



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

TERVEYSEROJEN KAVENTAMISPOLITIIKAT EUROOPASSA

**Terveydenhuoltotutkimuksen päivät, Tampereen yliopisto
23.10.2009**

Hannele Palosuo

Sisältö

- Eurooppa; rajaukset
- Terveyserot ja terveyden eriarvoisuus
 - Esimerkkejä kansainvälisistä vertailuista
- Terveyserojen selitysmalli
 - Esimerkkinä tuloerot ja kuolleisuus, Suomi
- Hyvinvointiregiimit politiikan kontekstina
- Terveyseroihin kohdistuvien politiikkojen/toimien vaiheet
 - esimerkkinä erityisesti Englanti, Ruotsi, Hollanti, Suomi
- Euroopan Unioni ja terveyserot
- WHO ja terveyserot
- Yhteenveto



Eurooppa on maanosa, jota rajaavat Atlantin valtameri lännessä, Pohjoinen jäämeri pohjoisessa, Uralvuoret ja Uraljoki idässä, Kaspianmeri, Kaukasusvuoret ja Mustameri kaakossa sekä Välimeri etelässä. (kartta http://europa.eu/abc/maps/index_fi.htm)



Terveyserot ja eriarvoisuus

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä eroja koulutus-, ammatti-, tulo- ja työmarkkina-aseman mukaan määriteltyjen ryhmien välillä

Terveyden eriarvoisuudella (engl. *Health inequalities, health inequity*) viitataan epäoikeudenmukaiseen terveyden vaihteluun (ks. esim. **Whitehead & Dahlgren 2006**)

Kyse on terveyseroista, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat selvästi ja joiden syntyä ei voida pitää pelkästään ihmisten vapaan valinnan tai väistämättömien biologisten lainalaisuuksien tuloksina.

Tällaiset erot ovat suureksi osaksi myös estettävissä.

Muita (osin päällekkäisiä) väestöryhmäeroja: sukupuolten, ikäryhmien, siviilisäätyryhmien, asuinalueiden, etnisten ryhmien välillä

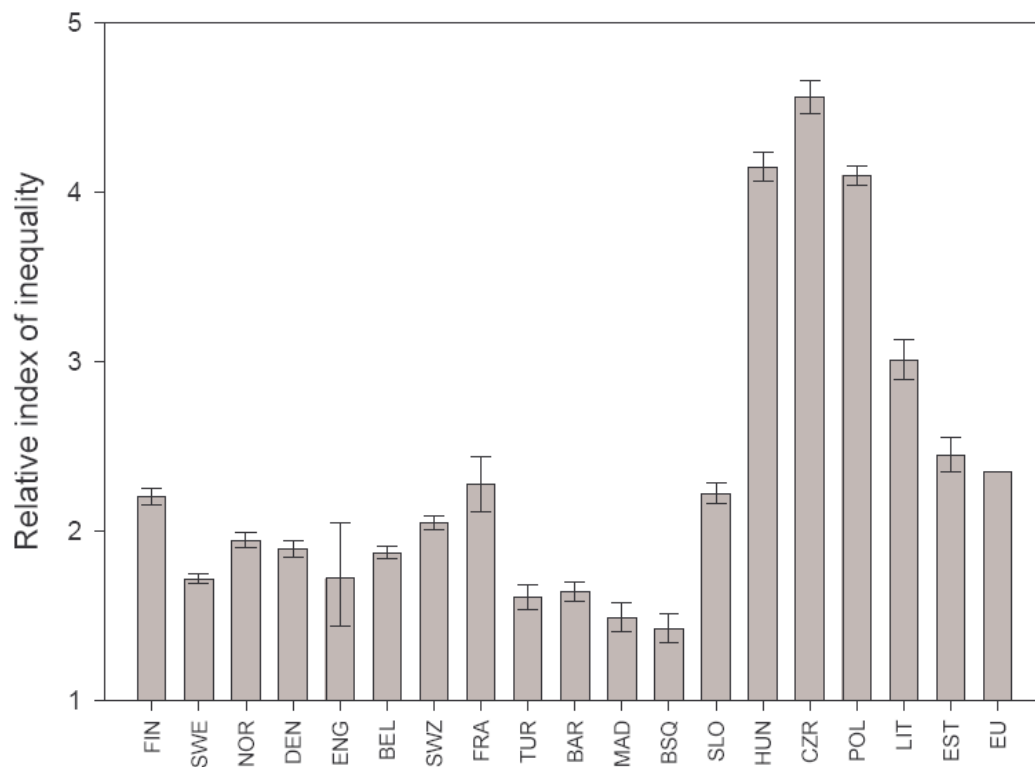


Kuolleisuus- ja sairastavuuseroja kaikissa Euroopan maissa, joista tietoja on saatavilla. Esimerkki: Kokonaiskuolleisuuden erot koulutuksen mukaan 18 maassa, miehet

(Lähde: Mackenbach et al. 2007, 43)

a.

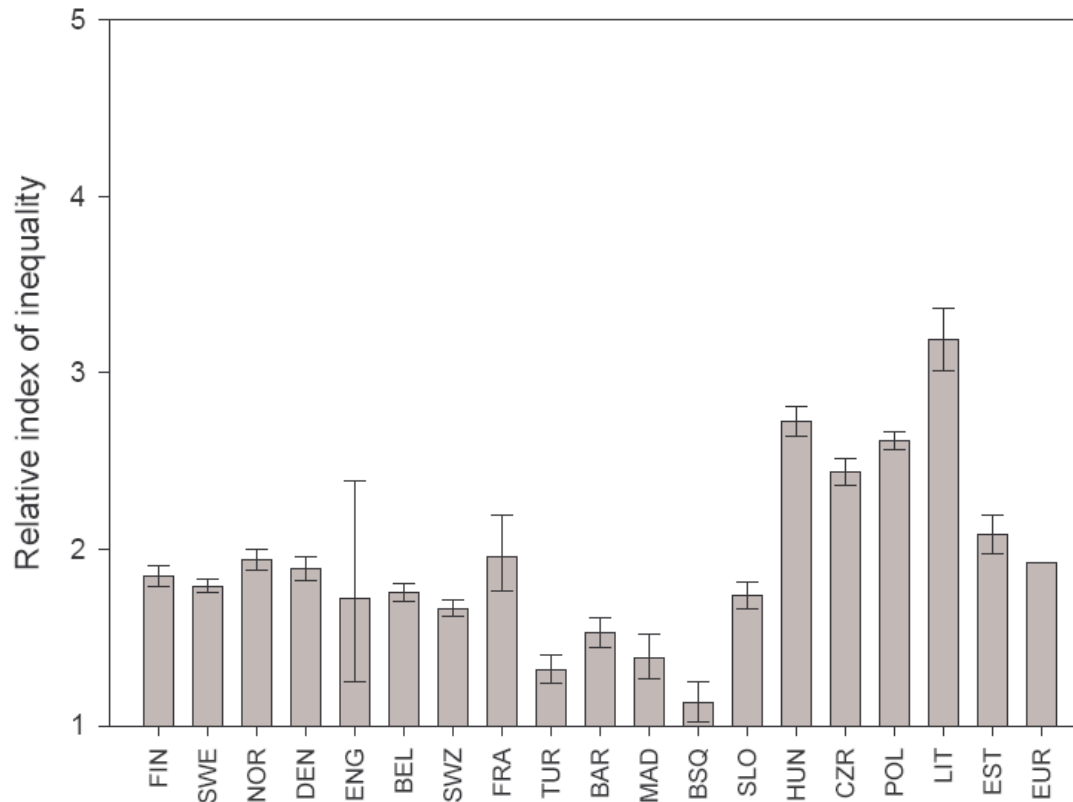
Relative inequalities in total mortality by level of education among men in 18 populations

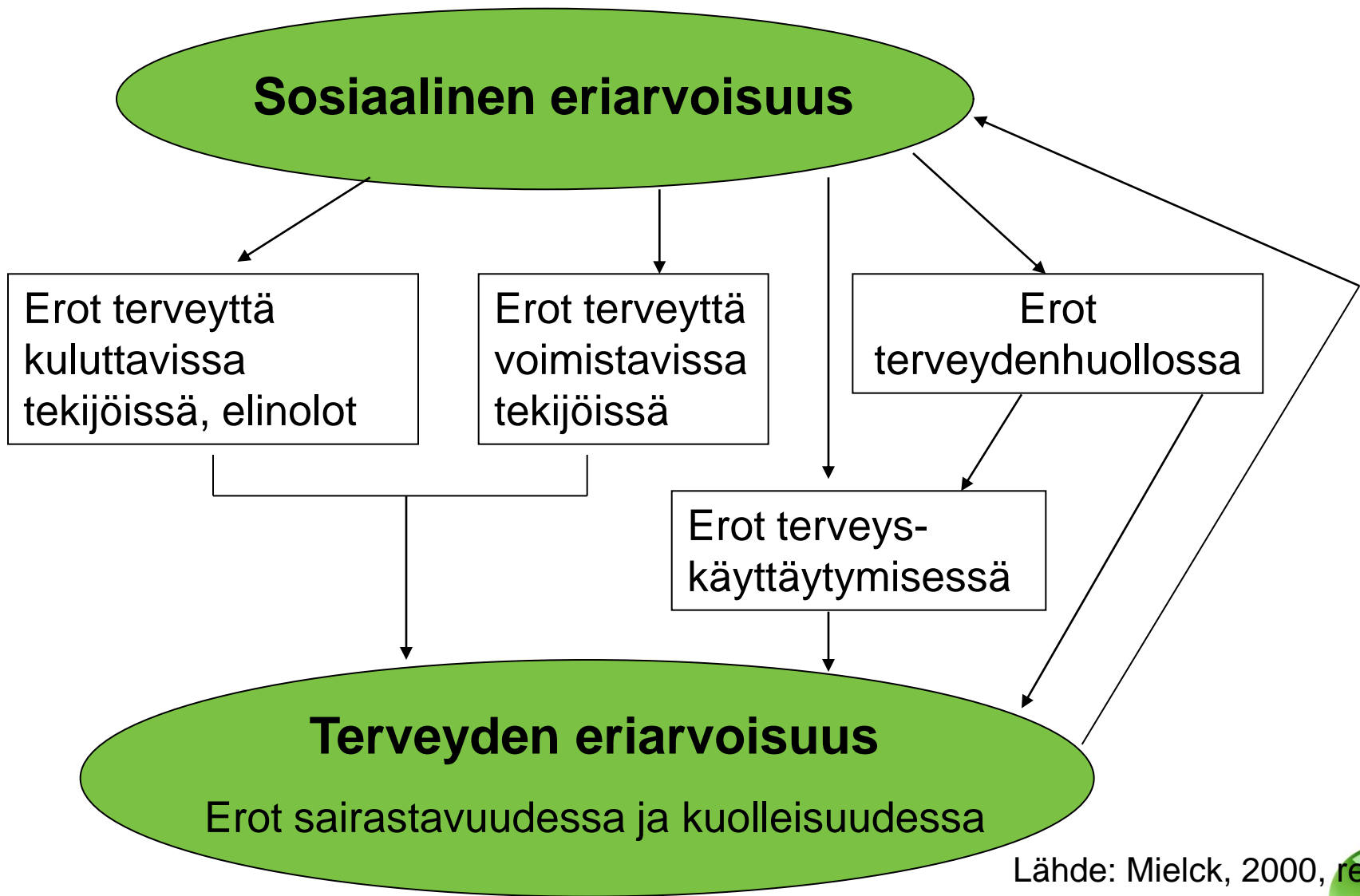


Kokonaiskuolleisuuden erot koulutuksen mukaan 18 maassa, naiset

(Lähde: Mackenbach et al. 2007, 43)

Relative inequalities in total mortality by level of education among women in 18 populations





Lähde: Mielck, 2000, ref.
Pott & Lehmann, 2005

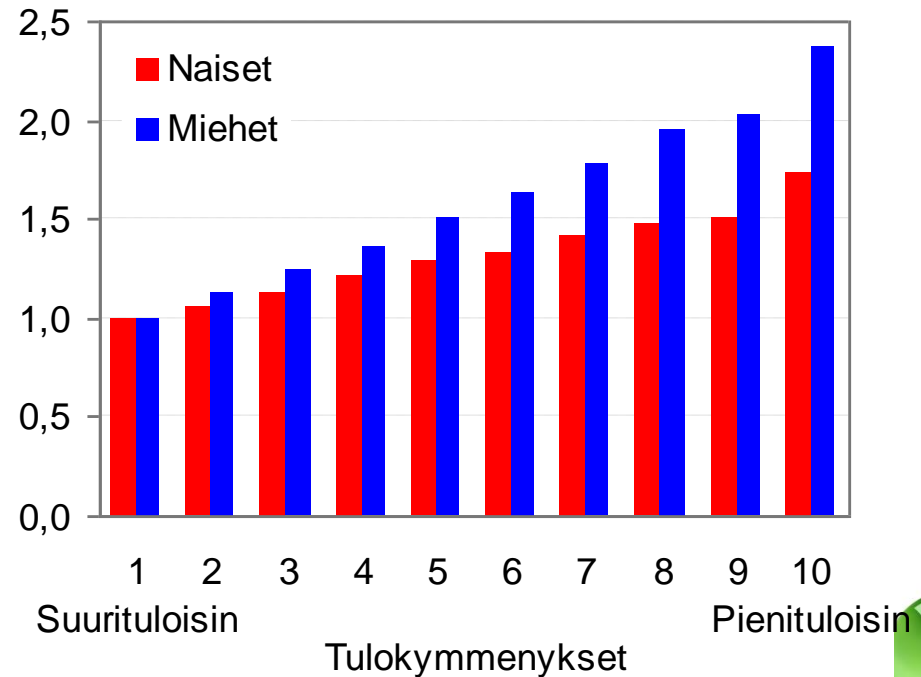


Esimerkki terveyden sosiaalisen determinantin vaikutuksesta: Kuolleisuus eri tuloryhmissä: Suomi

30 vuotta täyttäneiden ikävakioitu kuolleisuus eri tuloryhmissä, suurituloisimman ryhmän kuolleisuus = 1

Miehillä pienituloisimman kymmenesosan kuolleisuus on 2,4-kertainen verrattuna suurituloisimpiin, naisilla 1,7-kertainen

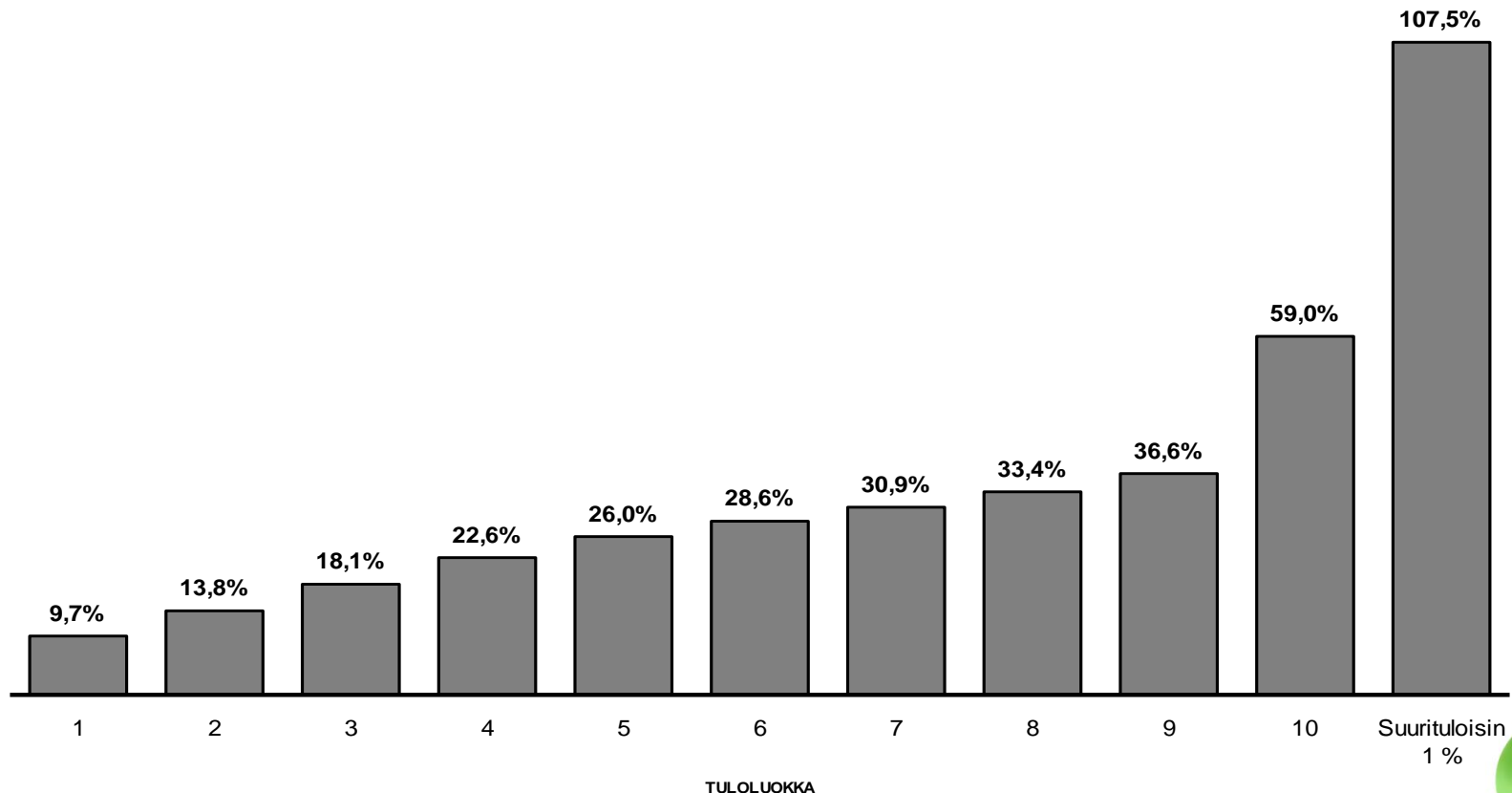
Suhteellinen kuolleisuus



Tuloerojen kasvu ollut Suomessa suurempaa kuin useimmissa OECD-maissa 1980-luvun puolivälin jälkeen

(Törmälehto, Hyvinvointikatsaus 4/2008)
(Kuvio Jouko Kajanojan esitelmästä 13.2.2007)

Keskimääräisten tulojen reaalin muutos eri tulokymmenyksissä ja suurituloisimmassa sadanneksessä vuodesta 1995 vuoteen 2005



Hyvinvointiregiimien avulla voidaan kuvata terveystilanteen kontekstia, joskaan ne eivät kovin hyvin selitä terveyserojen suuruutta eri maissa. Itä-Eurooppa puuttuu kuvauksista. Hyvinvointiregiimien tunnuspiirteitä (Kuvion lähde Raphael 2008)

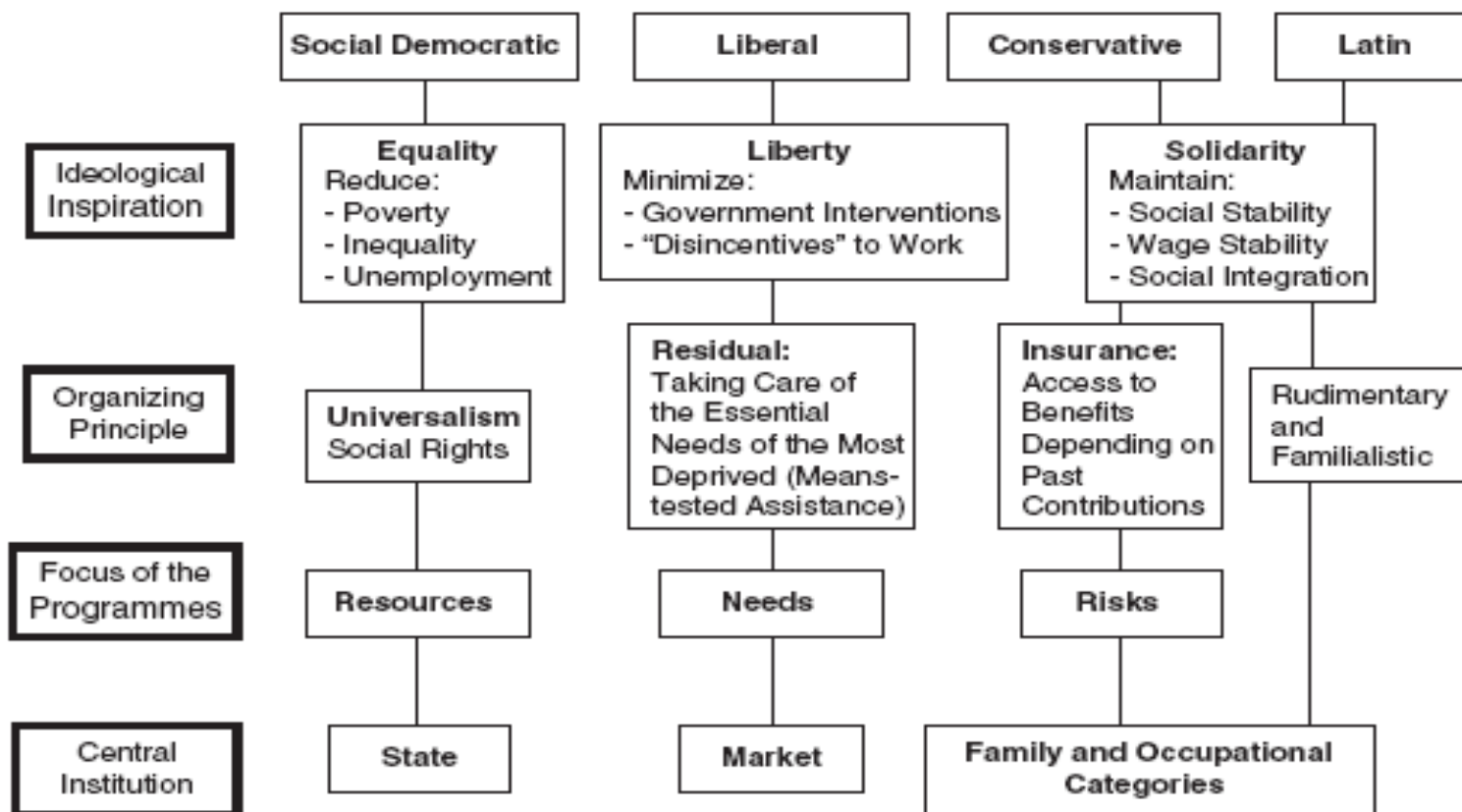


Figure 1. Ideological variations in forms of the welfare state

Source: Saint-Arnaud and Bernard (37, Figure 2, p. 503)



Miten terveyden eriarvoisuutta lähestytään eri diskursseissa? (Heuristinen viitekehys Carlisle 2001)

Diskurssin taso	Ongelman lähde	Selitystaso	Kausaalimekanismi	Ratkaisu	Toiminnan taso
Uudelleenjako (RED, redistribution)	Resurssit kasautuvat ylemmille sos.ekon. ryhmille	Sosiaalinen rakenne	Resurssien epätasainen jako	Köyhyyden lievittäminen jakamalla resursseja "alaspäin"	Sosiaali- ja talouspolitiikka (Socioecon. policy) ' Upstream '
Sosiaalinen integraatio (SID)	Sosioekonomisten ryhmien sosiaalinen polarisaatio	Yksilön ja sos.rakenteen välinen interaktio	Suhteell. epätasaro ja sos. stressi huonompi-osaisilla	Eron (gap) pienentäminen ja sos. Integraation lisääm.	Yhteisö (community)
Moraalinen alaluokka (MUD)	Alemmat sosioekonomiset ryhmät	Yksilön kokemukset ja toiminta	Kapeat resurssimarginaalit	Autetaan köyhiä kehittämään coping mekanismeja	Yksilö ' Downstream '

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS



Terveyseroihin liittyvän toiminnan vaiheet

(Action spectrum, Whitehead 1998) (Suom. Sihto ja Rotko, esitelmä 22.3.06)



1. Mittaaminen

- Tietoa saatavilla useista maista terveyserojen **outcome-mittareista** : kuolleisuus, eliniän odote, sairastavuus, koettu terveys, myös **determinanteista** elintavat (tupakointi, alkoholinkäyttö, ravitsemustottumukset, liikunta), jnkv terveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä **sosioekonomisen aseman mukaan**
- Suomessa paremmat tutkimusaineistot kuin monissa muissa maissa, mutta seuranta ollut erillisten tutkimusten varassa; sosioekonomiset kuolleisuustiedot maailman kärkitasoa
- Isossa-Britanniassa pisimmät sosiaaliluokkien kuolleisuuden seurannat (Chadwick 1842)
- Kansainvälisiä vertailuja: EUROTHINE 2007



2. Terveyserojen tunnistaminen

- Esim. Englannissa hallituksen tilaama ns. Black Report 1980 avasi silmiä: universaalista kansallisesta terveyspalvelujärjestelmästä (NHS) huolimatta sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot olivat selvät
- Black Report viritti 1980-luvulla kiinnostusta ja toimintaa mm. Ruotsissa ja Alankomaissa, sitä käytettiin hyväksi WHO:ssa TK 2000-ohjelmassa
- Suomessa oli pohdittu terveysteroja tätä varhemmin: 1960-luku Kelan SV-tutkimukset, alue-erot ja tulotason mukaiset erot terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä ja sairastavuudessa, Talousneuvoston kannanotto 1972: terveyden hyvä taso ja tasainen jakautuminen
- Itä-Euroopassa ja itäisessä Keski-Euroopassa ollaan jäljessä Länsi-Euroopan maita; ent. sosialistisissa maissa eriarvoisuustutkimus ei ollut suosittua tai sallittua
- Eri maat eri vaiheissa



3. Tietoisuuden nostaminen (tutkijoiden, hallinnon ja terveydenhuollon ammattilaisten rooli keskeinen)

- **Suomi:** 1980-luku: Suomessa Tapani Valkoselta pyydettiin sosiaaliryhmittäiset kuolleisuustiedot, jotka liitettiin Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelma-asiakirjaan (1986)
- 2000-luku: TEROKA-projekti ja sen edeltäjät (tutkijaverkosto 1990-luvun lopulta lähtien kirjoittaneet asiasta ja virittäneet keskustelua mm. kuntien edustajien kanssa (Terve Kunta –verkosto, maakuntakontaktit), STM teki v. 2006 maakuntakierroksia, joilla esiteltiin aluetasolla terveyseroja
- Tietoisuuden nostamisen toisena ”läpimurtona” erillinen kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008
- **Englanti:** tutkijat ja terveysammattilaiset pitivät yllä terveyseroihin kohdistuvaa tutkimusta 1980- ja 1990-luvuilla, vaikka hallitus ei tarttunut Black Reportista nouseviin haasteisiin
- **Ruotsi:** Folkhälsogruppen 1980-luvulla, landsting-taso 1990-luvulla, kansanterveyskomitea 1997-2000
- **Hollanti:** Terveyttä kaikille –ohjelma 2006
- EuroHealthNetin projektit: kv. tiedon vaihtoa ja esimerkkejä (”good/best practices”) Closing the Gap –hankkeessa (2004-2007); virittelyä ja tukea suunnataan enenevästi uusiin itäisiin jäsenmaihiin DETERMINE-hankkeessa (2007-2010)



4. Halu ryhtyä toimiin

- Tiedosta ei seuraa toimintaa automaattisesti (Suomessa tiedettiin terveyseroista jo kauan ennen nykyistä toimintaohjelmaa)
- Myös toimintaohjelman toimeenpano edellyttää aktiivisuutta ja dialogia toimeenpanijoiden kanssa (Suomessa nyt käsillä)
- Toimeen tarttumista säätelee muukin kuin huoli vs. kieltäminen /välinpitämättömyys; kyse on myös poliittisista kamppailuista ja valinnoista – esimerkiksi tuloeroja ei ehkä haluta kaventaa, tai esteenä voi olla se ettei ole selvää strategiaa eikä tiedetä mitä pitäisi tehdä
- Poliitiikan mahdollistavien 'ikkunoiden' on oltava auki yhtaikaa: ilmiö tunnustetaan ongelmaksi, on olemassa toimintapolitiikka (policy, toteuttamiskelpoisia keinoja) ja suotuisa poliittinen ideologia (politics) – esim. 1990-luvun lamavuosina ja niiden jälkeen Suomessa ikkunat olivat raollaan, mutta terveyserot eivät nousseet politiikan agendalle



5. Erilliset aloitteet ja hankkeet

- Alankomaat oli Euroopan johtavia maita eriarvoisuuden vähentämistä painottavan terveyspolitiikan kehittämisessä 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla: Toisin kuin muualla vietiin läpi kaksi laajaa tutkimusohjelmaa, joista jälkimmäisessä keskityttiin interventioihin ja niiden arvioimiseen.
- Tutkimusohjelmakomitea laati kokemusten pohjalta loppumietinnön (2001), jossa ehdotettiin kansallista strategiaa ja mm. määrällistä terveyserojen kaventamistavoitetta (20% vähennys v. 2020 mennessä). Ehdotus ei kuitenkaan edennyt poliittiseen prosessiin. Tällä hetkellä terveyserot huomioonottavaa työtä viedään eteenpäin erityisesti kuntatasolla.
- Englannissa New Labourin (1997-) aikana laajoja aluepohjaisia interventioita: Health Action Zones, New Deal for Communities – elvytyshankkeet, Sure Start lasten terveys –hanke
- EU-maista kerätty ”Good practices” EuroHealthNetin verkkosivuille (Closing the Gap –hanke, DETERMINE-hanke)



6. Rakenteellinen kehitys

- Yksi rakenteellisen kehittämisen ajatus on 'mainstreaming' – erilaisten toimintamallien kokeiluista pyritään saamaan pysyviä käytäntöjä, tämä tavoitteena mm. Englannin lukuisissa aluehankkeissa (Health Action Zones, New Deal for Communities)
- Ruotsissa kansanterveyskomitean (1997-2000) ehdotuksissa ja kansanterveysohjelmassa (2003) hyvinvointivaltion rakenteisiin turvautuminen: eriarvoisuutta vähennetään olemassaolevissa (universalistisen mallin mukaisissa) rakenteissa, ei niinkään erillishankkeilla

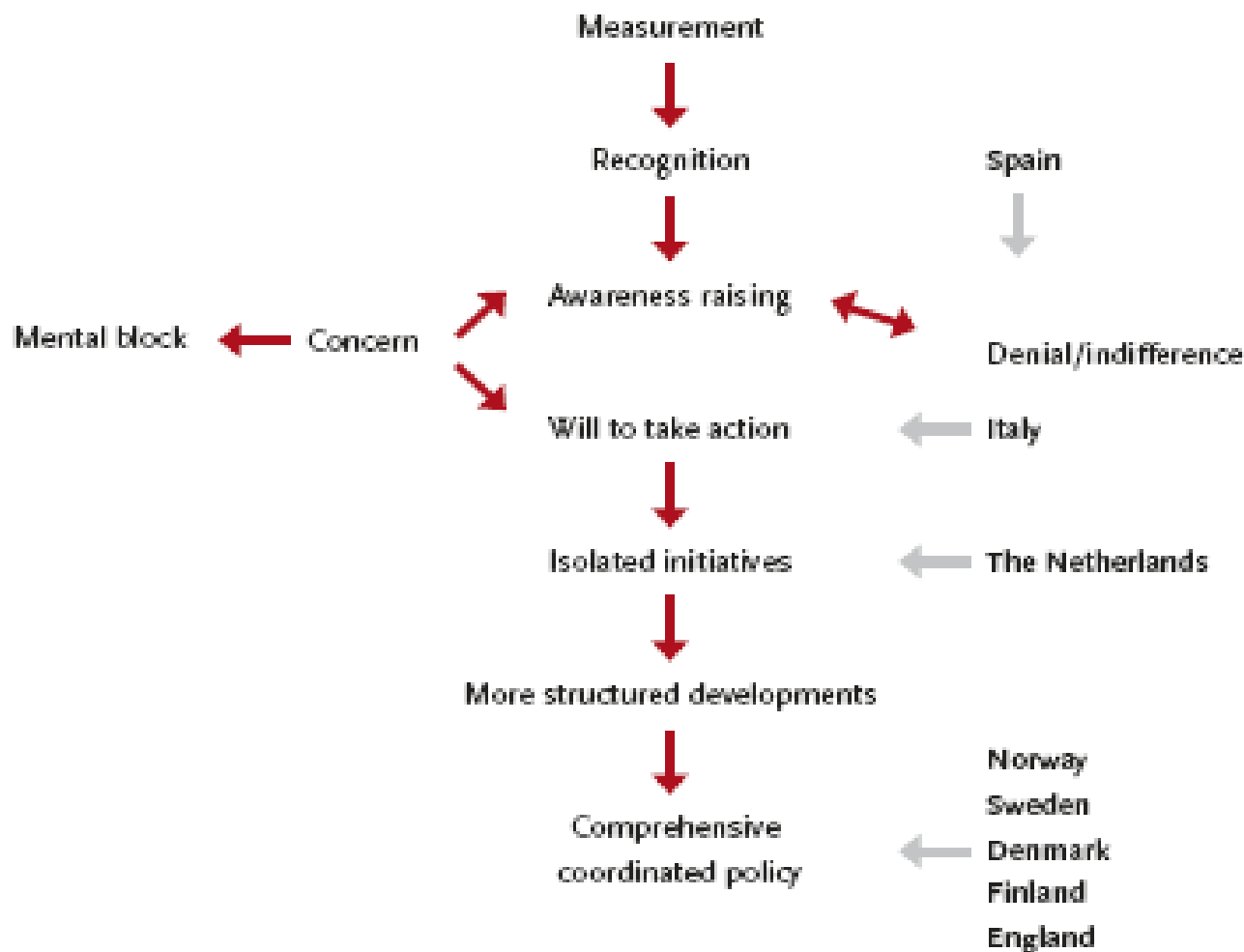


7. Kattava ja koordinoitu politiikka

- Pisimmällä (koko maailmassa) on Englanti
- Ruotsin kansanterveysohjelma on luonteeltaan kattava ja koordinoitu
- Suomen kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma pyrkii periaatteessa laaja-alaisuuteen, mutta on alisteinen monille muille samanaikaisille ohjelmille



Action spectrum on inequalities in health: yhteenveto 8 maasta Whiteheadin kaavioon sijoitettuna (Moberg & Hogstedt 2008, 338)



Terveyserojen kaventamisen politiikan ”mallimaiden” päälinjoja (Palosuo ym. 2004)

- **Ruotsi:** laajapohjainen komiteavalmistelu, perustana hyvinvointivaltion rakenteet, kansanterveysohjelmassa (2003) painopiste determinanteissa (eikä sairauksissa), ohjelmatoimintaa läänitasolla ja kunnissa, osallistava, Statens Folkhälsoinstitut seuraa ja koordinoi ohjelman toteuttamista
- **Englanti:** terveyserot kytkettiin köyhyyden ja syrjäytymisen vastaiseen politiikkaan, laajat aluehankkeet: deprivoitujen alueiden tukeminen, osallistava, partnership-rakenteet, joint-up Government poikkihallinnollinen yhteistyö, ohjelmien systemaattinen eteenpäinvieminen ja seuranta
- **Hollanti:** pyrkimys systemaattisen tietopohjan kautta kansalliseen ohjelmaan (jota ei ole tullut), pienet askeleet, pragmaattinen ote, konsensus: kaikki tahot ja puolueet mukaan



Euroopan Unioni ja terveyserot

- ”EU voi tuoda lisäarvoa edistämällä terveyserojen kaventamista ja tekemällä terveydestä kilpailutekijän [...]” (Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajasuojastrategia KOM (2005) 115; Palola 2009)
- Lisääntyvää kiinnostusta terveyseroihin (työvoiman terveys, ikääntyminen, terveyserojen kustannukset)
- UK:n puheenjohtajakaudella terveyserot esillä keskeisenä teemana → raportit Judge & Platt 2005, Mackenbach 2005
- Health in All Policies Suomen puheenjohtajakaudella 2006 → raportti Ståhl ym. 2006
- EU:n kansanterveysstrategia Together for health Strategy 2008-2013 – terveyserojen vähentäminen jäsenmaiden välillä ja sisällä päämääränä
- Public Health Programme 2008-2013 : suurempi terveydellinen tasa-arvoisuus yleispäämääränä
- Kansanterveysohjelman hankkeet kokemusten, tietojen ja hyvien käytäntöjen jakamiseksi:
 - Closing the Gap 2004-2007 (22 Eur. maata)
 - DETERMINE 2007-2010 (59 osanottajatahoa)
 - EUROTHINE (25 Euroopan maata + Turkki)



WHO ja terveyserot

- Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –liike, Euroopan alueen tavoiteohjelma 1984 → kansallisia ohjelmia; on vaikutettava jakautumaan
- Jatkoa: Health 21(1998): määrällinen tavoite vähentää elinajanodotteen eroja 25% 2020 mennessä
- The Commission on Social Determinants of Health (2005-2008) – globaali aloite; **painopiste entistä selvemmin terveyden ja terveyserojen sosiaalisiin syytekijöihin, determinantteihin** (pääraportti CSDH 2008)
- Lisäksi The WHO-Europe Programme
- WHO:n 62. yleiskokous (WHA 22.5.2009) suositteli kansallista toimintaa CSDH:n suositusten toimeenpanemiseksi → Englannista Marmotin väliraportti 2009, loppuraportti tulossa 2010, tilaaja pääministeri G. Brown



”Social injustice is killing people on a grand scale” (CSDH 2008, 2).

Alusta pitäen komissio painotti erityisesti puuttumista köyhyyteen ja muihin terveyseroja ylläpitäviin rakenteisiin (Marmot 2005; 2007).

Pääsuositukset:

1. On parannettava elinoloja
2. On puututtava vallan, rahan ja resurssien epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen
3. On mitattava ja ymmärrettävä ongelma ja on arvioitava toiminnan vaikutukset



Yhteenvetoa

- Terveyseroihin kiinnitetty vaihtelevasti huomiota etenkin Länsi-Euroopan maiden terveystalitiikassa viimeistään TK 2000-ohjelmasta lähtien; Etelä-Euroopassa ja Itä-Euroopassa vähemmän
- Terveyserot eivät juuri ole kaventuneet; terveyserojen taustalla sosiaalinen eriarvoisuus
- Terveyserot ovat keskeisen hyvinvoinnin osatekijän lopputuoteosoin; mikä on terveyserojen paikka terveys- ja sosiaalitalitiikassa?
- Kysymyksiä: voiko olla varsinaista "suoraa" terveyserojen kaventamistalitiikkaa? Miten "hyviä käytäntöjä" voidaan siirtää kontekstista toiseen?
- WHO:n ratkaisuyritys: käydään käsiksi sosiaaliseen eriarvoisuuteen ja siirretään talitiikan painopiste epäsuoraan vaikuttamiseen



Kirjallisuutta

- Crombie IK, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective. WHO 2005.
- CSDH 2008. Closing the gap in a generation. Health equity through action on Social Determinants of Health. WHO Geneva 2008.
- Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds) **Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries**. Swedish National Institute of Public Health, Östersund R 2008:21.
- Judge K, Platt S. **Health inequalities: a Challenge for Europe**. UK Presidency of the EU, October 2005.
- **Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011**. STM Julkaisuja 2008:16.
- Mackenbach J, Bakker M (toim.) **Reducing inequalities in health: a European perspective**. Routledge, Lontoo 2002
- Mackenbach JP. **Health Inequalities: Europe in Profile**. UK Presidency of the EU, October 2005.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-J, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst A. Socio-economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. In EUROTHINE. Final Report. 31 August 2007. Erasmus MC, The Netherlands.
- Palola E. Tervettä elämää Euroopassa - uuden vuosituhatosen terveystoimintaa. Teoksessa Koivusalo M, Ollila E, Alanko A (toim) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki 2009.
- Palosuo H., Sihto M., Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Manderbacka K, Prättälä R. **Eriarvoisuus ja terveystoiminta. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa**. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:12. Helsinki 2004.
- 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.
- Raphael D. **Getting serious about the social determinants of health: new directions for public health workers**. Promotion&Education 2008; 15; 15. <http://ped.sagepub.com/cgi/content/refs/15/3/15>
- **Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach**. EUROTHINE. Final Report. 31 August 2007. Erasmus MC, The Netherlands.
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. (eds) **Health in All Policies. Prospects and Potentials**. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, European Observatory of Health Systems and Policies, Finnish Institute of Occupational Health, KTL, STAKES, 2006.
- Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
- www.teroka.fi

