmisen loukkaamaton ihmisarvo on hänen oikeutensa määritellä oma hyvänsä ilman että muut, toiset yksilöt tai yhteiskunta sekaantuvat asiaan.
9. Jokaisen oikeus määritellä oma hyvänsä ei sellaisenaan riitä. Yksilö tarvitsee sisäistä vapautta voidakseen määritellä hyvänsä. Syvässä mielessä esteetön yhteiskunta on se yhteiskunta, jossa ihminen vapautuu tekemään aitoja valintojaan.
10. Hyvinvointiyhteiskunta on sellainen esteetön yhteiskunta, jossa ihmiset ohjaavat ja kannustavat toisiaan tuottamaan toisilleen mahdollisimman paljon iloa ja hyötyä.

Perustelujen esittämisen sijaan aloitan johtopäätöksistäni.

Perustelut

Perustelujeni sävy on aluksi kovin yhteiskunnallinen, myöhemmin yksilöllisempi.

Objektiivinen ja näkökulmasidonnainen hyvä

Seminaarin järjestäjä on jo otsikkoa muotoillessaan ottanut kannan vaikeaan filosofiseen ongelmaan. Onko ihmisen hyvää ja pahaa olemassa objektiivisesti, riippumatta tarkastelijasta ja hänen näkökulmastaan? Joku määrää ihmisen hyvästä. Yleistä hyvää ja pahaa, siis hyvää ja pahaa sinänsä, ei siis ole, vaan asiat ovat hyviä tai pahoja jostakin näkökulmasta.

Moraalisen individualismin periaate ja utilitarismi

Otsikon määrittelemää lähtökohtaa on kutsuttu moraalisen individualismin periaatteeksi. Hyvä on aina hyvää jollekulle. Aina kun joku sanoo: ”Tämä olisi hyvä...”, häneltä voidaan tivata, kenelle se olisi hyvä.

Puhutaan paljon yhteisestä hyvästä, yhteishyvästä. Moraalisen individualismin näkökulmasta yhteisen hyvän on tarkoitettava asiaan osallisten hyvää.

Yhteishyvän käsite voi joko vaativa tai vähemmän vaativa.

Yhteisellä hyvällä vaativassa merkityksessä tarkoitetaan sitä, että asia on hyvä jokaisen näkökulmasta erikseen. Tiukka liberalismi edellyttää näin vaativaa käsitettä. Sehän keskittyy yksilöiden oikeuksiin.

Tiukasta linjasta on poliittisia seuraamuksia. Esimerkiksi terveystaloudellinen tavoite on voitava perustella erikseen jokaiselle, jonka elämään se vaikuttaa, ennen kuin voidaan rehellisesti väittää, että se on yhteiseksi hyväksi. Tuttu ilmaus ”yksityisen edun on väistyttävä yhteisen edun tieltä” ei tässä ajattelutavassa ole mielekäs. Etu, joka vaatii jonkun tahon edun uhraamista, ei ole yhteinen.

Moraalisen individualismin periaate on moraalisesti neutraali. Siitä ei voi johtaa vaatimusta, ettei joidenkin etujen ajaminen toisten kustannuksella olisi koskaan oikeutettua. Rehellinen on kuitenkin oltava. Yhteiseksi eduksi ei ole kutsuttava etua, joka ei ole yhteinen.

Monien tahojen hyvin tärkeitten etujen toteuttamien vaatii joskus joidenkin toisten verraten mitättömien etujen uhraamista. Tontteja joudutaan pakkolunastamaan. Tupakkateollisuuden taloudelliset edut eivät paina paljoa, jos pyritään torjumaan erittäin monien ihmisten vakavia terveyshaittoja. Tontinomistajan tai tupakkateollisuuden on uhrattava yksityisiä etujaan yhteisen hyvän tähden.

Jos yhteisen hyvän käsitettä väljennetään kovin paljon, siirrytään kilpailevan ajattelutavan piiriin. Joskus jokin hanke on aika monien tahojen suhteellisen tärkeitten etujen mukaista, vaikka niitäkin tahoja on, joiden suhteellisen tärkeitä etuja se loukkaisi. Jos hyötyjä on suhteellisesti enemmän ja varsinkin, jos kyseessä ovat heille tärkeämmät edut, yhteisen edun sijaan voidaan vedota osallisten keskimääräiseen etuun.

Ajattelutapaa, joka soveltaa keskimääräisen edun käsitettä johdonmukaisimmin, kutsutaan utilitarismiksi. Se mittaa hankkeiden hyväksyttävyyttä sillä perusteella, mikä keskimääräinen nettovaikutus niillä on kaikkien osallisten etuihin. Utilitarismi ei tyypillisesti ole yhtä kiinnostunut yksilön oikeuksista kuin tiukka liberalismi. Se korostaa pikemmin joukkojen keskimääräistä hyvinvointia.

Moraalisen individualismin muunnelmat, sekä tiukka liberalismi että utilitarismi torjuvat ajatuksen ihmisen hyvästä, joka olisi osallisten hyvästä riippumatonta. Kekkonen aikaan Suomessa joskus vedottiin niin sanottuihin yleisiin syihin. Moraalinen individualismi tuntee vain erityisiä syitä. Kun suomettuneessa Suomessa vedottiin yleisiin syihin, asioita vain kaunisteltiin: ei tahdottu tai ei tohdittu täsmentää, mistä näkökulmasta asiaa arvioitiin. Yleisiin syihin, ihmisen yleiseen hyvään, vetoaminen, on aika usein moraalisen riiston yritys.

Kumppanuuden näkökulma

Yksilöt eivät läheskään aina saa toteutetuksi omia etujaan, omaa hyvänsä, jolleivät ole tilanteen niin vaatiessa valmiita unohtamaan omat etunsa.

Yksinkertainen esimerkki on ruuhkakäyttäytyminen. Jokainen työhönsä matkustaja hyötyy käyttämällä omaa autoa siitä riippumatta, ajavatko kaikki muutkin

omalla autolla vai käyttävätkö joukkoliikennettä. Jos kaikki kuitenkin ajavat omalla autolla, joka ikisen asema on kehnempi, kuin olisi, jos kaikki ajaisivat julkisilla liikennevälineillä. Tällaisten ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan kumppanuusetiikkaa. Kumppanit eivät valvo omia etujaan toisten kustannuksella vaan käsittävät valitsevansa yhdessä toisten kanssa yhteistä tulevaisuutta. Kaikki lähtevät töihin junilla ja busseilla, koska se on kaikkien kannalta parasta.

Monilla ajankohdan tärkeillä ongelmilla on sama eettinen rakenne kuin ruuhkaliikenteen ongelmalla. Esimerkiksi käy jopa ilmastonmuutos.

Kumppanuusetiikan vaatimus ei syrjäytä moraalisen individualismin periaatetta. Kumppanuushan on keino, jolla kaikkien osapuolten edut turvataan tilanteissa, jotka ilman sitä johtaisivat yhteiseen vahinkoon. Kumppanuuden edut eivät ole mystisiä, yksityisistä eduista riippumattomia etuja, vaan yksityisiä etuja elävässä elämässä usein kohdattavissa tyypillisissä tilanteissa.

Monet moraalien ja eettisyyden vaatimuksista perustuvat kumppanuuden, yhteisen tulevaisuuden valitsemisen tarpeisiin. Ihmisen hyvä edellyttää etiikkaa. Etiikan merkitys ei kuitenkaan rajoitu ihmisen hyvään.

Moraalisen individualismin periaatteen riittämättömyys

Moraalisen individualismin perusajatus on osin riittämätön, osin virheellinen.

Usein luullaan, että moraaliseen individualismiin kuuluu luonnostaan se, että jokaisen tulee määritellä ihmisen hyvä ja paha oman yksilöllisen hyvänsä näkökulmasta. Tämä ei ole välttämätöntä. Voimme omaksua toisten näkökulman osaksi omaa näkökulmaamme. Hyvä esimerkki filosofi on John Rawlsin oikeudenmukaisuusteoria. Hän tarkastelee yhteiskunnallisia asioita sen väestöryhmän näkökulmasta, jonka yhteiskunnallinen osa on niukin, eli vähäosaisimman väestöosan näkökulmasta. Oikeudenmukaisuuden näkökulma määrittelee hänen moraalista individualismiaan.

Moraalisen individualismin periaate näyttää osittain suorastaan virheelliseltä silloin, kun keskustellaan ihmiskunnan suurimmista ongelmista. Tulevien sukupolvien oikeuksia voidaan vielä käsitellä moraalisen individualismin pohjalta. Rationaalisia sukupolvien välisen oikeudenmukaisuuden teorioita on. Ympäristön ja biosfäärin ongelmien pohtimisessa ajaudutaan kuitenkin umpikujaan, jollei tunnusteta, että jotkin asiat ovat tärkeitä riippumatta yhdenkään ihmisen hyvästä. Ekologian etiikka ei tyhjene kysymykseen, miten ihmisen käy, puhumattakaan kysymyksestä, miten nimenomaan minun käy.

Mikä on ihmisen hyvä ja mikä on ihmiselle hyväksi?

Yksinkertaisin tapa määritellä yksilön hyvä on vedota hänen todellisiin valintoihinsa elävässä elämässä, hänen preferensseihinsä. Yksilölle on paras se vaihtoehto, jonka hän itse valitsee. Ajatuksena ei ole se, että ihminen jostakin syystä poikkeuksetta valitsisi hyvin, oman hyvänsä, vaan se, että ihmisen hyvällä tarkoitetaan sitä, mitä hän valitsisi. Ero on tärkeä.

Mutta onko yksilöiden hyvä – ovatko heidän preferenssinsä – hyväksi heille itselleen? Katumisen tuttu tosiasia osoittaa, että yksilön on mahdollista keräämänsä kokemuksen ja ymmärryksen pohjalta myöhemmin todeta erehtyneensä preferensseissään: yksilön hyvä ei siis aina olekaan hänelle hyväksi. Yksilön hyvässä

on kerroksia. On pinnallinen hyvä ja syvällisempi hyvä, lyhyen tähtäyksen hyvä ja pitemmän tähtäyksen hyvä.

Katumisen käsite johtaa keskusteluun kahdesta tärkeästä teemasta, asiantuntemuksen ja poliittisen johtamisen teemoista. Asiantuntija voi auttaa yksilöä minimoimaan katumustaan auttamalla häntä syventämään ajoissa näkökulmaansa. Hyvä poliittinen johtaja kykenee esimerkiksi säätämään epäsuosittuja lakeja, jotka kuitenkin loppujen lopuksi ovat kansalaisille hyväksi. Aito poliittinen valta on tästä näkökulmasta voimaa tehdä äänestäjien hyväksi päätöksiä, joita he eivät vielä kannata. Sillä, joka saa paljon ääniä, ei vielä ole valtaa. Valtaa on sillä, joka kykenee tekemään päätöksensä ihmisen hyväksi.

Kantilainen ihmisarvo

Filosofisen etiikan perinteessä ei ole yleistetty, syvennetty ja kiteytetty moraalisen individualismin periaatetta komeammin kuin Immanuel Kant sen teki kaksisataa vuotta sitten. Kantin muotoilema periaate, jota sekä eettinen yksilö että eettinen yhteiskunta toteuttavat johdonmukaisesti, kuuluu vapaasti suomentaen näin: ”Älä koskaan kohtele ihmistä – itseäsi tai toista ihmistä – pelkkänä välineenä, vaan pidä häntä myös päämääränä itsessään”. Tämä on kantilainen ihmisarvon periaate.

Kantilaisen ihmisarvolla on vaatimuksiaan kahdella eri tasolla.

Ensinnäkin se määrittelee ihmisyyksilön loukkaamattomuuden, pyhyiden. Hyvienkään asioiden tähden ei ole lupa riistää keneltäkään oikeutta määrittellä itse itsensä, oma omintakeisena arvojärjestelmänä ilmenevä identiteettinsä. Toisten ihmisten ja koko yhteiskunnan puuttumisella yksilön elämään on ihmisarvon asettamat rajat. Tätä kantilaisen ihmisarvon ensimmäistä, pinnallisempaa tulkintaa kutsun suvaitsemisen vaatimukseksi.

Yksilö ei kuitenkaan pompahda yhteiselämän keskellä esille absoluuttisena, yhteyksiä vailla olevana neitseellisenä ilmiönä. Hän on monin kerroin sidoksissa olosuhteisiinsa, kulttuuriinsa, toisiin ihmisiin. Kantilaisen ihmisarvon periaate vaatii toisia ihmisiä ja koko yhteiskuntaa jättämään tilaa ja luomaan mahdollisuuksia jokaiselle yksilölle olla aidosti oma päämääränsä. Tämä on kantilaisen ihmisarvon periaatteen toinen, syvällisempi tulkinta.

Vammaiskeskustelusta tuttu esteettömän yhteiselämän vaatimus voidaan radikaalisti yleistää ja syventää ajatukseksi yhteiselämästä, jossa yksilöt ovat esteettömästi – toisten ihmisten ja yhteiskunnan estämättä – päämääriä itsessään. Esteettömyys ei tyydy vaatimaan toisten passiivista sietämistä. Se vaatii positiivista panosta. On oltava valmiutta muuttaa asioita omassa elämässään ja yhteiselämässä niin, että jokainen pääsee päämäärien valtakunnan kansalaiseksi.

Hobbesilainen ihmisarvo

Kantilainen ihmisarvo toimii reunaehtona, kun pohditaan toista keskeistä ihmisarvon lajia. Se on hobbesilainen ihmisarvo.

Thomas Hobbes käsitteli noin puolitoista vuosisataa ennen Kantia ihmisarvoa paljon Kantia kyynisemmin. Edellisen mukaan yksilön ihmisarvo on sen edun arvo, jonka joku toinen saa, jos pääsee käyttämään hänen voimavarojaan omina voimava-

roinaan esimerkiksi työmarkkinoilla.

Hobbesin ajatus ei itsessään ole ristiriidassa kantilaisen ihmisarvon kanssa. Kantin määritelmään ei kiellä – vaikka usein niin ajatellaan – käsittelemästä ihmistä välineenä. Se vaatii, ettei toista käsitellä koskaan pelkkänä välineenä. Ihmisen arvon toisille ihmiselle saa ottaa huomioon häntä arvioitaessa, mutta ihmisarvo ei tyhjenny siihen.

Hobbesin ajatusta yleistämällä saadaan hobbesilaisen ihmisarvon käsite. Kunkin yhteiskunnan jäsenen hobbesilainen ihmisarvo on kaikki se yhteenlaskettu nettoilo ja nettohyöty yhteensä, jota hän antaa omana panoksenaan toisten ihmisten elämään.

Hyvinvointiyhteiskunnan nasevin määritelmä on tämä: se on yhteiskunta, jossa maksimoidaan kaikkien ihmisten hobbesilaista ihmisarvoa, arvoa toisille ihmisille, yksilön asemaa päämääränä itsessään kuitenkin loukkaamatta. Inhimillisesti esteetön yhteiskunta on hyvinvointiyhteiskunta silloin, kun kaikkia ihmisiä kannustetaan toimimaan kaikkien muiden hyväksi.

Periaatteitteni testitapaus: addiktio

Kantilaisen ihmisarvon periaate ei kiellä ihmistä vain alistamasta toista ihmistä välineekseen. Se kieltää myös ihmistä itseään antautumasta välineeksi. Tyypillisin esimerkki välineeksi suostumisesta on addiktiivinen, riippuvuuskäyttäytyminen, yksi yhteiskuntamme suurista ajankohtaisista ongelmista.

Monissa tapauksissa riippuvuudet jäytävät yksilön hobbesilaista ihmisarvoa, hänen panostaan muiden ihmisten ja yhteiseen elämään. Siksi yhteiskunta paheksuu – me paheksomme – niitä. Niissäkin tapauksissa, jossa toisten ihmisten vahinko jää aika vähäiseksi, riippuvuus on ihmisarvon loukkaus, yksilön omaan ihmisarvoonsa kohdistama loukkaus. Se on samalla ansa, johon langenneena hän jää päämäärien valtakunnan ulkopuolelle.

Ylen vaikeaa on purkaa yksilöiden sisäisen vapauden esteitä – tehdä heidän elämästään esteetöntä (empowerment) – myös vastoin heidän omaa tahtoaan, ilman että samalla loukataan heidän asemaansa päämäärinä itsessään. Filosofista ei näytä olevan johdettavissa ilmeisiä yksiselitteisiä periaatteita, joita soveltamalla tämä pulma ratkeaisi. Se on esimerkki moraalisesti traagisesta valinnasta sellaisessa tilanteessa, jossa ei ole mahdollista toimia oikein toimimatta väärin.

Tarkasteluni on ollut askeettisen filosofinen. Minun ei kaikei kuulunutkaan ottaa kantaa hallinnon ja terveydenhuollon ajankohtaisiin kiistakysymyksiin. Niitä kymmentä periaatetta, jotka aluksi muotoilin, varmaan kuitenkin tarvittaneen keskusteltaessa terveydenhuollon etiikan konkreettisista ongelmista.

Terveyden eriarvoisuus ja terveyden edistämisen keinot

Väestöryhmien välisiä terveyseroja pidetään eriarvoisuuden ilmentymänä, kun on perusteltua olettaa, että väestöryhmien välistä terveydentilan eroa voitaisiin kaventaa, ja terveyseroja aiheuttaville tekijöille altistuminen ei perustu yksilön vapaaseen valintaan. Elintavat, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, ovat tärkeitä terveyserojen syitä. Tällöinkin on kyse eriarvoisuudesta, koska monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat altistaa hänet valitsemaan terveyttä vaarantavia elintapoja.

Terveyden eriarvoisuus Suomessa

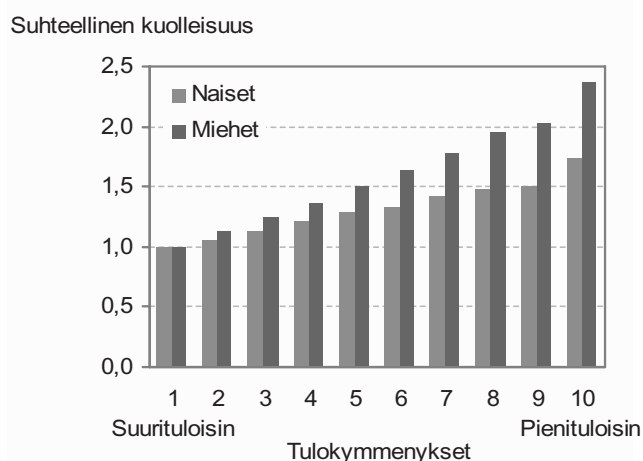
Korkea-asteen koulutuksen saaneet, ylemmät toimihenkilöt ja hyvätuloiset ovat huomattavasti terveempiä ja toimintakykyisempiä ja elävät pitempään kuin perusasteen koulutuksen saaneet, työntekijäammateissa toimivat ja pienituloiset (Martelin ym. 2005a). Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat jyrkempiä kuin useimmat muut väestöryhmien väliset terveyserot. Erot ovat moniin muihin maihin verrattuna suuret (Mackenbach ym. 2003) ja ne ovat kasvaneet viime vuosikymmenien aikana.

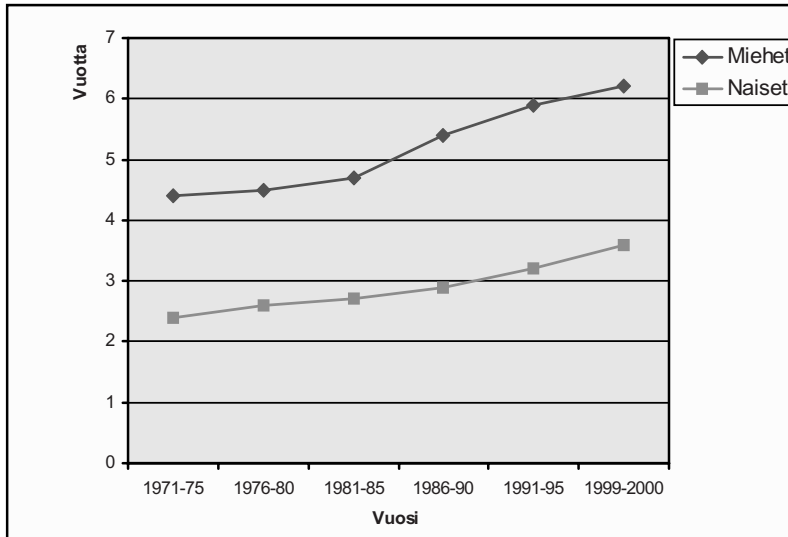
Kuvio 1 osoittaa, että 30 vuotta täyttäneiden ikävakioitu kuolleisuus kasvaa taiseisesti tulojen pienentyessä. Miehillä pienituloisimman kymmenesosan kuolleisuus on 2,4-kertainen verrattuna suurituloisimpiin, naisilla 1,7-kertainen, mutta jo toiseksi suurituloisimpaan väestön kymmenesosaan kuuluvien kuolleisuus on suurempi kuin suurituloisimpien (Martikainen ym. 2001). 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.

Eröt elinajan pituudessa ovat huomattavia. Korkeakoulututkinnon suorittanut suomalainen 35-vuotias mies elää keskimäärin lähes 81-vuotiaaksi, mutta enintään perusasteen tutkinnon suorittanut alle 75-vuotiaaksi. Tämä ero on kasvanut 1980-luvun alun jälkeen 4,7 vuodesta 6,2 vuoteen pitempään koulutettujen hyväksi. Naisilla vastaava ero on kasvanut 2,7 vuodesta 3,6 vuoteen (Valkonen ym. 2007) (Kuva 2).

Sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat jyrkkiä myös sairastavuudessa ja toimintarajoitusten yleisyydessä. Esimerkiksi keskinkertainen tai

Kuvio 1: Kuolleisuuserot tuloryhmittäin. 30 vuotta täyttäneiden ikävakioitu kuolleisuus eri tuloryhmissä verrattuna suurituloisimman ryhmän kuolleisuuteen (= 1)





Kuvio 2: Kuinka paljon vanhemmaksi korkeakoulututkinnon suorittanut 35-vuotias elää verrattuna perusasteen tutkinnon suorittaneeseen. Valkonen T ym., kirjassa: *Terveysten eriarvoisuus Suomessa, käsikirjoitus 2007*

sitä huonompi koettu terveys on enintään perusasteen koulutuksen suorittaneiden nuorten aikuisten keskuudessa

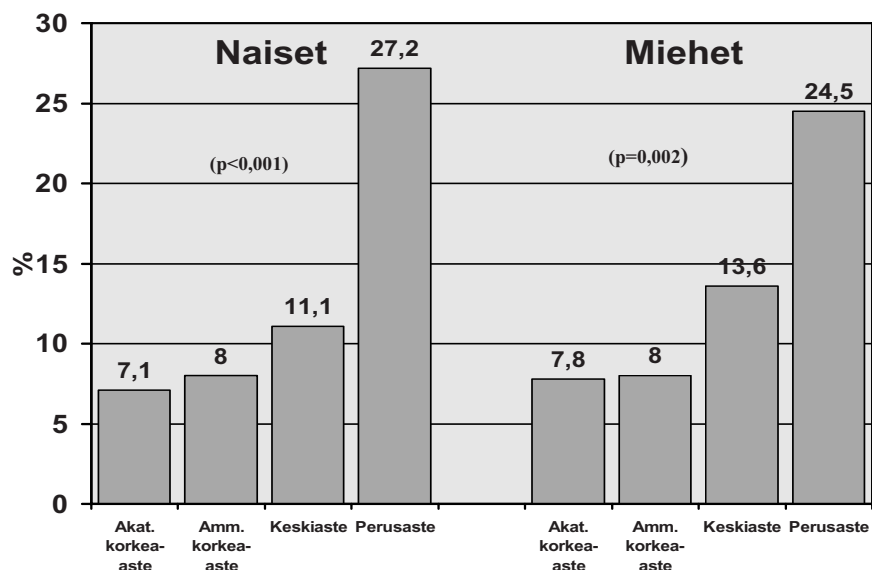
noin kolme kertaa niin yleistä kuin korkea-asteen opiskelijoiden tai tutkinnon suorittaneiden ryhmässä (kuvio 3). Toimintakyvyn osalta niin kävelyvaikeudet (kuvio 4) kuin lähes kaikki muutkin toimintakyvyn vaikeudet ovat selvästi yleisempiä enintään perusasteen tutkinnon suorittaneiden kuin pitempään kouluja käyneiden joukossa (Martelin ym. 2002, 2004, 2005b).

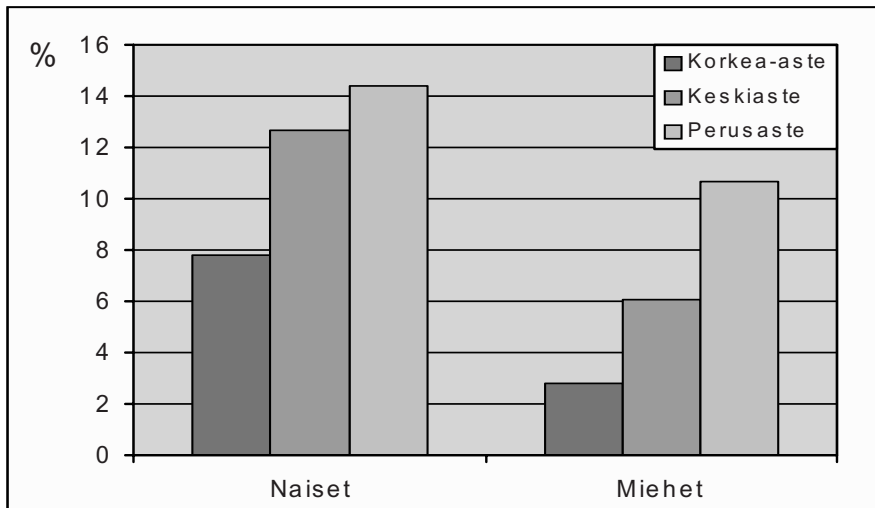
Terveen elinajan pituus vaihtelee koulutusryhmittäin vielä enemmän kuin elinajanodote. Kun sairauden kriteerinä käytetään keskinertaiseksi tai sitä huonommaksi koettua terveyttä, korkeasti koulutettujen ja perusasteen koulutuksen saaneiden terveen elinajan ero on sekä naisilla että miehillä peräti 13 vuotta. Korkea-asteen koulutuksen saaneilla ei ole pelkästään enemmän toimintakykyisiä elinvuosia ja vähemmän toimintarajoitteisia elinvuosia kuin muilla koulutusryhmillä, vaan heillä myös toimintakykyisten elinvuosien osuus koko elinajasta on muita suurempi (Sihvonon ym. 2007).

Miksi terveyden eriarvoisuus on ongelma?

Terveyden eriarvoisuus on eettinen ongelma, koska kyse on niin yksilöiden ja väestöryhmien kuin koko väestönkin kannalta kielteisestä ilmiöstä, joka ei ole väistämätön. Eriarvoisuus tarkoittaa suurta määrää ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia tai toimintakyvyn menetyksiä. Suurten väestöryhmien

Kuvio 3: Koettu keskitasoinen tai huonompi (%) terveys, 18–29-vuotiaat koulutusryhmittäin. Martelin ym. 2005





Kuvio 4: Puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokeneiden ikävakiointu osuus (%) 30 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan.

huono terveys heikentää koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa. Työ-

voiman ja palveluiden riittävyys vaarantuu ja terveysongelmat heijastuvat myös sosiaalisena syrjäytymisenä ja tulevat siten yhteiskunnalle kalliiksi.

Suomessa korkeasti koulutettujen terveys on kansainvälisesti huippuluokkaa jopa suomalaisten omimpiin kuuluvassa terveysongelmassa, sydän- ja verisuonitaudeissa (Koskinen ja Valkonen 1998). Merkittävä osa kansanterveysongelmista poistuisi, mikäli myös muiden väestöryhmien terveys saataisiin kohotettua samalle tasolle: mm. hampaattomuudesta peräti 80 %, toimintarajoituksista johtuvasta päivittäisen avun tarpeesta 50 % ja sepelvaltimotautikuolemista 30–50 % (taulukko 1).

Mistä terveyden eriarvoisuus johtuu?

Terveyden eriarvoisuuden keskeinen taustatekijä on aineellisten ja kulttuuristen yhteiskunnassa selviytymistä edistävien resurssien epätasainen jakautuminen väestössä. Yhteiskunnan rakenteet kuten elinkeinorakenne, talousjärjestelmä, koulutusjärjestelmä, hyvinvointipalvelut sekä kulttuuriset tekijät määrittävät sosioekonomisten ryhmien suuruuksia ja niiden elinolosuhteita. Rakenteelliset tekijät vaikuttavat koko elämänkaaren ajan alkaen lapsuuden elinoloista ja jatkuen työelämän ajan eläkeiän elinoloihin saakka. Eri yhteiskuntien rakenteet ovat erilaisia mm. harjoitetusta yhteiskuntapolitiikasta johtuen, ja tämä heijastuu terveyserojen jyrkkyyteen.

Terveysongelma	Vältettyjen tapausten osuus (%) kaikista tapauksista
Syöpäkuolemat	n. 20–30
Diabetes	n. 30
Alkoholikuolemat	n. 50–60
Sepelvaltimotautikuolemat	n. 30–50
Aivoverisuonisairauskuolemat	n. 20–40
Haittaava allergia	n. 10
Hengityselinsairaudet: kuolemat	n. 50–75
Selkäsairaudet	n. 30
Nivelrikko	n. 30
Näkö- ja kuulovammat	n. 20
Tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat	n. 20–45
Toimintakyvyn rajoituksista johtuva päivittäisen avun tarve	n. 50

Taulukko 1: Kuinka suuri osuus (%) eräistä tärkeistä kansanterveysongelmista poistuisi, jos ongelma olisi koko väestössä yhtä harvinainen kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla. (Lähde: Koskinen ja Martelin 2007)

Miksi yksilön sosioekonominen asema vaikuttaa terveyteen? Esimerkiksi yliopistokoulutuksesta ei minkään biologisen lainalaisuuden perusteella seuraa pitkä ja terve elämä. Selitys on monitasoinen. Henkilön koulutus muokkaa mm. hänen terveyteen liittyviä tietojaan ja arvojaan sekä hänen ammattiuraansa. Se, missä ammatissa ihminen toimii, säätelee hänen työ- ja elinolojaan, ohjaa hänen käyttäytymistään ja vaikuttaa hänen toimeentuloonsa. Henkilön taloudellinen tilanne puolestaan säätelee mm. hänen kulutusmahdollisuuksiaan sekä asuinolojaan.

Elintavoilla on huomattava osuus terveyserojen synnyssä. Miehillä alkoholi-kuolemat selittävät noin neljäsosan suorittavan työn tekijöiden ja toimihenkilöiden välisestä kuuden vuoden erosta jäljellä olevissa elinvuosissa, naisilla kymmenesosan (Mäkelä ym. 1997). Tupakoinnin merkitys on osapuilleen yhtä suuri. Suomessa tupakointi ja liiallinen alkoholinkäyttö yhdessä aiheuttavatkin arviolta puolet miesten ja sosioekonomisista kuolleisuuseroista ja naisten eroista noin neljänneksen. Myös ruokavalio ja liikuntatottumukset selittävät osan sosioekonomisista terveyseroista (Laaksonen ym. 2008). Hyvä sosiaalinen asema luo paremmat tiedolliset ja taloudelliset edellytykset ja voi vahvistaa motivaatiota valita terveellisiä elintapoja. Elintapoihin vaikuttavat mm. taloudelliset mahdollisuudet, perinteet, muoti, arvot ja normit sekä mainonta ja markkinat. Elintapoja ei voida pitää pelkästään ihmisen vapaan valinnan tuloksina eikä yksinomaan yksilön vastuulla.

Terveydenhuolto kaventaa monin eri tavoin väestöryhmien välisiä terveyseroja. Esimerkiksi kattava korkeatasoinen neuvolajärjestelmä tavoittaa kaikki väestöryhmät ja luo edellytyksiä lasten hyvälle terveydelle sosiaalisesta taustasta riippumatta. Terveydenhuollon toiminnassa on kuitenkin piirteitä, jotka ovat omiaan kasvattamaan terveyseroja. Työterveyshuollon kattavuus on huono pienten työnantajien palveluksessa ja pätkätöissä olevien – usein pienituloisten – keskuudessa. Korkean omavastuuosuuden takia suurituloiset käyttävät eniten yksityislääkäripalveluja. Myös julkisen terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa on eroja: Esimerkiksi sepelvaltimokirurgian kohdentuminen eri väestöryhmiin ei ole oikeudenmukaista, vaan hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat saavat tarvitsemaansa hoitoa todennäköisimmin kun taas köyhät ja vähän kouluja käyneet jäävät muita useammin vaille hoitoa.

Terveyserojen kehitysnäkymiä

Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat kasvaneet ja voivat kasvaa edelleen, ellei kehitykseen puututa. Monet terveyseroja aiheuttavat tekijät näyttävät säilyvän ennallaan tai vahvistuvan: joukkotyöttömyys pitkittyy; tuloerot kasvavat; neuvolatoiminnan, oppilasterveydenhuollon ja muiden ehkäisevien palvelujen voimavarat ovat riittämättömät; alkoholin helppo saatavuus ja halpa hinta lisäävät kulutusta ja haittoja etenkin huono-osaisimmissa ryhmissä; tupakoinnin väestöryhmittäiset erot kasvavat; lihavuus yleistyy nopeasti etenkin alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä ja terveydenhuollon uudet tehokkaat ja kalliit menetelmät eivät riitä kaikille tarvitsijoille (Palosuo ym. 2007). Lisäksi väestöryhmien väliset erot terveydessä ja sen määrittäjissä ovat jyrkimmät nuorilla aikuisilla, mikä ennakoii terveyserojen jyrkkemistä kun nykyiset nuoret sukupolvet varttuvat (Koskinen ym. 2005).

Miten terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää?

On vaikutettava sekä rakennetekijöihin että käyttäytymiseen. Rakenteelliseen eriarvoisuuteen voidaan vaikuttaa terveyttä edistävällä yhteiskuntapolitiikalla, jos se tavoitteeksi asetetaan etenkin heikossa sosiaalisessa asemassa olevien elinolojen ja muiden terveyden edellytysten kohentaminen. Tämä tarkoittaa mm. koulutuksen tasa-arvoisuuden periaatteiden noudattamista, tuloerojen supistamista, työttömyyden ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden vähentämistä sekä työolojen kohentamista etenkin kuluttavimmissa raskaissa ammateissa. Elintapoihin voidaan vaikuttaa mm. alkoholi-, tupakka-, elintarvike-, liikunta-, terveys- ja kulttuuripolitiikalla. Keinoja ovat mm. alkoholin ja tupakan verotuksen kiristäminen ja terveyden kannalta edullisten tuotteiden verotuksen keventäminen, myynti- ja markkinointirajoitukset, joukkoruokailun laadun ja kattavuuden parantaminen, joukkoliikenteen ja turvallisten kevyen liikenteen väylien lisääminen.

Monet koko väestöön kohdistuvat toimet, kuten julkisten paikkojen tupakointirajoitukset ja maksuton kouluruokailu, edistävät eniten huono-osaisimpien terveyttä. Koko väestöön kohdistuva terveystalitiikka ei kuitenkaan ole ollut riittävää, koska terveyserot vain kasvavat. Jotkut universalistiset, koko väestöön periaatteessa samantlaisina kohdistuvat toimet, kuten vaikkapa alkoholin hinnan alennus tai julkisten palvelujen merkittävä omavastuuosuus, näyttävät kärjistävän terveyseroja. Lisäksi eri sosiaaliryhmillä voi olla erilaisia tarpeita, joista vain osaan universalistinen politiikka vastaa. Tarvitaankin myös erityisryhmiin kohdennettuja toimia esimerkiksi antamalla huonommista lähtökohdista tuleville ylimääräistä tukea mm. palvelujärjestelmässä. Kohdennettujen toimien ei kuitenkaan tule olla leimaavia, ja niiden tulee heijastaa kohdeväestön toiveita.

Palvelujärjestelmän piirteet, jotka kärjistävät terveyseroja, on korjattava. Palvelujen käytön eriarvoisuutta voidaan vähentää mm. palvelujen tarjontaa lisäämällä, ulottamalla työterveyspalveluja vastaavat palvelut koko väestöön, palvelujen maksuttomuudella tai niin pienellä hinnalla, ettei se rajoita tarpeen mukaista käyttöä ja tiedottamalla palveluista niin, että tieto menee perille erityisesti niihin väestöryhmiin, jotka palveluja eniten tarvitsevat. Palvelujen vaikuttavuuden eriarvoisuutta puolestaan voidaan vähentää mm. räätälöimällä palvelut sosiaalisten taustatekijöiden mukaan esimerkiksi hoitosuosituksen ja -ohjelmien avulla. Palveluja eniten tarvitseville tulee tarjota keskimääräistä tiheämpiä käyntejä ja enemmän aikaa esim. neuvolatyössä, oppilasterveydenhuollossa, muussa ehkäisevä toiminnassa sekä sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Terveydenhuollon tavoitteeksi voidaan katsoa paitsi palvelujen käytön ja vaikuttavuuden eriarvoisuuden poistaminen, myös muista tekijöistä aiheutuvan terveyden eriarvoisuuden vähentäminen.

Päätelmät

Hyvin koulutetut, toimihenkilöammateissa toimivat ja hyvätuloiset ihmiset ovat paljon terveempiä kuin vähän kouluja käyneet, työntekijäammateissa työskentelevät ja pienituloiset. Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat viime vuosikymmeninä säilyneet ennallaan tai jopa suurentuneet. Terveyserojen kaventaminen on tärkeää mm. eettisistä, kansanterveydellisistä ja työvoimapolitiittisista syistä, syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja palvelujen riittävyuden takaamiseksi.

Terveyserot johtuvat ainakin valtaosin muutettavissa olevista elinoloihin ja elintapoihin liittyvistä tekijöistä. Terveyserojen jyrkkyys vaihtelee huomattavasti eri ajankohtien ja yhteiskuntien välillä, mikä osoittaa, että eroihin voidaan vaikuttaa. Terveys- ja muulla yhteiskuntapolitiikalla on kyetty supistamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja Suomessakin; esimerkkejä ovat mm. Koillis- ja Lounais-Suomen välisten terveyserojen kaventuminen sekä lasten alueellisten ja sosioekonomisten terveyserojen supistuminen tai häviäminen.

Terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää, mutta se vaatii yhteisiä ponnistuksia.

Kirjallisuutta

- Koskinen S, Martelin T. Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiin. Teoksessa: Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Osa 2. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikutukset ja kustannusvaikutukset, Kansanterveyslaitos. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, s. 78–92.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B7/2005, Helsinki 2005.
- Koskinen S, Valkonen T. Miten vähennetään sydän- ja verisuonitautien sosiaalisia vaaratekijöitä? Teoksessa: Konsensuskokous suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi 25.–27.11.1997: asiantuntija-alustukset. Suomen Sydäntautiliitto ry:n julkaisu 1/98, Helsinki 1998, s. 49–55.
- Laaksonen M, Helakorpi S, Karvonen S, Patja K, Sulander T. Tupakointi. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007:23, Helsinki 2007, s. 133–140.
- Laaksonen M, Talala K, Martelin T, Rahkonen O, Roos E, Helakorpi S, Laatikainen T, Prättälä R. Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health*, painossa.
- Mackenbach J, Bos V, Anfersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T, Kunst A. Widening socioeconomic inequalities in mortality in Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830–837.
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, Helsinki 2002, s. 93–102.
- Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Sulander T. Eroja iäkkäiden toimintakyvyssä. *Kansanterveys* 2004:1:4–5.
- Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Terveyserot. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2005(a), s. 266–276.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja perhetyypin mukaan. Teoksessa: Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B7/2005, Helsinki 2005(b), s. 134–148.

- Martikainen P, Mäkelä P, Koskinen S, Valkonen T. Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:1397–1405.
- Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ* 1997;315(26):211–216.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, toim. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007.
- Sihvonen A-P, Koskinen S, Martelin T. Terveet elinvuodet. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, toim. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007, s. 122–128.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, toim. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007, s. 44–64.

Geenit terveyttä ennustamassa

Solujemme geenit ovat osallisena kaikessa solun toiminnassa. Ne määräävät proteiinien rakenteet ja ohjaavat niiden tuotantoa ja elämänkaarta. Proteiinit puolestaan huolehtivat solun ja koko yksilön rakenteista, kudosten erilaistumisesta ja solun tehtävien toteutumisesta. Geenien avulla viestit siirtyvän solun jakautuessa tytärsoluihin ja ihmisen lisääntyessä jälkeläisiin. Geenien virheistä eli mutaatioista seuraa, että proteiini puuttuu tai on virheellinen, tai sitä tuotetaan liikaa tai liian vähän.

Geeneillä on tärkeä rooli lähes kaikkien sairauksien taustalla. Yhden geenivirheen aiheuttamissa sairauksissa (monogeeniset sairaudet) niiden rooli on aivan keskeinen: hedelmöittymishetkellä on jo määräytynyt, että yksilö on perinyt tietyn mutaation joko toiselta tai molemmilta vanhemmiltaan ja saa sen seurauksena väistämättä tietyn sairauden. Tuleva sairastuminen olisi siis näiden tautien kohdalla ennustettavissa geenitutkimuksin milloin tahansa hedelmöittymishetken jälkeen. Näitä tauteja on tuhansia erilaisia. Yksittäin ne ovat varsin harvinaisia, mutta muodostavat yhdessä merkittävän tautiryhmän.

Tavallisten kansantautien synnyssä geeneillä on niin ikään tärkeä rooli, mutta tie geenimutaatiosta tai geenin vaihtoehtoista muodoista taudin puhkeamiseen on paljon monimutkaisempi. Vaikuttaa siltä, että valtaosassa kansantauteja sairastumisalttiuden aiheuttaa useiden geenimuutosten yhdistelmä. Geneettisesti altis henkilö tuskin kuitenkaan sairastuu, elleivät myös ulkoiset tekijät kuten ravinto ja muut elämäntavat, infektiosairaudet jne. osaltaan edistä taudin puhkeamista. Tässä tautiryhmässä geenitieto on vielä varsin puutteellista ja geenitestillä voitaisiin korkeintaan hyvin karkeasti arvioida henkilön sairastumisalttiutta, muttei suinkaan ennustaa tai sulkea pois tulevaa tautia.

Näiden kahden tautiryhmän välillä vaikuttaa olevan joukko sairauksia, joissa yhden geenin mutaatio aiheuttaa suuren sairastumisriskin (esim. yli 50 % :n todennäköisyyden sairastua), muttei kuitenkaan ennusta varmaa sairastumista. Tällaisia tauteja ovat mm. perinnölliset syöpäalttiusoireyhtymät.

Geeneillä on varmasti tärkeä rooli myös terveyden taustatekijänä. Jos ihminen ei ole perinyt merkittäviä sairastumisalttiuksia, on hän toki terveempi kuin muut. Tämän lisäksi geenit vaikuttanevat myös sellaisiin hyvän terveyden osatekijöihin kuin yleinen hyväkuntoisuus, jaksaminen, stressinsieto, vanhenemisen aikataulu jne., joskin näistä asioista tiedetään vieläkin vähemmän. Hyvän terveyden tutkimusasetelmissa on vaikea erottaa toisistaan geeniperimän, sosiaalisen ympäristön ja elämäntapojen vaikutusta. Usein elämäntavoiltaan terveystietoiset valitsevat samanhenkisiä partnereita ja siten lapset perivät geenien ohella terveyskäyttäytymisen malleja, jotka saattavat olla hyvin samantapaisia molempien vanhempien suvuissa.

Voitaisiinko geenitiedon kautta sitten vaikuttaa kansalaisten terveyteen? Oma lääketieteellinen erikoisalani perinnöllisyyslääketiede työskentelee erityisesti elämän alun kysymysten parissa keinoinaan perinnöllisyysneuvonta, sairausgeenien kantajuuden tutkiminen, sikiödiagnostiikka, sikiöseulonnat ja viime aikoina myös alkiodiagnostiikka. Perinnöllisyyslääketieteen työkenttään kuuluvat kuitenkin lähes

yksinomaan harvinaiset perinnölliset taudit, eikä sillä ole nykytiedon valossa juuri mitään erityistä annettavaa tavallisten tautien suhteen.

Perinnöllisyysneuvonta on perinnöllisyyslääketieteen tärkein työmuoto. Sen kulmakivenä on harvinaisen perinnöllisen taudin diagnosoiminen tai joskus sen myöntäminen, ettei tautia pystytä tunnistamaan. Taudista ja sen periytymisestä kerrotaan potilaalle tai hänen perheelleen perusteellisesti. Usein potilaat haluavat keskustella myös perhesuunnittelusta, jolloin arvioidaan taudin toistumisriskiä heidän tilanteessaan sekä pohditaan sikiödiagnostiikan mahdollisuuksia. Geenitiedon lisääntymisen myötä taudin tunnistaminen jo sikiöaikana on tullut yhä useammin mahdolliseksi. Tällöin perhe voi halutessaan keskeyttää raskauden aborttilain sallimissa puitteissa.

Sikiödiagnostiikan ajatellaan usein estävän sairaiden lasten syntymää. Niin se tavallaan tekeekin, mutta usein lähtöasetelma on sen kaltainen, ettei sairasta lasta olisi kuitenkaan saatettu maailmaan. Monessa tapauksessa sikiödiagnostiikan kehittyminen rohkaisee perheitä ylipäättään hankkimaan lisää lapsia. Näin sikiödiagnostiikka ensisijaisesti antaa terveille lapsille mahdollisuuden syntyä eikä niinkään estä sairaiden syntymistä.

Asetelma on aivan toisenlainen sikiöseulonnoissa. Meillä nykyisin käytössä olevissa seulonnoissa raskaana olevalle naiselle tarjotaan tutkimuksia sikiön mahdollisen rakennepoikkeaman tai kromosomisairauden toteamiseksi. Seulontaa tarjotaan siis henkilöille, jotka eivät etukäteen olleet erityisesti mistään huolissaan. Näin toimien seulonta ei helpota olemassa olevaa huolta vaan saattaa päinvastoin herättää huolta raskaana olevan mielessä, eli seulonnalla saattaa olla haittavaikutuksia. Näin saatetaan toisaalta löytää sairaita sikiöitä ja siten todella estää sairaan lapsen syntymä tilanteissa, joissa perheet eivät olisi itse tienneet hakeutua perinnöllisyysneuvontaan.

Sikiödiagnostiikan ja seulontojen lähtökohta tautien voittamisen kentällä on eettisesti pulmallinen, sillä niiden toimintakeinona on raskauden keskeyttäminen. Ei ole näköpiirissäkään, että Downin oireyhtymä tai muut geneettiset sairaudet voitaisiin sikiödiagnoosin seurauksen parantaa. Siten sikiötutkimusten keinoin ei itse asiassa lisätä terveyttä vaan estetään sairaita syntymästä.

Teoriassa genetiikka voisi tarjota mahdollisuuksia myös terveyden lisäämiseen, erityisesti juuri tavallisten kansantautien saralla. Geenitesteillä voitaisiin kenties tunnistaa suurimmassa sairastumisriskissä olevat ja tarjota heille tehostettua terveysneuvontaa tai jopa ennaltaehkäiseviä lääkityksiä ja hoitoja. Toistaiseksi geenitieto on kuitenkin aivan liian epätarkkaa, eikä spesifiä tauteja ehkäiseviä hoitojakaan ole näköpiirissä. Kun geenitestillä todettaisiin jonkun olevan erityisen suuressa riskissä vaikka tyyppi II diabeteksen suhteen, voitaisiin hänelle nykytiedoin vain antaa samat terveellisen ruokavalion, ihannepainon ja liikunnan suositukset kuin kaikille muillekin.

Niin kauan kuin tietomme ei riitä tulevia sairauksia tai tulevaa terveyttä ennustaviin geenitestauksiin, eivät niihin liittyvät mahdolliset sivuvaikutukset ja väärinkäytöksetkään ole ajankohtainen huoli. Harvinaisten sairauksien kentältä kuitenkin jo tiedetään, että tulevan sairauden kertova geenitieto saatetaan käsittää väärin tai kokea varsin ahdistavana siitäkin huolimatta, että näihin testeihin on aina liitetty perusteellinen perinnöllisyysneuvonta. On myös yksittäisiä esimerkkejä siitä, että vakuutusyhtiöt tai työnantajat ovat - usein virheellisen tulkinnan seurauksena

- tehneet ratkaisuja, joita voi pitää geneettisesti diskriminoivina. Jos siis tavallisten tautien geenitestaus joskus osoittautuisi lääketieteellisesti merkittäväksi, tarvittaisiin perusteellista väestön valistamista, terveydenhuollon uutta kouluttamista ja kenties myös lainsäädäntöä tilannetta selkiyttämään.

Vielä etäisempiä terveyden edistämisen geneettisiä keinoja ovat ”geenihoidot” eli viallisten geenien korjaaminen tai korvaaminen toimivalla geenillä. Joissain harvinaisissa taudeissa tällaiset hoidot voivat olla tulevaisuudessa käytössä, mutta kansantautien alttiusgeenien suhteen ei geenitason hoitoja ole odotettavissa. Sen sijaan näiden tautien syiden ymmärtäminen myös geenitasolla voi tuoda uusia ajatuksia lääkekehittelyyn ja sitä kautta lisätä terveyttämme.

Jo tämän kirjoituksen otsikko kertoo geenien ennustavan terveyttä. Tulevien vuosien kasvava geenitieto tulee hahmottamaan tarkemmin geenien roolia terveyden taustalla ja vastaamaan siihen kysymykseen, miten tätä ennustavaa tietoa voitaisiin käyttää terveyden edistämiseen.

Ihmisen vastuu ja oikeus päättää elämäntavoistaan

Terveyskasvatus on antanut ihmisille uudenlaisen tietopohjan terveellisille valinnoille. Monet myöskin noudattavat tervejärkisesti neuvoja – eläähän suuri osa suomalaisista pitkään. Hyväkuntoisia ikäihmisiä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin.

Voidaan kuitenkin esittää muutamia kysymyksiä.

Ensimmäinen kuuluu: Missä määrin ihmisellä on oikeus olla noudattamatta terveystsuosituksia. Ja jos hän niin tekee, milloin hän silloin on velvollinen kantamaan vastuuta valinnoistaan?

Toinen on vielä mutkikkaampi: Miten paljon rajoituksia ja vaatimuksia yhteiskunta voi asettaa? Miten koskematon on siis yhteiskunnanäkemyksemme peruspiilari, vapaus valita? Kuvitelkaamme skaalaa hyväntahtoisista neuvoista kovaotteisiin käskyihin. Välimaastoon sopii suuri määrä kysymysmerkkejä.

Tähän saakka on ajateltu, että demokratia pitää sisällään ihmisen vapauden toteuttaa toiveitaan ja mieltymyksiään, kunhan hän ei vahingoita muita. Kukaan ei vielä ole sanonut ääneen, että huonosti hoidettu henkilökohtainen terveys aiheuttaa vahinkoa muille. Aika lähellä tätä pistettä kuitenkin ollaan.

Kesäkuussa talouslehti *Presso* julkaisi artikkelin Elinkeinoelämän valtuuskunnan EVA:n tuoreesta raportista, jossa ruoditaan työikäisten kunnan romahtamista. Raportin kirjoittaneen Petteri Laineen mukaan yritysten pitäisi ottaa työntekijöiden kunnan ylläpitäminen ”arvo- ja strategiatason asiaksi”. Raportin kirjoittajan mukaan fyysisen kunnan pitäisi olla myös rekrytointipäätökseen vaikuttava tekijä. Viime aikoina on lisäksi keskusteltu porrastetusta terveydenhoitomaksusta eräänä mahdollisuutena jollei rangaista, niin ainakin houkutella esimerkiksi ylipainoiset ja tupakoivat paremmille tavoille.

Tästä pitäisi nyt puhua laajemmin. Tupakointi vahingoittaa terveyttä, ja siksi voimaan tulleet rajoitukset voidaan hyväksyä ehkäisemään passiivisen tupakoinnin aiheuttamaa vahinkoa. Laki ei voi kieltää itse tupakointia tai kieltää tupakkatuotteiden myyntiä ja hallussapitoa. Ihmisiä ei myöskään voi pakottaa syömään terveellisesti tai kuntoilemaan.

Voidaanko myöskään olla varmoja terveysintoilun taloudellisesta hyödystä tai rahan säästöstä? Väestön eliniän pidentyminen ei välttämättä ole edullista.

Yhteiskunta voi yrittää auttaa tupakoitsijaa olemaan tupakoimatta, syöppöä jättämään ruokaa lautaselle ja laiskottelijaa lähtemään liikkeelle. Hinnoittelu- ja veropäätöksillä voidaan vaikuttaa näihin jonkin verran, mutta pidemmälle etenevä holhoaminen voi johtaa harhaan.

Jos ihminen elää terveesti, hän on suuremmalla todennäköisyydellä terveempi kuin huonoja elintapoja harrastava kanssaisarensa tai -veljensä, mutta terveellinen elämä ei takaa terveyttä. Silti terveystvalistus sinänsä voi luoda harhakuvan siitä, että

terveellinen elämä takaa paremman terveyden. Siirtyykö vastuu tällöin yhteiskunnalle?

Kovin intensiivinen terveystalutus, jopa -intoilu, voi vääristää käsitystä ihmiskehosta koneena, joka olisi aina korjattavissa. Tämä on harha joka syntyy yksilön ja väestön tutkimusten eroista. Tutkimustuloksia arvioitaessa on muistettava, että yksittäiset ihmiset ovat yksilöitä, perimältään, ajatuksiltaan ja myös elämäntavoiltaan erilaisia.

Terveydenhuolto ei ole ilmaista. Sairauksien ennalta ehkäisy on halvempaa kuin niiden hoito. Yhteiskunnan rahat tule koskaan riittämään kaikkeen. Kun olemassa olevia ja tunnettuja terveysongelmia ratkaistaan, kohdataan uusia kysymyksiä. Yksi syy tähän on se, että lääketieteen edistyessä, ja ehkä myös terveellisten elämäntapojen ansiosta elämme kauemmin. Myös käsitys terveydestä muuttuu, mikä voi muuttaa olennaisesti myös terveystalveluiden tarvetta.

Edellä esitettyihin kysymyksiin ei ole yksinkertaisia vastauksia. Voidaanko ajatella uudenlaista sitoutumista esimerkiksi elämänmuutokseen ”kiitoksena” korkealaatuisesta hoidosta sairauksissa, joihin elämäntapojen tiedetään vaikuttavan? Voidaanko esimerkiksi infarktista toipuvan tupakoivan henkilön edellyttää osallistuvan tupakasta vieroitukseen. mikäli hän haluaa saada yhtä hyvää hoitoa myös seuraavassa infarktissa, tai selvästi ylipainoisen osallistuvan painonhallintakursseille, jos ylipaino pahentaa merkittävästi hänen sairauttaan?

Millä mekanismilla saataisiin kansalaiset huomaamaan elämänmenon merkityksen terveyteen ja hyvinvointiin? Ehdotan kovan sijaan pehmeää mutta niin havainnollistavaa ohjailua, että oman osuuden merkitys voidaan huomata.

Priorisoinnin ydinasioista ei ole vielä keskusteltu kovin perusteellisesti Suomessa, siis siitä, miten pitkään meillä oikeasti on oikeus odottaa reistailevan koneemme korjausta ja käynnissäpitoa yhteisillä varoilla.

Suun terveys ja kansanterveys

Vanhusväestön suhteellinen lisääntyminen on otettava huomioon myös suun terveydenhuollossa. Omat hampaansa säilyttäneiden iäkkäiden ihmisten määrä nousee. Tällä on väistämättömät seuraukset suun ja hampaiden infektiota ajatellen. Suun mikrobikasvusto muodostaa elimistössä ainutlaatuisen biofilmikolonisaation, jossa mikrobiitiheys on jopa 10^{11} CFU/ml ja yksittäisiä bakteerilajeja kyetään identifioimaan yli 700. Nämä mikrobit aiheuttavat paitsi hammassairauksia, kuten kariesta ja hampaiden tukikudostulehduksia, myös leukainfektioita, periapikaalisia abskesseja, tulehduskystia, limakalvojen ja sylkirauhasten infektiota. Nuorten aikuisten erityisongelma on puhkeaviin viisaudenhampaisiin liittyvä vieruskudostulehdus eli perikoroniitti, mikä sekin voi äityä vaaralliseksi. HYKS:n Kirurgisessa sairaalassa hoidetaan vuosittain lähes sata hengenvaarallista hammasperäistä infektiopotilasta, joiden taudin taustalla ovat hammassairaudet ja usein liian myöhäinen hoitoon hakeutuminen. Olisikin erittäin tärkeätä palauttaa jälleen arvoonsa aikanaan hyvin toiminut kouluterveydenhuolto, jonka puitteissa mm. hammashoitajat säännöllisesti fluoripurkututtivat koululaiset hammaskarieksen ehkäisemiseksi ja opastivat suuhygienian ylläpitoon. Hyvän suuhygienian ylläpitoon, iästä riippumatta, tulee jatkuvasti kiinnittää huomiota ja muistuttaa väestöä sen merkityksestä.

Suun infektiosairaudet eivät rajoitu pelkästään suuhun ja hampaisiin, vaan voivat verenkierron välityksellä aiheuttaa haittavaikutuksia kaikkialla elimistössä. Viimeaikoina on saatu tutkimusnäyttöä suu- ja hammassairauksien ja sydän- ja verenkiertoelintensairauksien välisistä yhteyksistä. Myös diabetes- ja reumapotilaita on paljon tutkittu. Kuten mitkä tahansa infektiot missä tahansa elimistössä, suun ja hampaiden infektiot laukaisevat tulehdusprosesseja ja muita yleisiä tautimekanismeja. Näiden yhteyksien tunteminen on tärkeää, sillä hammassairaudet olisivat täysin ehkäistävissä. On siten oletettavaa, että onnistunut suu- ja hammasinfektioiden ehkäisy vähentäisi sairastumista yleensä.

Suun muista sairauksista on pidettävä mielessä limakalvomuutokset, jotka voivat johtaa syövän kehittymiseen. Suusyövän tunnetuimmat riskitekijät ovat tupakointi sekä alkoholin käyttö. Pahanlaatuiset muutokset limakalvolla ovat alkuvaiheessa varsin harmittoman näköisiä, joten varhaisdiagnostiikan merkitys korostuu. Nykyisin suusyöpään sairastuneet potilaat hakeutuvat useimmiten valitettavan myöhään hoitoon, jolloin hoidon tulokset ovat paitsi potilasta invalidisoivia myös ennusteeltaan huonoja: 5-vuotiseloonjäämisprosentti on suusyövässä nykyisin 50% luokkaa. Huono suuhygienia altistaa myös syöväälle, sillä suun mikrobit kykenevät metaboloimaan etanolia karsinogeeniseksi asetaldehidiksi.

Suun hoidon kustannukset ovat Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista noin 5 % (630 miljoonaa euroa vuonna 2006). Alalla työskentelee yli 13 000 ammattihenkilöä. Mietittäessä hammaslääketieteen aktuelleja koulutusratkaisuja, mm. esitettyä hammaslääkäreiden koulutusmäärien lisäämistä, on syytä pitää mielessä, että eniten työllistävät hammassairaudet karies ja parodontiitit olisivat täysin ehkäistävissä niin yksilö- kuin väestötasolla. Ehkäisevä hammashoito ei vaadi akateemista

loppututkintoa. Terveysthuollon sisäistä työnjakoa olisi kehitettävä siten, että lasten ja nuorten hammaskaries saataisiin kokonaan estettyä (nyt lisääntynyt kariessairastuvuus on polarisoitunut huono-osaisiin) ja että myös aikuisväestön ja erityisesti maassamme retuperällä oleva vanhusväestön suun hoito saataisiin riittävälle tasolle. Valistustyö on siis kohdennettava kaikkiin ikäluokkiin ja terveydenhuollon kaikki ammattiryhmät on saatava työhön mukaan.

Rokotusten etiikka: hyvää, mutta millä hinnalla?

Rokotusohjelmaa suunniteltaessa ja sen vaikutuksia arvioitaessa on pidettävä mielessä rokotteiden ominaisuudet: rokotteena käytetään mikrobia (tai sen osaa), joka tarjoillaan elimistölle sellaisessa muodossa, että se synnyttää immuniteetin tartuntaa tai tartuntatautia vastaan. Rokotettaessa käytetään siis potentiaalista taudinaiheuttajaa suojaamaan vaaralta, jolle rokotettu ei mahdollisesti koskaan altistu. Kun lisäksi muistetaan, että rokotusohjelman kohteena ovat yleensä terveet yksilöt – ja usein pienet lapset, on rokotusten puolesta puhuvien seikkojen oltava erityisen vahvoja ja niiden haittojen hyvin kontrolloituja, jotta yhteiskunta voi niitä suositella tai jopa niihin velvoittaa.

Esittelen tässä artikkelissa näkökohtia, joita punnitaan rokotusohjelmaa suunniteltaessa. Tällaisia ovat toisaalta näytöt rokotusten hyödyllisyydestä ja kustannusvaikuttavuudesta, toisaalta rokotusten haitat joko yksilö- tai yhteisötasolla. Näiden suhteen on oltava hyväksyttävä ennen kuin uusia rokotteita suositellaan yleiseen rokotusohjelmaan (Taulukko 1). Lopuksi artikkelissa käsitellään rokotusten aikaansaamaa laumasuojaa, ja sen tavoittelemisen valossa yksilön velvollisuuksia ja yhteisön oikeuksia rokotusten suhteen.

Vuosikymmenten kuluessa on käynyt vakuuttavasti ilmi, että rokotuksilla saavutetut hyödyt ovat todella merkittäviä ja rokotusohjelmat tässä mielessä helposti puolustettavia, niihin liittyvistä haitoista huolimatta. Yksi kansanterveysohjelmien jättisaavutuksista, isorokon hävittäminen, oli mahdollista vain määrätietoisella rokotusohjelmalla. Seuraavaksi hävitettäväksi taudiksi on sovittu polio, ja sen jälkeen lähivuosikymmeninä voisi olla vuorossa tuhkarokko. Paitsi tautien hävittämistä (eradikaatiota), laajamittaiset rokotukset ovat vähentäneet oleellisesti (eliminoineet) Suomesta ja useista muista maista yhdeksän infektioautia, jotka aiemmin olivat merkittäviä kuolleisuuden ja sairastavuuden aiheuttajia (Taulukko 2). Mikäli rokotusohjelmasta ei huolehdi riittävästi, monet näistä taudeista palaisivat Suomeen.

Rokotukset ovat maailmalaajuisesti yksi tärkeimmistä kuolleisuuden vähentäjistä. Näyttö vaikutuksista on kiistaton. Maailman terveysjärjestön perusrokotusohjelma (EPI) ehkäisee vuosittain yli 3 miljoonan lapsen kuoleman. EPI-rokotteiden käyttöä edistämällä voitaisiin ehkäistä lisäksi joka vuosi noin 1.4 miljoonan lapsen ja 0.7 miljoonan aikuisen kuolema kehitysmaissa. Mikäli laajaan käyttöön otettaisiin muutkin jo teollisuusmaissa kaupan olevat rokotteet, ehkäistävien kuolemien määrä kasvaa vielä 2.6 miljoonalla vuodessa.

Rokotteet ovat erittäin halpa tapa edistää terveyttä ja ehkäistä kuolemia. On las-

Taulukko 1: Kriteerit, joita käytetään harkittaessa uuden rokotteen liittämistä kansalliseen rokotusohjelmaan.

1. Rokotteen täytyy suojata rokotettu taudilta
2. Rokotteen hyötyjen ja rokotuskustannusten suhteen tulee olla hyväksyttävä
3. Rokotteen täytyy olla rokotettavalle turvallinen
4. Rokottaminen ei saa johtaa edes potentiaalsiin väestötason ongelmiin

kettu, että EPI-rokotteiden käytöllä voidaan kehitysmaitiin suunnatulla 2-20 dollarin investoinnilla saavuttaa yksi terve elinvuosi. Tämä hyötysuhde on poikkeuksellisen edullinen, verrattiinpa rokotteita miltei mihin hyvänsä terveydenhuollon tai muiden sektoreiden toimenpiteisiin terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn alueella. Vastaava hinta esimerkiksi tupakasta vieroittamisen tuottamasta terveestä elinvuodesta on noin 100 dollaria, ripulin nestehoitoa optimoimalla saavutetusta noin 1000 dollaria, ja sydäninfarktin hoitoa tehostamalla saavutetusta terveestä elinvuodesta noin 10 000 dollaria. Vaikka suomalaisen rokotusohjelman perinteisistä rokotteista ei muodollisia kustannus-hyöty –analyysyjä olekaan tehty, ei liene epäilyä, etteikö kurkkumädän tai tuhkarokon torjunta olisi kannattavaa. Tuore tutkimus viittaa siihen, että varhaislapsuuden influenssarokotukset säästävät terveydenhuollon kustannuksia noin kymmenellä eurolla rokotettua lasta kohden.

Rokotteilla on myös kiistatta haittoja. Lievät reaktiot – rokotuskohdan punoitus tai kipeytyminen, tai lievät kuumereaktiot – ovat suhteellisen tavallisia. Vakavat, joskus henkeä uhkaavat reaktiot taas harvinaisia. Ennen myyntiluvan myöntämistä rokotteet käyvät läpi laajat turvallisuustestaukset. Nykyisin myyntilupahakemuksessa pitää olla yleensä tiedot kymmenien tuhansien tutkimushenkilöiden seurannasta ennen kuin viranomaiset myöntää luvan. Koska rokotusohjelman kohteena on terve väestö, turvallisuusvaatimukset ovat rokotteiden kohdalla huomattavasti tiukempia kuin lääkkeiden osalta. Sairaana potilaan hoitamiseen tarkoitettulle lääkkeelle voidaan hyväksyä joskus vaikeita haittavaikutuksia, terveen lapsen suojaamiseksi tarkoitettulle rokotteelle rima on huomattavan korkealla. Lähivuosilta on esimerkkejä, joissa rokotteiden käyttö on evätty tilanteissa, joissa merkittävän (joskaan ei pysyvää haittaa aiheuttavan) sivuvaikutuksen on arvioitu esiintyvän yhdellä kymmenistä tai sadoista tuhansista rokotetuista.

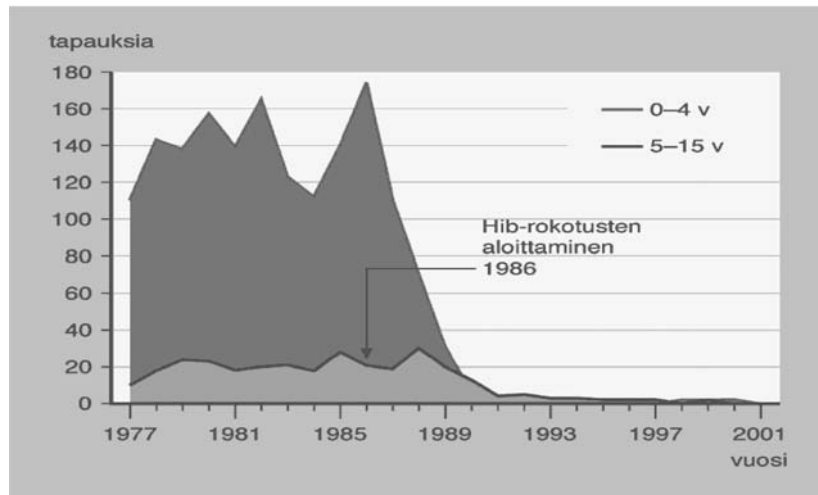
Viime aikoina on kiinnitetty lisääntyvästi huomiota siihen, että yksilölle aiheutuvien haittojen lisäksi rokotuksilla voi olla myös negatiivisia vaikutuksia väestötasolla. Tällaisia ovat esimerkiksi estettävän taudin epidemiologian muuttuminen, esimerkiksi taudin siirtyminen vanhemmalle iälle (jolloin se usein muuttuu myös vaikeammaksi). Näin voi käydä, mikäli rokotusohjelman kattavuus jää alhaiseksi ja osa ikäluokasta jää ilman rokotussuojaa, mutta ei myöskään kohtaa yhtä usein luonnollista tartuntaa varhaislapsuudessa kuin ennen rokotuksia tapahtui. Erityisen vakavaksi tämä ongelma muuttuu, jos rokottamattomien tartunnat ja sairastumiset siirtyvät aikuisikään tai pahimmassa tapauksessa raskaana oleviin äiteihin, jolloin sikiön vaurioitumisen vaara kasvaa. Harvinaisena yhteisötason haittana elävällä rokotteella (esimerkiksi suun kautta otettavalla poliorokotteella) on vielä se, että rokotemikrobi voi siirtyä

Tauti	Raportoituja tapauksia	
	Ennen rokotuksia	Vuonna 2006
Kurkkumätä	17 899	0
Hinkuyskä	18 969	535
Polio	623	0
Tuhkarokko	11 353	0
Sikotauti	15 543	8
Vihurirokko	6 418	1
Tuberkuloosi	46 351	291
Hepatiitti B	286	37
Hemofilustaudit	174	2

Taulukko 2: Rokotusten avulla ehkäistävissä olevien tautien tilastoitu esiintyvyys ennen rokotusten aloittamista ja nykyisin

Kuva 1: Hemofiluksen aiheuttamat yleisinfektiot Suomessa vuosina 1977-2001

rokotetusta perhepiirin tai lähiympäristön rokottamattomaan henkilöön. Jos rokotemikrobitartunnan saanut on vaikeasti immuunipuutteinen, voivat seuraukset olla kohtalokkaat.



Mikäli rokote on tehokas, se ehkäisee paitsi infektioita myös tartuntamahdollisuuksia vähentämällä tartunnalle alttiiden ja mikrobia levittävien osuutta väestössä. Parhaat rokotteet vähentävät tämän lisäksi tartuntoja myös vähentämällä mikrobin kantajuutta terveillä rokotetuilla. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksena syntyvä laumasuoja on merkittävä osa rokotteiden yhteisötason vaikutuksia. Kuvassa 1 on esitetty suomalainen kokemus hemofilusrokotteen käytön aloittamisen jälkeen. Hengenvaarallinen hemofilus-infektio hävisi muutamassa vuodessa rokotetuilta (0-4-vuotiailta), mutta kaikkien hämmästykseksi myös vanhemmista ikäluokista (kuvassa 5-15-vuotiailta). Tehokas rokote ja kattava rokotusohjelma hävittivät taudin ja tartuntamahdollisuudet sekä rokotetuilta että rokottamattomilta!

Laumasuoja syntyy, mikäli rokotuskattavuus on riittävän korkea. Sekä rokotusohjelman teho että taloudellinen hyöty kasvavat, ja sivutuotteena tuotetaan suoja vähäiselle rokottamattomien joukolla. Tämä on kaikki hyvää ja tavoiteltavaa, mutta laumasuojan tavoittelemisessa piilee siemeniä eettisiin pohdintoihin.

Tehokas rokotusohjelma vähentää taudin esiintyvyyttä ja pitkällä tähtäimellä myös sen pelottavuutta: sairastumisen riski pienenee, eikä väestö miellä tautia enää reaaliseksi uhkaksi. Toisaalta kattava ohjelma altistaa suuren rokotettujen määrän haittavaikutuksille, joten tietoisuus haitoista (ja niiden pelko) lisääntyy. Ihmiset alkavat huomata, että muiden rokottaminen tarjoaa laumasuojan kautta suojan myös rokottamattomille. On inhimillistä, että mieleen nousee kysymys siitä, kannattaako minun altistaa lapseni rokottamisen haitoille, jos hän saa suojan siitä, että naapuriston lapset kuitenkin rokotetaan. Vähäinen määrä rokotusohjelman vapaamatkustajia ei ole yhteisön kannalta iso ongelma, mutta laajemmalle levitessään tällainen asenne rapauttaa ohjelman toteutumista ja pahimmillaan johtaa edellä kuvattuihin yhteisötason haittoihin (sairastuneiden ikäjakauman tai taudin vakavuusasteen muuttumiseen) tai jopa hävitettyjen tartuntatautiin uuteen leviämiseen myös Suomeen.

Rokotuksia ei voi arvioida vain myyntilupahakemuksessa esitettyjen teho- ja turvallisuustietojen pohjalta. Tautien epidemiologinen tilanne, tartuntapaine ja haittatapahtumien esiintyvyys vaihtelevat ajan myötä. Päätöksentekijän on rokotusten etiikkaa pohtiessaan muodostettava kanta siihen, kuinka suurelle haitalle terve yksilö on oikeutettua alistaa suojan saavuttamiseksi yksilötasolla (mahdollista) tautia vastaan, entä väestötasolla laumasuojan saavuttamiseksi. Suomalaisessa järjestelmässä rokotukset ovat vapaaehtoisia, ja yksilöllä on oikeus tulla rokotetuksi. Yhteisen hyvän kannalta on myös syytä kysyä, onko yksilöllä jonkinlainen velvollisuus tulla rokote-

tuksi. Päätäjän on aiheellista pohtia myös sitä, onko yhteiskunnan viisasta käyttää keppiä tai porkkanaa korkean rokotuskattavuuden saavuttamiseksi (jotta laumasuoja saavutettaisiin ja rokotusohjelman tehokkuus saataisiin maksimoiduksi), vai jättää päätös kunkin rokotettavan omaan harkintaan - vaihtoehtoista rokotusinformaatiota jakavan viestinnän armoilla tehtäväksi?

Kirjallisuutta

- Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. *Vaccine* 2003;21:4105-17.
- Kilpi T, Salo H, Salminen M, Kuusi M, Lyytikäinen O, Siitonen A, Huovinen P, Eskola J. Tarttuvien tautien torjunnan kustannusvaikuttavuus. Kirjassa *Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys* (toim. Markku Pekurinen ja Pekka Puska). Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, s 98-110
- Krantz I, Sachs L, Nilstun T. Ethics and vaccination. *Scand J Public Health* 2004;32:172-8.
- Laxminarayan R, Chow J, Shahid-Salles SA. Intervention cost-effectiveness : overview of main messages. Kirjassa *Disease control priorities in developing countries* (toim. Dean T Jamison). Oxford University Press, ss. 35-83.
- Leino T, Kilpi T. Lapsen rokottaminen ja rokottamatta jättäminen – yksilön ja yhteisön edut ristikkäin? *Suom Lääkäril* 2005;60:3365-7.
- Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002;359:1055-9.

Millaisin eri keinoin voidaan vaikuttaa terveyteen, ja millaisin seurauksin?

Tupakointi, alkoholin kulutus ja liikalihavuus aiheuttavat runsaasti sairastavuutta ja hoitokustannuksia terveydenhuollossa. Karkeasti voidaan arvioida, että vuonna 2003 tupakoinnista johtuvien sairauksien hoitoon käytettiin noin 240 000 hoitopäivää (1,8 % kaikista), ylipainon vuoksi noin 390 000 hoitopäivää (2,9 %) ja alkoholista johtuvien sairauksien hoitoon noin 440 000 hoitopäivää (3,2 %). Pällekkäisyyksistä johtuen lukuja ei voi kuitenkaan laskea yhteen.

Tupakointiin ja tupakan kulutukseen on pystytty jonkin verran vaikuttamaan hintapolitiikalla, ja vähäisemmässä määrin muilla toimenpiteillä. Merkittävin näistä on ollut 1970 -luvun puolivälissä säädetty tupakkalaki, joka asetti monia rajoituksia tupakan saatavuudelle ja mainonnalle. Myös alkoholin kulutukseen on voitu vaikuttaa hintapolitiikalla, mutta viime vuosina ”pakon sanelemana” noudatettu hintapolitiikka on johtanut ei-toivottuihin terveystuloksiin.

Toisaalta hinnan korottaminen voi lisätä muiden korvaavien tuotteiden kulutusta. Väkevien juomien hinnan korotus lisää jonkin verran viinin ja savukkeiden hinnan korotus piipputupakan kulutusta.

Kuluttajat voivat reagoida vahvemmin hinnan laskuun kuin nousuun. Tästä epäsymmetrisestä hintareaktiosta löytyy jonkun verran viitteitä tupakan kohdalla. Ilmiö on terveystavoitteisen hintapolitiikan kannalta ongelmallinen. Jos reaali-hinnan annetaan laskea, joudutaan myöhemmin hintaa korottamaan reippaasti kulutuksen palauttamiseksi aikaisemmalle tasolle. Hintojen tuntuva korottaminen voi osoittautua nykyoloissa haasteelliseksi.

Mitä hyötyä siis voisi olla tehokkaasta ehkäisystä? Ehkäisyn taloudellista merkitystä voidaan arvioida eliniänaikaisten vältettävissä olevien terveystulojen määrällä. Sitä voidaan arvioida menoluvun avulla: Tupakoivan henkilön terveystuloja voidaan välttää merkittävästi, jos henkilö lopettaa tupakoinnin pysyvästi. Jos lopettaminen tapahtuu 30-39-vuotiaana, elinikäisen säästön terveystuloissa arvioidaan olevan keskimäärin 3 100 euroa. Tämä säästö on sitä suurempi, mitä varhaisemmassa vaiheessa henkilö lopettaa tupakoinnin. Mikäli 30-39-vuotias ylipainoinen, painoindeksi 30-35 omaava henkilö pystyy laihduttamaan normaalipainoon (painoindeksi 25 %), elinikäinen terveystulojen säästö on 3 800 euroa nykyisellä euron arvolla.

Näitä tietoja voidaan käyttää arvioitaessa, kuinka paljon ennaltaehkäisyyn kannattaa panostaa, tai jopa kuinka paljon yhteiskunnan kannattaisi maksaa palkkioita yksilölle hänen elintapojensa muuttamisesta pysyvästi.

Asetelma 1. Alkoholin ja tupakan hinnan korottaminen 10 % vaikuttaa kysyntään seuraavasti

Alkoholi (vähittäiskulutus)		Tupakka	
Väkevät juomat	- 8 %	Savukkeet	- 5 %
Viinit	- 14 %	Piipputupakka	- 6 %
Olut	- 4 %	Sikarit	- 15 %

Työpaikka terveyden edistämisen areenaksi: Työoloihin, työn tekemisen mielekkyyteen ja elintapoihin voi vaikuttaa!

Terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ hyödyttävät sekä yhteiskuntaa että yksittäisiä ihmisiä. Kun työikäinen väestönosa alkaa pienentyä, on entistä tärkeämpää, että kaikki työikäiset pääsevät kiinni työelämään ja jaksavat antaa panoksensa. On huolehdittava siitä, että lapsista ja nuorista kasvaa hyvinvoivia aikuisia, työikäiset pysyvät työkykyisinä ja työhaluisina ja eläkeläiset säilyttävät toimintakykynsä mahdollisimman pitkään.

Epäterveelliset elintavat jäytävät monen mahdollisuuksia osallistua työelämään. Ylipainon aiheuttamista sairauksista on kehkeytymässä todellinen epidemia. Esimerkiksi kakkostyyppin diabetestapausten yleistymistä kuvaava käyrä nousee huolestuttavaa tahtia.

Terveyden edistämistyössä voidaan valita erilaisia strategioita. Voidaan keskittyä suurimpiin riskiryhmiin (ylipainoisimmat, korkeimman kolesterolitason omaavat, jne.) ja kannustaa siihen kuuluvia tekemään elämäntapavalintoja, jotka pienentävät sairastumisriskiä tai auttavat selviytymään jo puhjetun sairauden kanssa. Vaihtoehtona on väestötason strategia, jossa kohdejoukoksi otetaan koko populaatio – pientyöpaikan henkilöstö, Suomen väestö tai jotakin siltä väliltä – ja pyritään pienentämään kaikkien sairastumisriskiä. Jälkimmäinen strategia on kokonaisuutena tehokkaampi, sillä se kohdistuu suureen joukkoon. Pelkkä suurimpien riskiryhmien haravointi jättää toimenpiteet pienen piiriin asiaksi ja sivuuttaa ennaltaehkäisevän näkökulman.

On toki tärkeää, että jo sairastuneet saavat hoitoa. Mutta ongelmien syntymisen ehkäiseminen on vielä paljon tehokkaampaa. Kakkostyyppin diabetekseenkin purevat melko yksinkertaiset lääkkeet; terveellinen ruokavalio, liikunta, normaaleissa rajoissa pysyvä paino ja tupakoinnin välttäminen pienentävät sairastumisriskiä huomattavasti.

Työpaikoilla voidaan monin tavoin edistää terveyttä ja hyvinvointia. Yksi näistä tavoista on kannustaminen terveellisiin elintapavalintoihin: mahdollisuus terveelliseen työpaikkaruokailuun, työmatka- ja työpaikkaliikuntaan, lepoon ja elpymiseen, päihteistä ja tupakasta luopumiseen sekä vapaa-ajan harrastamiseen.

Terveyden edistäminen työpaikalla ei tarkoita pelkkien julisteiden tai julistusten ripustamista seinälle. Tulokset eivät ole kummoisia, jos jäädään tupakasta, makkarasta, kaljasta ja sohvalla makaamisesta saarnaamisen tasolle. Terveellisten elämäntapavalintojen tekemiseen pitää tarjota todelliset mahdollisuudet (työpaikkaruokailu, polkupyöräsuojat ja suihkut, liikuntasetelit, jne.). Tämä tarkoittaa sitä, että johdon on otettava asia tosissaan. Tueksi tarvitaan muutakin: mahdollisuus tehdä mielekästä työtä, mahdollisuus vaikuttaa siihen, miten työt järjestetään, oikeudenmukainen kohtelu ja ongelmakohtien ratkaiseminen jo varhaisessa vaiheessa.

Filosofi Timo Airaksinen on todennut, että onnellisen työelämän edellytyksiin kuuluvat tietäminen, osallistuminen ja kokeminen. Jos työssä on liian vähän kokemuksia, ne haetaan muualta, pahimmassa tapauksessa päihteistä. Tässä on todellinen terveyden edistämisen haaste suomalaisten työorganisaatioiden johtoryhmille.

Miten terveyden edistämistä voidaan mitata?

Terveyden edistäminen?

Terveyden edistämisen käsite ei ole kovin yksiselitteinen. Pelkästään terveys ymmärretään hyvin monin tavoin. Mielestäni ymmärrettävin tapa kuvata terveyden edistämistä on ihminen työntämässä terveyden palloa ylämäkeen. Voimme vaikuttaa pallon suuruuteen: siihen, miten paljon terveyteen liittyvää kuormaa ihminen joutuu elämässään työntämään, mutta pallo on silti jokaisella erilainen. Toinen tapa vaikuttaa liittyy ihmisen voimiin ja osaamiseen: minkälaiset voimavarat työntämiseen on käytettävissä, millaiset taidot ovat tarpeen. Kolmas tapa on vaikuttaa mäen jyrkkyyteen ja tasaisuuteen: kyseessä ovat olosuhteisiin vaikuttavat tekijät, joita usein säädellään yhteiskunnallisilla päätöksillä ja valinnoilla.

Mittaamisen välineitä

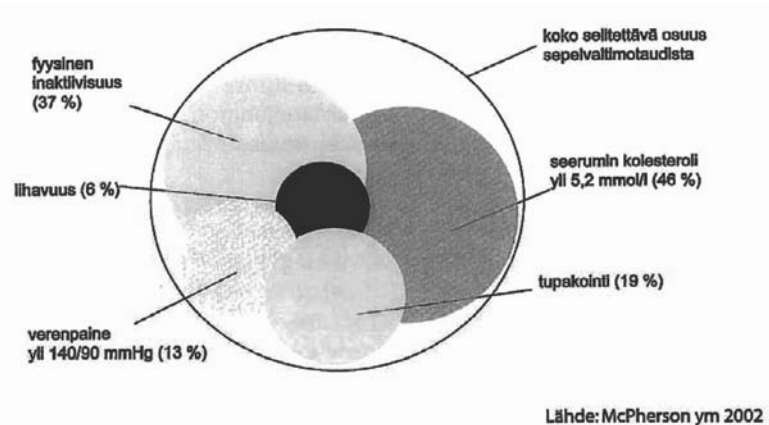
Terveyden edistämisen mittaamisessa olisi siis löydettävä mittareita kaikille ulottuvuuksille, jotta voisimme arvioida toiminnan vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tehokkuus edellyttää vielä käytettyjen panosten arviointia, joka usein yritetään mitata rahassa, mutta myös monet muut mittaustavat olisivat suotavia. Mittaamisen suunnittelu on käynnistettävä tarkastelemalla sitä kontekstia, jossa jokin terveyden edistämisen interventio tehdään. Tämä tarkastelu on olennainen siksi, että erilaiset interventiot eivät useinkaan ole siirrettävissä, koska niiden toimivuuteen vaikuttavat juuri kontekstin tekijät. Toinen mittava ongelma on itse tapahtumamekanismin hataruus. Terveyttä edistetään monella eri tavalla samaan aikaan, eikä eri osien vaikutuksia pystytä arvioimaan erikseen. Aika interventiosta vaikutuksiin voi olla pitkä, vuosia tai vuosikymmeniä, ja väliintulevien tekijöiden määrä suuri.

Edellä esitettyjen ongelmien takia tyydytään usein välillisiin mittareihin, jotka muuttuvat nopeammin kuin toivottu lopputulos. Tavallisia mittareita ovatkin käyttäytymisen muutokset, tiedon tason muutokset, toimintakyvyn muutokset tai koettu terveys, jotka nekin ovat monesti hankalia tulkittavia. Kovempaa mittaristoa ovat sairauksien ilmaantuvuus ja kuolleisuus. Erilaisten riskitekijätasojen muutoksia käytetään sairauksien surrogaatteina (esim. seerumin kolesteroli). Viime aikoina on keskitytty aiempaa enemmän myös elämän laadun mittareihin, joita kyllä on käytettävissä jo verraten runsaasti. Kaikkea tätä yritetään sitten vielä kääntää rahaksi, joko tehtyjen investointien osalta tai saavutettujen terveyshyötyjen osalta.

Interventioiden vaikutukset

Seuraavassa on esitetty muutamia esimerkkejä mittaamiseen liittyvistä kysymyksistä. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä tunnetaan useita ja niihin vaikuttamisessa on onnistuttu mm. Suomessa erinomaisesti. Muutokset näissä riskitekijöissä vaikuttavat sitten omalla painollaan sepelvaltimotaudin kehittymiseen ja siihen kuolleisuuteen. Riskit ovat kuitenkin myös toisistaan riippuvia. Ne voidaan toki eritellä tilastollisin menetelmin, mutta ihmisessä ne kuitenkin esiintyvät samanaikaisesti. Niinpä on tärkeää

Kuva: Viiden eri riskitekijän osuus sepelvaltimotaudin kehittymisen taustalla



osata mitata eri riskien suhteellisia merkityksiä. Esimerkissäni on kuvattu viiden eri riskitekijän osuuksia sepelvaltimotaudin kehittymisessä. Kuvi-

on pallot ovat osin päällekkäin, eivätkä ne peitä koko ison ympyrän aluetta. Kuvion perusteella voi pohtia, miten terveyden edistäminen tulisi mitoittaa.

Terveyden edistämisen vaikutuksia mitattaessa on kunkin intervention osalta määritettävä haluttu mittaamisen taso. Ehkäpä tavanomaisin terveyden edistämisen väline on jokin terveyttä tai sen vaaraa käsittelevä esite. On mahdollista mitata tuotettujen esitteiden määrää, jaettujen esitteiden määrää ja esitteen laatua voidaan arvioida. Harvinaisempaa on jo esitteeseen tutustumisen, siihen perehtymisen tai esitteen sisältämän tiedon ymmärtämisen mittaaminen. Tavallaan kolmannen tason muodostavat mittarit, joiden avulla yritetään selvittää esitteen vaikutuksia: asenteisiin, käyttäytymiseen, toimintaan. Neljäs taso koskee yleensä jo mittaamisen ulottumattomissa olevaa vaikutusta terveyteen. Jos tavoitellaan terveyden edistämisen tehokkuuden arviointia, on vielä selvitettävä esitteen ja sen jakelun aiheuttamat kulut, mukaan lukien arvioinnin kulut.

Interventio voi olla kokonaan toisenlainen: keskikaiteiden rakentaminen jollekin tieosuudelle, valtakunnallinen diabeteksen ehkäisyohjelma, syöväen seulontapolitiikan toimeenpano tai tupakkapolitiikka kokonaisuudessaan. Mittaamisen taso on sovitettava tavoitteiden mukaiseksi. Tupakkapolitiikalla tavoitellaan tupakoinnista aiheutuvien terveyshaittojen vähentämistä, joten on mitattava sairauksia ja kuolemia, jotka ovat kovin kaukana vaikuttamisen ajankohdasta. Välimuuttujana on mitattavissa tupakointi tai tupakkatuotteiden kulutus. Muutokset eri toimijoiden kustannuksissa ovat vaikeita arvioitavia, joskin mahdollisia.

Terveyden edistäminen työpaikoilla

Edellä on tarkasteltu lyhyesti vaikuttamisen mittaamisen eri tasoja. Monesti on yksinkertaisempaa tehdä terveyden edistämisen vaikutusten arviointia jossakin tietyssä, rajatussa kontekstissa, kuten työympäristössä. 1990-luvulla tehdyt katsaukset osoittivat varsin hyvin, että terveyden edistäminen työympäristössä kannattaa, mutta seuranta-ajan on oltava useita vuosia. Vuonna 2003 julkaistussa meta-analyysissä (Chapman 2003) käytettiin mittareina työntekijöiden sairauspäiviä ja sairaanhoitokuluja, jotka pienuivat keskimäärin neljänneksellä terveyden edistämistoimien tuloksena. Hyöty/kustannus-suhteeksi saatiin 5,9: jokainen käytetty euro toi lähes kuusi takaisin.

Terveyden edistämisen kehityssuuntia

Terveyden edistämisessä mittaaminen on ollut vaikeaa mutta mahdollista, kun on keskitytty riskitekijöihin tai koviin sairausmuuttujiin. Vaikeammaksi osoittautuu sosiaaliseen myrkyllisyyteen vaikuttavien toimien arviointi. On mahdollista, että ympäristössä olevien fyysisiin riskitekijöihin on onnistuttu vaikuttamaan monin tavoin: tupakansavu, pakokaasut, liikennesäännöstö, rakennusmääräykset, jätehuolto. Huonommin olemme ehkä menestyneet yksinäisyyden vähentämisessä, perheväkivaltaan puuttumisessa, turvattomuuden ehkäisyssä. Terveyden edistämiseen kuuluu muutakin kuin epäterveellisten tottumusten kitkentä. Ihmisen terveys on enemmän kuin hänen tapansa.

Terveyden edistäminen ilmestyi suomalaiseen sanastoon vähitellen 1980-luvulla, vaikka sen sisällöllisiä elementtejä on näkyvissä jo 1970-luvun terveystaloudessa. Huolimatta laaja-alaisesta käsitteestään terveyden edistämisenkin on ollut sopeuttava vallitsevaan arvomaailmaan niin Suomessa kuin muuallakin. Mielestäni on kuitenkin aiheellista pohtia sitä, mihin suuntaan terveyden edistämisen tavoitteita tulisi kehittää. Elintapojen muuttamisesta painopistettä tulisi siirtää arjessa selviytymiseen: ihmiset tarvitsevat vähemmän monia terveyden kannalta haitallisia tottumuksia, jos arjessa on mahdollista selviytyä ilman niitä. Fyysisen ympäristön terveyshaittojen rinnalle on nostettava sosiaalisen myrkyllisyyden vähentäminen. Vaikka terveystalouden tavoitteet eliniän pidentämisen ja terveiden elinvuosien lisäämisen osalta ovatkin toteutuneet hyvin, on nyt tärkeää pitää yllä luottamusta huolenpidon kestävydestä. Kaikki tietävät, että tuottavuutta on aiheellista parantaa, mutta sen maksimoinnin rinnalla on huolehdittava inhimillisyyden arvon säilyttämisestä erityisesti terveydenhuollossa.

Terveyden edistäminenkin on nähtävä nykyisin terveyden markkinoilla. Terveystalouden tiedon tarjonta on aivan toisenlaista kuin parikymmentä vuotta sitten: sekä kanavat että sisältö ja muoto ovat muuttuneet ratkaisevasti. Nyt on keskeinen kysymys se, mistä tietää, mikä tieto on luotettavaa ja omalta kannalta relevanttia. Tuleeko syödä dioksiineja sisältäviä Itämeren silakoita, koska niissä on terveellisiä omega-3-rasvahappoja?

Terveys on arvona säilynyt niin tärkeänä, että sen merkitys markkinoinnissa on kasvanut kaiken aikaa. Vaikka markkinointi joiltakin osin on säädeltyäkin, terveyden symboliikka mainonnassa on näkyvissä hyvin monissa tuoteryhmissä. Terveystaloutta myös tuoteistetaan kaiken aikaa: terveystuotteet, terveystuotteet, terveystuotteet, terveystuotteet, terveystuotteet, terveystuotteet. Näillä markkinoilla mitataan yksinkertaisin taloudellisin mittarein: mikä tuote tuo eniten rahaa kehittäjilleen.

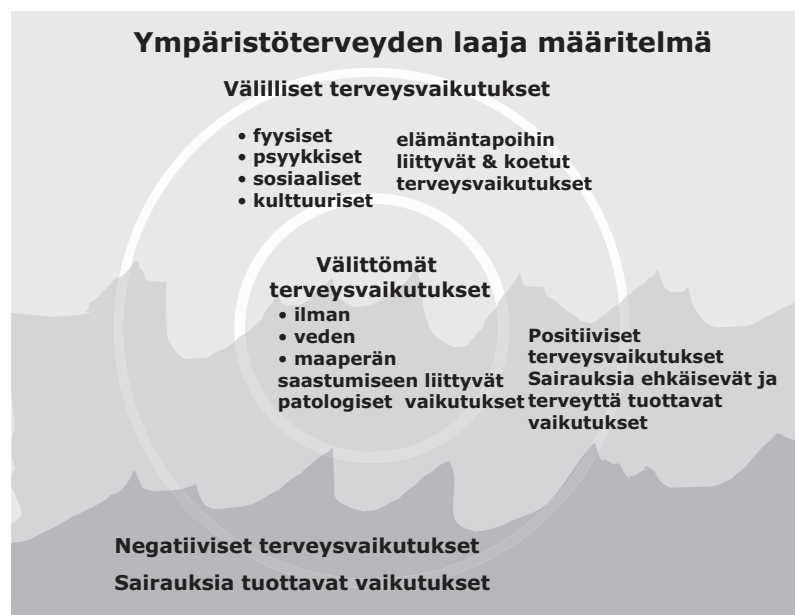
Terveellistä elämäntapaa tukeva yhdyskunta

Yhdyskuntarakenteen sekä hyvinvoinnin ja terveyden väliset kytkennät kiinnostavat tutkijoita tällä hetkellä hyvin paljon. Esimerkiksi erään alan johtavan julkaisusarjan pääkirjoitus alkoi lauseella: ”Yhdyskuntasuunnittelu ja terveys on iso juttu”.

Perinteinen vs. uusi ympäristöterveystutkimus

Perinteinen ympäristöterveystutkimus on keskittynyt muun muassa ilman, veden ja maaperän saastumiseen ja niihin kytkeytyviin välittömiin, fyysisiin terveyshaittoihin (Srinivasan ym. 2003). Ympäristön välilliset terveysvaikutukset tulevat lähemmäksi asukkaiden kokemaa elinympäristön laatua samalla kun ne liittyvät erilaisiin elämäntapoihin ja laajemmin fyysisen ja sosiaalisen elinympäristön ja terveyden välisiin kytkentöihin. Perinteisen, rajatun ympäristöterveysmääritelmän rinnalle onkin viime vuosina noussut laaja ympäristöterveyden määritelmä, joka pyrkii kattamaan ihmisen terveyteen vaikuttavien tekijöiden moninaisen kirjon. Ajatuksena on, että ihmiset elävät moniulotteisissa ympäristöissä, joissa fyysiset ja kemialliset ympäristötekijät ovat vain yksi ulottuvuus koettujen, psyykkisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden ohessa (Korpela et al. 2001b).

Ympäristön terveysvaikutukset voivat olla sekä negatiivisia että positiivisia: sairauksia tuottavia tai terveyttä edistäviä. Ympäristön aikaansaamien välittömien terveyshaittojen ja sairastuvuuden lisäksi ympäristö voi toimia preventiivisesti sairauksia ehkäisemällä ja terveyttä edistämällä. Ympäristö voi edistää terveellisiä elämäntapoja tai vaikeuttaa niitä, ympäristö voi olla stressaava mutta myös stressiä aktiivisesti helpottava. Tässä esityksessä otetaan ensiaskeleita juuri tässä uudessa ympäristöterveystutkimuksessa, joka on kokenut kansainvälisen läpimurron vasta viime vuosina. (Killingsworth, 2003)



Kuva 1: Ympäristöterveyden laaja määritelmä.

Elämäntavat ja fyysinen terveys erilaisissa yhdyskunnissa

Kiinnostus yhdyskuntarakenteen yhteydestä kansanterveyteen on lisääntynyt viime vuosina voimakkaasti muun muassa siksi, että elämäntapasairaudet kuten liikalihavuuteen liittyvät terveysongelmat ovat lisääntyneet jatkuvasti, eivätkä perinteiset keinot esimerkiksi ruokavalion tervehtyttämiseksi ja harrastusliikunnan lisäämiseksi näytä riittävän. Esimerkiksi arkisen liikkumisen vaikutuksesta kansanterveyteen on siksi kiinnostuttu yhä enemmän. Lasten kävelen kulkemat koulumatkat ja ilman autoa tehdyt ruokaostomatkat saattavat olla yllättävän tärkeitä terveellisten elämäntapojen omaksumisen ja terveyden ylläpidon kannalta. Yhdyskunnan rakenne puolestaan saattaa selittää paljonkin arkiliikkumisen eroja.

Tähänastiset tutkimukset terveellisten elämäntapojen ja yhdyskunnan rakenteen välisistä yhteyksistä ovat olleet pääosin laajoja, makrotason tutkimuksia yhdyskuntarakenteen yhteydestä rekisteritietoihin kansalaisten terveydestä. Monissa tutkimuksissa peräänkuulutetaan meso- ja mikrotason tutkimuksia lähiympäristön vaikutuksesta asukkaiden terveyteen (Ewing ym. 2003). Yleistulos on, että yhdyskuntarakenteen hajanaisuuden aste näyttää olevan yhteydessä vähäiseen kävelemiseen, liikalihavuuteen ja korkeaan verenpaineeseen. Kompaktin, eri toimintoja yhdistävän yhdyskuntarakenteen on puolestaan osoitettu edistävän arkiliikkumista töihin, kouluun, ostoksille ynnä muuhun ja sitä kautta edistävän terveyttä. (Ewing ym. 2003; McCann & Ewing, 2003)

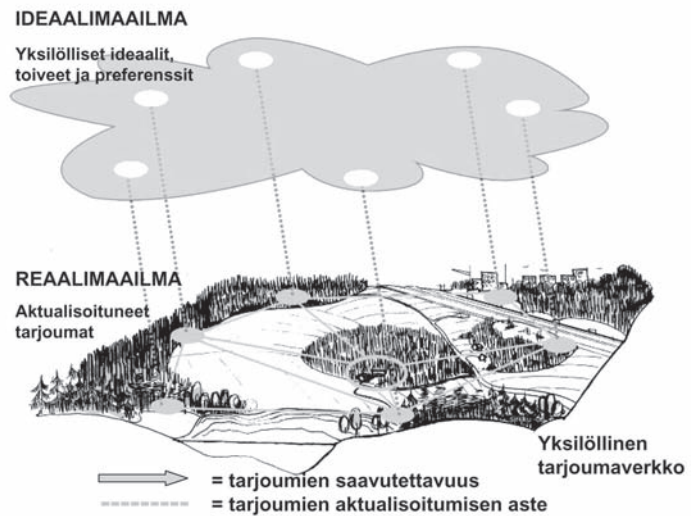
Parhaatkaan yhdyskuntasuunnittelulliset ratkaisut tai panostus lähiympäristöön eivät luonnollisesti yksin saa ihmisiä lisäämään liikkumista ja muuttamaan elämäntapojaan entistä terveellisemmiksi. Useat tutkijat muistuttavat, että ympäristön terveyttä edistäviä piirteitä tulee käsitellä asukkaille tarjoutuvina mahdollisuuksina terveelliseen elämäntapaan, ei pakkona tai kuvitelmana deterministisestä määräysvalasta (Handy, 2004). Kyse on siis ympäristön tarjoumista, jotka avautuvat jokaiselle yksilölle eri tavalla.

Mahdollisuus elvyttäviin kokemuksiin

Liikkumiseen aktivoivan elinympäristön lisäksi terveyttä voi edistää pelkkä passiivinenkin kontakti luontoympäristöön. Klassisessa kokeessaan Ulrich (1984) osoitti, että leikkauspotilaat, joiden huoneesta oli vihernäkymä, paranivat nopeammin, turvautuivat harvemmin kipulääkkeisiin, kärsivät komplikaatioista harvemmin ja olivat vähemmän aikaa sairaalassa kuin potilaat, joiden huoneista puuttui luontonäkymä eikä viherkasveja ollut sisällä. Vihreät ikkunanäkymät vähentävät myös vankien sairaspäivien määrää (Moore, 1981) ja lisäävät toimistotyöntekijöiden työtyytyväisyyttä ja laskevat heidän kokemaansa stressiä ja sairastuvuutta (Kaplan & Kaplan, 1989).

Luonnonympäristöillä on todettu olevan voimakkaampi elvyttävä eli stressistä palautumista edistävä vaikutus kuin rakennetulla ympäristöllä (van den Berg ym. 2003). Esimerkiksi Hartig ym. (2003) osoittivat huolellisesti suunnitellussa kokeessaan, että henkilöt, jotka kävelivät luontoympäristössä tai oleskelivat luontonäkymän omaavassa huoneessa, palautuivat nopeammin stressaavan tilanteen aiheuttamasta verenpaineen kohoamisesta ja ärtymyksen tunteista kuin kaupunkiympäristössä oleskellut ryhmä. Elvyttävään ympäristöön hakeutuminen onkin eräs tapa pyrkiä palauttamaan mielen tasapainoa esimerkiksi arjen stressaavien tilanteiden jälkeen,

Kuva 2: Elinympäristön koettu laatu yksilöllisenä laatuverkkona ja ympäristöllinen yhteensopivuus ideaalien ja toteutuneiden tarjoumien välisenä vastaavuutena.



aistien ylikuormittuessa tai jatkuvan tarkkaavuuden ylläpidon uuvuttamana, jolloin kaipaamme tilannetta korjaavia kokemuksia. (Kytä, 2004)

Ihmisen ja ympäristön välinen yhteensopivuus elinympäristön koetun laadun perustana

Jos yhdyskuntien terveysvaikutuksia tutkitaan laajasta ympäristöterveyskäsityksestä lähtien, fyysisen ja henkisen terveyden lisäksi kiinnostus kohdistuu moniin muihin, asukas- tai ihmisystävällistä elinympäristöä tuottaviin ympäristön piirteisiin. Nämä piirteet, ympäristön laatutekijät, voivat olla erilaisia eri asukkaille. Niiden vastaavuutta, yhteensopivuutta todelliseen ympäristöön voidaan pitää ihmisen hyvinvoinnin kokemuksen perustana. Yhteensopivusteorian mukaan ihmiset pyrkivät maksimoimaan omien persoonallisten pyrkimystensä ja mieltymystensä sekä fyysisen tai sosiaalisen ympäristön välistä koettua yhteensopivuutta esimerkiksi silloin, kun he valitsevat asuin- tai työpaikkaa. Jos yhteensopivuus on huono, syntyy stressiä ja konflikteja, päinvastainen tilanne taas edesauttaa hyvinvoinnin kokemista. Se, missä määrin kunkin yksilön omat, ideaalit henkilökohtaisesti merkitykselliset tarjoumat (laatutekijät) (Gibson, 1979; Kytä, 2003) toteutuvat omassa elinympäristössä määrittää elinympäristön koettua laatua. (kuva 2)

Tutkimusmenetelmänä pehmoGIS-kysely

Elinympäristön koetun laadun tutkimiseksi on tutkimushankessamme kehitetty paikkatietopohjainen menetelmä, jota voi käyttää internetissä. Tämä 'pehmoGIS'-menetelmä mahdollistaa ympäristökokemusten tutkimisen paikkaan kiinnitettynä ainutlaatuisella tavalla. PehmoGIS-menetelmää kokeiltiin ensi kerran Järvenpäässä syksyllä 2004. Järvenpään pehmoGIS-kysely on helppokäyttöinen internet-sovellus, joka ei vaadi aikaisempaa kokemusta karttaliittymien käytöstä ja joka etenee askel kerrallaan. (Kuva 3)

Järvenpään pehmoGIS-kyselyssä asukkaat saivat vapaasti nimetä mitä tahansa itselleen tärkeitä elinympäristön positiivisia ja negatiivisia laatutekijöitä sekä paikantaa niitä joko oman kuntansa alueelle tai muualle Suomeen. Asukkaat sijoittivat kartalle myös useimmiten käyttämänsä peruspalvelut sekä vastasivat kysymyksiin omasta koetusta hyvinvoinnistaan, elämänlaadustaan ja terveydestään. Järvenpää-kyselyyn

Kuva 3: Järvenpään PehmoGIS -sovellus

vastasi 3 kk:n aikana 427 asukasta, vaikka sovellusta ei markkinoitu kovinkaan paljoa.

Vastaajien alueellinen edustavuus oli erittäin hyvä. Vastaajista 64 % oli naisia ja heistä 56 %:lla oli lapsia. Myös toimihenkilöt ja pientaloissa asuvat olivat yliedustettuina aineistossa.

Vastaajien taustat eivät kuitenkaan eronneet olennaisesti elinympäristöä koskevissa kyselyissä tavanomaisista otantavinoumista. PehmoGIS-kysely ei siis näyttänyt tuottavan internet-erityistä vastaajajoukkoa.

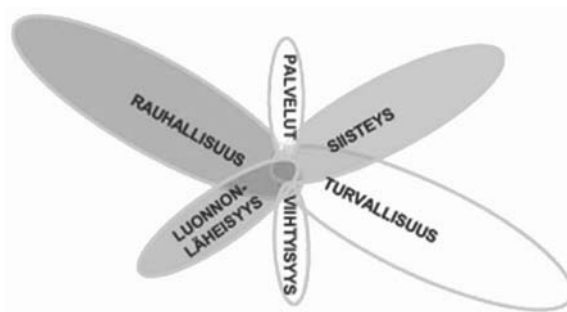


Asukkaiden laatutekijät paikantuvat lähelle kotia

Järvenpäläisille tärkeiden laatutekijöiden sisällöt muistuttavat paljon monien muiden suomalaisten elinympäristön laatua ja viihtyvyyttä koskevien tutkimusten tuloksia: turvallisuus, rauhallisuus, hyvä hoito sekä luonnonläheisyys nousivat keskeisiksi laatutekijöiksi myös tässä tutkimuksessa. Negatiiviset tekijät olivat lähinnä näiden vastakohtia.

Kuvaan 4 on tiivistetty Järvenpäässä esiintulleet, yleisimmät positiiviset laatutekijät ja suhteutettu Järvenpään oman 'laatukukan' terälehtien koko kunkin laatutekijän mainintojen useuteen.

PehmoGIS-tutkimuksen keskeinen idea oli pyrkimys paikallistaa asukkaiden laatutekijöitä. Asukkaiden paikantamat laatutekijät sijaitsivat melko kattavasti Järvenpään eri osissa. Negatiiviset laatutekijät muodostivat selkeämpiä yhtenäisempiä ryppäitä, lähinnä keskustan, Jampan ja Pajalan alueille. Positiiviset laatutekijät muodostivat ainoastaan yhden yhtenäisemmän ryhmän keskustan alueelle.



Kuva 4: Järvenpään laatukukka

Positiiviset laatutekijät sijaitsivat tavallisesti hyvin lähellä kotia: 67 % laatutekijöistä paikallistettiin alle kilometrin etäisyydelle kodista, ja 500 m säteeltä löytyi 59 % laatutekijöistä. Negatiiviset laatutekijät sijaitsivat hieman kauempana kotoa: 51 % kielteisistä tarjoumista paikallistettiin enintään kilometrin etäisyydelle kodista. Laatutekijöistä suurin osa, eli noin 50 % saavutettiin kävelen. Myös pyörällä ja julkisilla kulkuneuvoilla päästiin omien laatutekijöiden äärelle, mutta omalla autolla sen sijaan harvemmin. Luonnonläheisyys toteutui muita laatutekijöitä useammin

etäämpänä kodista, rauhallisuus sen sijaan aivan kodin välittömässä läheisyydessä.

Viime vuosina on usein väitetty, että postmoderni ihminen ei kiinnity lähiympäristöön, koska hän luo omat verkostonsa lähiympäristön ulkopuolelle, vapaana maantieteellisistä rajoitteista. Tutkimuksemme mukaan kuitenkin kaikki ikäryhmät löysivät tärkeitä paikkoja yllättävän läheltä kotia. Tutkimuksemme päinvastoin antoi vahvistusta sille ajatukselle, että nykyinen hektinen arki ja työelämän kasvavat vaatimukset korostavat kodin, kotipiikan ja lähiympäristön roolia latautumispaiikkana, jopa turvallisena linnoituksena. Kaukana kavala maailma!

Elinympäristön koettu laatu on kytköksissä hyvinvointiin

Asukkaiden laatutekijöiden toteutuminen ja niiden henkilökohtainen merkitys oli tutkimuksemme mukaan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä asukkaiden kokemaan yleiseen hyvinvointiin, elämänlaatuun ja terveyteen. Lisäksi kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista laatutekijöihin oli yhteydessä asukkaiden kokemaan elämänlaatuun. Asukkaiden hyvinvoinnin kannalta ei siis ole yhdentekevää, miten laadukas (siis henkilökohtaisilla laatukriteereillä mitattuna) heidän elinympäristönsä on. Samalla alussa esitetty teoria ihmisen ja ympäristön välisestä yhteensopivuudesta ja sen kytkeytymisestä hyvinvointiin saa vahvistusta.

Sarja regressioanalyyseja paljasti, että mitä tiiviimmin rakennetussa ympäristössä asukkaiden koti oli, sitä huonommin heidän itse määrittelemänsä, yksilöllisesti tärkeät laatutekijät toteutuivat. Omien laatutekijöiden toteutuminen puolestaan selitti merkitsevästi koettua hyvinvointia, terveyttä ja elämänlaatua. Mitä paremmin omien laatutekijöiden koettiin toteutuvan omassa elinympäristössä, sitä paremmin asukas koki voivansa. Laatutekijöiden etäisyys kotoa selitti merkitsevästi koettua terveyttä mutta ei koettua yleistä hyvinvointia tai elämänlaatua. Yhteys oli negatiivinen: mitä pienempi oli etäisyys omiin laatutekijöihin, sitä paremmaksi koettiin terveys. Kaikki em. yhteydet eri tekijöiden välillä säilyivät merkitsevinä, vaikka seitsemän eri taustatekijän vaikutus huomioitiin (ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, talotyyppi, hallintamuoto, lapsia vai ei, asunnon pinta-ala).

Lopuksi

Elinympäristön koettua laatua ja sen kytkentöjä terveyteen etsivä tutkimuksemme jatkuu parhaillaan Turussa, jossa teemaa tutkitaan lasten ja nuorten omalla pehmo-GIS-menetelmällä. (Kuva 5). Tutkimus koostuu viidestä osasta: lasten ja nuorten arkiliikkumiseen sekä toiminnalliseen, sosiaaliseen ja emotionaaliseen ympäristöön liittyvistä osioista. Lisäksi mukana on terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä, jotka ovat pääosin samoja kuin on käytetty suomalaisessa kouluterveyskyselyssä.

WHO:n Healthy cities -verkostoon kuuluva Turku on panostanut lapsiystävälliseen yhdyskuntasuunnitteluun. Healthy city -kaupungit pyrkivät vahvistamaan elinympäristön terveellisyttä ja asukkaiden elämänlaatua edistämällä terveysteeman saamista keskeiseksi kaupunkien strategioissa ja päätöksenteossa, luomalla vahvoja yksityisen ja julkisen sektorin verkostoja ja toteuttamalla vuorovaikutteista suunnittelua (Lawrence, 2006). Tarvitaan kuitenkin myös tutkimustietoa ja ympäristön terveellisyyden jatkuvaa uudelleenmäärittelyä.



Kuva 5: Turun lasten ja nuorten pehmoGIS-sovellus.

Tavoitteena on viime kädessä luonnollisesti erilaisten asukkaiden arkea ja hyvinvointia tukevan elinympäristön rakentaminen. Tähän tavoitteeseen päästään parhaiten, jos yhdyskuntasuunnittelu on monialaista, moninäkökulmaista ja aktiivisesti vuorovaikutteista.

Kirjallisuutta

- Gibson, J. J. (1979) *The Ecological Approach to Visual Perception*. Houghton Mifflin, London.
- Kyttä, M. (2003) *Children in outdoor contexts. Affordances and independent mobility in the assessment of environmental child friendliness*. Teknillinen korkeakoulu. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus. Julkaisu A 28. <<http://lib.hut.fi/Diss/2003/isbn9512268736/>>
- Kyttä, M. (2004) *Ihmisyystavallinen elinympäristö. Tutkimustietoa ja käytännön ideoita rakennetun ympäristön suunnittelua varten*. Helsinki Rakennuspaino Oy.
- Riipinen, J. Patrikka T. & Viren A. (2003) *Eheyttävä yhdyskuntasuunnittelu. Pääkaupunkiseudun julkaisusarja B 2003: 17*. YTV.
- Stokols, D. (1979) "A congruence analysis of human stress". Teoksessa Sarason, I.G. & Spielberger, C.D. (toim.): *Stress and Anxiety*. Vol. 6. Wiley, New York
- Wallenius, M. (1996) *Arkiympäristön tuki hyvinvoinnin lähteenä. Henkilökohtaisten projektien näkökulma ihmisen ja ympäristön yhteensopivuuteen; yhteys elämäntyytyväisyyteen ja masentuneisuuteen*. Acta Universitas Tamperensis, ser A, vol. 530. Tampereen yliopisto, Tampere.

ETENE:n jäsenet ja varajäsenet

12.10.2006-30.9.2010

Puheenjohtaja:

VTT Markku Lehto
Helsinki

Varsinaiset jäsenet:

Ekonomi Jyrki Pinomaa
Kuntokallio-Säätiö, Helsinki

Toimittaja Mardy Lindqvist
Helsinki

Johtajaylilääkäri Timo Keistinen
Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa

Ylilääkäri Leena Niinistö
Katriinan sairaala, Vantaa

Psykologi Pirkko Lahti
Helsinki

Professori Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Koulutussuunnittelija Aira Pihlainen
Helsingin kaupunki

HLL Heikki Vuorela
Helsinki

Ylilääkäri Jaana Kaleva-Kerola
Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi

Tutkimus- ja verkostojohtaja Irma Pahlman
Kuopion yliopisto

Hallintoneuvos Anne Niemi
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

Professori Raimo Sulkava
Kuopion yliopisto

Professori Jyrki Jyrkämä
Jyväskylän yliopisto

Sairaalapastori Paavo Juvonen
Joensuu

Kansanedustaja Hannakaisa Heikkinen
Eduskunta

Kansanedustaja Ilkka Kantola
Eduskunta

Kansanedustaja Erkki Virtanen
Eduskunta

Kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara
Eduskunta

Varapuheenjohtaja:

Professori Jaana Hallamaa
Helsingin yliopisto

Varajäsenet:

Lakimies Mirva Sandelin
Tampere

Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto
Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki

Pääsihteeri Harri Vertio
Syöpäjärjestöt, Helsinki

Apulaisjohtaja Kari-Pekka Martimo
Mehiläinen työterveyspalvelut, Helsinki

Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura
Apteekkariliitto, Helsinki

Terveystenhoitaja Anna-Leena Brax
Vieskan th-kuntayhtymä, Alavieska

Dosentti Päivi Rautava
Turun kaupunki

Erikoislääkäri Raimo Puustinen
Pihlajalinna Oy, Tampere

Erikoislääkäri Kari Eskola
Keuruun terveyskeskus

Lakimies Anna Mäki-Petäjä-Leinonen
Alzheimer-keskusliitto, Helsinki

Hallintoneuvos Irma Telivuo
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

LT Minna Raivio
Lääkärikeskus Hemo, Lahti

Dosentti Helka Urponen
Lapin yliopisto, Rovaniemi

Teologi, kirjailija Jaakko Heinimäki
Helsinki

Kansanedustaja Håkan Nordman
Eduskunta

Kansanedustaja Anneli Kiljunen
Eduskunta

Kansanedustaja Kirsi Ojansuu
Eduskunta

Kansanedustaja Eero Akaan-Penttilä
Eduskunta

Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto:

pj, professori Heikki Ruskoaho
Oulun yliopisto

vpj, professori Helena Kääriäinen
Kansanterveyslaitos

- 1 Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001)
ISBN 952-00-1076-9
- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och socialvården. (2001)
ISBN 952-00-1077-7
- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles. (2001)
ISBN 952-00-1078-3
- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. (2002)
ISBN 952-00-1086-6
- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002. (2003)
ISBN 952-00-1257-5
- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. (2003)
ISBN 952-00-1269-9
- 7 TUKIJA 1999-2002. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto. (2003)
ISBN 952-00-1299-0
- 8 Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. (2004)
ISBN 952-00-1435-7
- 9 Vård i livets slutskede – Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2004)
ISBN 952-00-1436-5
- 10 Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. (2004)
ISBN 952-00-1458-6
- 11 Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. (2005)
ISBN 952-00-1642-2
- 12 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja ETENE:n lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). (2005)
ISBN 952-00-1815-8 (nid.), ISBN 952-00-1816-6 (PDF)
- 13 Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) och den medicinska forskningsetiska sektionen (TUKIJA) inom ETENE
ISBN 952-00-1824-7 (nid.), ISBN 952-00-1825-5 (PDF)
- 14 The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE) and ETENE's Sub-Committee on Medical Research Ethics (TUKIJA)
ISBN 952-00-1826-3 (nid.), ISBN 952-00-1827-1 (PDF)
- 15 "Imago Dei". Ihminen - Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote? (2005)
ISBN 952-00-1884-0 (nid.), ISBN 952-00-1885-9 (PDF)

- 16 TUKIJA 2002-2006, ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto. (2006)
ISBN 952-00-2206-6 (nid.), ISBN 952-00-2207-4 (PDF)
17. Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. (2006)
ISBN 952-00-2212-0 (nid.), ISBN 952-00-2213-9 (PDF)
18. Tarve terveydenhuollossa – kuka tai mikä määrittää? (2007)
ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)
19. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. (2008)
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.), ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)
20. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. (2008)
ISBN 078-952-00-2572-4 (nid.), ISBN 978-052-00-2573-1 (PDF)

