

DEMOS
HELSINKI

Terveyden tulevaisuudet

Pohjaselvitys suomalaisten
terveyteen vaikuttavista ilmiöistä

Demos Helsinki
2014

Terveyden tulevaisuudet

Pohjaselvitys suomalaisten
terveyteen vaikuttavista ilmiöistä

Työryhmä:

Satu Korhonen
Juha Leppänen
Johannes Koponen
Aleksi Neuvonen
Veikka Lahtinen
Maari Parkkinen
Juuso Parkkinen
Iris Sandelin

Graafinen suunnittelu:
Rebekka Gröhn

Demos Helsinki
2014

Tekes

Terveyden tulevaisuudet -tutkimusta on rahoitettu Tekesin tuella.

Alkusanat

Hyvä lukija,

Käsissäsi oleva selvitys on Demos Helsingin ensimmäinen julkaisu Terveyden tulevaisuudet 2050 -tutkimushankkeesta, joka käsittelee terveyttä ja valinnanvapautta sekä terveyden rakentumisen konteksteja ja niiden muutosta. Selvitys on toteutettu kirjallisuuden ja muiden ajankohtaisten raporttien pohjalta. Se pohjustaa terveyden tulevaisuuksia koskevaa skenaariotyötä, jonka tulokset julkaistaan keväällä 2015.

Terveys on yhteiskunnan jatkuvuuden kannalta ratkaiseva tekijä. Suomessa meillä on vahvat rakenteelliset lähtökohdat terveyspolitiikassa. Tarvitsemme uudenlaisia ratkaisuja, koska terveys ei tällä hetkellä ja kaudu tasaisesti. Lisäksi terveyttä rakentavat tekijät, kuten elämäntavat, palvelut tai työelämä, ovat suuressa muutoksessa. Tämä selvitys esittelee viitekehyksen, jonka avulla voimme käsitellä niiden vaikutusta terveyteen ja kartoittaa terveyteen vaikuttavia ilmiöitä.

Valinnanvapauden lisääminen on yksi suomalaista terveyspalvelujärjestelmää parhaillaan uudistava ratkaisu. Valinnanvapauden on tarkoitus parantaa palvelujen laatua ja lisätä palveluja käyttävien ihmisten vaikutusvaltaa. Tässä selvityksessä kysytään, mitä ihmisen kannalta hyvä valinnanvapaus vaatii toteutuakseen.

Kiitämme tutkimuskumppaneitamme Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella, Novartiksella, LähiTapiolassa, Kansaneläkelaitoksella, SOSTE ry:ssä, Smartumilla ja Helsingin Diakonissalaitoksella. Innovaatiohoitokeskus Tekesiä kiitämme tutkimuksen rahoituksesta. Lisäksi kiitämme professori Antti Hautamäkeä ja tohtori Juuso Parkkista hyvästä yhteistyöstä. Kumppanien kanssa on käyty rikasta ja avointa keskustelua. Ihailemme aktiivisuuttanne ja omistautuneisuuttanne ihmislähtöisen terveyskäsityksen määrittämiseksi. Se kertoo myös siitä, että ajankohta on kypsä tämän keskustelun avaamiseen. Mitä terveys on tänään ja mitä se voisi olla?

Tutkimusryhmän puolesta,

Satu Korhonen
Tutkija
Demos Helsinki

Tutkimus

Terveyden tulevaisuudet -tutkimus on Demos Helsingin toteuttama terveyttä ja valinnanvapautta käsittelevä skenaariotutkimus. Tämä selvitys on tutkimuksen ensimmäinen julkaisu. Tutkimus on osa Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi -tutkimuskokonaisuutta, joka tarkastelee valinnanvapauden muotoutumista sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuuksia käsittelevässä tutkimusosiossa päätutkimuskumppanimme on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Muut yhteistyötahot ovat Novartis, LähiTapiola, Validia Asuminen, Kela, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry ja Helsingin Diakonissalaitos sekä Smartum. Lisäksi koko konsortiossa ovat mukana Oulun kaupunki, Jyväskylän kaupunki, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveysyhtymä EKSOTE, Kainuun sosiaali- ja terveysyhtymä ja Sosiaalialan työnantajat ry. Hanketta rahoittaa Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa -ohjelma.

Terveyden tulevaisuudet 2050 -tutkimuksen päätutkimuskysymys: Miten tulevaisuuden palvelujärjestelmät tukevat kuluttajan terveyteen liittyviä valintoja?

Alatutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten yhteiskunta muuttuu vuoteen 2050 ja miten muutos vaikuttaa valintoihin ja valinnanvapauden terveys- ja hyvinvointipalveluissa? Miten

esimerkiksi ihmisten mieltymyksiin, elinoloihin, ikärakenteeseen, osaamistasoon, kansantalouteen, avoimeen dataan, teknologiaan, ympäristöön, lainsäädäntöön ja palvelujen järjestämistapaan liittyvät muutokset vaikuttavat ihmisten valinnanmahdollisuuksiin ja valintoihin?

Miten tulevaisuuden palvelujärjestelmät tukevat kuluttajan terveyteen liittyviä valintoja?

2. Mitä hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut ovat vuonna 2050? Millä tavoin ne tukevat ihmisten terveyttä ja hyvinvointia? Kuka vastaa palveluista? Ja mistä niistä? Kuka tuottaa palvelut? Miten niitä hankitaan? Entä valitaan ja arvioidaan?

3. Miten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät mahdollisuudet ja valinnat toteutuvat eri kuluttajaryhmille?

Tutkimus toteutetaan kolmessa vaiheessa. Tämä selvitys aloittaa tutkimuksen määrittelemällä siinä käytettävät käsitteet ja luomalla viitekehyksen, jonka kautta voidaan tutkia terveyden ja valinnanvapauden mahdollisuuksien muutosta. Selvitys luo kuvan terveyden ja valinnanvapauden nykytilasta Suomessa ja tunnistaa muutoksia ja jännitteitä, joita tutkimuksen myöhemmissä vaiheissa käsitellään.

Tämän selvityksen pääkysymys on:

Miten terveyden mahdollisuudet muuttuvat ja millainen on valinnanvapauden rooli tässä muutoksessa?

Selvitystä seuraavat osallistuvat skenaariotyöpajat syksyllä 2014 ja samaan aikaan toteutettava delfoi-kysely. Keväällä 2015 julkaistaan skenaariojulkaisu, joka kuvaa erilaisia polkuja vuoden 2050 tulevaisuudentilaan.

Miten terveyden mahdollisuudet muuttuvat ja millainen on valinnanvapauden rooli tässä muutoksessa?

Sisältö

10 **Johdanto: Mikä on terveyden rooli tulevaisuuden yhteiskunnassa?**

14 **Terveyden nykytila**

14 Sairauksien hoidosta terveyden edistämiseen

16 Suomalaisten terveys 2010-luvulla on jakautunut

26 **Terveyden määrittäjät**

28 Perimä mahdollistaa ja määrittää

29 Yksilölliset elämäntapavalinnat

31 Sosiaaliset olosuhteet vaikuttavat läpi elämän

34 Elinympäristö ja terveystalvelut

38 **Hyvinvointivaltio ja terveyden tukemisen kumppanuudet**

39 Universaalit palvelut torjuivat hyvin aikansa riskejä

45 Järjestöt osallistumista tukemassa

48 **Miten valinnanvapaus vaikuttaa suomalaisten terveyteen?**

52 Valinnanvapaus Suomen terveydenhuoltolaissa

54 Riittääkö vaihtoehtojen tarjoaminen?

58 **Megatrendit muokkaavat yhteisöjä ja elinympäristöä**

60 **Megatrendi 1:** Muuttuva väestörakenne

Ikääntyminen

Koulutustason nousu

Kaupungistuminen

64 **Megatrendi 2:** Yhteisön ja yksilön suhteen muutokset

68 **Megatrendi 3:** Niukkenevat luonnonvarat

Eksponentiaalisesti kiihtyvä energiankulutus

Kulutustapojen muutos

Miten luonnonvarojen niukkeneminen heijastuu terveyteen?

72 **Megatrendi 4:** Teknologinen planetarismi

Gloaali logistiikka ja työn muutos

Uudet sensorit ja Quantified Self

Esineiden internet

Big Data muuttaa yksityistä ja yhteistä

Datan hyödyntämisen lupaus

Miten teknologinen planetarismi heijastuu terveyteen?

80 **Megatrendi 5:** Globaali talous

Elintaso ja koulutus muuttuvassa maailmantaloudessa

Gloaalit terveystarkkinat

84 **Yhteenveto:**

Terveyden valinnanvapaus on laajempi kuin terveystalvelut

90 **Lähteet**

Johdanto

Johdanto: Mikä on terveyden rooli tulevaisuuden yhteiskunnassa?

Terveys on merkittävä resurssi sekä meille yksilöinä että lähiyhteisöillemme ja yhteiskunnille. Se liittyy yksilöiden kykyyn toimia ja yhteisöjen jatkuvuuteen. Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta pyrkii aktiivisesti edistämään mahdollisimman monen terveyttä. Tämän tavoitteen täyttäminen on jatkuvasti hankalampaa pääosin kolmesta syystä.

1. Hoidon kustannukset kasvavat.
2. Hoidon maksajia on yhä vähemmän, sillä työikäisen väestön osuus pienenee.
3. Tarve yksilöllisiin terveystratkaisuihin kasvaa.

Resurssihuolien ja kestävyysvajeen keskellä meiltä puuttuu tapa puhua terveydestä yhteiskuntaa uudistavana tekijänä. Pekka Kuusen *60-luvun sosiaalipolitiikka* (1961) oli voimallinen kansalliseen politiikkaamme vaikuttanut teos, joka lisäsi terveyttä tukevia rakenteita yhteiskunnassa. Mitkä ovat 2020-luvun päivitettyt ideat? Mikä on terveyttä edistävän toimintapolitiikan piinkovaa ydintä? Mitkä asiat pitää muuttaa?

Nyt terveyttä edistetään maailmassa, jossa muun muassa yksilöllisyys, ikääntyminen ja teknologian lisääntynyt käyttö muuttavat sitä, kuinka terveyttä edistetään ja hoidetaan. Suuret muutokset, megatrendit muokkaavat myös terveydenhuollon perusteita.

Muutos ei ole ongelmaton. Palvelujärjestelmämme on perustunut vahvalle solidaarisuudelle ja palveluiden saatavuudelle riippumatta asuinpaikasta tai tuloluokasta. Kysymys kuuluukin, miten nämä periaatteet voivat toteutua jatkossa?

Tämän pohjaselvityksen tarkoituksena on tunnistaa ilmiöitä, jotka vaikuttavat siihen, kuinka terveyttä voidaan tulevaisuudessa tukea. Lisäksi muodostamme viitekehysten, jonka kautta terveydestä, maailman muutosilmioistä ja valinnanvapaudesta voidaan puhua ihmislähtöisesti. Erityistä huomiota kiinnitämme valinnanvapauteen.

Suomessa vuonna 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki keskityy asiakkaiden aseman parantamiseen terveydenhuollossa (STM 2010). Osana tätä uudistusta toteutettiin valinnanvapausuudistus, jolla pyritään lisäämään palvelujen vastaavuutta asiakkaiden yksilöllisiin odotuksiin ja lisäämään asiakkaan valtaa.

Suomen mallissa valinnanvapaus on melko suppeaa. Käytännössä kansalainen voi kerran vuodessa valita terveysasemansa ja erikoissairaanhoidon paikan sekä kummassakin häntä hoitavan henkilön (STM 2014a). Kuitenkin kiinnostus ja odotukset valinnanvapauden lisäämiselle on laajaa erityisesti palveluntuottajien joukossa.

Samaan aikaan on kysyttävä, miten valinnanvapautta lisäämällä voidaan lisätä tasa-arvoa ja parantaa palvelujärjestelmän tehokkuutta? Mistä valinnanvapaudessa on ihmisten terveyden näkökulmasta kyse?

Selvityksen keskiössä on ihmislähtöinen terveystietäminen. Näemme terveyden voimavarana, joka rakentuu ihmisten arjessa sekä ihmisten oman että yhteisöjen ja yhteiskuntien toiminnan tuloksena. Ihmislähtöinen terveystietäminen on työkalu, jonka avulla voimme pohtia ihmisten käyttäytymistä tai yhteiskuntaa muokkaavien ilmiöiden, kuten megatrendien, vaikutuksia terveyden edellytyksiin, ja Terveyden tulevaisuudet -tutkimuksen seuraavissa vaiheissa tulevaisuuden terveyspalvelujärjestelmiin.

Uudet järjestelmät eivät synny tyhjiöön, vaan ne muokkaavat ympäristöään ja tulevat muokatuiksi. Terveyden tulevaisuuden ymmärtäminen edellyttää ymmärrystä nykyisen terveystietäminen ja toimintatapojen jännitteistä. Lisäksi tarvitaan tietoa laajoista yhteiskunnallisista muutosilmioistä kuten megatrendeistä, kulttuurisista siirtymistä, teknologisista innovaatioista, uusista käytännöistä, toimintamalleista ja kokeiluista.

Miten valinnanvapautta lisäämällä voidaan lisätä tasa-arvoa ja parantaa palvelujärjestelmän tehokkuutta?

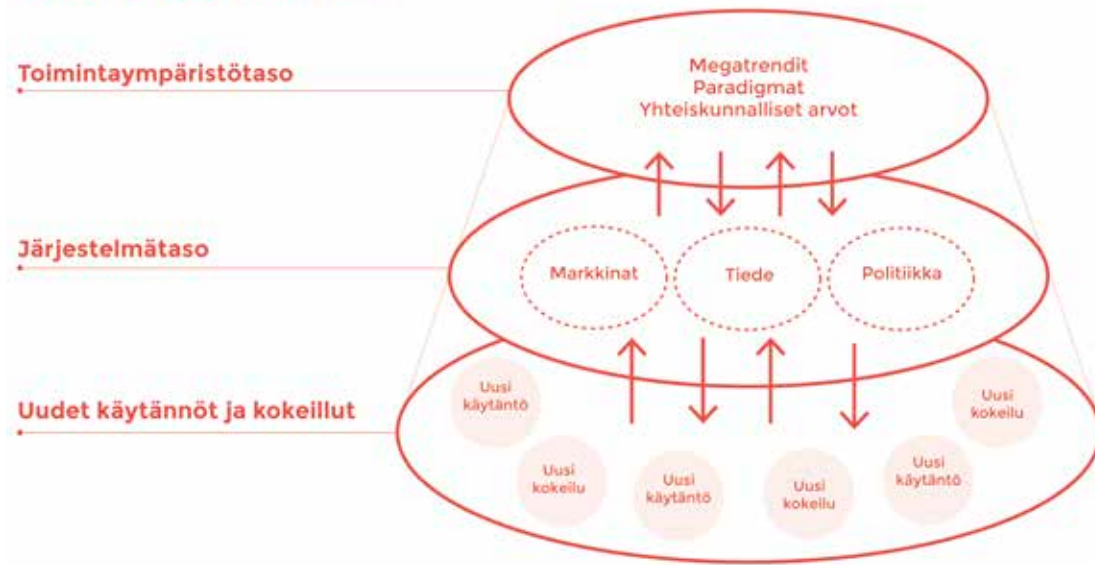
Tämä selvitys tunnistaa käytössämme olevia resursseja ja jännitteitä sekä kuvaa tulevaisuuteen liittyviä muutosilmiöitä.

Monet tulevaisuutta muovaavat uudet toimintamallit ovat läsnä jo tämän päivän maailmassa, mutta pieninä. Siksi ruohonjuuritason muutosten tuntemus on tärkeää. Näiden toimintamallien monistuminen on asia, joka voi muuttaa merkittävästi sitä, mikä terveyden rooli on tulevaisuuden yhteiskunnassa ja miten esimerkiksi valinnanvapautta tulevaisuudessa sovelletaan. Transitiomalli (Geels 2002) tarjoaa viitekehyksen, jonka avulla voimme ottaa tässä selvityksessä esille nousseet havainnot osaksi Terveyden tulevaisuudet -tutkimuksen skenaariotyötä.

Kuva 1. Transitiomalli Terveyden tulevaisuudet -tutkimuksen viitekehyksenä. (Mukaiillen Geels 2002.)

Terveyden nykytila

Muutosmalli



Terveyden nykytila

Terveydestä on paljon tutkimusta, mutta vähän sellaista, joka tulkitsee terveyden tulevaisuutta laajasti ja tutkimusperusteisesti. Tässä selvityksessä kartoitamme, kuinka terveyden mahdollisuudet muuttuvat laajojen toimintaympäristön muutosten myötä, ja mikä yhteys valinnanvapaudella on terveyden mahdollisuuksiin. Haluamme ymmärtää muutosten merkitystä kahdella tasolla:

- 1) ihmisten ja arjen näkökulmasta
- 2) yhteiskunnallisesti

Tässä luvussa nostamme esille ihmislähtöisen terveystieteen lähtökohtia ja kuvaamme terveyden nykytilaa Suomessa. Seuraavissa luvuissa käsittelemme terveyden ja valinnanvapauden edellytyksiä.

Sairauksien hoidosta terveyden edistämiseen

Terveydestä käytävä keskustelu on jakaantunut. Palvelujärjestelmään liittyen puhutaan terveyspalvelujen kustannusten kasvusta ja rahoituksen riittämättömyydestä. Vaakalaudalla on se, kuinka nykyisiä palveluja voidaan tarjota tulevaisuudessa. Toisaalta julkisessa keskustelussa esiintyy paljon toivoa siitä, kuinka esimerkiksi uudet teknologiat voivat tarjota ihmisille parempia keinoja ylläpitää terveyttä ja hoitaa sairauksia.

Keskustelu osoittaa, että terveys on sekä ihmisiin että yhteiskuntaan liittyvä asia. Lisäksi puheeseen liittyy kahtiajako: puhutaanko terveydestä vai sairaudesta?

Taulukko 1.

Terveyden määritelmiä eri lähestymistavoista käsin (Mukaiillen Nykänen 2006).

Terveyden määritelmä	Lähestymistapa
Terveys on sairauden poissaoloa.	Biolääketieteellinen
Terveys muodostuu ihmisen elämän kokonaistilanteesta.	Biopsykososiaalinen
Terveys on hyvää oloa, toimintakykyä ja turvallisuutta.	Psykologinen
Terveys on ihmisen käyttäytymisen muovaama.	Käyttäytymistieteellinen
Terveys on yksilön ja yhteisön voimavaroihin tukeutuvaa kykyä toimia.	Voimavaralähtöinen

Useimmissa ihmisissä on yhtä aikaa terveyttä ja sairautta. Ihmisellä käytössä olevan toimintakyvyn lisääminen on ihmislähtöisen terveysajattelun ytimessä.

Terveyttä on määritelty lukuisilla tavoilla aiemmassa tutkimuksessa (ks. Taulukko 1). Useimmat määritelmistä yhdistävät terveyden toimintakyvyn. Terveyden ajatellaan olevan sidoksissa ihmisen käyttäytymiseen ja ympäröivän yhteisöön. Biolääketieteessä terveyden esitetään olevan sairauden poissaoloa.

Useissa terveyden määritelmissä korostuvat voimavarat ja toimintakyky. Voimavaralähtöinen lähestymistapa terveyteen pyrkii vahvistamaan yksilö- ja yhteisötasoilla ihmisten mahdollisuuksia kehittyä ja ottaa aktiivinen ja tiedostava rooli sekä hallita omaa terveyttään. Yksilön tasolla voimavarat voivat olla sosiaalista, kulttuurista tai taloudellista pääomaa, kuten tietoja, taitoja tai osaamista. Yhteiskunnan kannalta tärkeitä terveyden voimavaroja ovat rakenteet, jotka mahdollistavat kriittisen oppimisen, vahvistavat luottamusta sekä tuottavat sosiaalista, kulttuurista tai taloudellista pääomaa (Rouvinen-Wilenius & Ollonqvist 2011, WHO 1986). Käytännössä rakenteilla tarkoitetaan esimerkiksi koulutusta, palveluja tai vertaisryhmiä.

Huomio siirtyy koettuun terveyteen

Yksittäisen ihmisen kannalta terveys ja sairaus eivät ole erillisiä ilmiöitä, vaan enemmänkin saman jatkumon kaksi eri päätä. Vaikka täydelliseen terveyteen voidaan pyrkiä, on se yleensä mahdotonta. Useimmissa ihmisissä on yhtä aikaa terveyttä ja sairautta. Tässä selvityksessä terveys rinnastetaan ihmisellä kullakin hetkellä olevaan potentiaaliseen toimintakykyyn. Ihmisellä käytössä olevan toimintakyvyn lisääminen on ihmislähtöisen terveysajattelun ytimessä.

Useissa terveyden määritelmissä korostuvat voimavarat ja toimintakyky.

Tämän selvityksen tarkoitus on ymmärtää terveyttä ihmislähtöisesti ja samalla niin, että voimme tarkastella yhteiskuntien muutosten vaikutusta terveyteen. Ihmislähtöisen terveyden käsitettä määrittelimme seuraavasti:

1. Ihmislähtöinen tarkastelu merkitsee sitä, että otamme huomioon ihmisten kokemuksellisen tavan hahmottaa terveyttä. Kuten edellä on mainittu, useimmissa ihmisissä on yhtä aikaa terveyttä ja sairautta. Tästä syystä esimerkiksi sairauden poissaoloon keskittyvä biolääketieteellinen terveyskäsitteys ei sovellu tämän selvityksen tarpeisiin. Terveys-sairaus-jaottelun sijaan kiinnitämme huomiota ihmisen käytettävissä olevaan toimintakykyyn. Huomioimme, miten yhteiskunnalliset ja palvelujärjestelmiin liittyvät muutokset vaikuttavat ihmisten elämään, ja toisaalta, mitä haasteita ja mahdollisuuksia ihmisten oma toiminta tuo terveyden ylläpitämiseen ja sairauksien hoitoon.
2. Ihmislähtöinen eli yksilön oman toimijuuden ja valintaympäristön huomioiva terveysajattelu on myös mahdollista ottaa terveyspalvelujen ja terveyspolitiikan suunnittelun periaatteeksi.

Suomalaisten terveys 2010-luvulla on jakautunut

Suomessa ihmiset eivät sairastu samalla tavoin kuin sata vuotta sitten. Ennen sairautta aiheutti usein ulkoinen ja välitön pakko, kuten virustartunta. Nyt suomalaiset sairastavat tyypillisesti elintapojen seurauksena puhjenneita sairauksia. Käynnissä on väestörakenteen, sairastavuuden ja kuolleisuuden rakennemuutos.

Suomen suurin terveydellinen ongelma ei olekaan enää hoidon saataavuus, vaan se, miten saada ihmisten arki toimintakykyä tukevaksi.

Ihminen voi tuntea itsensä terveeksi, vaikka hänellä on vaikeitakin vammoja tai sairauksia, joihin hän saa hoitoa. [...] Vaikeasti liikuntavammaisen ihmisen koettu terveys voi olla hyvä, jos hän elää ympäristössä, joka helpottaa hänen liikkumistaan, ja jos hänen läheisensä tukevat ja auttavat häntä. (Duodecim 2012.)

Suomalaisten yleisimmät sairaudet ovat tyypillisesti sidoksissa elintapoihin. Esimerkiksi epäterveellinen ravinto, tupakointi ja vähäinen liikunta ovat elintapoja, jotka lisäävät näiden tautien puhkeamisen vaaraa. Niiden esiintyvyys myös kasvaa iän myötä. Sydäninfarktia tai sepelvaltimotautia esiintyy kymmenesosalla yli 30-vuotiaista ja kolmasosalla yli 75-vuotiaista. Tilanne on vastaava myös esimerkiksi diabeteksen, keuhkoputken ahtauman ja monien tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta.

Lievät terveysongelmat ovat lisääntyneet Suomessa. Erityisesti lievien mielenterveysongelmien aiheuttama työuupumus on yleistynyt, samoin päihdeongelmat etenkin työikäisillä, kuten myös astma, allergiat, diabetes sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (Aromaa ym. 2005).

Kuten sairaudet, myös kuolemat kytkeytyvät entistä enemmän elintapoihin ja vähemmän esimerkiksi tartuntatauteihin. Suomessa tällä hetkellä yleisimpiä kuolemaan johtavia tekijöitä ovat työikäisillä kasvaimet, verenkierroelinten sairaudet kuten kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta sekä alkoholinkäyttöön liittyvät tekijät. Kasvaimiin ja verenkierroelinten sairauksiin kuoli yli puolet työikäisenä kuolleista. Tapaturmiin kuoli noin joka kymmenes. Ikääntyneet, eli 65 vuotta täyttäneet, kuolivat erityisesti verenkierroelinten sairauksiin, kasvaimiin ja dementiaan. (SVT 2013.)

Kansansairauksien rakennemuutoksen yhteydessä elinympäristöä merkittävämmiksi tekijöiksi sairauden synnylle ovat nousseet käyttäytyminen ja perimä. Perimä altistaa tietyille sairauksille, mutta ei aina johda niiden puhkeamiseen. Käyttäytyminen voi synnyttää sairauksia, joille ihminen ei muuten altistuisi tai edesauttaa niiden puhkeamista. Terveydelle haitallinen voi olla aktiivisen riskihakuisuuden lisäksi tiedostamattomia elintapoja, jotka muodostuvat elämän varrella rutiineiksi (ks. esim. Alanen ym. 2010).

Taulukko 2: Suomalaisten yleisimpiä sairauksia (THL 2011, 82–107).

Sairaus	Yleisyys miehillä, 30+	Yleisyys miehillä, 75+	Yleisyys naisilla, 30+	Yleisyys naisilla, 75+
Sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti	10,3 %	32,0 %	4,7 %	23,6 %
Diabetes	10,8 %	17,3 %	7,5 %	16,5 %
Keuhkoputkien ahtauma	13 %	28,9 %	8,5 %	22,6 %
Kävelyvaikeus/ontuminen polven takia	20,7 %	34,6 %	21,6 %	38,6 %
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet	6,3 %	7,3 %	7,4 %	9,1 %
Karies	28,2 %	50,6 %	14,1 %	23,3 %

Koettu terveys ja toimintakyky paranevat koulutustason mukaan

Ihmisillä on yleisesti hyvä käsitys terveydentilastaan: se vastaa pitkälti lääkärin tekemää arviota (ks. esim. Aromaa ym. 1989). Koettu terveys on vahvasti yhteydessä yksilön tuleviin terveysongelmiin, kuolemanvaaraan (ks. esim. Manderbacka 1998), kuolleisuuteen, terveyspalvelujen käyttöön ja toimintakykyyn (ks. esim. THL 2014a). Sitä tutkitaan usein kysymällä ihmisiltä itseltään viisiportaisen asteikon avulla millaiseksi he terveytensä kokevat (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono) (ks. esim. Koskinen ym. 2012.).

Suomessa terveytensä kokee keskitasoiseksi tai huonoksi noin 40 prosenttia ihmisistä. Miesten ja naisten välillä ei ole merkitseviä eroja. Sen sijaan terveyden kokemus laskee iän myötä. Kun 20–54-vuotiaista noin 30 prosenttia kokee terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi tai huonoksi, on osuus 55–74-vuotiaista huomattavasti suurempi: hieman alle puolet. 75 vuotta täyttäneistä jopa kaksi kolmasosaa koki terveytensä olevan keskitasoinen tai heikko. Eroja on myös koulutusryhmittäin tarkasteltuna: mitä korkeampi henkilön koulutus on, sitä paremmaksi hän terveytensä kokee. Matalasti koulutetuista 45 prosenttia koki terveytensä keskitasoiseksi tai heikoksi, keskitason koulutuksen saaneista hieman alle 40 prosenttia. Korkeasti koulutetuista vain hieman yli neljäsosa kokee terveytensä olevan keskitasoinen tai heikko. (Kaikkonen ym. 2014.)

Omakohaista kokemusta terveydestä on tutkittu myös mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta. Mielenterveysongelmia on tarkasteltu esimerkiksi kysymällä, onko vastaajalla itseraportoitua masennusta. Vastausvaihtoehdot ovat olleet kyllä tai ei. Naiset raportoivat miehiä enemmän masennusta, mutta sukupuolten väliset erot eivät ole suuria. Ikäryhmittäin tarkasteltuna itseraportoitu masennus lisääntyy vanhem-

40 %

Suomessa terveytensä kokee keskitasoiseksi tai huonoksi noin 40 prosenttia ihmisistä.

Terveyden kokemus laskee iän myötä.

Eroja on myös koulutusryhmittäin tarkasteltuna.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna itseraportoitu masennus lisääntyy vanhemmissa ikäryhmissä.

Kun krooniset sairaudet keksittiin

Krooniset sairaudet nosti ensimmäisenä keskusteluun vuonna 1947 perustettu Kroonisten sairauksien komissio (eng. Commission on Chronic Diseases), jonka päätavoitteena oli 1) koota ja levittää kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyä koskevaa tietoa suunnittelutyön tueksi, 2) tehdä ja teettää uusia tutkimuksia, jotka voisivat luoda vakaan alustan suunnittelutyön tueksi ja 3) muodostaa ehdotettuja ohjelmia yhteistyössä kansallisten toimijoiden, valtion ja paikallisten toimijoiden ja ryhmien kanssa. (Roberts 1954.)

Kroonisten sairauksien komissio oli sekä suunnannäyttävä että toimintamalli kroonisten sairauksien ennaltaehkäisevässä työssä. Sen työssä erityisen arvokasta oli ennaltaehkäisyn korostaminen sairauksien hoidon sijaan ja kokonaisvaltainen eri alat läpileikkaava näkemys ennaltaehkäisevässä terveyspolitiikassa.

Suomalaisten kokemus terveydestään on heikempi kuin muissa Pohjoismaissa.

Naiset kokevat fyysisen toimintakykynsä miehiä heikommaksi.

15 %

Matalasti koulutetuista yli 15 prosenttia kokee juoksemisen vaikeaksi.

7 %

Korkeasti koulutetuista vain seitsemän prosenttia kokee vaikeuksia 100 metrin juoksussa.

missä ikäryhmissä: 75 vuotta täyttäneistä yli kymmenesosa raportoiti masennusta, 55–74-vuotiaista hieman alle kymmenesosa ja 20–54-vuotiaista kahdeksan prosenttia. Eroja voidaan havaita myös koulutusryhmien välillä: mitä matalampi vastaajan koulutus on, sitä todennäköisemmin hän raportoiti masennusta. Matalasti koulutetuista 11 prosenttia on kokenut masennusta ja keskitason koulutuksen suorittaneista noin seitsemän prosenttia. Korkeasti koulutetuista masennusta kokeneiden osuus on kuusi prosenttia.

Suomalaisten kokemus terveydestään on heikempi kuin muissa Pohjoismaissa. Suomalaisista kaksi kolmesta arvioi terveytensä melko hyväksi tai hyväksi; ruotsalaisista tai tanskalaisista jopa neljä viidestä pitää terveydentilaansa melko hyvänä tai hyvänä (Klavus 2010, 30).

Koettu terveys liittyy ihmisen toimintakykyyn. ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitusjärjestelmä. Se määrittää toimintakyvyn ihmisen kyvyiksi ja edellytyksiksi selvitä hänelle tärkeitä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toimista, esimerkiksi työstä, vapaa-ajasta, opiskelusta tai itsestä ja muista huolehtimisesta. Kykyjä tarkastellaan neljällä akselilla: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky erotetaan toisistaan. (Tuulio-Henriksson 2011, Aalto 2011, Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Toimintakyky kytkeytyy vahvasti ihmisen ympäristöön ja riippuu sen positiivisista tai negatiivisista vaikutuksista. Toimintaympäristöön kuuluvat niin asuin- ja elinympäristö, muiden ihmisten tuki kuin erilaiset palvelut. Toimintakyvyllä voidaan kuvata myös tasapainotilaa ihmisen kykyjen, elin- ja toimintaympäristön ja ihmisen omien tavoitteiden välillä. (Tuulio-Henriksson 2011, Aalto 2011, Tiikkainen & Heikkinen 2011, ICF 2013.)

Juostaanko 100 metriä?

Fyysistä toimintakykyä on tarkasteltu esimerkiksi kysymällä 20–74-vuotiaiden kokemusta siitä, pystyvätkö he juoksemaan sadan metrin matkan. Vastausvaihtoehtoina ovat olleet pystyminen vaikeuksitta; pystyminen niin, että vaikeuksia on jonkin verran; pystyminen niin, että se on erittäin vaikeaa ja se, että yksilö ei pysty juoksemaan sataa metriä. Naiset kokevat fyysisen toimintakykynsä miehiä heikommaksi: naisista noin 15 prosenttia ja miehistä kymmenesosa ilmoittaa, että sadan metrin matkan juoksemisessa on suuria vaikeuksia. Eroja on myös ikäryhmien välillä. 20–54-vuotiaista vain viisi prosenttia ilmoittaa vaikeuksia, 55–74-vuotiaista jo neljäsosa. Lisäksi eroja on koulutusryhmien välillä. Matalasti koulutetuista yli 15 prosenttia kokee juoksemisen vaikeaksi, keskitason koulutuksen saaneista noin kymmenesosa. Korkeasti koulutetuista vain seitsemän prosenttia kokee vaikeuksia 100 metrin juoksussa. (Kaikkonen ym. 2014.)

Sujuuko ajattelu?

Psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä tarkastellaan usein rinnakkain. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu esimerkiksi kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa sekä kyky suunnitella elämäänsä ja tehdä siihen liittyviä ratkaisuja ja valintoja. Kognitiiviseen toimintakykyyn luetaan esimerkiksi muisti, oppiminen ja keskittyminen. Kognitiivisen toimintakyvyn on havaittu heikkenevän iän myötä. Esimerkiksi kielellisessä sujuvuudessa kyky heikkee tasaisesti kun ikäryhmästä 30–44-vuotiaat siirrytään 75 vuotta täyttäneisiin. Naisten kognitiivinen toimintakyky on miehiä parempi jokaisessa ikäryhmässä. (Tuulio-Henriksson ym. 2012, 134-135.)

Luistaako duunit vanhanakin?

Sosiaalinen toimintakyky kuvaa yksilön selviytymistä yhteisöissä ja yhteiskunnassa, esimerkiksi yksilön työkyvyn ja ikääntyneiden kohdalla arkiaskareissa suoriutumisessa. (vrt. Koskinen ym. 2012, 137). Työkykyä voidaan tarkastella monella tavalla. Yhtenä tarkastelutapana on käytetty yksilön kokemusta siitä, uskooko hän terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti. Miehet arvioivat hieman naisia yleisemmin tulevan työkykynsä heikoksi. Ikäryhmittäin tarkasteltuna erot ovat pieniä: 20–54-vuotiaista 28 prosenttia arvioi, ettei jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään asti; 55–74-vuotiaista vastaavan arvion teki yli 30 prosenttia. Työkyvyssä voidaan havaita selviä eroja koulutusryhmien välillä. Matalasti koulutetuista lähes 40 prosenttia arvioi, ettei jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään asti, keskitason koulutuksen saaneista noin neljäsosa arvioi näin. Ero korkeimman koulutuksen saaneisiin on selvä: heistä vain 17 prosenttia arvioi, ettei jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään asti.

Ikääntynyt, pärjäätkö kotona?

Arkiaskareista selviytyminen kuvaa ikääntyneiden kykyä selvitä omassa toimintaympäristössään. Kokemusta selviytymisestä on kysytty 75 vuotta täyttäneiltä kysymyspatteriston avulla. Vastausvaihtoehdot liittyvät esimerkiksi kykyyn tehdä kodin pieniä korjauksia, hoitaa päivittäisiä raha-asioita, käydä ruokakaupassa sekä peseytyä. Naiset kokevat arkiaskareista selviytymisen miehiä heikommaksi: naisista hieman alle neljäsosa ja miehistä noin 18 prosenttia kokee arkiaskareista selviytymisen heikoksi. Eroja on myös koulutusryhmien välillä. Hieman yli viidesosa matalan ja keskitason koulutuksen saaneista kokee vaikeuksia arkiaskareista selviytymisessä, korkean koulutuksen saaneista hieman alle 15 prosenttia.

Yhteenvedon voidaan todeta että tällä hetkellä Suomessa ihmisen kokemuksen terveydestään ja toimintakyvystään ovat voimakkaasti yhteydessä hänen ikään ja koulutukseen. Mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse, sitä heikommaksi he kokevat terveytensä ja toimintakykynsä. Sama pätee koulutusryhmien välillä: mitä matalampi

Naisten kognitiivinen toimintakyky on miehiä parempi jokaisessa ikäryhmässä.

40 %

Matalasti koulutetuista lähes 40 prosenttia arvioi, ettei jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään asti.

17 %

Ero korkeimman koulutuksen saaneisiin on selvä: heistä vain 17 prosenttia arvioi, ettei jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään asti.

Yksilön kokemukset terveydestään ja toimintakyvystään ovat voimakkaasti yhteydessä yksilön ikään ja koulutukseen.

Mitä matalampi yksilön koulutustaso on, sitä heikompi on hänen koettu terveytensä ja toimintakykynsä.

Matalasti koulutettujen miesten odotetaan elävän seitsemän ja naisten neljä vuotta korkeasti koulutettuja lyhyemmän aikaa.

Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa Länsi-Euroopan maihin nähden poikkeuksellisen suuret.

ihmisen koulutustaso on, sitä heikompi on hänen koettu terveytensä ja toimintakykynsä. Sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä ja toimintakyvyssä ovat ikää ja koulutusta vähäisempiä.

Koska koettu terveys ja toimintakyky kuvaavat yksilön kykyä toimia yhteiskunnassa ja itselleen merkityksellisten toimintojen parissa, antavat ne hyvän kuvan yksilöiden toimintavalmiuksista ja mahdollisuuksista toimia täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä. Toimintakyvyn mittaamisen arvo on yksilön omassa, subjektiivisessa kokemuksessa ja siinä, että se huomioi yksilöä ympäröivän ympäristön merkityksen. Subjektiivisten terveyskokemusten merkitystä kuvaa se, että samoja ryhmien välisiä terveyseroja havaitaan myös objektiivisesti, väestötasoisilla mittareilla tarkasteltuna. Erityisesti eroissa korostuvat koulutusryhmien väliset erot.

Mitä vauraampi ja koulutetumpi, sitä pidempi elämä

Elinajanodote on Suomessa pidentynyt. Kun vuonna 1971 vastasyntynen miehen elinajanodote oli 66 vuotta ja naisen 74 vuotta, olivat luvut vuonna 2013 78 ja 84 vuotta (Findikaattori 2014). Nyt syntyvä suomalainen elää keskimäärin 80,9 vuotta. Elinajanodote ei ole pidentynyt tasaisesti sukupuolten ja eri väestöryhmien kesken. Miesten ja pienituloisten elinajanodote on kehittynyt suhteessa hitaammin. Matalasti koulutettujen miesten odotetaan elävän seitsemän ja naisten neljä vuotta korkeasti koulutettuja lyhyemmän aikaa. (Martikainen ym. 2013.) Ero kuvaa eri väestöryhmien välisiä huomattavia terveyseroja. Eri ryhmillä näyttää olevan erilaiset edellytykset pitää yllä terveyttään ja toimintakykyään.

Tilastollisessa tutkimuksessa ihmisiä ryhmitellään usein heidän saamansa koulutuksen ja tulojen mukaan, jotta nähdään, ovatko ne ihmisiä jonkin asian suhteen erottavia tekijöitä. Näitä ryhmiä kutsutaan sosioekonomisiksi ryhmiksi.

Suomessa on tällä hetkellä kohtalaisen pienet tuloerot ja väestö on erittäin koulutettua. Kuitenkin sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa Länsi-Euroopan maihin nähden poikkeuksellisen suuret (Talala ym. 2014, Martelin ym. 2005, Tarkiainen ym. 2011). Sosioekonomisten ryhmien välisen elinajanodotteen kehitys selittyy yhtäältä elintavoista johtuvien sairauksien kehityksellä ja toisaalta alkoholin käytöllä ja tupakoimisella (Martelin ym. 2005, Tarkiainen ym. 2011, Martikainen ym. 2013). Terveyserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet selvästi 30 vuodessa sekä sairastavuuden että kuolleisuuden suhteen.

Elintavat nakertavat terveyttä

Elinajanodotteen pidentyessä bakteeri- ja virusperäisten sairauksien osuus on merkittävästi pienentynyt ja elintavoista johtuvat sairaudet ovat yleistyneet yhdessä mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa. Jälkitekollisen yhteiskunnan haasteet liittyvät yhä enemmän psyykkisesti ja fyysisesti terveiden elinvuosien lisäämiseen ja terveyserojen kaventamiseen.

Keskimäärin voidaan sanoa, että suomalaiset elävät nykyään terveellisemmin kuin ennen. Monet kansantauteihin yhteydessä olevat elintavat ovat pitkällä aikavälillä tarkasteltuna kehittyneet positiiviseen suuntaan: esimerkiksi tupakointi on vähentynyt ja jotkut ruokailutottumukset parantuneet. Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt. Kehitystä on tapahtunut kaikissa koulutusryhmissä, mutta se on ollut epätasaista. Kaikissa koulutusryhmissä esimerkiksi tupakointi on vähentynyt ja terveelliset ruokailutottumukset kehittyneet, mutta matalasti koulutetuilla kehitys on ollut korkeasti koulutettuja hitaampaa (Helldán ym. 2013.)

Joidenkin elintapojen osalta kehitys on ollut pikemmin päinvastaista. Alkoholin käyttö ei ole vähentynyt ja ylipaino on lisääntynyt. Työmatkalla saatu hyötyliikunta on vähentynyt. Merkittäviä nykypäivän elintapoihin ja koulutustasoon kytkeytyviä terveysriskejä ovat päivittäinen tupakointi, alkoholin käyttö, puutteellinen ruokavalio sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus. Myös näiden osuus väestössä vaihtelee sosioekonomisen ryhmän mukaan. (Helldán ym. 2013.) Sama on havaittu myös nuorten terveystietoisuutta selvittäneessä kouluterveyskyselyssä (THL 2014c).

Tietoa suomalaisten elintavoista:

Riski 1. Tupakointi

Miehistä hieman alle viidennes ja naisista hieman yli kymmenesosa tupakoi päivittäin vuonna 2013. Myös nuorten aikuisten kohdalla koulutusryhmien väliset erot ovat suuret: matalan koulutuksen saaneista viidesosa, keskitason koulutuksen saaneista 14 prosenttia ja korkeakoulutuksen saaneista alle kymmenesosa tupakoi päivittäin. (Kaikkonen ym. 2014.) Myös nuorten tottumuksissa havaitaan sama ero: ammattiin opiskelevien 1.–2.-luokkalaisista noin 35 prosenttia tupakoi päivittäin, lukion 1.–2.-luokkalaisista alle kymmenesosa vuonna 2013. (THL 2014c.)

Riski 2. Alkoholin käyttö

Suomalaiset käyttävät paljon alkoholia. 40 prosenttia miehistä ja viidesosa naisista käytti alkoholia liikaa vuonna 2013. Matalasti koulutetuista noin 35 prosenttia, keskitason koulutuksen saaneista noin 30 prosenttia ja korkeasti koulutetuista alle 30 prosenttia käytti alkoholia liikaa. (Kaikkonen ym. 2014.) Myös nuorten keskuudessa on alkoholin käytön suhteen koulutusryhmittäisiä eroja: lukion 1.–2.-luokkalaisista viidesosa oli todella humalassa vähintään kerran kuukaudessa vuonna 2013, ammattiin opiskelevista 1. ja 2. luokkalaisista 35 prosenttia. (THL 2014c.)

Miehistä hieman alle viidennes ja naisista hieman yli kymmenesosa tupakoi päivittäin vuonna 2013.

40 prosenttia miehistä ja viidesosa naisista käytti alkoholia liikaa vuonna 2013.

Miehistä yli 35 prosenttia ja naisista neljännes käytti niukasti kasviksia ravinnossaan vuonna 2013.

Miehistä noin neljäsosa ja naisista viidesosa ei harrasta vapaa-ajan liikuntaa.

Riski 3. Ruokavalio

Miehistä yli 35 prosenttia ja naisista neljännes käytti niukasti kasviksia ravinnossaan vuonna 2013. Vanhemmat ikäryhmät käyttivät nuoria enemmän kasviksia. Koulutusryhmien väliset erot olivat merkittävät. Matalan koulutustason saaneista jopa 40 prosenttia käytti kasviksia niukasti, keskitason koulutuksen saaneista neljäsosa. Korkean koulutuksen saaneista osuus oli noin 17 prosenttia. (Kaikkonen ym. 2014.) Nuorista noin 30 prosenttia ei syönyt koululounasta päivittäin. Tässä erot koulutustaustaan mukaan olivat pieniä. (THL 2014c.)

Riski 4. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen

Miehistä noin neljäsosa ja naisista viidesosa ei harrasta vapaa-ajan liikuntaa. Ikäryhmittäin tarkasteltuna on huomattu, että nuoremmat harrastavat vanhempia enemmän liikuntaa vapaa-ajalla: 20–54-vuotiaista viidesosa, 55–74-vuotiaista yli neljäsosa ja yli 75-vuotiaista lähes 40 prosenttia ei harrasta liikuntaa vapaa-ajalla. (Kaikkonen ym. 2014.) Nuorten kohdalla voidaan havaita koulutusryhmittäisiä eroja. Luki- on ykkös- ja kakkosluokkalaisista luokkalaisista 30 prosenttia harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajallaan vähintään kerran viikossa, ammattikoulun ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoista hieman alle puolet. (THL 2014c.)

Taulukko 3. Terveysongelmien yleisyyden muutos jos yhtä yleistä kuin korkeakoulutetuilla.

Koulutuksella terveeksi?

Sairastavuus vähenee koulutustason kohotessa. Alla on arvio siitä, kuinka suuri osuus tietyistä kansanterveyden ongelmista poistuisi, jos kyseessä olevan ongelman yleisyys koko väestössä olisi samaa tasoa kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla (Koskinen & Martelin 2007, Rotko ym. 2011).

Sepelvaltimotautikuolemat	30-50 %
Alkoholikuolemat	50-60 %
Hengityselinsairauksista aiheutuneet kuolemat	50-75 %
Väkivallasta ja tapaturmista aiheutuneet kuolemat	20-45 %
Syöpäkuolemat	20-30 %
Diabeteksen esiintyvyys	30 %
Selkäsairauksien esiintyvyys	30 %
Toimintakyvyn rajoituksista johtuva päivittäisen avun tarve	50 %

Terveyden määrittäjät

Terveyserojen kehityksen syitä ei täysin tiedetä. Tuija Martelinin, Seppo Koskisen ja Tapani Valkosen (2005) mukaan ero esimerkiksi sepelvaltimotautikuolleisuuden kehityksessä 1980-luvulla syntyi, kun a) ylemmät toimihenkilöt ja hyvin koulutetut omaksuivat taudin vähene- mistä edistävät käyttäytymismuutokset nopeammin ja laajemmin kuin muut väestöryhmä ja b) käyttivät sepelvaltimotaudin hoitokeinoja muita ryhmiä paremmin.

Elintasosairauksien yleistymisen liittyy väestön ikääntymiseen, mut- ta osa niistä, kuten lihavuus, koskee myös nuorta väestöä. Lihavuus on vauraiden yhteiskuntien sairaus, joka syntyy liikkumattomuuden, osto- päätösten ja opittujen syömistottumusten yhteispeleistä. Myös mielenter- veys- ja päihdeongelmat ovat koko yhteiskunnan läpileikkaavia ongel- mia, jotka koskevat kaikkia ikäluokkia.

Yhteenveto:

Suomalaisten elinikä pitenee, mutta tällä hetkellä koettu terveys laskee tasaisesti iän myötä samalla kuin esimerkiksi itseraportoitu masennus lisääntyy. Keskeistä ikääntyvän väestön kannalta on kysyä, mitä jäljellä olevalla toimintakyvyllä voi tehdä.

Terveyserot suomalaisten välillä ovat hätkähdyttäviä. Se, oletko työs- sä ja minkälaisessa koulutuksen olet saanut, kertoo, mikä terveytesi tila on. Terveys ei jakaudu Suomessa tasaisesti.

Suuri osa suomalaisia vaivaavista sairauksista liittyy elintapoihin, jo- ten juurruttamalla terveellisiä elintapoja voidaan parantaa merkittävästi ihmisten koettua terveyttä.

Terveyserot suomalaisten välillä ovat hätkähdyttäviä.

Valinta mennä lääkäriin

Myös lääkäriissä käyminen on elämäntapaan kytkeytyvä valinta. Joillekin lääkäriin meno on helpompaa kuin toisille. Hyvätuloiset käyvät selkeästi pienituloisia todennäköisemmin lääkärin vastaanotolla. Ero on muihin OECD-maihin verrattuna suhteellisen suuri Suomessa. (OECD 2011.) Pienistä tuloeroista huolimatta Suomessa on sosioekonomisten terveyserojen lisäksi nähtävissä sosioekonomiset erot käyttäytymisessä ja terveyspalveluiden käytössä. On vaikea sanoa, miksi parempituloisten käyttäytyminen eroaa pienempituloisten terveyskäyttäytymisestä. Onko terveysviestintä vääränlaista vai eikö se ole tavoittanut riittävän hyvin kaikkia? Entä miksi terveyspalveluiden käyttö eroaa eri ryhmien välillä?

Terveyden määrittäjät



Terveys ei jakaudu tasaisesti, vaan toiset ihmiset ovat toimintakykyisempiä kuin toiset. Ihmisten mahdollisuudet terveyteen vaihtelevat, mutta löytyykö taustalta muita muuttujia kuin koulutus, ikä tai sukupuoli, joilla on merkittävä osa suomalaisten terveyseroissa? Mitkä asiat määrittävät yksilöllisen terveyden edellytyksiä?

Itse asiassa sekä ihmisten käyttäytymisellä ja perimällä että ympäröivän yhteiskunnan rakenteilla on merkitystä koetulle terveydelle.

Terveyden sosiaalisten määrittäjien malli (Dahlgren & Whitehead 1991) on maailmalla ja Suomessa vakiintunut tapa ymmärtää yhteiskuntapolitiikan ja väestön terveyden suhdetta. Malli antaa hyvän tutkimuksellisen lähtökohdan käsitellä terveyttä yhtä aikaa yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena asiana. Mallia on käytetty terveyden edistämisen strategioiden ja toimintapolitiikkojen laatimisessa (ks. esim. CSDH 2008, Palosuo ym. 2013).

Dahlgrenin ja Whiteheadin malli terveyden sosiaalisista määrittäjistä näyttää terveyteen vaikuttavien tekijöiden laaja-alaisuuden. Se näyttää, kuinka terveys rakentuu sosiaalisten ja fyysisten olosuhteiden kautta, mutta myös sen vuorovaikutuksen kautta, joita ihmisillä on arjessa.

Kuva 2. Terveyden sosiaaliset määrittäjät (Dahlgren & Whitehead 1991)

Terveys rakentuu sosiaalisten ja fyysisten olosuhteiden kautta, mutta myös sen vuorovaikutuksen kautta, joita ihmisillä on arjessa.

55%

Käyttäytyminen ja sosiaaliset olosuhteet ovat syynä yhteensä 55 prosentissa ennenaikaisia kuolemia.

Kuva 3. Viiden suurimman tekijän vaikutus ennenaikaisiin kuolemiin Yhdysvalloissa. (McGinnis ym. 2002.)

Malli tunnistaa koulutuksen, työympäristön, elin- ja työolojen, työttömyyden, puhtauden ja asumisen kaltaisten tekijöiden merkityksen terveydelle. Lisäksi mukana mallissa ovat synnynnäiset ja elämänvaiheeseen liittyvät yksilölliset tekijät, elämäntapavalinnat, sosiaaliset verkostot sekä laajemmat kulttuuriset olosuhteet. Mallissa kuvatut tekijät ovat muuntuvia ja vaikuttavat toisiinsa. Esimerkiksi väestön muutto kaupunkiin asumaan ja työskentelemään muutti aikoinaan työolosuhteita ja tarvitta terveyspalveluille.

Ihmisten elämässä perimä, sosiaaliset olosuhteet, elinympäristö ja käyttäytyminen ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa. Ihmisen terveytilanne liittyy näiden tekijöiden yhteisvaikutukseen, jota muovaa se, millaisessa elämänvaiheessa ihminen on ja millaista elämäkokemusta hänellä on jo entuudestaan. Yksilöllinen mahdollisuutemme terveyteen on aina sosiaalisesti määrittynyttä. Esimerkiksi jostakin synnynnäisestä ominaisuudesta, kuten herkästä kuuloaistista, voi olla etua tai haittaa erilaisissa ympäristöissä (McGinnis ym. 2002).

Tässä selvityksessä käytämme terveyden sosiaalisten määrittäjien mallia työkaluna terveyden ja valinnanvapauden suhteen ja laajan toimintaympäristön muutosten merkityksen kartoittamiseen. Olemme erityisen kiinnostuneita siitä, minkälaiset ilmiöt tällä hetkellä muuttavat terveyden edellytyksiä ja minkälaisia jännitteitä terveyden edistämisen saralla on.

Terveyden sosiaalisten määrittäjien mallin avulla voi nähdä, että mahdollisuudet terveyteen ovat sosiaalisesti rakentuneita. Se myös osoittaa sen valtavan potentiaaloin, joka terveyden lisäämiselle on yhteiskunnan eri osa-alueilla, ei vain terveydenhuollossa.

Käyttäytymiseen, elinympäristöön ja perimään liittyy myös riskiä. Yhdysvalloissa on arvioitu, että tekijöiden vaikutus ennenaikaisiin kuolemiin jakautuu seuraavasti (ks. kuva). Käyttäytyminen ja sosiaaliset olosuhteet ovat syynä yhteensä 55 prosentissa ennenaikaisia kuolemia.



Seuraavissa luvuissa kuvaamme tiiviisti terveyden sosiaalisia määrittäjiä.

Perimä mahdollistaa ja määrittää

Perimä viittaa geneettisiin perintötekijöihin. Jokaisen ihmisen perimä on yksilöllinen. Perimä vaikuttaa siihen, minkälaisia fyysisiä ja psyykkisiä edellytyksiä ihmisellä on toimia. Synnynnäisten tekijöiden joukkoon kuuluu myös sukupuoli. Perimä vaikuttaa esimerkiksi temperamenttiin, kykyyn liikkua jakäyttää aisteja hyväksi. Se vaikuttaa myös terveyttä uhkaavien sairauksien ja rajoitteiden ilmenemiseen. Viime vuosina yleistynyt genomi- eli perimätutkimus on pikkuhiljaa tuonut tavallisten ihmisten käyttöön uutta tietoa siitä, minkälainen perimä heillä on, minkälaisia riskejä se saattaa tuoda mukanaan ja mitä näistä riskeistä voidaan omalla toiminnalla välttää.

Perimä vaikuttaa alttiuteen sairastua ja taudinkulkuun lähes kaikissa sairauksissa, mutta perinnölliseksi sairaudeksi kutsutaan vain sellaista sairautta, jossa perimän osuus sairauden synnyssä on merkittävä. Tällaiset perinnölliset sairaudet ovat melko harvinaisia. Perimän tutkimus on mielenkiintoista terveyden kannalta erityisesti siksi, että siinä opitaan tunnistamaan yksilöllisiä riskejä, kuten todennäköisyyttä sairastua diabetekseen, mielenterveyden häiriöihin tai sydän- ja verisuonitauteihin. (Kääriäinen 2009.) Perimän tuntemus lisää itsetuntemusta ja antaa tiedollista pohjaa elämäntapavalinnoille.

Perimän tutkimus on mielenkiintoista terveyden kannalta erityisesti siksi, että siinä opitaan tunnistamaan yksilöllisiä riskejä.

Genomikartoitus

Ihmisen koko genomi kartoitettiin ensimmäisen kerran vuonna 2003 päättyneessä massiivisessa The Human Genome Project:ssa (Collins 2003). Projektin kustannukset olivat noin kolme miljardia dollaria. Genomin kartoitukseen käytettävien teknologioiden kehitys on kuitenkin ollut viime vuosina huimaa. Tätä nykyä esimerkiksi yhdysvaltalainen yritys 23andMe tarjoaa genomin kartoitusta 99 dollarilla. Asiakas lähettää sylkinäytteen yhtiölle ja saa vastauksena analyysin omasta perimästään. Raa'an genomitiedon lisäksi yritys tarjoaa eräänlaista modernia sukututkimusta perimän perusteella. Lisäksi 23andMe:n palvelutarjontaan kuului alun perin asiakkaan tunnettujen perinnöllisten sairauksien ja muiden terveydellisten tekijöiden testaamista (mt). Marraskuussa 2013 yhdysvaltalainen ruoka- ja lääkehallinto FDA kuitenkin kielsi testin tekemisen, koska FDA ei ollut varma sen toimivuudesta (BBC2013). Tämän lisäksi yritystä vastaan on nostettu joukkokanne yhtiön käyttämän valheellisen markkinoinnin perusteella. Koko genomin kartoitus on kuitenkin väistämättä keskeinen osa tulevaisuuden terveydenhuoltoa.

Genetiikan ja molekyyli lääketieteen kehityksen myötä taudeista ja lääkkeiden vaikutuksista saadaan jo nyt yhä yksityiskohtaisempaa tietoa. Potilaan koko genomin kartoituksen kustannukset ovat laskeneet niin alas, että sitä voidaan hyödyntää jokapäiväisessä terveydenhuollossa. Genomista voidaan havaita perinnölliset altistukset monille sairauksille ja sen perusteella voidaan suunnitella myös yksilölle parhaiten sopivia lääkehoitoja.

Yksilölliset elämäntapavalinnat

Yksilön valinnat ovat merkittävässä asemassa terveyden kannalta ja niiden merkitys korostuu aikuistuesssa. Lapsi ei voi valita, millaiseen perheeseen tai yhteiskuntaan syntyy ja saako hän esimerkiksi tietoa terveydestä tai koulutuksen. Lapsuudessa kertyy kuitenkin paljon asioita, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen tulevaisuudessa: kasvatusta, lähipiiri ja omanarvontunto.

Elämän jatkuessa kokemukset värittävät ihmisen käsitystä siitä, mikä on hänelle hyväksi. Toistuvista valinnoista syntyy rutiineja, jotka auttavat toimimaan sujuvasti omassa elinympäristössä. Nämä rutiinit muodostavat elämäntapoja. Elämäntavat voivat olla terveyden kannalta haitallisia tai edullisia.

Elämäntavat ovat yhdistelmä valintoja ja tapoja, joita ihmisillä on toimintaympäristössään. Ne liittyvät ihmisen tapoihin olla, omistaa ja

Kuva 4. Käyttäytymiseen vaikuttavat kontekstit. (Backhaus ym. 2012.)



ilmaista itseään käyttäytymisellään ja materiaalisilla asioilla. (Leppänen ym. 2012.) Elämäntapoihin kuuluvat sekä asiat, joita tehdään päivittäin, että sellaiset merkittävät päätökset, kuten perheen hankinta tai tupakoinnin aloittaminen, joita tehdään harvoin, mutta jotka ohjaavat käyttäytymistä. Ihmisen ympärillä olevat sosiaaliset, kulttuuriset, teknologiset, poliittiset, taloudelliset ja institutionaaliset kontekstit muokkaavat elämäntapoja, koska ne tarjoavat vaihtoehtoja käyttäytymiselle. (Korhonen ym. 2013.)

Terveelliset elintavat ovat käyttäytymismalleja, joita ihmiset voivat ottaa tai olla ottamatta osaksi yksilöllistä elämäntapaansa. Näihin kuuluvat esimerkiksi valinta liikkua päivittäin, syödä kasviksia, osallistua harrastuksiin, riittävä lepo ja maltillinen päihteidenkäyttö (Duodecim 2009). Terveelliset elintavat ovat joukko käyttäytymismalleja, ei yksi tietynlainen tapa elää.

Valinnoista rutineihin

Terveys syntyy monien valintojen kautta ihmisten elämän välittömissä konteksteissa (vrt. kuva 4). Se, miten syömme, liikumme, lepäämme, hoidamme itseämme, harrastamme, työskentelemme tai osallistumme päätöksentekoon, vaikuttaa terveyteemme.

Yksilötason valinnat ovat kuitenkin monella tapaa sidonnaisia elämäntilanteeseen ja konteksteihin. Valintoihin vaikuttavat omat voimavaramme, tiedolliset resurssimme ja elinolomme. Valintoihin vaikuttaa myös se, mitä pidämme normaalina, haluttavana tai vältettävänä, aikaisemmat kokemuksemme, tarjolla olevat vaihtoehdot ja vertaistemme käyttäytyminen.

Tämä ei merkitse sitä, että yksilöt eivät tekisi lainkaan itse valintoja. Jokainen meistä tekee valintoja kymmeniä kertoja päivässä. Tärkeää on, että valintoja tehdään sen pohjalta, mikä näyttää tietyssä tilanteessa

Terveyden lukutaito: Milloin viimeksi kysit näitä itseltäsi?

Terveyden lukutaito on kykyä vastaanottaa ja käyttää terveyteen liittyvää tietoa. Sen ytimessä on kolme kysymystä:

Mitkä asiat elämässä vaikuttavat terveyteen?
Mitkä niistä ovat juuri minun kannaltani tärkeimpiä?
Miten voin vaikuttaa niihin omassa arjessani?

(Kaartinen & Silvennoinen 2014)

hyvänä tai mihin olemme tottuneet. Terveys ei välttämättä ole prioriteetti. Saatamme esimerkiksi laittaa työssä menestymisen levon edelle tai jättää liikunnan väliin seuran puutteessa. Terveyden edistäminen ei ole vain vaikuttamista valintatilanteeseen vaan myös niihin asioihin, jotka ovat valintojen taustalla.

Terveyden kannalta on tärkeää, että ihmiset tietävät mikä on hyväksi ja heillä on keinoja ottaa terveydelle edullisia asioita osaksi yksilöllistä elämäntapaansa. Tätä ymmärrystä kutsutaan terveyden lukutaidoksi. Terveyttä edistää luonnollisesti myös se, että ympäristömme tukee toimintakykyämme.

Sosiaaliset olosuhteet vaikuttavat läpi elämän

Olemme jatkuvassa kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa läpi elämämme ja tällä vuorovaikutuksella on suuri merkitys terveydelle. Vuorovaikutus tuo meille hoivan, turvan, välittämisen, vaikuttamisen ja saavuttamisen kaltaisia tärkeitä kokemuksia. Yhtä lailla voimme saada arvottomuuden, alemmuuden, välinpitämättömyyden ja turvattomuuden kaltaisia negatiivisia kokemuksia vuorovaikutustilanteissa. Opimme käyttäytymis- ja selviytymistapoja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Edellä kuvattuja kokemuksia voi syntyä myös toimiessa erilaisten instituutioiden kanssa.

Sosiaalisia olosuhteita ovat ne koulutuksen, työllisyyden, tuloerojen, köyhyyden, elinympäristön, rikollisuuden ja sosiaalisen koheesion olosuhteet, joissa elämme. On selvää, että nämä olosuhteet voivat vaihdella elämämme varrella. Mahdollisuudet terveyteen ovat dynaamisia, ne muuttuvat sellaisten olosuhteiden vaikutuksesta, joihin voimme osittain itse vaikuttaa erilaisissa rooleissa: läheisinä, kansalaisina, äänestäjinä, työntekijöinä ja niin edelleen. Osittain sosiaaliset olosuhteet tulevat annettuina. (McGinnis ym. 2002.)

Sosiaalinen tausta vaikuttaa siihen, millaisia valintoja yksilöt tekevät eri vaiheissa elämäänsä. Sosiaalisaation eri vaiheissa omaksutut käyttäytymistapumukset ovat "tahmeita": sosiaalinen taustamme vaikuttaa siihen, kuinka tekemisen arvoisina, kiinnostavina tai mielekkäinä asiat näyttävät (ks. esim. Bourdieu 1996, 474–475).

Erilaiset ryhmät, kuten perheemme, ystävämme, koulu- tai työyhteisömme, naapurit tai harrastusporukat, vaikuttavat meihin suuresti. Ryhmillä on merkittävä vaikutus yksilöiden tekemiin valintoihin. (Hyötyläinen ym. 2012, 13.)

Valintoja on helpompaa tehdä ryhmän esimerkin valossa. Kuuluisassa sosiaalipsykologisessa kokeessa erään amerikkalaisen asuinalueen keskimääräinen energiankulutus kerrottiin alueen asukkaalle. Tiedon leviäminen johti energiankulutuksen tasaantumiseen, kun asukkaat pyrkivät kohti keskiarvoa. Muiden esimerkki siis ohjasi käytöstä. (Schulz ym. 2007.)

Ihmisten valintoja jäsentävät erilaiset rutiinit, joilla voi olla yllättävän vahva ote arjestamme. Esimerkiksi ostoksilla teemme valintoja toisaalta sen perusteella, mitä tuotteita on myynnissä ja toisaalta sen perusteella, mitkä tuotteet tunnemme jo ennestään. Myös oma identiteetti ja sen rakentaminen ostopäätöksillä ovat olennaisia tekijöitä valinnoissa.

Ryhmien huomiointi auttaa ymmärtämään tapoja, joilla yksilöt tekevät valintoja. Niitä ei tehdä vain objektiivisesti punnitsemalla eri vaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja, vaan suhteessa ryhmään ja omaan sosiaalisesti rakentuvaan identiteettiin. (Hyötyläinen ym. 2012, 40.) Periaatteessa ihmiset ovat vapaita valitsemaan, myös ne teot jotka vaikuttavat terveyteen. Kuitenkin ympärillämme olevilla ihmisillä on vaikutusta siihen, mitä pidämme tavallisena, tavoiteltavana tai mahdollisena. Kuulumalla perheisiin ja muihin ryhmiin tai vaikkapa työskentelemällä tietyssä ammatissa meille muodostuu arvoja ja teemme valintoja, joilla on vaikutusta. Näin luomme jatkuvasti itsellemme ja ympärillemme terveyden edellytyksiä tai viemme sen mahdollisuuksia pois.

Ryhmät ovat tärkeitä, kun rutiineja muokataan. Muutoksia on helppompaa saada aikaan, kun ne liittyvät ihmisen mielekkääksi kokemaan sosiaaliseen kontekstiin. Ryhmä auttaa muutoksessa kytkeväällä sen yksilön identiteettiin. Esimerkiksi Pohjois-Karjala-projekti 1970-luvulla valjasti ryhmät edistämään terveyteen kytkeytyviä hyviä valintoja. Paikallisjärjestöt aktivoitiin järjestämään projektiin liittyviä tapahtumia, ja kylien arvostettuja ja näkyviä henkilöitä värvättiin esimerkin asettajiksi. Projektissa vähennettiin parinkymmenen vuoden aikana merkittävästi sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta. (Hyötyläinen ym. 2012, 14.)

Terveyskäyttäytyminen

Usein puhutaan terveydelle haitallisista ja suotuisista käyttäytymismalleista. Se, että voimme esimerkiksi tutkimuksen avulla tunnistaa niitä ei merkitse, että terveellisyys yksin määrittäisi käyttäytymistämme. Tupakointia (ks. laatikko) koskeva esimerkki kuvaa käyttäytymisemme kontekstisidonnaisuutta.

Terveydelle haitallisimpia käyttäytymismalleja länsimaissa ovat ruokavalioon, liikkumiseen, seksuaalisuuteen ja päihteisiin liittyvät toimintatavat. Näillä on yhteyksiä moniin sairauksiin, kuten diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin ja erilaisiin syöpiin.

Tupakointi autonomian ja itseilmaisun välineenä

Tupakointi on yksi haitallisimmista terveyteen liittyvistä käyttäytymismalleista. Tupakoinnin sosiologinen tutkimus paljastaa terveyskäyttäytymisen moniulotteisuuden. Käyttäytymismallit eivät synny suhteessa terveyteen ("haluan olla terve tai kapinoida"), vaan suhteessa arvostukseen, autonomiaan, nautintoon ja itseilmaisuuksiin.

Anu Kataisen väitöstutkimuksessa (2011) todetaan, että tupakoinnin riskit ovat hyvin tunnettuja kaikissa yhteiskuntaluokissa. Keskeistä on, kuinka tupakointi liittyy tupakoijan elämäntapojen ja elinolosuhteiden kokonaisuuteen.

Tupakointi voidaan ymmärtää muun muassa yhtenä riskinä muiden joukossa, omana yksilöllisenä valintana, itsestäänselvyytenä tai työympäristössä erityisesti ruumiillisessa työssä oman ajankäytön hallinnan välineenä.

Perustelut tupakoinnille vaihtelevat yhteiskuntaluokan mukaan. Toimihenkilöt ovat sosiaalisessa asemassaan tottuneet suurempaan määrittelyvaltaan siitä, mitä hyvään elämään kuuluu. He haluavat tehdä eroa riippuvuuksiin ja korostaa tupakoinnin olevan oma valinta. Työntekijäpuolella taas korostuu tupakoinnin merkitys välineenä oman tilan ja ajan hallintaan.

Terveyden näkökulmasta käyttäytymiseen liittyvien kulttuuristen ja sosiaalisten kontekstien ymmärtäminen on ratkaisevan tärkeää silloin, kun tavoitteena on käyttäytymisen muutos.

Elinympäristö ja terveystalvet

Elinympäristö aktivoi ja palauttaa mutta voi uhata terveyttä

Elinympäristö vaikuttaa terveyteen tarjoamalla mahdollisuuksia toiminnalle, fyysiselle ja psyykkiselle palautumiselle ja sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Helposti saavutettavat liikunta- ja virkistysmahdollisuudet vähentävät esimerkiksi vanhusten kävelyvaikeuksien kehittymistä (Eronen ym. 2013). Yhdysvalloissa toteutetun tutkimuksen mukaan puistoilla on merkittävä rooli esimerkiksi etnisten vähemmistöjen liikkumisen edistäjänä. Puistojen käyttö on yhteydessä niiden etäisyyteen käyttäjän asuinpaikasta, joten niiden alueittainen sijoittelu on keskeistä. (Cohen ym. 2007.)

Toisaalta elinympäristö voi joko alentaa tai lisätä mahdollisuuksiamme osallistua ja toimia. Elinympäristön esteettömyyteen (Invalidiliitto 2014) pyrittäessä tuotetaan kaikille osallistumisen ja toiminnan mahdollisuuksia yksinomaan esimerkiksi liikuntaesteisten henkilöiden sijaan. Esteettömyys ei ole vain rakennettujen ympäristöjen ominaisuus, vaan laajemmin sujuvaa osallistumista vaikkapa työntekoon, harrastuksiin, kulttuuriin ja opiskeluihin. Elinympäristö ja sosiaalinen vuorovaikutus ovat siis läheisessä suhteessa toisiinsa.

Toimintakonteksti, kuten luokkahuone, metsäpolku tai verkkokeskustelu, voi siis olla sellainen, että se edistää tai alentaa yksilön toiminta-

Kuva 5. Toimintakonteksti voi lisätä tai alentaa toimintakykyämme.



kykyä. Esteettömyyden lupaus onkin siinä, että se mahdollistaa itse-
näisemmän toiminnan ja vähentää avun tarvetta verrattuna huonosti
toimivaan ympäristöön. (Invalidiliitto 2014.)

Elinympäristö voi myös muodostaa terveydellemme suoria uhkia. Erilaiset onnettomuudet liittyvät usein elinympäristön ominaisuuksiin, kuten liukkauteen, epätasaisuuteen tai tulenarkuuteen. Myrkyt, saasteet, kemikaalit ja säteily ovat esimerkkejä asioista, jotka voivat johtaa sairauksiin, kuten syöpiin, allergioihin tai hengitystiesairauksiin. Elinympäristösämme voi myös olla tarttuvia tauteja.

Ilmastonmuutoksen kaltaiset globaalit muutokset ovat viime vuosina saavuttaneet yhä enemmän huomiota. Ilmastonmuutoksen seurauksena näyttää todennäköiseltä, että elinympäristömme muuttuu suuresti lähitulevaisuudessa. Elämönhallintataitojen ja elinympäristön hyödyntämisen lisäksi kyky sopeutua muutoksiin korostuu.

Hyvä terveydenhuolto reagoi terveyden riskeihin

Terveydenhuollon menetelmät ja kattavuus ovat olleet merkittäviä tekijöitä elinikäme pidentymiselle. Suomalainen terveydenhuolto on kehittynyt 1960-luvulta niin, että alkuun lähes täysin sairaaloihin keskittynyt verkosto laajeni avoterveydenhuoltoon hiljalleen. Vielä 1960-luvulla Suomessa oli Euroopan kolmanneksi pienin lääkäriverkko heti Turkin ja Albanian jälkeen. Sairaaloiden rinnalle perustettu avoterveydenhuolto keskittyi alkuun tartuntatautien ehkäisyyn, mikä ei riittänyt

Hyvä hoito huomioi terveyshyödyn

Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyö ja tiedonkulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä on saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn.

- Hyvän hoidon visio terveydenhuollon laatuoppaassa 2011
(Kuntaliitto 2011)

turvaamaan väestön terveyttä. Sotien lopulta 1960-luvun loppuun saakka suomalaisten miesten elinajanodote oli Euroopan alhaisin. (Teperi & Vuorenkoski 2005.)

Uudet ideat alkoivat liittää terveyttä voimakkaasti yhteiskuntaan, elinoloihin ja -tapoihin. Tältä pohjalta suomalaista terveydenhuoltoa kehitettiin ehkäisevän ja avoterveydenhuollon suuntaan.

Kun 1960-luvulla Suomessa havaittiin, että sairaalahoito ei riitä ylläpitämään ihmisten toimintakykyä ja terveyttä, olemme tänä päivänä samanlaisessa tilanteessa perusterveydenhuollon suhteen. Elämäntavat ja elinolot ovat yhä keskeisiä. Kansalaiset sairastuvat sydän- ja verisuonitauteihin, diabetekseen ja heillä on päihde- ja mielenterveysongelmia. Terveydenhuollon on etsittävä uusia tapoja ja kumppanuuksia, joilla vaikuttaa niihin oloihin, joissa ihmiset elävät.

Yhteenveto:

Terveyteen vaikuttavat asiat ovat hyvin pitkälti sosiaalisesti rakentuvia. Koettu terveys on asia, johon voidaan vaikuttaa. Terveellisistä elämäntavoista on paljon tietoa ja suosituksia, ja niillä voidaan lisätä ihmisten terveyttä. Terveellinen elämäntapa ei ole yksi suositeltava tapa elää, vaan kimppu terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja, joita ihmiset voivat ottaa osaksi omaa yksilöllistä elämäntapaansa. Elämäntapa-ajattelu kohdistaa huomion rutiineihin ja arvostuksiin. Terveydenhuollon tehtävä on ehkäistä ja hoitaa ihmisten terveyteen kohdistuvia riskejä. Elintapasairauksien torjuminen edellyttää ymmärrystä elämäntapojen rakentumisesta.

Elintapasairauksien torjuminen edellyttää ymmärrystä elämäntapojen rakentumisesta.

Hyvinvointivaltio ja terveyden tukemisen kumppanuudet

Hyvinvointivaltio ja terveyden tukemisen kumppanuudet

Terveyden sosiaalisten määrittäjien malli osoittaa, että terveytemme taustalla on suureksi osaksi asioita, joihin voimme vaikuttaa. Osaan asioista voimme vaikuttaa yksilöinä muuttamalla omaa käyttäytymistämme, osaan yhteisöllä on erityinen vaikutusmahdollisuus ja lisäksi on tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa tai sopeutua vain yhteiskuntina. Tämän jaottelun ymmärtäminen on tärkeä erityisesti siksi, että julkisessa keskustelussa näkymä on yleensä vahvasti terveystalouden ja yksilön valinnoissa. Edellisessä luvussa kuvasimme, että ihmiset voivat vaikuttaa terveyden rakentamiseen erilaisissa rooleissa niin läheisinä, kansalaisina, äänestäjinä kuin työnantajina.

Yhteiskuntapolitiikka terveyden edistämisen työkaluna

Yhteiskunta voi vaikuttaa terveyteen monin keinoin. Konkreettisiksi toimiksi, joilla terveyttä voi edistää, on esitetty seuraavia (Raphael 2013): Yhteiskunta voi

- tarjota asukkailleen perussuojaa
- rakentaa toimintapolitiikkoja, jotka tukevat terveyttä
- rakentaa ympäristöjä, jotka tukevat terveyttä
- vahvistaa sosiaalisia verkostoja ja yhteisöjä
- kehittää ihmisten taitoja
- jatkuvasti kehittää omaa terveysjärjestelmäänsä
- nopeuttaa hoitoon pääsyä.

Edellä käsitelty terveyden sosiaalisten määrittäjien malli (Dahlgren & Whitehead 1991) kuvaa terveyttä määrittävien tekijöiden laaja-alaisuutta. Terveydenhuolto on tärkeä, mutta ei ainoa tai ratkaiseva terveyden mahdollisuuksien määrittäjä. Terveys syntyy suurelta osin terveydenhuollon ja hoitotoimenpiteiden ulkopuolella. Terveyden edistäminen on tavoitteellista ihmisten terveyden mahdollisuuksien ja toteutuneen terveydentilan parantamista. Tarkoitus on saada ihmiset tekemään hyviä valintoja vahvistamalla heidän voimavarojaan. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011.)

“Vaihtoehdot, joita ihmisellä on, riippuvat suuresti suhteista muihin ja siitä, mitä valtio ja muut instituutiot tekevät.”

(Dreze and Sen 2002, tässä: Robeyns 2005.)

Universaalit palvelut torjuivat hyvin aikansa riskejä

Suomi, Ruotsi ja Norja ovat maailman parhaita edistämään terveyttä julkisten toimintapolitiikkojen kautta (Raphael 2013). Näissä maissa toteutettu pohjoismaisen hyvinvointivaltion malli huomioi terveyden sosiaaliset määrittäjät. Terveyttä on edistetty usealla yhteiskunnan sektorilla yhtä aikaa tarjoamalla koulutusta, työtä, taloudellista turvaa ja julkista terveydenhoitoa. Erityistä huomiota on kiinnitetty sukupuolten väliseen tasa-arvoon ja siihen, että tuetaan heikommassa asemassa olevia.

Maailman maiden joukossa Suomi loistaa muiden Pohjoismaiden kanssa alhaisella lapsiköyhyydellä, pienillä tuloeroilla, alhaisella lapsikuolleisuudella ja pitkällä elinajanodotteilla. (Raphael 2013.)

Hyvinvointipolitiikan tavoitteena on ollut tasa-arvo ja universaali mahdollisuus palveluihin. Ihmisten autonomiaa on haluttu parantaa tarjoamalla samankaltaisia resursseja kaikille: tasamittainen peruskoulutus, toimeentuloturva, tukipalvelua työllistymiseen, tukea asumiseen ja perusterveyspalvelut. Järjestelmä on pyrkinyt tuottamaan autonomiaa tarjoamalla samanlaisia mahdollisuuksia kaikille.

Suomen kehitys hyvinvointivaltioksi

Suomen hyvinvointivaltiokehitys alkoi toisen maailmansodan jälkeen, samoin kuin monissa muissa Länsi-Euroopan maissa. Hyvinvointivaltion ajatuksena oli suhdannevaihtelujen tasoittaminen julkisen kulutuksen säätelyllä ja toisaalta toimeentulominimin takaaminen kansalaisille. Keskeisiä hyvinvointivaltion alkutaipaleen etappeja olivat koko työväestön saaminen sosiaaliturvan piiriin, sairausvakuutuslain säätäminen ja päivähoidon, kansanterveystyön sekä päihdepolitiikan kehittäminen 1960- ja 1970-luvuilla.

Hyvinvointivaltiopolitiikka oli vahvasti ekspansiivista aina 1990-luvulle saakka, jolloin julkinen sektori ajautui merkittävään rahoituskriisiin ja palvelutasoa karsittiin. Laman jälkeen ekspansiivisuutta on osin jatkettu, vaikka kaikkia laman aikaisia leikkauksia ei ole peruttu. Muutos näkyy erityisesti yhteiskunnallisessa puheavaruudessa: huolta alettiin kantaa julkisen sektorin paisuneesta asemasta (Heiskala & Luhtakallio 2006). Hyvinvointipolitiikan fokus on myös siirtynyt pois julkisen kulutuksen kautta hoidetusta suhdanteiden tasoittamisesta. Viime vuosikymmeninä hyvinvointivaltion haasteina ovat olleet väestön ikääntyminen ja toisaalta verotulojen väheneminen. Hyvinvointivaltio nauttii edelleen laajaa kansalaisten tukea. (Valkonen 2012, 5–7, Korkman 2011).

Samalla muuttui näkemys kansalaisen ja valtion suhteesta. Hyvinvointivaltion rakentamisen aikana haluttiin varmistaa, ettei kukaan olisi riippuvainen muista - riippuvuutta valtiosta ei pidetty ongelmana. Nyt alettiin korostaa pikemmin yksilön riippumattomuutta julkisista hyvinvointijärjestelmistä. Riippuvuus markkinajärjestelmistä hyväksyttiin.

Vapauden ja yksilön hyvinvoinnin kannalta tilanne on ristiriitainen: toisaalta perustana on kollektivismi ja alhainen markkinariippuvuus, toisaalta yksilöllisyys ja alhainen järjestelmäriippuvuus. (Vrt. Siitonen & Anttiroiko 2009; Hautamäki 2003.)

Hyvinvointivaltion alkuaikoina valtio oli päävastuussa hyvinvoinnin tuottamisesta. Yksityisen sektorin rooli oli pieni, ja kolmas sektori tarjosi lähinnä vapaaehtoistyön mahdollisuuksia. Resurssit haluttiin jakaa tasaisesti kansalaisten kesken, tämä toteutettiin ylhäältä alas, poliitikoilta ihmisille. Kansalaisten subjektiivista, alhaalta ylös lähtevää näkemystä resursseista perinteinen hyvinvointipolitiikka ei ole tunnistanut. (Simpura 2013).

Erityisesti 1990-luvun laman seurauksena kuntien vastuuta hyvinvointipalvelujen tuottajina vahvistettiin. Kun ennen 1990-lukua valtio oli päävastuussa terveyden ja hyvinvointiin liittyvien palvelujen tuottamisesta, alettiin laman seurauksena korostaa paikallisempaa hyvinvointi- ja terveyspolitiikkaa. Kuntien tuli voida itse määritellä, kuinka ne palvelunsa järjestävät. (Ks. esim. Teperi 2005.) Tämä merkitsi muutosta hyvinvointivaltion pohjana olleelle universalismin pyrkimykselle: paikalliset erot palveluiden järjestämisessä hyväksyttiin. Ohjenuoraksi asetettiin kuitenkin erilaisia laatusuosituksia, joilla haluttiin turvata palveluiden tasapuolisuus asuinpaikasta riippumatta. Esimerkkinä tästä ovat ikääntyneiden palveluihin liittyvät suositukset.

Alavaikon (2006, 39–55) mukaan liian väljät ja tulkinnanvaraiset lait ovat ongelma: kuntien on säästötilanteissa mahdollista tulkita palveluiden tarve mahdollisimman pieneksi. Tätä on pyritty 2010-luvulla hallitsemaan muun muassa niin kutsutulla ”ikälailla”, joka takaa tietyt palvelut kuntalaisille pelkästään iän perusteella. Voimakkaasti vanhenneiden syrjäisempien kuntien maksukykyä ei olla pystytty riittävästi takaamaan. Vahva kunnallinen autonomia on johtanut palveluiden eriarvoistumiseen. Tämän kehitys motivoi vuonna 2014 päätöstä viiden sote-alueen muodostamisesta. Näin keskitetään valtaa ja todennäköisesti myös palveluita. Uudistus tulee vähentämään kuntien autonomiaa ja vastuuta terveydenhuollon osalta. Toisaalta ratkaisulla pyritään kustannusten hillitsemisen kautta kuntien maksukyvyn parantamiseen ja säästöihin. Uudistus vie sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää takaisin kohti universalistisempaa, keskitetympää järjestystä.

Sen lisäksi, että sosiaali- ja terveyspalveluiden vastuuta siirrettiin kunnille, korostuivat 1990-luvun laman jälkeen myös yksityisen ja kolmannen sektorin roolit sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajina. Niin sanotussa VALTAVA-uudistuksessa vuonna 1984 kunnille annettiin lupa hyödyntää yksityisiä palveluntuottajia sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä. (Ks. esim. Forma ym. 2007.) Yksityisen palvelutuotannon, johon luetaan niin yksityisen kuin kolmannen sektorin tuotanto, osuus sosiaali- ja terveyspalveluissa on kasvanut nopeasti 2010-luvulla ja kattaa noin neljänneksen palvelutuotannosta. Yleisimpiä yksityisiä sosiaali- ja

terveyspalveluita ovat erilaiset ikääntyneiden asumiseen liittyvät palvelut, fysioterapiapalvelut sekä lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut. Huomionarvoista on, että yksityiset terveyspalvelut ovat keskittyneet Etelä-Suomeen ja suurimpiin kaupunkeihin. (Kallio 2008.)

Tärkeänä laman aiheuttamana muutoksena terveyden kannalta voidaan pitää myös rahoitusvastuun muutosta. Erityisesti asiakkaiden rahoitusosuus kasvoi laman aikana merkittävästi. Muutos suosii ylempiä tuloluokkia. (Uusitalo 2000, 22.)

Köyhyys on hyvinvointivaltiossa pyritty minimoimaan progressiivisella verotuksella ja pienituloisille ryhmille, kuten työttömille, lapsiperheille ja eläkeläisille suunnatuilla harkinnanvaraisilla sosiaalityillä. Koko kansan työllistymistä taas on tuettu työllistymispalveluilla, ilmaisella koulutuksella sekä naisten työllistymistä tukeneilla päivähoitopalveluilla ja kotihoidolla. Työkykyä ovat tukeneet julkiset terveydenhuolto- ja neuvolapalvelut ja työterveydenhuolto.

Koko kansan työllistymistä on tuettu työllistymispalveluilla, ilmaisella koulutuksella sekä naisten työllistymistä tukeneilla päivähoitopalveluilla ja kotihoidolla.



Alue	Tavoitteet kansalaisten näkökulmasta	Kehitys	Pinnalla nyt
Koulutus	Kaikille tarjotaan maksutonta koulutusta perusasteelta korkea-asteelle (OKM 2014a). Oppivelvollisuus koskee kaikkia 7-16-vuotiaita. (Tilastokeskus 2007)	Vuonna 1975 väestöstä 50 % oli perusasteen jälkeisen koulutuksen suorittaneita. Vuonna 2005 määrä oli 85 %. Peruskoululaiset pärjäävät OECD-maiden PISA-vertailuissa loistavasti erityisesti lukutaidossa, matematiikassa ja luonnontieteissä. Tulokset ovat ylipäätään tasaisempia kuin monissa maissa. (Tilastokeskus 2007)	Syrjäytyneiden, vailla toisen asteen tutkintoa olevien, nuorten määrä on 40 000, joista kokonaan tilastojen ulkopuolelle jää 25 000. Yhteiskuntatakuulla pyritään tarjoamaan nuorille työttömäksi jäämisen jälkeen nopeasti koulutus-, harjoittelu- tai muu paikka. (TEM 2012)
Työelämä	Työttömyyttä pyritään vähentämään. Täystyöllisyystavoite oli voimassa vielä 1980-luvulla. Nyttemmin tavoitteena on velkaantumisen vähentäminen ja työn tarjonnan lisääminen investointeja houkuttelemalla. (Palo 2001, 38-39.)	Työttömyysaste oli 2,2 % vuonna 1975, 16,4 % vuonna 1994 ja 10,7 % vuoden 2014 toukokuussa. 1990-luvun laman jälkeen työttömyysaste on jäänyt korkeaksi. (Tilastokeskus 2014)	Työstä toiseen siirtymistä pyritään tukemaan. Osa ihmisistä on pysyvästi työelämän ulkopuolella. Osallistavaa sosiaaliturvaa kaavillaan työttömien aktivointitoimenpiteeksi (STM 2014b)
Eläkejärjestelmä	Työeläkejärjestelmän tarkoituksena on taata kohtuullinen toimeentulo eläkeläiselle perustuen tämän työelämän ja yrittäjyyden ansioihin. Kansaneläke ja takueläke täydentävät järjestelmää pientuloisten osalta. (TELAa 2014)	Vanhuusköyhyys on vähentynyt järjestelmän ansiosta. Tyhjistä käynnistetyn työeläkevarallisuuden nykyinen suuruus on 165,5 miljardia euroa, varallisuus kasvoi 3,3 miljardia vuodesta 2013 vuoteen 2014 (TELA 2014b). Eläkevaroista yli 60 prosenttia on neljän suuren eläkelaitoksen hallinnassa. (Eläketurvakeskus 2013) Eläkeläisten määrä on nelinkertaistunut vuodesta 1950 vuoteen 2007 kun samaan aikaan väkiluku on kasvanut noin 30 %.	Eläkejärjestelmän kestävyys on kyseenalaistettu väestön ikääntymisen ja heikkenevän huoltosuhteen myötä. Luottamus eläkejärjestelmään on pienentynyt. (YLE 2014)
Sosiaaliturva	Sosiaaliturvan perusajatus on hyvinvointivaltion perusajatus: veroperustaisella tulojaolla tuetaan kansalaisten pärjäämistä erilaisissa elämäntilanteissa. Sosiaaliturvaan sisältyvät terveyspalvelut, eläkkeet ja tuet.	Sosiaalimenot ovat 15-kertaistuneet vuodesta 1960 vuoteen 2005. Niiden bkt-osuus on noussut 9 %:sta 25 %:iin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) Sosiaalimenot olivat 2006 43,4 miljardia euroa, josta työeläkkeiden osuus on noin kolmannes, kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus 28,5 % ja toimeentulotuen 0,9 %. (STM 2007)	Ikärakenteen ja verokertymän muutoksista johtuvasta julkisen sektorin rahoitusvajeesta puhutaan kestävyysvajeena. Arviot sen suuruudesta vaihtelevat 1 %:n BKT-osuudesta 5 %:iin. (ETLA 2012)

Terveyspolitiikka

Terveydenhoitojärjestelmä on pyrkinyt reagoimaan sairauksien muutokseen. Sairaanhoidon on kalliimpaa kuin terveyden tukeminen. 1970-luvulle saakka suomalainen terveyspolitiikka keskittyi palvelujärjestelmän kehittämiseen. Vuonna 1986 laadittiin Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelma, joka toi vahvasti esille terveydenhuollon ulkopuolisen toiminnan merkityksen terveyspolitiikassa. Ennaltaehkäisevällä terveyspolitiikalla on pyritty vastaamaan elintapasairauksien aiheuttamiin haasteisiin. Uudistukset ovat jatkuneet 1990- ja 2000-luvuilla. Suomessa kansanterveystyö on ottanut suunnan ihmisten arjen tukemiseen. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman vuoteen 2015 ulottuvassa jatko-ohjelmassa (STM 1986, STM 2013) lähdettiin aiempaa vahvemmin edistämään terveyttä julkisen terveydenhuollon seinien ulkopuolella. Teksti kuuluu:

“Valtioneuvosto korostaa kotien, koulujen, työelämän, liikenteen, asuma-alueiden, kulutuksen ja vapaa-ajan ympäristöjen ja lähiyhteisöjen merkitystä terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumiselle” (Periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta).

	Informaatio	Ideologiat	Intressit	Instituutiot	Implementaatio
Edistäviä elementtejä	Hyvä epidemio-loginen pohja ja tietotaito	Yhteinen arvopohja eriarvoisuuden vähentämiseen Universalismin perinne	Pitkän aikavälin intressit yhteisiä Terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan menetelmät	Yhteistoiminnan periaatteet (poik-kihallinnollinen yhteistyö)	Terveyserojen ka-ventamisohjelma
Estäviä tai ristiriitoja sisältäviä elementtejä	Poitiikan tutkimuksen vähäisyys Informaatio-ohjauksen on-gelmat	Uusliberalistinen talousideologia Invidiualismin ja valinnanvapauden korostaminen Paineet siirtyä selektiiviseen sosiaalipolitiikkaan universalismin kustannuksella	Elinkeinoelämän intressit (esimerkiksi al-koholiteollisuus, osin terveyteen liittyvät ja terveydenhuollon kaupalliset intressit) Fiskaaliset intressit (valtion verotulot) Talouskasvu versus julkisten menojen su-pistamispyrkimykset Työhön liittyvät int-ressiristiriidat	Valtion vetäytymi-nen ja ohjausröolin heikentyminen, kuntien ja valtion jännitteinen suhde	Politiikan tavoite-keino -analyysin puutteet Toimeenpanon hajanaisuus ja koordinaation vähäisyys Politiikan lyhyt aikajänne Toimeenpanon re-surskien vähäisyys

Ennaltaehkäisevässä terveyspolitiikassa käyttäytymiseen on pyritty vaikuttamaan a) informaatio-ohjauksella eli levittämällä tietoa terveellisistä ja haitallisista elämäntavoista, b) verottamalla terveydelle haitallisia tuotteita kovemmin, c) rakennuspolitiikalla, jolla on tähän mennessä pyritty lähinnä takaamaan saavutettavuus tai liikunnan harrastaminen ja d) lainsäädännöllä, esimerkiksi kieltämällä huumeet tai pakottamalla elintarvikeyhtiöt julkaisemaan tiedot ravintoaineista elintarvikepakkausiksi.

Osaksi ennaltaehkäisevää terveyspolitiikkaa kehittyi työterveyshuolto. Se vakiintui verrattain hitaasti, poliittisten ristiriitojen seurauksena. Virallisesti työterveyshuolto asetettiin osaksi terveysjärjestelmää 1970-luvun lopulla. Toisin kuin esimerkiksi Ruotsissa, Suomessa työterveyshuollosta muodostui yksityinen, työnantajien vastuulla oleva palvelu, joka koski ainoastaan työsuhteessa olevia. Ruotsissa ja myös muualla Euroopassa oikeutta työterveyshuoltoon ei ole kytketty työsuhteeseen. (Mattila 2011.) Suomalainen järjestelmä rakentaa muita selvemmän eron työsuhteessa ja ilman työsuhdetta olevien välille. Tämän voidaan katsoa heikentävän universaalia toimintalogiikkaa. Sillä, millaiseksi työterveyshuolto Suomessa muotoutui, on merkitystä terveyden eriarvoisuuden kannalta.

Terveyspolitiikan ajankohtaiset jännitteet liittyvät asiantuntijoiden mukaan siihen, säilyykö universalismin perinne vai uhkaavatko uusliberalistinen talousideologia, valinnanvapaus ja yksilöllistyminen sitä, löytyykö esimerkiksi elinkeinoelämän ja terveyspolitiikan intressiristiriidoille uusia ratkaisuja ja löytyykö terveyseroja kaventaville toimintapolitiikoille toimeenpanoa ja pitkäjänteisyyttä. (Palosuo ym. 2013) Kuitenkin on mahdollista, että myös nämä jännitteet kaipaavat uudenlaista tulkintaa.

Terveyspolitiikan ajankohtaiset jännitteet liittyvät asiantuntijoiden mukaan siihen, säilyykö universalismin perinne vai uhkaavatko uusliberalistinen talousideologia, valinnanvapaus ja yksilöllistyminen sitä.

Järjestöt osallistumista tukemassa

Terveydenhuollolla ei voida vaikuttaa kaikkiin terveyteen liittyviin tekijöihin. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa elintavat, osallisuus, varallisuus ja asuinpaikka. Arjessa tehtäviin valintoihin voidaan vaikuttaa parhaiten jatkuvalla, ihmisten jokapäiväisessä elämässä näkyvällä työllä.

Suomi on perinteisesti ollut vahva yhdistysten maa. Yhteensä yhdistyksiä ja järjestöjä Suomessa toimii yli satatuhatta. Ryhmät rakentuvat enenevässä määrin elämäntapojen ja arjen eivätkä aatteellisten lähtökohtien ympärille. (Hyötyläinen ym. 2012, 20.) Vuosina 2012–2013 yli neljäsosa suomalaisista aikuisista osallistui aktiivisesti kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (Kaikkonen ym. 2014). Järjestöihin osallistuminen on siis Suomessa melko yleistä.

Toisaalta järjestöihin osallistuminen ei jakaudu kansalaisten kesken tasaisesti vaan painottuu hyväosaisiin. Osallistuminen oli korkeinta korkeasti koulutettujen (35,4 prosenttia) ja matalinta matalasti koulutettujen keskuudessa (20,8 prosenttia) (Kaikkonen ym. 2014). Tällöin myös järjestöosallistumisen mahdolliset hyödyt painottuvat erityisesti hyväosaisille. Sosiaali- ja terveysjärjestöt tekevät merkittävää syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ongelmia estävää työtä. Jatkossa on kiinnitettävä lisää huomiota siihen, kuinka järjestötoiminta houkuttaa mukaan ja palvelee myös matalasti koulutettuja.

Mikä on terveydenhuollon kolmas askel?

Saarivirta, Consoli ja Dhondt (2010, 37) nimeävät kaksi merkittävää askelta terveydenhuollon kehityksessä viime vuosisatoina.

Ensimmäinen oli bakteerien ymmärtäminen infektioautien syyksi. Toinen taas oli antibioottien keksiminen. Nämä molemmat askeleet liittyvät terveydenhuoltoon sairauden poistamisen järjestelmänä.

Nykyjärjestelmämme on todella tehokas tämän tavoitteen kannalta.

Ongelmia syntyy, kun sairaudet liittyvät entistä enemmän ikääntymiseen ja elintapoihin. Voisiko ennaltaehkäisevä terveydenhuolto löytää kolmannen askeleen, jolla selätettäisiin nyt uhkaavat ongelmat?

Yhteenveto: Löytyykö terveyspolitiikalle vielä yhteinen arvopohja?

Suomalainen hyvinvointivaltiopolitiikka on edistänyt terveyttä laaja-alaisesti. Se on ollut luonteeltaan terveyden tasa-arvoa edistävää aktiivista terveyspolitiikkaa.

Terveyden kehityksen osalta voidaan poimia neljä merkittävää kehitystarinaa. Ensinnäkin väestö elää pidempään ja on terveempää kuin koskaan aiemmin. Toiseksi sairauksien aiheuttamat ongelmat kohdistuvat useimmin niille, joilla on vähiten kykyjä ja resursseja selvitä niistä. Kolmanneksi hyvinvointipalvelujen tehtävä on muuttunut sairauksien poistamisesta hiljalleen kohti arjen olosuhteiden tukemista. Neljänneksi vastuu omasta terveydestä on siirtynyt enemmän yksilölle samalla kun hyvinvointipalveluiden tehtäviin on kuulunut entistä enemmän terveysviestintää ja erikoistuneita palveluja.

Tällä hetkellä järjestelmä on hankaluuksissa: on kallista ylläpitää sekä universaaleja palveluja että huomioida erityisryhmät. Suomalainen terveyspolitiikka on epäonnistunut tukemaan terveyttä tasaisesti. Ihmisten kyky tarttua heille tarjottuihin resursseihin ja vaikutukset terveydentilaan ei ole ollut politiikan keskiössä.

Suomessa on vahva pohja yhteisötason terveydellisille interventioille. Hyvinvointivaltion perinteen päivittäminen edellyttää aktiivista, arvolähtöistä terveyspolitiikkaa. Yksilöllistymisen ja valinnanvapauden suhdetta universalismin tulevaisuudelle on tulkittava uudelleen.

1. väestö elää pidempään ja on terveempää kuin koskaan aiemmin.

2. Sairauksien aiheuttamat ongelmat kohdistuvat useimmin niille, joilla on vähiten kykyjä ja resursseja selvitä niistä.

3. Hyvinvointipalvelujen tehtävä on muuttunut sairauksien poistamisesta hiljalleen kohti arjen olosuhteiden tukemista.

4. Vastuu omasta terveydestä on siirtynyt enemmän yksilölle samalla kun hyvinvointipalveluiden tehtäviin on kuulunut entistä enemmän terveysviestintää ja erikoistuneita palveluja.

Miten valinnanvapaus vaikuttaa suomalaisten terveyteen?

Miten valinnanvapaus vaikuttaa suomalaisten terveyteen?

Valinnanvapauden toteutuminen tarkoittaa mahdollisuutta olla itsenäisiä valintoja tekevä asiakas, potilas, kuluttaja ja kansalainen. Ilmiö on verrattain tuore suomalaisessa terveyskeskustelussa. Sen taustalla on Pohjoismaissa vahvistunut terveyspalveluiden valinnanvapaus -trendi ja palvelujen tuottajien monipuolistuminen.

Parhaimmillaan hyvä ja toimiva valinnanvapaus parantaa ihmisen kokemusta terveyttä tukevien palvelujen käytöstä ja lisää niistä saatua terveyshyötyä. Valinnanvapaudessa kyse on sekä mitattavista asioista, kuten palveluun liittyvän tiedon saatavuudesta tai läpinäkyvyydestä, että kokemuksesta henkilökohtaisesta ja yksilöllisestä palvelusta.

Suomessa valinnanvapautta terveydenhuollossa on perusteltu usein asiakkaan aseman vahvistamisella ja palvelun laadun parantamisella. Toisaalta valinnanvapaus kiinnostaa yrityksiä ja kolmannen sektorin toimijoita, koska se häivyttää palveluntuottajan sektorin merkityksen ja asettaa asiakkaan kokemuksen etusijalle. Valinnanvapautta on muualla sovellettu terveysjärjestelmissä esimerkiksi niin, että julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat ovat samalla viivalla, tuottavat palvelut ennalta sovitulla hinnalla ja kilpailevat asiakkaista.

Valinnanvapauden toteutumiselle on esitetty Suomessa esimerkiksi seuraavia kriteerejä (mukaillen Jonsson & Virtanen 2013):

- Asiakas tuntee oikeutensa
- Asiakkaalla on riittävästi valinnanvaraa
- Asiakkaalla on saatavilla riittävästi ja luotettavaa vertailutietoa valinnan vaihtoehtoista
- Raha seuraa potilasta joustavasti ja oikeudenmukaisesti hänen valitsemalleen palveluntuottajalle.

Vauraat, koulutetut ihmiset ovat tottuneita hankkimaan palveluja ja tekemään valintoja kasvaneesta joukosta palvelujen ja tavaroiden tarjontaa.

Autonomian kaipuu ja yksilön äänen vahvistuminen muuttavat kaikkia toimialoja ja yhteiskunnallisen toiminnan tasoja.

Yllä olevat kriteerit takaavat muodollisen valinnanvapauden toteutumisen, mutta eivät vielä kerro valinnanvapauden laadullisesta toteutumisesta ihmisen näkökulmasta. Jotta valinnanvapaus voi toteutua mielekkäästi, on siihen kytkeydyttävä myös ihmisen kyky valita. Yhteiskunnan näkökulmasta kiinnostavaa on myös se, mihin asioihin valinnanvapaus kohdentuu ja ovatko nämä merkittäviä asioita terveyden näkökulmasta?

Valinnanvapaus on lisääntynyt arkisessa kokemuksessa. Vauraat, koulutetut ihmiset ovat tottuneita hankkimaan palveluja ja tekemään valintoja kasvaneesta joukosta palvelujen ja tavaroiden tarjontaa. Ihmisillä on vapautta valita silloin, kun valinnan tekemistä ei ole erikseen rajoitettu, heillä on useampi kuin yksi vaihtoehto ja kyky valita näiden välillä. Näin esimerkiksi lounasruoan suhteen useimmilla on valinnanvapautta, mutta huumausaineiden käytön kohdalla ei.

Yhteiskuntamme terveyspalveluissa on vahva perinne yksilön itsemääräämisoikeuden eli autonomian kunnioittamiselle. Autonomian vaade omaa kehoa ja omia päätöksiä kohtaan toistuu julkisessa keskustelussa, oli kyse sitten seksuaalisuuteen liittyvistä valinnoista, elämäntavoista tai sairauksien hoitotavoista. Autonomia on yhteiskunnan näkökulmasta myös haastavaa. Yksilön valinnat oman terveytensä suhteen saattavat olla hänelle, ja siten myös yhteiskunnalle, vahingollisia.

Samaan aikaan kun suoraviivaisen holhoamisen kyseenalaistaminen on tuntunut yleistyvän, on ihmisten asenteissa aiemmin lähes täysin julkisen sektorin tuottamia palveluita kohtaan tapahtunut merkittävä muutos. Sen sijaan, että tarjotut ratkaisut otettaisiin annettuina, ne saatetaan kyseenalaistaa. Ihmiset haluavat vaikuttaa heille tarjottuihin palveluihin ja tulla kohdelluiksi yksilöinä. Yksilön ääni (ks. esim. Mokka & Neuvonen 2006) vaatii tulla kuulluksi, eivätkä edustuksellisen kansanvallan rakenteet enää riitä tähän.

Autonomian kaipuu ja yksilön äänen vahvistuminen muuttavat kaikkia toimialoja ja yhteiskunnallisen toiminnan tasoja. Ne haastavat olemassa olevat rakenteet ja instituutiot uusiutumaan. Pelkkä mahdollisuus palvelun käyttöön tai sen saatavuus ei enää riitä kaikille, vaan osa käyttäjistä vaatii mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen sisältöön ja jakelutapoihin.

Terveydenhuollossa tätä osin yksilöllistymiseen ja osin riippumattomuuden korostumiseen kytkeytyvää ilmiötä on kuvattu valinnanvapauden käsitteen kautta. Seuraavaksi tarkastelemme, mitä valinnanvapaus on, ja miten se voi rakentua. Valinnanvapaus ei ole yksinkertainen asia: sitä ei saada aikaan vain lisäämällä vaihtoehtoja. Siinä missä valinnanvapaudella viitataan nykyisin usein palveluntarjoajien lukumäärään, todellinen muutos syntyy siitä, että ihmisillä on aitoja, ymmärrettäviä ja tuettujakin mahdollisuuksia vaikuttaa niihin elämän ja arjen konteksteihin, joissa terveys syntyy.

Valinnanvapautta tukee yhtäaikaaisesti monta toisistaan osin riippumatonta ilmiötä. Niitä voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Globalisoituvat markkinat.

1970-luvulta alkaen kiihtynyt globalisaatio on yhdenmukaistanut toimintamalleja valtioiden välillä ja tuonut kilpailun mahdollisuuksia näkyväksi. Kansainväliset yritykset ja uudet toimintamallit ovat alkaneet haastaa kansallisia ratkaisuja.

2. Lääketiede on edistynyt.

Sekä ennaltaehkäisyn vaikuttavuuden tietopohja että hoitomuotojen tehokkuus ovat kehittyneet. On usein siis mahdollista valita useista hyvistä vaihtoehdoista.

3. Ihmisten terveystietoisuus on kasvanut.

Ihmisten kasvaneen koulutustason myötä heillä on paremmat kyvyt vertailla ja ymmärtää monimutkaisiakin terveyteen liittyviä syy-seuraussuhteita. Kansanvalistustyön myötä ihmisillä on hyvät perustiedot terveydelle haitallisista ja terveydelle edullisista asioista.

4. Halu vaikuttaa omaan asiaan on vahvistunut.

Länsimaisen yhteiskunnan yksilöllistyminen on korostanut yksilön vapautta ja autonomiaa. Monet ylhäältä alas -ratkaisut eivät täytä yksilön henkilökohtaisia toiveita tai vaatimuksia. Ihmisten osallistumista päätöksentekoon pidetään yhä tärkeämpänä. Harva enää ajattelee, että tämä tapahtuisi vain äänestämällä, osallistumalla politiikkaan tai edes kansalaisille suunnatuilla kuulemisprosesseilla. Palveluiden valitseminen on yksi tapa osallistua.

5. Kuluttajuus on vahvistunut.

Kuluttajuus-paradigma on määrittynyt yhä vahvemmin tavaksi sekä vahvistaa kuuluvuutta yhteiskuntaan että määrittää omaa identiteettiä.

6. Ihmisten suhteellinen vauraus on kasvanut.

Monilla on varaa ja motivaatiota vaikuttaa omaan hyvinvointiin vaikuttaviin valintoihinsa.

7. Elintapasairaudet korostuvat.

Kansanterveyden kannalta elintapasairauksista on tullut keskeinen sairauksien torjumisen kenttä, kun aiemmin painopiste oli tartuntatautien ja tapaturmien hoidossa. Elintapasairauksissa ennaltaehkäisyn ja siihen liittyvien yksilöllisten valintojen merkitys on jopa selkeämpi kuin tartuntatautien ja tapaturmien ehkäisyssä. Valintojen tukemisen tavat kiinnostavat ja terveyspalveluissa on otettu askelia tähän suuntaan.

8. Terveysteknologioista tulee kuluttajatuotteita.

Kuluttajamarkkinoille tulevien terveysteknologioiden ja erilaisten uusien terveys- ja hyvinvointipalveluiden markkinat ovat globaalit. Alamme saada kokemuksia siitä, kuinka personointiin ja ihmisten omaan motivaatioon perustuvat terveyspalvelut vaikuttavat.

9. Valinnanvapaus on noussut politiikan ytimeen.

Analyysi markkinoiden kyvystä tuottaa tehokkaita ratkaisuja on saanut länsimaissa vahvaa poliittista kaikupohjaa useilta viime vuosikymmenten hallituskoalitiioilta.

Valinnanvapaus Suomen terveydenhuoltolaissa

Vuonna 2014 Suomessa voimaan tullut terveydenhuoltolain uudistus antaa kansalaisen valita oman terveysasemansa, erikoissairaanhoidon yksikön ja hoitavan henkilön mistä päin Suomea tahansa. Terveysaseman voi valita vain kerran vuodessa mistä kunnasta tahansa.

Valinnanvapausuudistus koskee vain julkista terveydenhuoltoa. Lisäksi Suomessa on käytössä muita ihmisen valinnanmahdollisuuksia lisääviä elementtejä terveydenhuollossa, kuten palveluseteli. Kunnat päättävät palvelusetelin käytöstä itsenäisesti ja ihminen voi hankkia sillä valitsemaltaan tuottajalta sellaisia sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka kunnan tai kuntayhtymän kuuluu järjestää asukkailleen (STM 2012).

Valinnanvapausuudistus on Suomessa tuotu terveydenhuoltoon asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi. Oletuksena on, että potilaan asema vahvistuu, kun hän saa päättää käyttämistään palveluista. Näin valinnanvapaus uudistaa palveluntuotantoa. Kun järjestelmään on kytketty rahoituksen ohjautuminen, potilaan päätökset myös taloudellisesti ohjaavat resursseja hyväksi koettuihin palveluihin. (Jonsson & Virtanen 2013.) Valinnanvapauten liittyy odotus siitä, että huonoksi koettu

Valinnanvapausuudistus koskee vain julkista terveydenhuoltoa.

Kuva 6. Valinnanvapaus Suomessa julkisissa terveyspalveluissa 2014.

palvelu vähenee, asiakaskeskeisyys vahvistuu ja palvelujen läpinäkyvyys kasvaa, kun valinnan tueksi on tarjottava tietoa palveluista.

Kun puhumme esimerkiksi siitä, että Suomessa terveyspalvelujen asiakas voi valita terveysasemansa ja häntä hoitavan henkilön, puhumme jostakin hyvin määrittyneestä asiasta: valinnanvapaudesta nykyisen julkisen terveyspalvelujärjestelmän ominaisuutena. Kuitenkin yksilöiden valinnat ja niiden tukeminen ovat merkittäviä terveyden kannalta. Yksilöllistymiseen ja autonomian kaipuuseen liittyvä muutosten mahdollisuus tekee valinnanvapauden ja terveyden tulevaisuuden yhtäaikaisen tarkastelun mielekkääksi.

Tähän saakka valinnanvapausajattelua on edistetty Suomessa lisäämällä terveyspalvelujen käyttöön kohdistuvaa valintaa. Laajassa terveyskäytössä terveys syntyy pitkälti asioista, jotka eivät ole terveydenhuollon tuottamia. Ihmisten terveyden edistämisen näkökulmasta terveyden valinnanvapaus voisi siis olla huomattavasti nykyistä laajaja-alaisemmassa käytössä. On hyvä pitää mielessä, että tulevaisuudessa valinnanvapaus voi näyttää hyvinkin erilaiselta.

Mistä tietoa palveluista terveysaseman valinnan pohjaksi?

Valinnanvapauden toteutumisen tueksi on vielä vajanaisesti kansalaisten helposti käytettävää ja tulkittavaa vertailutietoa. Perehtyminen vaatii kansalaiselta vaivannäköä.

Palveluvaaka.fi kokoaa asiakkaiden kokemuksia terveysasemakäynteistä julkiseen portaaliin. Palvelussa voi vertailla, kuinka yhteydenotto terveysasemalle on sujunut, millaiseksi palvelujen käyttäjät arvioivat hoitajan tai lääkärin ammattitaidon tai onko asiakkaan asioiden käsittely ollut luottamuksellista ja yksityisyyttä suojelevaa. Arviot näkyvät keskiarvoina, eikä kommentointi- tai keskustelumahdollisuutta ole. Palveluvaaka ei anna tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa esimerkiksi hoitavan henkilön valinnan pohjaksi.

Helsingin kaupunki on suuri terveyspalvelujen tuottaja. Kaupungin terveysasemien sivuilta on ohjaus sivustolle, joka kertoo valinnanvapaudesta. Sivustolla kerrotaan, että terveysaseman ja lääkäri-hoitaja-työparin valitseminen onnistuu Helsingin sisäisesti puhelinoitolla valitulle terveysasemalle. Valinnan tueksi ei kuitenkaan ole käytettävissä juurikaan vertailutietoa. Lisätietosivut ohjaavat Palveluvaaka-sivustolle, hoitopäätöksiä vertailevalle sivustolle, johon on koottu Helsingin terveysasemilla kerätyt asiakastytytyväisyyttä kuvaavat hymiö-palautteet.



Riittääkö vaihtoehtojen tarjoaminen?

Palvelujärjestelmän osien lisäksi on keskeistä huomioida yksilön kyky hallita erityyppisiä resursseja, joita hyvinvointivaltio tarjoaa. Näitä ovat esimerkiksi raha, omistukset, tieto, sosiaaliset suhteet ja turvallisuus. (Simpura 2013, 48.) Hyvinvointivaltiossa resursseja on jaettu eri reittejä. Rahaa jaetaan tulonsiirtojen kautta, tietoa koulutuksen kautta ja sosiaalisia suhteita sekä turvallisuutta ylläpidetään koko sosiaaliturvajärjestelmän avulla. Järjestelmä tukee yhteiskunnan koheesiota ja yksilöiden pärjäämistä.

Perinteinen pohjoismainen resurssinäkökulma ei ole huomionut resurssien käyttökykyä erityisen vahvasti. Poliitiikan keskiössä ei ole ollut se, millaisia kokemuksellisia seurauksia resurssien jakamisella on. Hyvinvointivaltion perustehtävän on ajateltu olevan jakaa resursseja tasaisesti kansalaisten kesken. Subjektiiivinen hyvinvointi ei tässä mallissa ole ollut keskeinen (Simpura 2013).

Valinnanvapaus muuttaa asetelmaa. Asiakaskeskeisyys ja kuluttajan valta toteutuvat vain silloin, kun valinnanvapauden ehdot toteutuvat. Ihmisen pitää olla tietoinen oikeudestaan valita. Toiseksi aito valinta edellyttää enemmän kuin yhden vaihtoehdon. Kolmanneksi valitsemisprosessin on oltava sellainen, että siinä voi toimia vapaasti. Kukaan ei saa pakottaa tekemään tiettyjä valintoja eikä häiritä valitsemista, ja käytettävissä pitää olla tietoa valinnan tueksi. Lisäämme neljänneksi ehdoksi sen, että valitsijan on oltava kykenevä tekemään valintoja.

Neljäs valinnanvapauden ehto on tärkeä ihmislähtöisen terveysajattelun kannalta. Se liittyy laajempaan keskusteluun positiivisesta ja negatiivisesta vapaudesta. Negatiivisella vapaudella tarkoitetaan vapautta ulkoisesta pakosta ja minimaalista autonomiaa: se on periaatteellista kykyä riippumattomiin valintoihin, mutta valitsemiseen ei puututa. Kärjistäen negatiivisen vapauden näkökulmasta valitsija on kykenevä tekemään terveysvalintoja, kun häntä ei suoraan konkreettisessa valintatilanteessa estetä tekemästä niitä.

Positiivisen vapauden näkökulmasta kiinnostavaa on myös valitsijan kyky tehdä valintoja. Jälleen kärjistäen: valitsija on vapaa tekemään valinnan, kun kaikki monimutkaiset sosioekonomiset ja kontekstuaaliset hänen käyttäytymiseensä ja toimintakykynsä vaikuttavat tekijät on huomioitu mahdollisimman hyvin sen tukemiseksi, että hän voi tehdä valinnan. Tämä voi tarkoittaa yksinkertaisimmillaan sitä, että ihmisellä on varaa hänelle periaatteessa tarjolla olevaan vaihtoehtoon.

Valinnanvapautta ajatellaan helposti kaksinapaisena ilmiönä, joka toimii kuten valokatkaisija: valinnanvapautta joko on tai ei ole. Ilmiö ei kuitenkaan ole näin yksinkertainen, vaan valinnanvapaus asettuu skaalalle: toimijoilla on eri tilanteissa eri määriä valinnanvapautta ja täydellisen valinnanvapauden kuvittelemisen on itse asiassa vaikeaa. (Ks. esim. Bavetta & Guala 2003).

Perinteinen pohjoismainen resurssinäkökulma ei ole huomionut resurssien käyttökykyä erityisen vahvasti.

Lisäämme neljänneksi ehdoksi sen, että valitsijan on oltava kykenevä tekemään valintoja.

Positiivinen vai negatiivinen valinnanvapaus

Vapaus on länsimaisen liberaalin poliittisen filosofian ytimessä oleva käsite. Sen on usein ajateltu tarkoittavan yksilön mahdollisuutta toimia ja tehdä valintoja ilman pakkoa tai ulkopuolista häirintää.

Venäläis-englantilainen filosofi Isaiah Berlin analysoi ja tarkensi 1600-luvulta lähes muuttumattomana säilynyttä vapaus-käsitettä teoksessaan *Two concepts of liberty* (1958). Berlinin analyysi oli, että vapaus voidaan jakaa kahteen erilliseen käsitteeseen: negatiiviseen (negative liberty) ja positiiviseen vapauteen (positive liberty). Negatiivisella vapaudella Berlin tarkoittaa vapauden käsitettä sen perinteisessä muodossa: yksilön riippumattomuutta ja vapautta pakosta. Vapautta jostakin.

Positiivisella vapaudella Berlin puolestaan viittaa yksilön vapauteen johonkin. Positiivinen vapaus huomioi, ei pelkästään rajoitusten puutetta, vaan myös vapauden toteutumisen edellytykset. Rikas, koulutettu ja hyvinvoiva ihminen on käytännössä paremmassa asemassa myös vapauden toteutumisen suhteen kuin pienipalkkainen ja huonommin koulutettu.

Berlinin kuvaama ero negatiivisen ja positiivisen vapauden välillä auttaa ymmärtämään myös terveyspalvelujen valinnanvapaudesta käytävää keskustelua. Negatiivinen valinnanvapaus terveydenhuollon palveluissa voisi olla vaikkapa sitä, että yksilö ei ole yhden järjestelmän vanki, vaan voi valita esimerkiksi monen eri terveysaseman, yksityisen tai julkisen, välillä. Kykenevä yksilö voi tehdä itseään hyödyttäviä valintoja.

Sen sijaan positiivinen valinnanvapaus terveydenhuollossa ottaa huomioon erot ihmisten toimintakyvyssä tai yhteiskunnan rakenteiden, kuten kielen ja kulttuuritaustan, merkityksen. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että todellinen valinnanvapaus toteutuu vain, kun sille on luotu aidot ja yksilön valintakykyä tukevat mahdollisuudet.

Monet terveyteen liittyvät palvelut ovat perustuneet ajatukselle, että kun ihmisten käyttöön annetaan joku tietty resurssi, esimerkiksi terveysasema, tuetaan ihmisten terveyttä. Todellisuudessa terveysasemalla käynti ei ole yksinkertainen päätös, vaan joukko pieniä päätöksiä, jotka jäävät monilta tekemättä.

Positiivisen vapauden ytimessä on ajatus valintojen riittävästä tukemisesta. Käytännössä näin vahvistetaan ihmisten kykyä käyttää tarjottuja resursseja. Tämä voi tarkoittaa vaikkapa riittävän matalan kynnyksen terveysasemien kehittämistä ennakoivaa terveydenhuoltoa varten.

Käytännössä ihmisen terveyspalveluja koskevat valinnat rakentuvat kokonaisen valintaympäristön sisällä.

Jos terveyteen liittyvää valinnanvapautta halutaan vahvistaa, tulisi huomioida ne kontekstit, joissa terveys rakentuu. Ihmisen ammattiase- ma, asuinpaikka, käyttäytymismallit, syömistottumukset ja lukematto- mat muut asiat kehystävät jokaista tehtyä valintaa. Elämäntapoja ja ih- misten valintaympäristöjä tutkimalla valinnanvapautta voidaan kytkeä terveyden edistämisen kannalta merkittävimpiin asioihin.

Valinnanvapaus ei ole mielekäs itseisarvona, vaan sen pitäisi yhtäältä tukea terveyden mahdollisimman laajaa rakentumista ja toisaalta vah- vistaa ihmisen mahdollisuuksia autonomiaan ja lisätä ihmisten toimin- takykyä. Tässä mielessä valinnanvapautta voi olla sekä parempaa että huonompaa. Kyse onkin määrit- telystä. Keskeistä on kysyä, mitä valinnanvapaudella tavoitellaan. Halutaanko kehittää palvelun laatua ja sen läpinäkyvyyttä vai maksimoida käyttäjän kokemusta? Tavoitellaanko terveyden mahdol- lisimman tasa-arvoista jakautu- mista?

Jos terveyteen liittyvää valinnanvapautta halutaan vahvistaa, tulisi huomioida ne kontekstit, joissa terveys rakentuu.

Megatrendit muokkaavat yhteisöjä ja elinympäristöä

Megatrendit muokkaavat yhteisöjä ja elinympäristöä

Ihmiskunta on ottanut viime vuosisatoina ja -kymmeninä valtavia harppauksia kyvyssään hoitaa ja ennaltaehkäistä erilaisia sairauksia. Tämä on johtanut elinvuosien kasvuun etenkin vauraammassa yhteiskunnissa. Tulevina vuosikymmeninä tätä kehitystä ei ole mahdollista pitää yllä enää samoilla rakenteilla, työnjaolla ja prioriteeteilla. Yhteiskunnan ja teknologioiden muuttuessa myös terveyden edistämisen tapoja on muutettava rohkeasti.

Tässä luvussa terveyspalveluihin vaikuttavaa yhteiskunnan muutosta tarkastellaan megatrendien näkökulmasta. Käsiteltäviä megatrendejä ovat suuret väestörakenteen muutokset, yksilöiden ja yhteisöjen suhteen muutos, luonnonvarojen niukkeneminen, teknologinen planetarismi ja globaali talous.

Megatrendi	Tärkeimmät ilmiöt
Muuttuva väestörakenne	Työikäisen väestön pienenevä osuus, kaupungistuminen ja ikääntyneiden suuri määrä
Yhteisön ja yksilön suhteen muutokset	Yksilöllisten valintojen kaipuun lisääntyminen ja toisaalta asiakaskeisten yhteisöjen nousu.
Niukkenevat luonnonvarat	Ilmastonmuutoksen seurannaisilmiöt, ruuan, öljyn ja mineraalien rajallisuus
Teknologinen planetarismi	Ihmisten, esineiden ja tiedon liikkuvuuden radikaali helpottuminen muuttaa valtasuhteita ja arvoja.
Globaali talous	Talouden systeemiset epävarmuudet ja toisaalta talousjärjestelmän mahdollistama korkea elintaso

Megatrendit (Naisbitt 1982) ovat yhteiskunnan rakenteita merkittävästi muuttavia suuria tulevaisuustekijöitä. Ne ovat yhteiskuntien muutosvoimia, jotka ovat suhteellisen riippumattomia toisistaan. Megatrendit pakottavat ihmiset sopeuttamaan ja luomaan uusia käyttäytymismalleja ja yhteiskunnat uudistamaan pelisääntöjään ja järjestelmiään.

Aiemmin esitellyt terveyden sosiaaliset määrittäjät olivat muun muassa yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristöön liittyvät olosuhteet, ruuantuotanto, koulutus, työ ja työttömyys, vesi ja puhtaus, terveyspalvelut ja asuminen, sosiaaliset verkostot ja yhteisöt sekä yksilölliset elämäntapavalinnat. Kuinka megatrendit vaikuttavat terveyden mahdollisuuksien rakentumiseen? Miten tämä vaikuttaa valinnanvapauteen?

Kuva 7.
Megatrendit muuttavat terveyden konteksteja



Megatrendi 1: Muuttuva väestörakenne



Pohjoismaissa on havaittavissa neljä väestöpyramidin muutoksiin vaikuttavaa trendiä: väkiluku kasvaa, eliniänodote nousee, työikäisten osuus väestöstä pienenee ja maahanmuutto lisääntyy (Kaihoavaara 2013). Vaikka väestö ikääntyy, on se myös aiempaa koulutetumpaa ja muuttaa kaupunkeihin. Ihmisten määrä lisääntyy yhä globaalisti lähes 80 miljoonan ihmisen vuosivauhtia. Kasvava ja kaupungistuva väestö tarvitsee uusia työpaikkoja. Tämä siitäkkin huolimatta, että Euroopassa ja Aasiassa eläkeikäisen väestön osuus kasvaa. Vanhusväestön osuus ja yhteiskunnallinen merkitys ei ole koskaan ole ollut yhtä suuri kuin nyt.

Ikääntyminen

Alle 200 vuodessa vastasyntyneen elinajanodote on lähes kaksinkertaistunut ja maapallon väkiluku yli kolminkertaistunut (Findikaattori 2014, Geohive 2014). Vuodesta 1971 vuoteen 2013 naisten elinaika on pidentynyt kymmenellä vuodella ja miesten kahdellatoista vuodella. Ikääntyneiden absoluuttinen ja suhteellinen määrä on suurempi kuin koskaan aikaisemmin. (Findikaattori 2014). Viitteitä elinajanodotteen nousun loppumisesta ei ole.

Suomen väestörakenteen kehitys on nykyisen palvelujen rahoitusmallin kannalta haastava. Yhä pienempi joukko työikäisiä joutuu pitämään yllä yhä suurenevaa hoidettavien joukkoa. Työllisyys vaikuttaa huoltosuhteeseen, eli siihen kuinka paljon työvoiman ulkopuolella on ihmisiä suhteessa työvoimaan kuuluviin. Voimakkaalla työllisyyden kasvulla voitaisiin hidastaa huoltosuhteen heikkenemistä ja jopa säilyttää sen nykytasoa. Tämä kuitenkin edellyttäisi yli 80 prosentin työllisyyttä nykyisen (syyskuu 2014) 68,2 prosentin sijaan (Tilastokeskus 2014).

65–80-vuotiaiden toimintakyky on parantunut ja heillä on yhä enemmän laadukkaita elinvuosia (ks. esim. Häkkinen 2010). Yli 80-vuotiaiden kohdalla samanlaista muutosta on vaikeampi todeta, ja yli 90-vuotiaiden kohdalla elinikä on kasvanut, mutta toimintakyky on pysynyt ennallaan. Tämä on johtanut sairaiden vuosien lisääntymiseen erittäin vanhoilla. (Jylhä ym. 2009.)

Koulutustason nousu

Suomessa vähintään toisen asteen koulutuksen saaneiden tai korkeakoulutettujen määrä on korkeampi kuin koskaan, lähes 70 prosenttia. Erityisesti naisten koulutustason nousu on ollut nopeaa (SVT 2014a).

Paremmat koulutuksen myötä ihmisillä on valmiuksia aikaisempaa korkeamman elintason saavuttamiseen ja ylläpitoon ja aiempaa korkeammat valmiudet tiedon hankkimiseen, soveltamiseen, kriittisyyteen ja punnittuun päätöksentekoon. Korkea koulutus ja haasteellinen ja mielenkiintoinen työ ennakoivat myöhäistä eläkkeelle siirtymistä, mikä on kiinnostavaa työurien pidentämisen kannalta (Dufva 2012; Myrskylä 2012, tässä: Kajjalainen 2012).

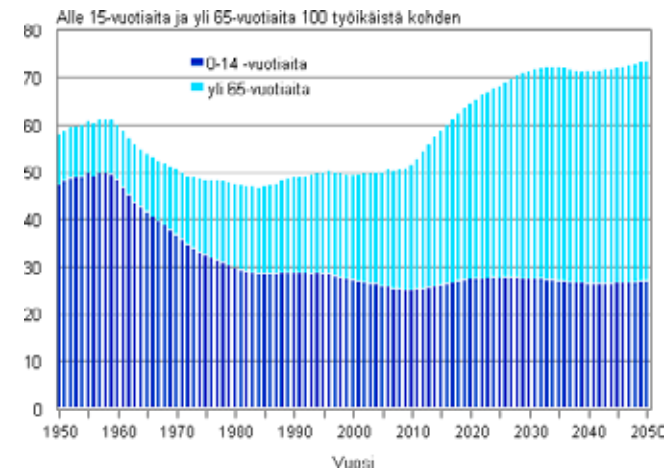
Kaupungistuminen

Teollisen vallankumouksen seurauksena tuotanto tehostui ja keskityi maailmanlaajuisesti. Lisäksi väestö kasvoi ja kaupungistuminen voimistui merkittävästi. Kaupungistuminen toi merkittäviä muutoksia elinympäristöön ja elintapoihin, ja siten paransi sekä huononsi väestön terveyttä (Phillips 1993). Suomessa 1900-luvun jälkipuoli oli nopean kaupungistumisen aikaa. Toisen maailmansodan aikaan maatalousvaltaisesta Suomesta muodostui 1970-luvulle tultaessa valtio, jossa puolet väestöstä asui kaupungissa. 1980-luvulta lähtien kaupunkimaisten kuntien määrä on kasvanut nopeasti samalla, kun maaseutumaisten kuntien määrä on hitaasti pienentynyt (Findikaattori 2014). Tällä hetkellä Suomessa väestö muuttaa erityisesti etelän kasvukeskuksiin ja pois Lapista ja Kainuusta. (SVT 2014b)

Teollistuvissa yhteiskunnissa tiivis asuminen mahdollisti tehokkaan talojen lämmityksen ja monipuolisemman ravinnonsaannin sekä toi terveyspalvelut ja koulun yhä lähemmäksi asukkaita (Phillips 1993). Palveluiden saavutettavuus on edelleen tärkeää huonokuntoisille mutta aktiivisille palveluiden käyttäjille, esimerkiksi ikäihmisille. Kun palvelut ovat lähellä, niitä hyödyntämällä ihmisillä on mahdollisuus olla aktiivisempia ja omatoimisempia.

Tieto kerääntyy ihmisten mukana kaupunkeihin. Tämä luo uusia innovaatioita, tietotaitoa ja kohottaa elintasoja. Suuret kaupungit ovat tehokkaita ja tuottavia keskuksia valtiolle, mutta samaan aikaan alisteisia kansalliselle

Kuva 8. Väestöllinen huoltosuhte 1950–2050 (Tilastokeskus 2012)



politiikalle ja kansainvälisille markkinoille. Liian tehokkaasti erikoistunut kaupunki voi markkinoiden mullistumisen myötä kohdata elintason laskun. Näin kävi esimerkiksi autoteollisuuden erikoistuneelle Detroitille.

Miten väestörakenteen muutos heijastuu terveyteen?

Väestörakenteen muutos merkitsee sitä, että yhteiskunnassamme ikääntyneiden ihmisten osuus kasvaa. Ihmiset ovat myös aiempaa osaavampia, tottuneempia tiedon käyttäjiä ja tuottajia ja heillä on entistä enemmän vapaa-aikaa. Ihmiset asuvat yhä useammin kaupungeissa.

Kaupungistumisella on suuret vaikutukset terveydelle: se heijastuu sosiaalisiin verkostoihin ja yhteisöihin, elinympäristöön, asumiseen ja palveluihin ja terveyspalveluihin. Ihmiset asuvat aiempaa lähempänä toisiaan ympäristössä, jossa erilaisista taustoista lähtöisin olevat ihmiset kohtaavat. Tämä mahdollistaa uudenlaisten sosiaalisten verkostojen ja yhteisöjen syntymisen esimerkiksi harrastusten kautta. Toisaalta kaupungeissa sosiaaliset verkostot voivat jäädä heikoiksi, mikä lisää yksinäisyyden kokemusta.

Koulutuksen avulla ihmiset saavat paremmat mahdollisuudet tehdä valintoja ja vaikuttaa asioihin. Tämä parantaa mahdollisuuksia huolehtia

omasta terveydestä. Ihmisten voimaantuminen tiedon käyttäjinä ja tuottajina myös haastaa terveydenhuollon ammattilaisten asemaa terveyden asiantuntijoina.

Hyvinvointipalvelujen kannalta on huomattava, että kaupungistuminen johtaa kahdenlaiseen syrjäytymiseen. Maaseudulla palveluverkko harvenee ja kaupunkiin syntyy juurettomuudesta ja muista syistä johdettavaa osattomuutta. Maaseudun autioituminen rasittaa erityisesti terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujärjestelmää. Kuntaudistukset ja vastaavat aloitteet pyrkivät järkevöittämään hyvinvointipalvelurakenteita, mutta kustannussäästöjä voi saada vain rajallisesti. Esimerkiksi kalliit hoitokulutukset vaikuttavat vääjäämättömiltä.

Väestörakenteen muutos vaikuttaa myös terveysjärjestelmään: sen tavoitteisiin, resursseihin ja arvopohjaan. Erityisesti ikääntyminen on paljon esillä, koska se aiheuttaa paljon kustannuksia. Työikäisen väestön työkykyyn panostaminen, työurien pidentäminen, elintapasairauksien ehkäisy ja työpaikkojen lisääminen ovat tavoitteita, jotka voivat tasoittaa ikääntymisestä järjestelmälle aiheutuvia kustannuksia.

Smart City -kehittäminen taklaa kaupunkien ongelmia

Smart City on kaupunkikehittämisen paradigma, jossa kaupunkilaisten osallistumista ja digitaalisia mahdollisuuksia hyödynnetään paremman kaupungin suunnittelemisessa, rakentamisessa ja toiminnassa. Smart City -kehittäminen tarttuu kaupungistumisen merkittäviin haasteisiin, kuten ruuhkautumiseen ja energiankulutuksen kasvuun. Esimerkkejä Smart Cityistä ovat muun muassa Rio de Janeiro, jossa ambulanssit saavat automaattisesti tiedon ruuhkista antureiden avulla, ja Soul, jossa vähäosaisille jaetaan älypuhelimia elämän helpottamiseksi. Muun kaupunkikehittämisen ohella Smart Cityissä on kehitetty myös älykkäitä, kaupunkilaisten osallistumiseen ja digitaaliseen vuorovaikutukseen perustuvia terveyspalveluita.



Megatrendi 2: Yhteisön ja yksilön suhteen muutokset



Ihmisten käsitys omasta päätösvallostaan ja oman elämänsä ainutkertaisuudesta on vahvempi kuin koskaan. Länsimaissa enää harva tekee suuria päätöksiä urasta tai puolisoista täysin perheen tai suvun esimerkin ohjaamana. Kulutusyhteiskunta tarjoaa uudenlaisia itseilmaisun tapoja, ja digitalisoituminen on räjäyttänyt valittavana olevien elämäntapojen kirjon aivan uudelle tasolle.

Työn ja luokkien mukaan organisoituneessa yhteiskunnassa ihmisten oli nykyistä helpompaa tunnistaa omat intressinsä ja löytää poliittiselta kentältä puolue, joka niitä ajoi. Niinpä poliittiset puolueet nauttivat laajaa kannatusta. Ihmisillä oli aiemmin vähemmän varallisuutta ja tarpeet kohdistuivat perustarpeiden, kuten asumisen, työn tai perusterveyden turvaamiseen. Näihin tarpeisiin oli helppo massatuottaa ratkaisuja.

Nykyisin identiteetin rakennusaineiksi ja samaistumisen kohteita on tarjolla moninkerroin enemmän kuin ennen. Ihmisten vertaisryhmät koostuvat jostain muusta kuin vain työpaikan tai naapuruston jäsenistä. Ryhmiä ja niiden jäseniä on entistä vaikeampi tunnistaa ja ihmisten valintoihin ja tottumuksiin entistä vaikeampi vaikuttaa.

Ihmisiä on aiempaa huomattavasti vaikeampaa komentaa, pakottaa tai ohjata kollektiivisiin valintoihin. Tämä muuttaa ihmisten tapoja sitoutua organisaatioihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan sekä haastaa johtajuuden perinteiset mallit. Uusilla yksilöillä on tarve saada oma äänensä kuuluviin. Ystävät, verkkoyhteisöt, perheenjäsenet ja kollegat ovat ammattilaisia luotettavampia informaatiolähteitä. Vertaisista on tullut keskeinen kiinnostuksen kohde niin politiikan kuin markkinoinnin maailmoissa.

Osallistuminen

Yhteisöt ja osallistuminen ovat tärkeitä terveyden kannalta. Aktiivinen osallistuminen vapaa-ajalla sosiaalisiin ja muihin aktiviteetteihin on yhteydessä hyvään koettuun terveyteen.

Osallistuminen suurissa kaupungeissa on erilaista kuin pienemmillä paikkakunnilla, koska niissä väestöä on enemmän ja se vaihtuu

tiheämmin. Osallistuminen vaatii suurempaa aktiivisuutta, kun yksilö ei välttämättä automaattisesti kuulu mihinkään tiettyyn yhteisöön, eikä yhteisöllisyys ole kytköksissä elinympäristöön. Naapureiden tunteminen ei enää ole itsestäänselvyys. Yksinasuminen on lisääntynyt pienten kaupunkiasuntojen määrän kasvaessa ja perheyksikön pienenemisen myötä.

Järjestöt ja yhdistykset tarjoavat ihmisille osallistumis- ja kohtamismahdollisuuksia. Ne voivat toimia samanhenkisten ihmisten yhteenliittymänä, mahdollistaa osallistumisen vapaaehtoistyöhön sekä tarjota apua asemaltaan heikommille yksilöille. Yksilöiden halu tehdä vapaaehtoistyötä kumpuaa erityisesti halusta auttaa. Lisäksi se tarjoaa mahdollisuuden tarjota vertaistukea muille samassa tilanteessa oleville. Vapaaehtoistyön on havaittu lisäävän yksilön onnellisuutta ja merkityksellisyden kokemuksia (Pessi & Oravasaari 2010, 162).

Yksinäisyyden kokemus on yhteydessä ikään, huonoon terveyteen ja työikäisillä ulkopuolisuuteen työelämässä (Moision & Rämö 2007). Yleisesti ottaen yksinäisyyden kokemus on vähentynyt 18–79-vuotiaalla (mt.), mutta painottuu palveluiden piirin ulkopuolella oleviin erityisesti yli 80-vuotiailla. Koettua yksinäisyyttä pidetään merkittävänä terveysriskinä. (Vilkkö ym. 2010.) Se huonontaa hyvinvointia ja aiheuttaa mahdollisesti mielenterveysongelmia ja passivoitumista.

Vertaisuuden ja osallistumisen korostaminen on heijastunut myös sosiaali- ja terveyspalveluihin. Terveydenhuollossa on perinteisesti ollut vahva professionalismin perinne. Viime aikoina on otettu käyttöön menetelmiä, joilla ihmisten kokemuksia voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä. Kokemusasiantuntijuus on tästä yksi esimerkki. Kokemusasiantuntija on ihminen, jolla on omakohtaista kokemusta jostakin

Yksityisyys

Yhteisön ja yksilön suhteiden muutokset vaikuttavat myös yksityisyyden kokemukseen ja siihen, mitä ymmärretään yksityisyydeksi (Lampinen 2014). Elämän eri osa-alueilla yksityisyyden kontrollin määrä vaihtelee.

Yksityisyyden vaaliminen vaatii vaivannäköä, joten ihmiset joutuvat tekemään ratkaisuja sen suhteen, onko yksityisyys vaivan arvoista. Usein yksityisyyden menettämiseen liittyvät riskit tuntuvat kaukaisilta. Tällaisia kaukaisen riskin kysymyksiä ovat esimerkiksi kysymykset siitä, kuka saa kerätä tietojani ja mitä saa selville etsimällä minua Googlessa, tai päätös siitä saako minua koskevaa tietoa jakaa. Yleisesti hyväksytty yksityisyyden taso voi muuttua radikaalisti esimerkiksi suurten terveyteen liittyvien tietovuotojen myötä.

terveyteen vaikuttavasta asiasta, esimerkiksi alkoholismista. Hän toimii palvelujen kehittämistehtävissä tai työparina terveydenhuollon ammattilaisille esimerkiksi koulutuksissa tai ryhmien ohjaajana (Moring ym. 2011)

Palvelujen yhteisöllinen ja tavallisten ihmisten vahvempaan toimijuuteen perustuva tuotanto on kasvussa. Tämä purkaa ammattilaisten ja asiakkaiden perinteisiä rooleja sillä palvelujen tuotantoon otetaan mukaan myös niitä, joilla ei ole perinteisessä mielessä terveysosaamista.

Uudet ratkaisut vaativat uudistumista niin ammattilaisilta kuin asiakkailta itseltään. Ammattilaisten tulee luottaa siihen, että asiakkaat voivat ottaa vahvempaa toimijuutta ja osaavat tehdä asioita itse. Asiakkaiden tulee puolestaan olla valmiita laittamaan omaa aikaansa ja vaivaansa palvelujen tuottamiseksi ja onnistumiseksi. (Mokka & Neuvonen 2006.)

Asiakeskeiset yhteisöt

Kaupungistuminen ja teknologian kehittyminen ovat lisänneet yhteisöllisyyden muotoja. Uudenlainen yhteisöllisyys on enää löyhästi kytköksissä pääasialliseen toimeen tai asuinpaikkaan. Uusia yhteisöllisyyden muotoja on muodostunut esimerkiksi harrastusten, järjestöjen ja joskus löyhästi kaupunginosan perusteella. Uusia ne ovat siinä mielessä, että a) yhteisö ei välttämättä ole paikkaan sidottu, b) yksilö voi itse valita yhteisönsä ja c) niiden jäsenistö voi olla liikkuvaa eikä välttämättä tunne toisiaan.



Informaatioteknologian ansiosta uusia virtuaaliyhteisöjä voi muodostua syrjäseudulle tai pienempiin kyliin, joissa paikallisyhteisöllisyys on vielä vahvaa. Yhteisöt ovat tärkeitä terveydelle, sillä ne kasvatavat sosiaalista pääomaa ja lieventävät stressiä. Toisaalta ne voivat olla myös terveysongelmien taustalla, jos yhteisön toiminta on kietoutunut epäterveellisten elämäntapojen ympärille. Esimerkiksi kimpakkämpät, ventovieraiden illalliskutsut ja teemapäivät ovat uusia positiivisia yhteisöllisyyden muotoja. Päihteiden käytön ympärille muodostuneet alakulttuurit, kuten kollektiivinen kovien huumeiden käyttö, ovat puolestaan terveysvaikutuksiltaan negatiivisia yhteisöllisyyden muotoja.

Erityisesti asiakeskeiset yhteisöt korostavat erityistaitoja ja osaamista. Tällaisten yhteisöjen korostuminen ja erityistyminen saattaa uhata vähempiosaisia tai pirstaloittaa kansanterveyttä entisestään. Toisaalta yhteisöillä voi on myös annettavaa, kuten vaikkapa tautien ympärille rakentuneilla potilasyhteisöillä on (esim. patientslikeme.com).

Valinnan ja vertaisuuden ilmiöt heijastuvat terveyteen. Esimerkiksi viime vuosina puhuttanut rokotusvastaisuus perustuu paljolti verkossa käytyihin vertaisten kampanjoihin, jotka asettuvat poikkitehoisan asiantuntijatiedon kanssa. Esimerkiksi Kalifornian vuoden 2010 hinkuyskärepidemia näyttää selittyvän osin kansalaisten rokotusvastaisuudella (Atwell ym. 2013).

Miten yksilön ja yhteiskunnan suhteiden muutos heijastuu terveyteen?

Yksilön ja yhteiskunnan suhteiden muuttuminen vaikuttaa terveyteen. Ilmiö muuttaa sitä, kuinka terveyspalveluja voidaan tuottaa tai kuinka ihmisiä tavoitetaan. Ihmiset ovat aiempaa vahvemmin valitsemiensa yhteisöjen jäseniä ja haluavat toimia itse valitsemillaan tavoilla. Yhteisöt ovat tärkeä voimavara yhteiskunnalle. Uudet kumppanuudet yhteisöjen kanssa uudistavat niitä reittejä, joilla terveyspolitiikkaa voidaan toteuttaa.

Aika parantaa verkosto, joka tarjoaa tovitukea eli keskustelutukea aikapankin keinoin. Aikapankit ovat vertaisyhteisöjä, joissa ihmiset vaihtavat palveluksia. He pääsevät hyödyntämään taitojaan ja saavat puolestaan apua tarvitsemisissa asioissa. Tovituen ideana on tarjota jokaiselle mahdollisuus saada luottamuksellisen keskustelun kautta tukea ja välittämistä. Tovituki on esimerkki siitä, kuinka yhteisöllisyyden uudet muodot saavat sovelluksia terveyden saralle.

Yhteisö vaikuttaa yksilön elämäntapavalintoihin. Vaikutukset voivat olla niin myönteisiä kuin kielteisiä. Terveydestä kiinnostunut yhteisö voi kannustaa jokaista jäsentään huolehtimaan itsestään, esimerkiksi terveellisen ravinnon ja liikunnan avulla. Kielteisenä esimerkkinä näyttäytyy puolestaan jo mainittu rokotevastaisuus. Yhteisöistä on mahdollista saada uusia sosiaalisia suhteita ja näin vahvistaa sosiaalista pääomaa. Yhteisöt ovat merkittäviä ja pitkälti hyödyntämättömiä voimavaroja terveyspalveluissa.

Megatrendi 3: Niukkenevat luonnonvarat



Kaksi edeltävää vuosisataa talouskasvumme on perustunut siihen, että yritysten käytettävissä on ollut halpaa energiaa ja luonnonvaroja. Luonnonvarojen, kuten öljyn, maakaasun tai viljelyyn sopivan maan omistus ja hyödyntäminen ovat mahdollistaneet nykyisten valtioiden vaurauden.

Suuri osa globaalista pääomasta linkittyy luonnonvaroihin ja energiaan, ja niitä hyödyntävien palvelujen ja tuotteiden tuotantoon. Tällä hetkellä monet luonnonvarat ovat niukkenemassa, mikä merkitsee sitä, että uusia ilmentymiä ei enää löydetä hyödynnettäväksi entiseen tahtiin tai ne ovat loppumassa kokonaan. Nykyisten tietojen valossa esimerkiksi fosforia, johon koko moderni maatalous perustuu, riittää enää 76 vuodeksi (BBC 2012, Cordell ym. 2009, Worm ym. 2006).

Luonnonvarojen niukkeneminen on tiukasti sidoksissa yhteiskuntien talouteen ja elinympäristön tilaan. Taloudellisesti kyse on paitsi pääomista, myös elinkeinoista ja työllisyydestä. Mikäli luonnonvarojen hinnat nousevat niiden vähetessä tai jotkin luonnonvaroista loppuvat kokonaan, on yhteiskunnilla suuri uhka ajautua taantumaan tai konflikteihin. Kansantaloudet voivat muuttua radikaalisti, kun niitä kannattelevat toimialat muuttuvat. Uudet innovaatiot ja palvelut ovat yksi reitti kansantalouksien uusiutumiseen.

Vaikka teollisuus synnyttää suuria päästöjä, myös ihmisten kulutustottumuksilla on merkitystä ilmastonmuutoksen ja luonnonvarojen käyttötapojen muutokselle. Kulutustottumukset luovat kysyntää joko ympäristöä kuluttaville tai säästäville ratkaisuille ja tuotannolle. Pohjoiseurooppalaisen ihmisen yksityisessä energiankulutuksessa suurimmat päästöt syntyvät asumisesta, liikkumisesta ja ruoasta. Näihin vaikuttamalla luonnonvarojen niukkenemiseen on mahdollista sopeutua.

Talouden sidonnaisuus luonnonvaroihin vaikuttaa elinympäristöön. Esimerkiksi hiilidioksidin lisääntyminen ilmakehässä on ongelma, joka on tarpeen katkaista ilmastonmuutoksen pysäyttämiseksi. Ilmaston lämpeneminen muokkaa maapallon ekosysteemiä ihmisille ja muulle elämälle vahingollisilla tavoilla. Hiilidioksidin vähentämiseksi ehdotettui-

hin ratkaisuihin kuuluvat muun muassa päästökauppa tai eri sektoreille, kuten kuljetukseen tai energiantuotantoon, asetetut päästörajoitukset. Tutkimuksen kautta koetetaan lisäksi löytää uusia tapoja sitoa hiilidioksidia ilmakehästä.

Osa luonnonvaroista, kuten puhdas vesi ja ilma, ovat niin kutsuttuja yhteiskäyttöisiä hyödykkeitä. Tähän saakka niitä on voinut käyttää pienellä tai olemattomalla kustannuksella kuka vain. Nyt kysymys niiden käytöstä on noussut vahvasti kansainväliseen politiikkaan, kun elinympäristölle ja ihmisten terveydelle aiheutuneet haitat ovat tulleet ilmi.

Ongelmana on, että esimerkiksi terveyshaitoista aiheutuvat rajoitteet teollisuuden toiminnalle kohtaavat yleensä ankaraa vastustusta.

Ekspontiaalisesti kiihtyvä energiankulutus

Energiankäyttö on lisääntynyt merkittävästi: sadassa vuodessa kulu- tus on kasvanut noin 15–20 kertaiseksi. On arvioitu, että jos kulutuksen kasvu jatkuisi samanlaisena seuraavat neljästä vuotta, ja pystyisimme vastaamaan tähän energiantarpeeseen erilaisilla teknologisilla tavoilla, tuottaisimme niin paljon energiankäytön sivutuotteena syntyvää hukkalämpöä, että valtameret kiehuisivat pois. Tämä ei siis johdu hiilidioksidista tai muista ilmastonmuutokseen liittyvistä seikoista, vaan yksinkertaisesti energiankäytön hukkalämmöstä, jonka vaikutusta ei vielä huomaa. (Murphy 2012)

Tilanne on samanlainen myös materiaalien resurssien kohdalla. Öljyä on jatkuvasti hankalampaa löytää ja jalostaa hyödykkeiksi. Suomalainen elintaso perustuu pitkälti halpaan energiaan, joten on tärkeää pohtia, kuinka yhteiskunnan jäsenten terveydentilaa ylläpidetään, jos ja kun öljyn hinta lisääntyy merkittävästi.

Kulutustapojen muutos

Jatkuva väestönkasvu tarkoittaa yhä kasvavaa tarvetta ruoalle, energialle ja luonnonvaroille. Perushyödykkeiden hinnat nousevat, kun teknologia ei pysty kasvattamaan tuotantomääriä samaan tahtiin kysynnän kasvun kanssa. Energian ja kriittisten luonnonvarojen hintojen vaikutukset taloussuhdanteisiin ja geopolitiikkaan muuttavat entistä suuremmiksi ja kilpailu luonnonvarojen hallinnasta kasvaa. Teknologiset edistysaskeleet parantavat eri teknologioiden resurssien käytön hyötysuhteita, mutta edistyneimmilläänkin aloilla saavutettu hyöty on muutamien prosenttien vuotuinen tehokkuuslisä. Tämä ei riitä paikkaamaan kysynnän kasvua. Tarvitaan toimintamallien radikaalia, systeemistä muutosta, esimerkiksi liikematkoille lentämisen korvaamista Skype-puheluilla.

Esimerkiksi ruoka- ja muiden hyödykemerkkinoiden globalisoituminen on johtanut yhä tehokkaampaan tuotantoon ja alueelliseen erikoistumiseen. Paikallisen hyödyketuotannon kannattavuus on pienentynyt suurta minimipalkkaa nauttivissa jälkieteollisissa maissa, kuten Suomessa.

Tehotuotannon fyysinen etäännyminen hyödykkeiden kuluttamisesta on johtanut tilanteeseen, jossa tuotannon aiheuttamiin ympäristöongelmiin ei puututa, sillä ne eivät koske hyödykkeiden kuluttajia. Tämä on aiheuttanut nälkää ja vakavia ympäristöongelmia etenkin köyhissä tuottajamaissa. Lihansyönnin lisääntyminen länsimaissa on aiheuttanut nälkää kolmansissa maissa, kun soijaproteiinikasvit ostetaan paikallisilta ja syötetään ihmisten sijaan karjalle. Kolmansissa maissa paikallisten on hankala puuttua ympäristöongelmia aiheuttavaan käyttäytymiseen. Esimerkiksi sademetsien kaatamista on vaikea estää, sillä maanomistajat tienaavat huonekalutehtaille myymillään puilla niin paljon, että voivat halutessaan lahjoa viranomaiset.

Miten luonnonvarojen niukkeneminen heijastuu terveyteen?

Hyvinvointivaltion tapa tarjota terveyspalveluita kaikille lähes maksutta on perustunut teolliseen yhteiskuntaan ja sen korkeaan työllisyysasteeseen. Vaikkei luonnonvarojen kulutuksen vähentäminen tarkoittaisikaan kasvun loppumista, voi hyvinvointivaltion rahoituspohja kuitenkin tulevaisuudessa näyttää hyvin toisenlaiselta. Meillä on ehkä vähemmän työllisyyttä ja suurta vientiteollisuutta. On myös varauduttava siihen, että ilmastonmuutos tai joidenkin kriittisten luonnonvarojen niukkeneminen voi tuottaa hetkellisiä shokkeja globaalille järjestelmälle, ja niistä



toipuminen voi romahduttaa yhteiskuntien perusjärjestelmät vuosiksi. Ihmisten arjessa tämä voi merkitä nykyisestä hyvin poikkeavia työn, arjen rytmien, kuluttamisen tai asumisen tapoja.

Tulevaisuudessa ilmastonmuutoksen aiheuttamat epäsuorat terveyshaitat ovat yhä mittavampia myös Suomessa. Ääri-ilmiöiden lisääntyminen on uhka voimakkaasti ikääntyvälle väestölle. Helleaallot ovat vaaraksi erityisesti sydäntautisille ja heikommille ikäihmisille, lisääntyvät sateet ja niiden tuomat tulvat ovat uhka puolestaan omaisuudelle. Ilman kattavia vakuutuksia omaisuustuhot aiheuttavat merkittävää taloudellista vahinkoa jo valmiiksi hoito- ja lääkekustannusten kanssa kamppaileville köyhille ikäihmisille, yksinhuoltajille ja opiskelijoille.

Antibiottiresistanssi

MRSA-bakteerit, eli bakteerit jotka ovat antibiottiresistansseja, ovat kiinnostava ja epätyypillinen esimerkki siitä, kuinka ihmiskunta tuhlaa niukkoja luonnonvaroja. Ei tiedetä, löytyykö antibiootteja lisää, silti niitä kuitenkin käytetään huolettomasti.

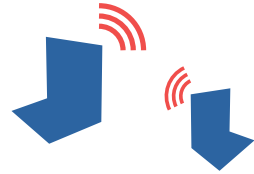
Alexander Fleming sanoi NOBEL-tilaisuudessaan, että ei ole vaikeaa tehdä mikrobeja, jotka ovat resistentteja antibiooteille jättämällä bakteerit pieniin annoksiin lääkettä. Hän jatkoi, että on iso riski, että ymmärtämättömät ihmiset eivät ota riittävästi lääkettä, ja siten mahdollistavat mikrobien resistanssikehityksen.

Tällä hetkellä antibiottiresistantit bakteerit ovat koko ajan yleisempiä. Yleensä jotkin vahvat tai harvinaiset antibiootit tepsivät vielä resistentteihin bakteereihin, mutta on olemassa myös bakteerikantoja, jotka ovat täysin resistentteja kaikille antibiooteille.

Mikäli antibiottiresistantit mikrobit yleistyvät, vaarantuu ihmiskunnan kyky hoitaa tarttuvia tauteja. Samalla katoaa kyky hoitaa monia syöpiä, eikä elinsiirtoja voida enää tehdä, sillä ne perustuvat immuunijärjestelmän hiljentämiseen. Myöskään yhtään avoleikkausta ei voida enää tehdä sydämeen, keuhkoihin tai vatsaan. Eikä minkäänlaista leikkausta mihinkään paikkaan missä on kehon omia bakteereja, kuten suolistoon, rakkoihin tai sukupuolielimiin. Ei enää polvenkorjauksia urheilijoille, ei ohitusleikkauksia, ei plastiikkakirurgiaa, rasvaimua tai tatuointeja.

Mikäli antibiootit eivät tepsii, kolarissa vahingoittuneet menehtyvät infektioihin. Pienikin naarmu, vaikka lapsen puusta putoaminen, voi olla tappava. Ennen antibiootteja yksi yhdeksästä tulehtuneesta haavasta ja kolme kymmenestä keuhkokuumeesta tappoi. Synnytyksestä tulee taas vaarallista: ennen antibiootteja puoli prosenttia synnyttäjistä kuoli. (CDC 2013, Kumarasamy ym. 2010)

Megatrendi 4: Teknologinen planetarismi



Informaatioteknologia kytkee ihmisiä, tietoa ja hyödykkeitä yhteen ennenkokemattomalla tavalla. Teknologia on jo siirtynyt hyödykkeiden tuotannosta osaksi arkeamme, mutta se voi yhä muuttaa sitä monin tavoin muuttamalla työtä, yhteisöjä ja itsestä huolehtimisen tapoja.

Globaali logistiikka ja työn muutos

Ihmisten, hyödykkeiden ja tiedon kansallinen ja ylikansallinen liikkuminen ovat nopeutuneet. Automatisoituminen, globaalit teollisuustuotteet, ICT ja viimeisenä mobiiliteknologia ovat yhdistäneet ihmiskunnan ainutlaatuisella tavalla osaksi yhtä yhteistä järjestelmää. Kaikkialla maailmassa teknologiset järjestelmät toimivat samoilla standardeilla. Yksi yhteinen järjestelmä synnyttää merkittäviä uusia mahdollisuuksia: koskaan aiemmin ihmiskunnan osaamispotentiaali ei ole ollut yhtä hyvin yhdistettävissä kuin nyt.

Oman haasteensa yhteiskunnille tuo automaation aiheuttama teknologinen työttömyys ja sen seuraukset. Teknologisella työttömyydellä viitataan teknologisen kehityksen, esimerkiksi viestintäteknologian ja automaation aiheuttamaan työttömyyteen. Kun aiemmat sukupolvet saattoivat selvittää teknologian aiheuttamista työpaikkojen vähenemisistä siten, että heidän lapsensa kouluttautuivat uusiin tehtäviin, on nykypäivänä varauduttava vaihtamaan työpaikkaa täysin eri alalle monta kertaa elämän aikana. Automaation aiheuttama keskiluokkaisen työn katoaminen voi radikaalisti muuttaa työelämää, joka on keskeinen terveyden sosiaalinen määrittäjä. Huonompiosaisten joukkoon voi siirtyä ihmisiä täysin erilaisista elämäkokemuksellisista, kasvatuksellisista ja luokkataustoista.

Teknologisesta työttömyydestä seuraa varsin merkittäviä haasteita. Yksi tyypillinen tulevaisuudentutkimuksen utopia on maailma, jossa harvan täytyy tehdä enää töitä, koska robotit hoitavat raskaat työt. Tällä hetkellä me rakennamme merkityksellisyyden ja yhteiskuntaan kuulumisen tunteemme työn kautta. Tarvitaan keskustelua uudenlaisista tavoista rakentaa merkityksellinen elämä ja löytää uusia arvokkaita tapoja kuulua yhteiskuntaan työn tekemisen lisäksi.

Työnkuvien muuttuessa hallinnollisten eli toimistotyötehtävien osuus työmarkkinoista on lisääntynyt. Suurin osa työtehtävistä, työolot ja työskentelytavat ovat keventyneet ja työssä liikkuminen on vähentynyt jyrkästi. Työolojen parantuminen on vaikuttanut suotuisasti terveyteen. Silti työ on edelleen yksi tärkein tekijä terveydelle haitallisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien, liikkumattomuuden ja stressin takana. Työn keveys ja autossa vietetyt työmatkat ovat tehneet kevyestä liikunnasta arjen sijaan vapaa-aikaan kuuluvan harrastuksen.

Uudet sensorit ja Quantified Self

Teknologiseen planetarismiin liittyy terveydenhoitoon liittyvän datan määrän räjähdysmäinen kasvu. Lääketieteellisten mittausten menetelmien ja -laitteiden kehitys tuottaa huimat määrät dataa, ja tiedon hallinta sekä käsittely kehittyvät ja helpottuu koko ajan. Lisäksi ihmiset tarkkailevat omaa terveyttään erilaisten mobiililaitteiden ja sensoreiden avulla.

Terveyden uudenlaisen seuraamisen mahdollistaa erityisesti sensoriteknologian kehittyminen. Mobiililaitteilla on jo jonkin aikaa pystytty mittaamaan erilaisia terveyteen liittyviä tekijöitä, kuten kognitiivista suorituskykyä (Measured Me 2012). Lisäksi on kehitetty ihonalaisia sensoreita, joilla voidaan mitata esimerkiksi pulssia, verenpainetta ja diabeetikkojen glukoositasoa. Nykyaikaiset sensorit lähettävät mittaustulokset langattomasti eteenpäin, jolloin lääkärit voivat seurata potilaan terveydentilaa reaaliaikaisesti etänä.

Sensoriteknologian kehityksen myötä itsensä mittaamisesta (engl. quantified self) on tullut suosittu ilmiö. Mobiililaitteilla tarkkaillaan esimerkiksi liikuntaa ja unen määrää ja laatua. Quantified self -harrastajat myös jakavat kokemuksiaan aktiivisesti verkossa. Niinpä perinteisen lääketieteen rinnalle on kehittynyt ihmisten henkilökohtaiseen toimintaan perustuvia vaihtoehtoja, jotka perustuvat vahvasti sensoriteknologian mahdollistamaan itsensä mittaamiseen ja quantified self -harrastajien vertaistoimintaan. Biohakkerointi tarkoittaa omien elintapojen ja terveydentilan jatkuvaa seuraamista ja aktiivista parantamista. Biohakkerit myös etsivät ja käsittelevät itse lääketieteellistä tietoa ja hakevat hoitoja vaikeisiin sairauksiin.

Esineiden internet

Langattomien sensorien verkosto on osa isompaa kehitystä jota kutsutaan "esineiden internetiksi" (myös teollinen internet, engl. internet of things tai industrial internet). Keskeistä esineiden internetissä on verkon välityksellä yhteydessä olevien laitteiden räjähdysmäinen kasvu. Yhdistämällä laitteista tulevia datavirtoja voidaan erilaisista järjestelmistä saada kattava kokonaiskuva, joka helpottaa niiden toiminnan tehostamista. Esimerkiksi sairaalaympäristöön sovellettuna tämä kehitys voi mahdollistaa potilaan terveydentilan kokonaiskuvan seuraamisen reaaliaikaisesti.

sesti. Lisäksi potilaiden hoitoon liittyvää logistiikkaa voidaan tehostaa ja automatisoida, mikä vapauttaa hoitajien aikaa inhimilliseen kanssakäymiseen potilaiden kanssa. Esimerkiksi GE Healthcare kehittää parhailaan älykästä sairaalarobottia, joka lajittelee ja steriloi kirurgisia välineitä. Yhtiö arvioi, että jopa 46 prosenttia globaalista taloudesta saattaa hyötyä ja muuntua esineiden internetin johdosta (GE 2014).

Big Data muuttaa yksityistä ja yhteistä

Digitalisaation tuottama niin kutsuttu Big Data -ilmiö kytkeytyy terveyteen ja samalla yksilön ja yhteiskunnan suhteeseen. Big Datalla tarkoitetaan sitä, että eri lähteistä on nykyään saatavilla valtavia määriä digitalisoitua tietoa, jota voidaan hyödyntää muun muassa erilaisten uudenlaisten kytkösten löytämiseen, yhteiskunnalliseen suunnitteluun ja kaupallisiin tarkoituksiin. Terveyden kannalta laajemmat tiedot ihmisten syömisen, liikkumisen ja ylipäätään elintapojen sekä toisaalta demografisten tekijöiden muutoksista ovat oleellisia.

Saatavilla oleva tieto terveydestä voi johtaa sellaisten uudenlaisten palvelujen kehittelyyn, jotka rakentavat ihmisille yksilöllisiä mahdollisuuksia oman terveydentilansa hallintaan. Tällä hetkellä monissa maissa on käynnissä sähköisten potilastietojärjestelmien rakennus ja tuominen terveydenhuollon asiakkaiden saataville. Toisaalta samanaikaisesti tieto ihmisten geno- ja fenotyypeistä mahdollistaa yhä tarkempien yksilöllisten riskianalysien tekemisen.

Lisääntyvä tieto ja vaikutusmahdollisuudet tuottavat uudenlaisia eettisiä kysymyksiä liittyen esimerkiksi yksilön vastuuseen omasta terveydestään. Kysymys liittyy erityisesti siihen, tuottaako tieto omasta terveydestä automaattisesti vastuun huolehtia siitä itse ennaltaehkäisevästi. Käytännössä yksilöt eivät kuitenkaan vastaa omasta terveydestään kuin osittain, sillä monien terveysongelmien juuret johtavat elinympäristöön, johon yksilön omat vaikutusmahdollisuudet ovat rajalliset tai liki olemattomat. Esimerkiksi masennukselle altistumisen voidaan tietyissä tapauksessa osoittaa alkaneen jo kohdussa (Colman ym. 2007).

Big Datan suuria lupauksia terveydenhuollolle ovat kustannustehokkuuden kasvu ja hoidon paraneminen. Kun tietoa on saatavilla digitaalisesti valtavia määriä eri lähteistä, voidaan esimerkiksi potilastietojen siirtoa jouhevoittaa niin, että eri hoidontarjoajilla on aina pääsy potilastietoihin. Tulevaisuudessa lääkäreillä on tarkat tiedot siitä, mitä asiakkaalle on tehty aiemmin ja millaista hoitoa hän tarvitsee. Kaikki yksittäisestä asiakkaasta koskaan kerätty tieto voi olla pian sähköisesti palvelujärjestelmän kaikkien toimijoiden ulottuvilla.

Datan hyödyntämisen lupaus

Kansalaisten terveyttä kartoitetaan edelleen myös perinteisin kyselytutkimuksin. Samalla terveyden käsitettä ja tutkimusta on laajennettu kattamaan myös koettua hyvinvointia. Esimerkiksi Terveyden ja

hyvinvoinnin laitoksen Alueellinen terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (ATH) kartoitetaan alueittain ja väestöryhmittäin terveyteen ja erityisesti hyvinvointiin liittyviä tekijöitä, kuten elintapoja ja kokemuksia, joista ei saada tietoa muilla keinoin. Epäsuoraa tietoa ihmisten hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä voidaan saada myös avoimia yhteiskunnallisia aineistoja analysoimalla ja yhdistelemällä.

Terveydenhuollossa hyödynnettävän datan määrää kasvattaa osaltaan terveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys ja integrointi. Suomessa potilastiedot on perinteisesti tallennettu satoihin erillisiin potilastietojärjestelmiin, joista niiden yhdistäminen ja täysimääräinen hyödyntäminen ei ole ollut mahdollista. Nyt käynnissä onhankkeita, jotka yrittävät korjata tilannetta. Kansallisen Terveysarkiston Kanta-palveluiden (Kanta 2014) tavoitteena on tuoda sähköiset potilastietoarkistot ja reseptit sekä yksityisen että julkisen terveydenhuollon saataville.

Kasvavien lääketieteellisten mittausaineistojen hyödyntämisessä korostuvat datan hallinta, varastointi ja saatavuus. Potilastietojärjestelmien lisäksi on oleellista saada tutkimusaineistot mahdollisimman hyvin tutkimuskäyttöön. Suomalaisessa SiSu-hankkeessa (Institute for Molecular Medicine Finland 2014) kerätään suomalaisten potilaiden genomitietoa tutkimuskäyttöön kansainvälisenä yhteistyönä. Suomessa on muitakin vastaavia ”biopankkeja”, joihin kerätään potilaiden kudos- ja verinäytteitä. Aineistojen kasvaessa niistä voidaan löytää uusia yhteyksiä tautien taustalla olevista tekijöistä (Luonnontieteilijä 4/2014).

Tieteellisen tiedon avoimuus on yksi keskeinen kysymys osana laajempaa datan ja tiedon avoimuuteen tähtäävää liikehdintää (OKM 2014, OKFN local: Finland 2014). THL on näyttänyt tässä esimerkkiä avaamalla väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja kokoavan Sotkanet-indikaattoripankkinsa (THL 2014b).

Avoin data Englannissa

Englanti on yksi avoimen tiedon edelläkävijämaista. Uunituoreessa selvityksessään (Verhulst et al. 2014) NHS England ja GovLab New Yorkin yliopistosta haluavat edistää avoimen datan käyttöä terveydenhuollossa. Avoimen datan katsotaan tuottavan arvoa tehostamalla terveydenhuollon prosesseja ja mahdollistamalla innovaatioita. Potilaan näkökulmasta avoin data voi lisätä valinnanmahdollisuuksia, palvelun läpinäkyvyyttä, palveluntarjoajien vastuullisuutta ja parantaa asiakaspalvelun laatua. Avoin data onkin asetettu Englannissa terveydenhuollon strategian keskiöön. Kansallisesti tietoa ja IT-järjestelmiä terveydenhuollon toimijoille välittävä Health and Social Care Information Centre on veloitettu avaamaan lähes kaiken datansa anonymisoituna. Lisäksi tavoitteena on, että vuonna 2015 jokainen potilas pääsee käsiksi omaan sähköiseen potilashistoriaansa. Lääkärιαikavarausten ja reseptien käsittelyn on määrä hoitua niin ikään sähköisesti (Verhulst ym. 2014, 15).

Avoimen tutkimuksen vastakohta on tutkimustiedon valikointi ja pimentäminen. Esimerkiksi mielialälääkkeiden tehokkuudesta ja niiden taustalla olevien tutkimusten paikkansapitävyydestä on esitetty paljon perusteltuja epäilyjä lääkeyhtiöitä kohtaan (Fournier ym. 2010). Maailmalla on noussut paljon vaatimuksia siitä, että lääkeyhtiöiden tulisi avata kaikki lääkkeiden kehitykseen liittyvä data muiden nähtäväksi, eikä pelkästään esittää yhtiöiden tuotteiden kannalta suotuisia tuloksia. Eri-tyisesti lääketieteellisten kliinisten tutkimusten avoimuudessa on otettu merkittäviä askelia kansainvälisesti (Rabesandratana 2013).

Toinen merkittävä tekijä kasvavan datamäärän hyödyntämisessä on laskennallisten analyysi- ja suosittelemien menetelmien kehitys. Esimerkiksi Suomessa Duodecimin päätöksentukipalvelu pystyy jo yhdistämään sähköisen potilaskertomuksen lääketieteelliseen tietoon ja antamaan lääkärille hoitosuosituksia (Duodecim 2014). Tulevaisuudessa halutaan entistä kattavampia ja luotettavampia suosittelemien järjestelmiä, mikä edellyttää laskennallisia menetelmiä, jotka pystyvät seulomaan ja yhdistämään suuria ja kohinaisia mittausaineistoja ja poimimaan niistä oleellista tietoa ja antamaan luotettavia ennusteita.

Yksi edelläkävijä laskennallisten menetelmien kehityksessä on IBM:n kehittämä kognitiivisen laskennan järjestelmä Watson, joka on hiljattain valjastettu myös lääketieteen käyttöön (CIO 2011). Se hyödyntää mitaustulosten lisäksi lääketieteelliseen kirjallisuuteen hautautunutta tietoa kehittyneen tekstinlouhinnan menetelmin. Myös suomalainen tietojenkäsittelytieteen ja koneoppimisen tutkimus on mukana maailman terävimmässä kärjessä kehittämässä menetelmiä henkilökohtaisen lääketieteen käyttöön (Costello ym. 2014).

Datan määrän kasvaessa ja analyysimenetelmien kehityksen seurauksena tarjolla on tehokkaampia ja potilaalle paremmin sopivia hoitoja pienemmillä sivuvaikutuksilla. Lisäksi tautien ennaltaehkäiseminen on yhä helpompaa jatkuvan monitoroinnin seurauksena.

Hoidon henkilökohtaistuminen johtuu ensisijassa siitä, että ihmisillä on enenevässä määrin mahdollisuus saada tietoa omasta terveydestään (Main & Slywotzky 2012). Osittain kehitys johtuu uusista teknologisista mahdollisuuksista. Sairastajat tulevat nykyään usein lääkärin vastaanotolle mukanaan valmis, internetistä printattu diagnoosi. Internet on mahdollistanut sairastajan nousemisen oman terveystietonsa asiantuntijaksi. Uudet applikaatiot ja mobiililaitteiden alati kehittyvät sensorit tekevät sairastajasta myös hoidon asiantuntijan. (ks. PSFK 2014)

Kuka omistaa minun terveystietoni?

Terveystietojen datan väijäämättömän kasvun ohessa kysymykset henkilökohtaisen datan (personal data) omistamisesta ja hallinnasta tulevat koko ajan oleellisemmiksi. Kysymys ei ole pelkästään yksityisyydensuojasta (privacy), vaan laajemmin tiedon keräämisen ja hyödyntämisen periaatteista. Tästä kehityksestä käytetään termiä My Data.

Avoimien tietojen ja My Data Suomessa - Open Knowledge Finland

Suomessa avoimien tietojen ja My Datan asiaa edistää Open Knowledge Finland ry työryhmineen. OKF tuotti hiljattain LVM:n tilauksesta selvityksen My Datan mahdollisuuksista ja vaikutuksista Suomessa (Poikola ym. 2014). Selvityksessä My Data -ajattelu on tiivistetty kolmeen periaatteeseen:

1. Yksilöiden oikeus ja mahdollisuus hallita omaa dataansa
2. Henkilötiedon kattava ja käytännöllinen saatavuus
3. Henkilötiedon hallinnan hajauttaminen ja yhteentoimivuus

Näiden periaatteiden huomioiminen ja niitä tukevan infrastruktuurin luominen tiedon hallinta-, luottamus- ja anonymisointipalveluineen mahdollistavat kestävä ja ihmiskeskeisen henkilötietoihin perustuvan terveydenhuollon ekosysteemin. Tavoitteena on, että potilas näkisi, mitä terveystietoja kullakin terveydenhuollon toimijalla on hänestä kerättyä, ja että hän pääsisi lisäksi hallitsemaan tietojen käyttöä ja siirtymistä toimijoiden välillä.

My Data koskettaa useita elämäntilanteita, kuten kulutustottumuksia ja mobiilidataa, mutta sen merkitys korostuu erityisesti terveydenhuollossa. Terveystietoihin liittyviä tietoja voidaan perustellusti pitää kaikkein henkilökohtaisimpana ja siten myös arvokkaimpana tietona. Nykyisessä järjestelmässä potilailla ei usein ole mahdollisuutta vaikuttaa tai edes tietoa siitä, millä toimijoilla ja yrityksillä on hallussaan heidän henkilökohtaisia terveystietojaan. Nyt ollaan tilanteessa, jossa monilla toimijoilla on pääsy potilaan tietoihin tämän tietämättä. Toisaalta hoidon kannalta tarpeellisia tietoja ei läheskään aina ole saatavilla, koska ne sijaitsevat eri järjestelmissä. Tilanne on pidemmän päälle erittäin epäedullinen, ja jopa vaarallinen.

Keskeistä terveystietojen hyödyntämisessä on erilaisten datavirtojen tehokas yhdistäminen. Esimerkiksi potilashistorian, genomitiedon ja sensoritiedon perusteella potilaan terveydestä saadaan huomattavasti aiempaa tarkempi ja monipuolisempi kuva. Toisaalta tällainen tieto väärässä käsissä on potilaan kannalta suuri uhka.

Suomalainen Taltioni-hanke tähtää potilaiden terveystietojen turvalliseen kokoamiseen, tuottamiseen ja jakamiseen. Mukana on hyviä My Datan periaatteiden mukaisia ominaisuuksia. Käyttäjä esimerkiksi pääsee valitsemaan, mitkä sovellukset näkevät mitään tietoa. Taltionia hyödyntää myös My Data -henkinen Terveystieto.me-hanke, jossa joukko kansalaisia haluaa kerätä "koko terveystietojen käyttöhistoriansa

eri tietojärjestelmistä netti- ja mobiilipalveluun” (Terveystieto.me). My Datan periaatteiden mukaisesti tieto siirtyisi palvelussa potilaiden hallintaan.

Viime aikoina on perustettu muitakin kotimaisia henkilökohtaisen terveystiedon aggregaattoripalveluita. Health Puzzlen (2014) tavoitteena on edistää asiakkaiden terveyttä yhdistämällä tietoja useista quantified self -sovelluksista. Lisäksi mukana on pelillisiä ja sosiaalisia elementtejä, joiden tarkoituksena on tehdä terveyden edistämisestä hauskeempaa ja samalla tehokkaampaa. Samoin Wellness Warehouse Enginen (W2E, 2014) ideana on yhdistää eri sovellusten datat yhteen palveluun.

Datan kerääminen ja yhdistäminen useista lähteistä kiinnostaa myös suuria ICT-alan toimijoita. Esimerkiksi vuonna 2014 julkistettujen Samsung SAMI, Apple Healthkit ja Google Fit -palveluiden tavoitteena on luoda terveyssovellusten ekosysteemi, jossa kaikki data kulkee keskussovelluksen kautta. Tämä mahdollistaa ainutlaatuisten terveysaineistojen keräämisen. ICT-jätit hankkivat mielenkiintoista dataa myös yritysostojen kautta. Esimerkiksi Facebook osti vuonna 2014 suomalaisen Movesin ja pääsi näin käsiksi tuhansien suomalaisten liikuntatietoihin. Facebookin kaltaisten palveluiden toiminta on kaukana My Datan periaatteista, ja tällaisen kehityksen päässä onkin mahdollista nähdä erilaisia uhkakuvia terveysdatan laajamittaisesta väärinkäytöstä tulevaisuudessa.

Oleellista onkin siis kenen ehdoilla dataa kerätään, yhdistetään ja hyödynnetään: ihmisten vai voittoa tavoittelevien yritysten? Vaikka datan määrän vääjäämätön kasvu (Big Data) tulee tehostamaan terveydenhuoltoa merkittävästi, se tuo mukanaan myös suuria uhkia terveydenhuollon ihmislähtöisyydelle. Keskeisiä kehityssuuntia yksilön eli potilaan näkökulmasta ovat datan ja tiedon avoimuus (open data) ja erityisesti henkilökohtaisen terveydenhuollon ihmislähtöinen kehitys My Datan periaatteiden mukaisesti.

Miten teknologinen planetarismi heijastuu terveyteen?

Teknologinen planetarismi muuttaa työtä ja sen olosuhteita. Työ kuuluu osaksi elinympäristöämme ja toisaalta myös sosiaalisia verkostoja ja yhteisöjä. Teknologisen planetarismista kautta muuttunut työ heijastuu terveyteemme monella tavalla. Työn uudet terveysriskit ovat psyykkisessä rasittavuudessa (Rantanen 2005). Henkistä kuormitusta lisäävät monelle nykytyölle ominaiset kiire, vastuu, kehitymis- ja muutospaineet, kasvavat osaamisvaatimukset ja yksilön tulosvastuu (Rantanen 2005). Työuupumuksen on ehdotettu olevan jopa yksi suurimmista syistä suomalaisten masennukseen (Motiivi 2013).

Teknologian tuntemus on edellytys yhä useammassa työssä, mikä on haaste erityisesti ikääntyvälle väestölle. Samalla työn fyysinen kuormittavuus on muuttunut. Uusien koneiden ansiosta tuotannolliset tehtävät ovat mekanisoituneet, ja niissä vaadittava liike on yksitoikkoistunut. Toistuvasta kuormituksesta seuraa tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Ne ovat yleisiä työ- ja eläkeikäisten ongelmia Suomessa (Heliövaara ym.

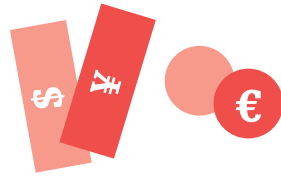
2005, Bäckmand & Vuori 2010). Liikkumattomuus on nykyään yksi suomalaisten suurimpia terveysriskejä. Se aiheuttaa lihavuutta ja tuki- ja liikuntaelinsairauksia, ja on usein yksi elintapasairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, taustatekijöistä (UKK-insituutti 2014). Suomalaiset ovat nykyään muita pohjoismaalaisia lihavampia. Syynä on energiankulutuksen lasku, sillä energiansaanti ei ole juuri noussut. (Sarlio-Lahteenkorva ym. 2006).

Teknologinen planetarismi heijastuu myös terveyspalveluihin. Informaatioteknologian kehitys mahdollistaa erilaisia tapoja tehostaa terveydenhuoltoa. Esimerkiksi suuri osa lääkärikäynneistä voitaisiin jo nyt korvata etälääkäripalveluilla. Etälääkäri saa tarpeellisen tiedon potilaista esimerkiksi kuvien ja sensorien mittaustulosten perusteella. Kotimainen MeeDoc mahdollistaa yhteydenoton lääkäriin videopuhelun avulla (MeeDoc 2014). Informaatioteknologian ja datan avulla on myös mahdollista löytää itselleen parhaiten sopiva lääkäri (ks. esim. BetterDoctor 2014).

Terveystiedon helpolla saatavuudella on varjopuolensa. Internetissä leviää paljon tietoa, jonka alkuperä ja luotettavuus ovat kyseenalaisia. Jos ihmisten lähdekritiikki pettää, voi seurauksena olla rokotusvastaisuuden kaltaisia ilmiöitä, jotka vaarantavat tuhansien terveyden. Tietoa levittävillä tahoilla voi olla erilaisia tutkimuksellisia ja taloudellisia intressejä, jotka vaikuttavat esitettävään tietoon ja käytettyihin lähteisiin. Terveydenhuollon rooli tulevaisuudessa on olla luotettavan tiedonjaon kanava.



Megatrendi 5: Globaali talous



Globaali talous heijastuu Suomeen kahdella tavalla: ensinnäkin se palvelee ihmiskunnan tarpeita ennennäkemättömällä tehokkuudella ja lisää hyvinvointia parantamalla paikallisia tehostumien alueita. Toisaalta se on olemukseltaan kompleksinen ja lisää ennustamattomuutta sekä inhimillistä epävarmuutta.

Elintaso ja koulutus muuttuvassa maailmantaloudessa

Vuosien 1860 ja 2009 välillä suomalaisten asukaskohtainen bruttokansantuote kasvoi 24-kertaiseksi (Hjerpe 2010). Elintason nousu tarkoitti parempaa ruokavaliota, vaatekustannusten ja lämpimämpää ja puhtaampaa kotia. Samalla väestön terveys parani (Livi Bacci 2000, 129). Elintaso on kuitenkin jakautunut epätasaisesti.

Viime vuosikymmeninä maailmantalouden kaksijakoinen asetelma on teknologian kehityksen ja lisääntyneiden yhteyksien myötä purkautunut. Globaali maailmantalous on moninapainen toimijoiden verkosto, jossa Kiinan kaltaisten valtavien markkinoiden avautuminen muuttaa totuttuja asetelmia. Talouden globaalius muuttaa markkinoita ja työelämää sekä niissä tarvittavaa osaamista.

Samalla kun globaali talous on mahdollistanut elintason nousun, on se aiheuttanut uusia vaatimuksia ihmisille esimerkiksi työmarkkinoiden suhteen. Työtehtävät muuttuvat. Muutos asettaa työntekijöille vaatimuksia uusista taidoista, joilla selviytyä kansainvälisillä työmarkkinoilla. Pelkkä ahkeruus ei enää riitä. Työntekijän pitää pystyä oppimaan ja omaksumaan uutta sekä sietää epävarmuutta. Tämä heijastuu eri tavoin eri ihmisiin, ja luo todennäköisesti epätasa-arvoa ihmisten välille.

Koulutuksen merkityksestä globaalissa taloudessa on esitetty kahdenlaisia näkemyksiä. Yhtäältä on ajateltu, että koulutuksessa Suomen kannattaa panostaa huipputalouteen, koska tällä tavalla voidaan varmistaa, että Suomesta löytyy kärkialojen innovaatiotoimintaa myös jatkossa (ks. esim. Lahtinen ym. 2012). Toisaalta on esitetty, että megatrendit tuovat ihmisten ja yhteiskuntien eteen haastavia uusia ja ennakoimattomia tilanteita. Tiettyihin osaamisiin panostamisen sijaan koulutuksen avulla

Kommodifikaatio eli tavaramuotoistuminen

Terveyspalvelut nähdään yhä useammin tuotteina ja palveluntarjoajat asiakaspalvelijoina, joille kohdistetaan vaatimuksia. Itseä koskevaa tietoa vaaditaan hanakammin.

Cottamin ja Leadbeaterin mukaan individualistiset ja markkinaperustaiset terveysratkaisut palvelevat parhaiten niitä, joilla on jo valmiiksi hyvät resurssit tehdä valintoja, eli yhteiskunnan parempiosaisia. (Cottam & Leadbeater 2005, 11–12.) Tälle on kaksi syytä: sekä terveys että kulutusmahdollisuudet jakautuvat alueellisesti. Alueiden palvelutaso on riippuvainen asukasrakenteesta ja esimerkiksi terveellisen ruuan ja lääkkeiden saatavuus on alueriippuvaista. Kehitys on nähtävissä myös Helsingissä. Sen eri alueiden välillä esiintyy terveyseroja: keskustan ulkopuolisilla alueilla voidaan keskusta-alueita huonommin. Samalla palvelutarjonnan kaventuminen kaupunkikeskustojen ulkopuolella on kasvava ilmiö (Vilkama 2009, 46).

kannattaa vahvistaa ihmisten kykyjä ratkaista ongelmia, olla sinnikkeitä, uteliaita ja soveltaa osaamistaan asioita muuttuvissa tilanteissa (ks. Leppänen ym. 2013).

Kuka globaalissa taloudessa vastaa?

Globaalin talouden vaikutukset heijastuvat toimijoiden välisiin vastuisiin. Maailmassa on yhä vähemmän ihmisten välistä toimintaa, joka ei jotenkin olisi riippuvaista globaalista taloudesta. Hyödykkeillä on globaali hinta ja entistä suurempi osa tuotannosta altistuu globaalille kilpailulle. Markkinoilla ei tyydytetä enää ainoastaan tarpeita tuotannon ja kuluttamisen kautta. Finanssi- eli rahoitusmarkkinoista, on tullut muutamassa vuosikymmenessä dominoiva osa tätä kokonaisuutta. Tieto ja toimijat kulkevat maailmassa ennennäkemättömällä nopeudella, mikä saattaa hämärtää vastuun rajoja: tilanne ei vaikuta olevan kenenkään hallinnassa.

Monimutkaisen globaalin talouden ohjaaminen tietoisilla poliittisilla päätöksillä on hankalaa. Talouteen liittyvien uudenlaisia, mittaluokaltaan valtavia epävarmuuksia. Osin tämän kehityksen varjoista on kasvanut uudenlaisia paikallistalouden järjestelmiä. Tilanne voi näyttäytyä monille ihmisille kompleksiselta ja irrationaaliselta peliltä, joka tuntuu merkittävältä uhalta yhteiskuntien vakaudelle ja yksilöiden hyvinvoinnille.

Globaalit terveystuotteet

Liikkuminen paikasta toiseen on globaalien talouden myötä aiempaa helpompaa. Terveystuote on sen sijaan yhä kalliimpaa monissa maissa. Tämä on johtanut siihen, että yhä useampi eurooppalainen hakee halvempaa hoitoa ulkomailta. EU-lainsäädäntö tukee kehitystä: hoito pitää saada samaan hintaan niin muissa EU-maissa kuin kotimaassa. Osittain hoidon kallistuminen johtuu medikalisaatiosta.

Globaalien talouden mekanismit vaikuttavat terveyttä tukevien palvelujen ylläpitämisestä aiheutuviin kustannuksiin. Terveystuotteen hoito- ja palveluiden kustannukset ovat kasvaneet yli 25 prosenttia vertailuvuodesta 2005 (Kapiainen ym. 2014). Aalto-yliopiston ja Kunnallissalan kehittämissäätiön mukaan sosiaali- ja terveystuotteiden tarve voi jopa kaksinkertaistua vuoteen 2040 mennessä, mutta veronmaksukyky kasvaa tässä ajassa vain 7 prosenttia (HS 25.6.2014). Väestön ikääntyminen ja kaupungistuminen aiheuttavat kustannuspaineita kahdella tavalla: hoidettavia on yhä enemmän ja hoito kallistuu jatkuvasti. Nykyistä lineaarista hinnannousua on hillitty lisäämällä terveystuotteen henkilöstön työtaakkaa tehostamalla ja leikkaamalla palveluita. Tätä ei voida tehdä loputtomiin. Suurten tulevaisuuden vaikutuksesta nykymuotoisten terveystuotteiden ja hyvinvointipalveluiden kustannukset tulevat kasvamaan kiihtyvällä vauhdilla. Terveystuotteiden globalisaatio tarkoittaa sitä, että paine ratkaista asioita uusilla tavoilla ja edullisemmin lisääntyy.

Miten globaali talous heijastuu terveyteen?

Globaali talous heijastuu terveyteemme monilla tavoin. Yhtäältä elintason nousu ja kansainvälinen hyödykkeiden, tiedon ja ihmisten liikkuminen on mahdollistanut elämäntapojen kirjon laajenemisen. Saamme tietoa terveyteen liittyvistä hyödykkeistä, esimerkiksi lääkkeitä, aiempaa helpommin. Toisaalta globaalien talouden mukanaan tuoma eriarvoisuus toimijoiden välillä jakaa terveydestä huolehtimisen mahdollisuuksia epätasaisesti ihmisten välillä. Tätä ristiriitaisuutta tukee myös työmarkkinoiden muutos ja uudet vaatimukset työntekijöille.

Yhteenveto: Terveystuotteen valinnanvapaus on laajempi kuin terveystuotteet

Yhteenveto: Terveyden valinnanvapaus on laajempi kuin terveystalvet

Tässä selvityksessä on tutkittu ihmislähtöistä terveystalvitystä, kartoitettu terveyden nykytilaa Suomessa sekä ihmisten ja yhteiskunnan tulevaisuuteen liittyviä isoja muutoksia. Selvitys toimii lähtökohtana terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuuksia luotaavalle skenaariotyölle.

Suomalaisen yhteiskunnan historiaa voisi kertoa terveyden edistämisen historiana. Nyt edistämistavat ovat kuitenkin murroksessa. Megatrendien vaikutukset terveyden sosiaaliisiin määrittäjiin tarkoittavat monen totutun asian kyseenalaistamista. Mikä palvelu on tulevaisuudessa terveystalvet? Mitkä ovat keskeisimmät tulevaisuutta koskevat epävarmuudet?

Ihmislähtöisen terveyden näkökulmasta voidaan nimetä kaksi tärkeää muutosta:

1. Muuttuvassa maailmassa ihmisten arkiset valintaympäristöt muuttuvat ja vaikuttavat ihmisten valintoihin ja valinnanmahdollisuuksiin. Elämäntavat ovat keskeinen terveyden ja toimintakyvyn lisäämisen työkalu. Elämäntavat sisältävät ihmisen arvostukset, vertaisyhteisöt ja identifioutumisen niihin sekä ihmisen omat tavoitteet. Elämäntapojen kautta yksilöllisyyttä on mahdollista ymmärtää monipuolisemmin, ei vain kulluttajuuteen liittyvänä ilmiönä. Elämäntapoihin vaikuttavien terveyden portinvartijoiden tunnistaminen on keskeinen terveyden edistämisen resurssi.

2. Vaihtoehtojen tarjoamisen politiikasta on otettava askel kohti kasvavan terveyden politiikkaa. Tasa-arvoiset mahdollisuudet eivät riitä torjumaan terveyseroja. On kiinnitettävä lisää huomiota siihen, minkälaisilla ratkaisuilla on ollut vaikutusta ihmisten koettuun terveyteen. Terveystalvityksen ja koetun terveyden takaisinkytkentää palvelujen suunnitteluun on lisättävä.

Elämäntavat ovat keskeinen terveyden ja toimintakyvyn lisäämisen työkalu.

Vaihtoehtojen tarjoamisen politiikasta on otettava askel kohti kasvavan terveyden politiikkaa.

Terveyden sosiaaliisiä määrittäjiä on tutkittu jo aiemmin (ks. esim. Mikkonen & Raphael 2010), mikä on laajentanut ymmärrystä terveydestä ja sen taustatekijöistä. Nämä sosiaaliiset määrittäjät eivät kuitenkaan ole pysähdyksissä. Ne muuttuvat jatkuvasti.

Terveyden rakentumisen kontekstit muuttuvat, kun erilaiset nousevat ilmiöt, uudet toimintamallit ja globaalit megatrendit muovaavat yhteiskuntaa.

Näiden muutosten ymmärtäminen on tärkeää, jotta osaamme tehdä oikeanlaisia ratkaisuja tulevaisuuden terveyden näkökulmasta.

Jotta terveyden tulevaisuutta voidaan ymmärtää, täytyy tietää keskeiset terveyden nykytilan piirteet. Suomessa on yleisellä tasolla hyvä keskimääräinen terveystilanne. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että terveyseroja ei olisi. Erot tunnetaan kohtuullisen hyvin.

Terveystalvitystä määrittää kuitenkin sairauslähtöinen terveystalvitys, joka käytännössä rajoittaa ymmärrystä terveyden rakentumisesta. Terveystalvitykseen liittyvä tieto on jakautunut voimakkaasti eri ihmisten välillä: jotkut osaavat tehdä sellaisia hyviä terveystalvityksiä, joita toiset eivät välttämättä edes tunnista terveyteen liittyviksi. Terveyden autonomia toteutuu käytännössä hyvin eri tasoisesti eri ihmisten kohdalla.

Selvityksen pohjalta keskeinen kysymys on, miten uudet resurssit, kuten lisääntyvä terveystalvityksen käyttö, löytävät tiensä niiden käsiin, jotka tarvitsevat eniten tukea tai joille elintapojen muutoksella olisi suurin terveystalvityshyöty?

Terveystalvitykset määrittyvät erityisesti perimän, elintapojen ja elinympäristön kautta. Terveyden rakentumisen kontekstien ymmärtäminen on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa tärkeimmät vipupisteet. Esimerkiksi perimä- eli genomitutkimus ei ole merkittävää siksi, että se kertoo tarpeeksi ajoissa perinnöllisistä sairauksista, vaan ennen kaikkea siksi, että se näyttää riskin sairauksien puhkeamiseen, mikäli elintavoissa tai elinympäristössä ilmenee altistustekijöitä.

Jo nyt monet globaalit palvelut pyrkivät vahvistamaan terveyden lukuaitoa eli yksilön ymmärrystä terveyden rakentumisesta. Samaan aikaan vaatimukset terveystiedon yksityisyydestä ja yksilön autonomiasta lisääntyvät.

Terveyttämme uhkaavat asiat kytkeytyvät elintapoihimme. Siksi ihmisen – perimän, elintapojen ja elinympäristön – ottaminen terveyden tarkastelun keskiöön on tärkeää.

Uudet terveyttä tukevat ratkaisut löytyvät laajentamalla terveystyötä ja toisaalta antamalla ihmisille mahdollisuuksia vaikuttaa.

Viimeisin laaja suomalainen terveysnovaatio, hyvinvointivaltio, on ollut jo pitkään kansainvälisen ihailun kohteena. Hyvinvointivaltio on ratkaissut suomalaisia terveyshaasteita aina 1960-luvulta alkaen. Nyt hyvinvointimallimme rahoituspohja on murroksessa, ja moni haluaa yhtenevien palvelujen ohella henkilökohtaista ja käyttäjälähtöistä asiakaskokemusta. Yksilön ääni ja sen vaatimus näkyy myös terveysasioissa, mikä tarkoittaa ihmisten eli käyttäjien aiempaa vahvempaa mukaan ottamista palveluiden kehittämiseen ja tuottamiseen. Käyttäjälle täytyy syntyä kokemus siitä, että terveyspalvelu on juuri minua tai meitä varten. Parhaimmillaan terveys on tulevaisuudessa asia, joka kytkee ihmisiä ympäröivään yhteiskuntaan ja yhteisöihin.

Hyvinvointivaltion palvelulupaus perustuu tarjonnan universalismiin. Nyt on kysyttävä; mitä on terveyden uusi universalismi?

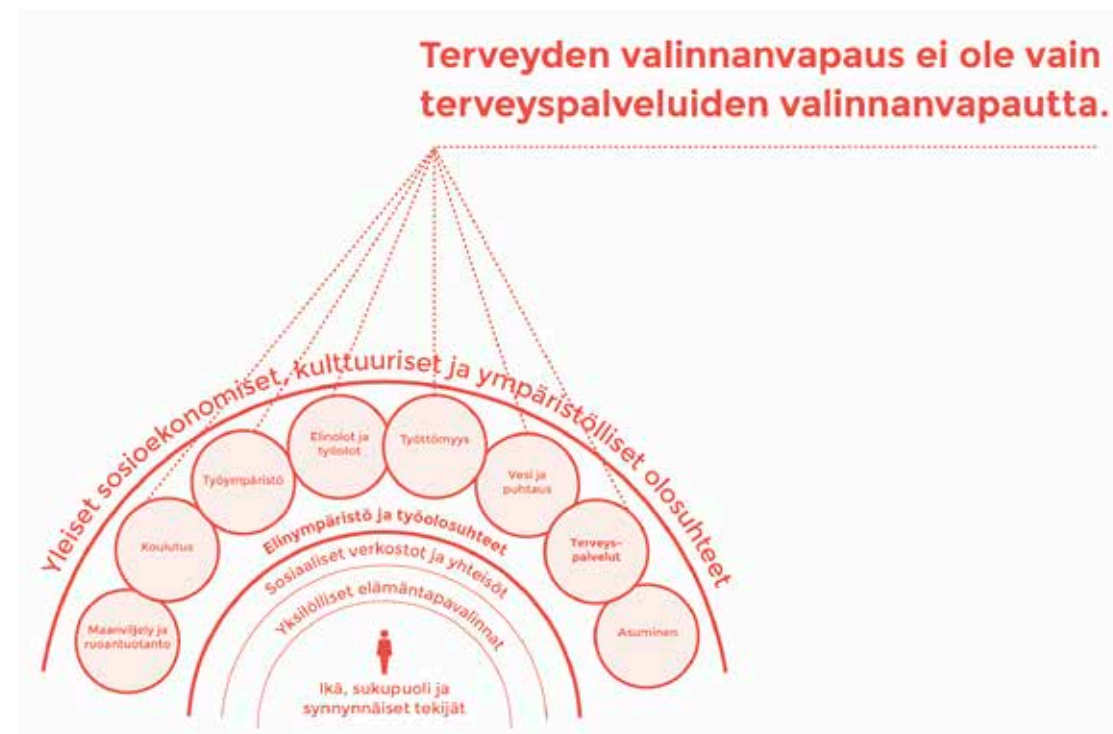
Jo nyt osa valitsee itselleen sopivan terveyspalvelun tarjolla olevista. Yksityinen terveyshuolto tai työ- ja opiskelijaterveydenhuolto jakaantuvat mahdollisuuksina epätasaisesti suomalaisessa yhteiskunnassa. Voisiko uusi universalismi olla yhteiskunnan – julkisen sektorin, yritysten ja järjestöjen sekä vertaisryhmien – tarjoamaa tukea, joka perustuu ymmärrykselle kaikista terveyden rakentumisen konteksteista ja mahdollisuuksista? Tuleeko järjestelmän kyetä nopeammin korjaamaan itseään ihmisten toiveiden ehdoilla? Keskeistä onkin kysyä, mille arvoille terveyden edistäminen tulevaisuudessa rakentuu.

Lisääntyvä valinnanvapaus, yksilöllisyys ja terveyden tasa-arvo eivät saa olla ristiriitaisia vaan toinen toisiaan vahvistavia.

Viime vuosina Suomessakin on keskusteltu aiempaa enemmän valinnanvapaudesta. Yksilön itsemääräämisoikeudesta ponnistava paradigma ajatellaan usein terveysjärjestelmän ominaisuudeksi: valinnan mahdollisuudet itsessään ovat tärkein muuttuja. Hyvä valinnanvapaus kuitenkin tukee ihmisten toimintakykyä ja lähtee siitä liikkeelle. Parhaimmillaan yhteiskunta varmistaa, että valintojen tekemiseen on yhtäläiset ja reilut mahdollisuudet esimerkiksi sosiaalisesta taustasta riippumatta.

Valinnanvapauden pitää vahvistaa ensisijaisesti ihmisen ja käyttäjän asemaa, ei järjestelmän asemaa.

Tiedämme, että globaalit megatrendit muuttavat sitä miten asumme, viettämme vapaa-aikaa, työskentelemme tai liikumme. Megatrendit muuttavat vuorovaikutusta ja olosuhteita, joissa terveys syntyy. Näiden muutosten seurauksena terveys voi tulevaisuudessa rakentua hyvin eri tavalla kuin tänä päivänä. Niin myös valinnanvapaus.



Kuva 9. Mitkä palvelut rakentavat ihmisten kykyä valita ja kuuluvat valinnanvapauden piiriin vuonna 2050?

Terveyteen liittyvistä valinnoista tarvitaan laajempi ymmärrys, jotta terveyden sosiaalisten määrittäjien muutoksiin osataan vastata.

Terveyden nykyinen työkalupakki ei riitä. Uhkien, haasteiden ja muutosten lisäksi terveyteen liittyy myös lukuisia uusia voimavaroja. Yhteiskehittäminen ja yhteistuotanto mahdollistavat ihmisten eli käyttäjien ottamisen mukaan palveluiden tuotantoon. Kehittyvä teknologia luo uudenlaisia tietoon ja etähoitoon liittyviä mahdollisuuksia, jotka voivat parhaimmillaan sekä kaventaa terveyseroja että lisätä yksilön ja ryhmien autonomiaa.

Miten uudet voimavarat saadaan parhaiten käyttöön, ja miten ne yhteistyessään muuttavat terveyden edellytyksiä ja koko yhteiskuntaa?

Tämän selvityksen tavoite on ollut lisätä ymmärrystä terveyden rakentumisesta, nykytilasta, muutoksista ja valinnanvapauden mahdollisuuksista uutena ratkaisuna. Ennen kaikkea selvityksen tavoite on auttaa ymmärtämään, mitkä ovat keskeisiä jännitteitä ja muutosilmiöitä terveyden tulevaisuuden kannalta.

Tällaisia ovat esimerkiksi digitalisaation ja tasa-arvon suhde: entä jos huippuratkaisut ovatkin vain niiden saatavilla, jotka osaavat käyttää

hyödykseen uusinta teknologiaa? Miltä tulevaisuus näyttää, jos teknologioiden sijaan sairauksia hoidetaan yksilön valintoja muuttamalla? Entä ajattelemmeko terveyden olevan yksilön vai ryhmän projekti?

Nämä ovat esimerkkejä kysymyksistä, joiden kautta terveyden tulevaisuuskuvat voivat rakentua. Yhtä tärkeää on kysyä, miltä tulevaisuus näyttää, jos emme osaa ratkaista elintapasairauksien haasteita, tai jos terveys ei olekaan asia, jonka suhteen olemme kuluttajia vaan esimerkiksi markkinoiden ulkopuolella tapahtuvaa toimintaa.

Tämän selvityksen varaan nojaavan skenaariotyön tavoitteena on tarkastella näitä ja monia muita terveyteen ja valinnanvapauteen vaikuttavia tekijöitä.

Nyt tiedämme jo, että:

- 1.** Nykyinen terveysjärjestelmä on isojen murrosten keskellä.
- 2.** Kontekstit, joissa terveys syntyy, ovat muutoksessa.
- 3.** Terveyden vahvistaminen on toimintakyvyn vahvistamista.
- 4.** Ihmislähtöisyys auttaa tunnistamaan merkittävät valinnat.
- 5.** Hyvä valinnanvapaus rakentuu vain terveyden rakentumista ymmärtämällä.

Kysymyksiä skenaariotutkimukseen

Miten terveyden voimavaroja voidaan lisätä?

Millaisia terveyttä edistäviä voimavaroja yhteiskunnasta löytyy?

Ketkä ovat terveyden uusia portinvartijoita?

Millainen on hyvää valinnanvapautta?

Miltä ihmislähtöinen terveys näyttää vuonna 2020, entä vuonna 2050?

Miten megatrendit muuttavat terveyden konteksteja?

Lähteet

Lähteet

Aalto, A. 2011. Psyykkisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus 11. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu: 11.11.2014. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psyykkinen_vt_110126.pdf.

Alanen, O., Hautamäki, A., Kaskinen, T., Kuittinen, O., Laitio, T., Mokka, R., Neuvonen, A., Oksanen, K., Onnela, S., Rissanen, M., Vassinen, S., & Viljanen, V. 2010. Metropolin hyvinvointi. Helsinki: Demos Helsinki.

Alavaikko, M. 2006. Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu: Keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Julkaisussa: Rantala K. & Sulkunen P. (toim.) Projektityhteiskunnan kääntöpuolia. Gaudeamus: Helsinki, 39-55.

Aromaa, A., Heliövaara, M., Impivaara, O., Knekt, P., Maatela, J., Joukamaa, M., Klaukka, T., Lehtinen, V., Melkas, T., Mälkiä, E., Nyman, K., Paunio, I., Reunanen, A., Sievers, K., Kalimo, E., Kallio, V. 1989. *Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveyystutkimuksen perustulokset*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) 2005. *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos & Stakes.

Atwell, J. E., Van Otterloo, J., Zipprich, J., Winter, K., Harriman, K., Salmon, D. A., Halsey, N. A. & Omer, S. B. 2013. *Nonmedical Vaccine Exemptions and Pertussis in California*, 2010. Pediatrics 2013, 624-630.

Backhaus, J., Breukers, S., Mont, O., Paukovic, M. & Mourik, R. 2012. Sustainable Lifestyles: Today's facts & tomorrow's trends. D1.1 Sustainable lifestyles report. SPREAD. Sustainable Lifestyles 2050. Wuppertal: UNEP/Wuppertal Institute Collaborating Centre on Sustainable Consumption and Production (CSCP).

Bavetta, S. & Guala, F. 2003. Autonomy freedom and deliberation. Journal of Theoretical Politics, 15 (4), 423–43.

BBC. 2013. FDA bans 23andme personal genetic tests. Haettu: 13.11.2014. <http://www.bbc.com/news/technology-25100878>

BBC. 2012. Stock Check. Haettu: 17.11.2014. http://www.bbc.co.uk/bbc.com/future/BBCF_infoData_stock_check.pdf.

Berlin, I. 1958. Two concepts of liberty. Oxford: Clarendon Press. BetterDoctor. 2014. Haettu: 11.11.2014. <https://betterdoctor.com/>.

Bourdieu, P. 1996. Distinction. A Social Critique of the Judgment of Taste. Cambridge: Harvard University Press.

Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. Yleinen ja kallis, mutta ehkäistävä kansanterveysongelma. Julkaisussa: Bäckmand, H. & Vuori, I. Terve tuki- ja liikuntaelimityö. Opas 11. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

CDC. 2013. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013. Haettu: 17.11.2014. <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>.

CIO. 2011. Tietokone lääkärinä - IBM:n tohtori Watson mullistaa terveysalan. CIO 22.11.2011. Haettu: 11.11.2014. <http://www.tivi.fi/cio/tietokone+laakarina++ibmn+tohtori+watson+mullistaa+terveysalan/a582807>.

Cohen, D. A., McKenzie, T. L., Sehgal, A., Williamson, S., Golinelli, D. & Lurie, N. 2007. Contribution of Public Parks to Physical Activity. American Journal of Public Health 97 (3), 509-514.

Collins, F. S., Morgan, M. & Patrinos, A. 2003. The Human Genome Project: Lessons from Large-Scale Biology. Science 11, 300 (5617), 286-290.

Colman, I., Ploubidis, G. B., Wadsworth, M. E., Jones, P. B. & Croudace, T. J. 2007. A Longitudinal Typology of Symptoms of Depression and Anxiety Over the Life Course. Biological Psychiatry 62 (11), 1265-1271.

Cordell, D., Drangert, J.-O. & White, S. 2009. The story of phosphorus: Global food security and food for thought. Global Environmental Change 19 (2), 292-305.

Costello, J. C., Heiser, L. M., Georgii, E., Gönen, M., Menden, M. P., Wang, N. J., Bansal, M., Ammad-ud-din, M., Hintsanen, P., Khan, S. A., Mpindi, J.-P., Kallioniemi, O., Honkela, A., Aittokallio, T., Wennerberg, K., Collins, J. J., Gallahan, D., Singer, D., Saez-Rodriguez, J., Kasiki, S., Gray, J. W. & Stolovitzky, G. 2014. A community effort to assess and improve drug sensitivity prediction algorithms. Nature Biotechnology (2014).

Cottam, H. & Leadbeater, C. 2004. HEALTH: Co-creating Services. Design Council RED PAPER 01.

CSDH 2008. Glosing the gap in a generation. Health equity on through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Duodecim. 2009. Terveelliset elämäntavat (lyhyt ohje). Terveyskirjasto. Haettu: 11.11.14. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00208&p_haku=el%C3%A4m%C3%A4ntavat.

Duodecim. 2012. Mitä terveys on? Terveyskirjasto. Haettu: 11.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=d-lk00903.

Duodecim. 2014. Duodecimin päätöksentuki, EBMeDS. Haettu: 11.11.2014. <http://www.duodecim.fi/web/kotisivut/verkko-ja-mobiili/-/naytasivu/82983/95122/P%C3%A4%C3%A4t%C3%B6ksentuki%20EB-MeDS.html>

Eronen, J., von Bonsdorff, M., Rantakokko, M. & Rantanen, T. 2013. Environmental facilitators for outdoor walking and development of walking difficulty in community-dwelling older adults. *European Journal of Ageing* 11, 67-75.

ETLA. 2012. Rakennemuutokset purevat kestävyysvajeseen. Haettu: 13.11.2014. <http://www.etla.fi/kolumnit/rakennemuutokset-purevat-kestavyysvajeseen/>.

Findikaattori. 2014. Elinajanodote. Vastasyntyneiden elinajanodote 1971-2013. Haettu: 10.11.2014. <http://www.findikaattori.fi/fi/46>.

Forma, P., Kallio, J., Pirttilä, J. & Uusitalo, R. 2007. Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 89. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, M. D. & Fawcett, J. 2010. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA (The Journal of the American Medical Association)* 303 (1), 47-53.

Geels, F. W. 2002. Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: a multi-level perspective and a case-study. *Research Policy* 31, 1257–1274.

Geohive-verkkosivut: Population by continent. Haettu: 13.11.2014. http://www.geohive.com/earth/his_history1.aspx.

Hautamäki, A. 2003. Kyllä Amerikka opettaa. Hyvinvointivaltio muutosten edessä. Helsinki: Edita.

Health Puzzle. 2014. Haettu: 11.11.2014. <http://health-puzzle.com/>.

Heiskala, R. & Luhtakallio, E. (toim.) 2006. Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus.

Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Haettu: 13.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00026.

Helsingin sanomat (HS). 2014. Tylyjen ennusteiden pitäisi antaa nyt vauhtia sote-uudistukselle. Pääkirjoitus. HS 25.6.2014. Haettu: 11.11.2014. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/a1403586716806>.

Hyötyläinen, M., Kaskinen, T., Korhonen, S., Laitio, T., Leppänen, J., Mokka, R., Parhiala, P., & Siivonen, R. 2012. Ryhmien voima- eli kuinka yhteisöt luovat kysyntää kestäville liiketoiminnalle. Helsinki: Demos Helsinki.

Invalidiliitto. 2014. Esteettömyys. <http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/esteettomyys/>.

Institute for Molecular Medicine Finland (FIMM). Sisu-project. Haettu: 13.11.2014. <http://www.sisuproject.fi/>.

Jonsson, P-M. & Virtanen, M. 2013. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. *Suomen lääkärilehti* 33 (68), 1990–1993.

Jylhä, K., Ruosteenoja, K., Räisänen, J., Venäläinen, A., Tuomenvirta, H., Ruokolainen, L., Saku, S. & Seitola, T. 2009. Arvioita Suomen muutuvasta ilmastosta sopeutumistutkimuksia varten. ACCLIM-hankkeen raportti 2009. Raportteja 2009: 4. Helsinki: Ilmatieteen laitos.

Kaartinen, H. & Silvennoinen, H. Terveyden lukutaito. internetix opinnot. Otavan opisto. Haettu: 11.11.2014. http://opinnot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/te/te3/6_mina_tutkijana_ja_tutkimukseen_tekoon_mars_/6.07_terveyden_lukutaito?C:D=hNvo.g4TE&m:sel-res=hNvo.g4TE.

Kaihovaara, A. 2013. Väestö Muuttuu - Pysyykö Suomi Perässä.” Blogi 4.9.2013. Helsinki: Kalevi Sorsa Säätiö. Haettu: 13.11.2014. <http://sorsa-foundation.fi/2013/09/04/vaesto-muuttuu-pysyyko-suomi-perassa/>.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Alueellisen terveyst- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2014. Haettu 17.6.2014. www.thl.fi/ath.

Kallio, J. 2008. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. Artikkelit. Yhteiskuntapolitiikka 73 (5), 477-493.

Kansallinen terveystarkisto (Kanta). 2014. Haettu: 13.11.2014. <http://www.kanta.fi/fi/>.

Kapiainen, S., Väisänen, A. & Haula, T. 2014. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Katainen, A. 2011. Tupakka, luokka ja terveystkäyttämisen ongelma. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Klavus, J. 2010. Suomalaisten terveys, terveystpalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Korhonen, S., Leppänen, J., Neuvonen, A., Wikholm, A., Annala, M., Pasanen, S. 2013. Lähemmäs - neljä polkua hyvinvoinnin paikalliseen rakentamiseen. Helsinki: Demos Helsinki.

Korkman, S. 2011. Onko hyvinvointivaltioilla tulevaisuutta? Helsinki: EVA. Haettu: 11.11.2014. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2011/03/Hyvinvointivaltio.pdf>.

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Aromaa, A. 2012. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveyst, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Koskinen, S & Martelin, T. 2007. Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. Julkaisussa: Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, Helsinki.

Kumarsamy, K. K., Toleman, M. A., Walsh, T. R., Bagaria, J., Butt, F., Balakrishnan, R., Chaudhary, U., Doumith, M., Giske, C. G., Irfan, S., Krishnan, P., Kumar, A. V., Maharjan, S., Mushtaq, S., Noorie, T., Patterson, D. L., Pearson, A., Perry, C., Pike, R., Rao, B., Ray, U., Sarma, J. B., Sharma, M., Sheridan, E., Thirunarayan, M. A., Turton, J., Upadhyay, S., Warner, M., Welfare, W., Livermore, D. L. & Woodford, N. 2010. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. The Lancet Infectious Diseases 10 (9), 597-602.

Kuntaliitto. 2011. Hyvän hoidon visio, Terveydenhuollon laatuopas 2011. Helsinki: Kuntaliitto.

Kuusi, P. 1961. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. Porvoo: WSOY.

Kääriäinen, H. 2009. Perinnölliset taudit. Terveystkirjasto. Helsinki: Duodecim. Haettu: 11.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00134.

Lahelma, E. 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. Duodecim 119, 1863-1868. Haettu: 11.11.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93826.pdf>.

Lahtinen, M., Esala, L., Huovari, J., Jauhiainen, S., Kerkelä, L., Laiho, V. 2012. Globaalitalouden haasteet Suomelle vuoteen 2030. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2012.

Leppänen, J., Neuvonen, A., Ritola, M., Ahola, I., Hirvonen, S., Kauppinen, T., Kuittinen, O., Kärki, K., Lettenmeier, M. & Mokka, R. 2012. SPREAD Sustainable Lifestyles 2050. Helsinki: Demos Helsinki.

Livi-Bacci, M. 2007: 9 Calculations and Values. Teoksessa A Concise History of World Population, 4. painos, Blackwell Publishing. 254-256

Luonnontieteilijä. 2014. Biopankit tuovat uusia mahdollisuuksia. Luonnontieteilijä 4/2014. Haettu: 11.11.2014. http://www.luonnontieteilijajalehti.fi/artikkelit/2014/4/Biopankit_tuovat_monia_uusia_mahdollisuuksia.

Main, T. & Slywotzky, A. 2012. The Volume-To-Value Revolution: Rebuilding the DNA of Health from the Patient In. Oliver Wyman. Haettu: 13.11.2014. http://www.oliverwyman.com/content/dam/oliver-wyman/global/en/files/archive/2013/OW_ENG_HLS_PUBL_Volume_to_Value_Revolution.pdf.

Manderbacka, K. 1998. Questions on survey questions on health. Dissertation Series 30. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.

Martelin, T., Koskinen S. ja Valkonen T. 2005b. Kuolleisuus. Teoksessa: Aromaa A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 117-129. Haettu: 11.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00021.

Martikainen, P., Aho, J., Preston, S., Peltonen, R. & Elo, I. T. 2013. Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa. Tupakanointi on merkittävä taustatekijä. Suomen Lääkärilehti 39/2013, vsk 68. Haettu: 11.11.2014. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nostot39_1.pdf

Mattila, Yrjö. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen Terveystieteen Suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

McGinnis, J. M., Williams-Russo, P. & Knickman, J. R. 2002. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs 21(2), 78-93.

Measured Me. 2012. Best Mobile Apps to Measure Your Cognitive Performance. Haettu: 11.11.2014. <http://measuredme.com/2012/11/one-of-the-self-tracking-projects-that-i-always-wanted-to-do-was-to-determine-the-impact-of-sleep-diet-and-exercise-regimen-html/>.

Meedoc. 2014. Haettu: 13.11.2014. <https://www.meedoc.com/fi/>.

Mikkonen, J. 2014. Terveiden tasa-arvon tulevaisuus (julkaisematon).

Mikkonen, J. & Raphael, D. 2010. Social Determinants of Health. The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Haettu: 11.11.2014. http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf.

Moisio, P. & Rämö, T. 2007. Koettu yksinäisyys demografisten ja sosioekonomisten taustatekijöiden mukaan Suomessa vuosina 1994 ja 2006. Yhteiskuntapolitiikka 72 (4), 392-401.

Mokka, R. & Neuvonen, A. 2006. Yksilön ääni. Hyvinvointivaltio yhteisöjen ajalla. Sitra 69. Helsinki: Sitra.

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Motiivi. 2013. Petteri Pietikäisen haastattelu. Motiivi 8/2013.

Murphy, T. 2012. Exponential Economist Meets Finite Physicist. Do the Math Blog. Haettu: 13.11.2014. <http://physics.ucsd.edu/do-the-math/2012/04/economist-meets-physicist/>.

Naisbitt, J. 1982. Megatrends: Ten New Directions Transforming Our Lives. New York: Warner Books.

Nykänen, K. 2006. Terveyskäsitteet. Haettu 11.1. 2014. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0407016/1138352400309/1157026947138/1157030169080/1157031450927.html>.

OECD. 2011. Health at a Glance 2011 - OECD Indicators. Haettu: 11.11.2014. <http://www.oecd.org/els/health-systems/49084488.pdf>.

Open Knowledge Foundation Suomi (OKFN). 2014. Open Science working group. Haettu: 13.11.2014. <http://fi.okfn.org/wg/openscience/>.

Opetus ja kulttuuriministeriö (OKM). 2014a. Koulutuksen rahoitus. Haettu: 13.11.2014. <http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/rahoitus/?lang=fi>.

Opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM). 2014b. Avoin tiede ja tutkimus 2014-2017. Haettu: 13.11.2014. <http://avointiede.fi/>

Palo, S. 2001. Työttömyys ja työvoimapolitiikka Suomessa ja Kainuussa 1990-luvulla. Opinnäytetyö. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Palveluvaaka.fi. Haettu: 13.11.2014. <http://www.palveluvaaka.fi/web/guest/>.

Patientslikeme. 2014. Haettu: 13.11.2014. <http://www.patientslikeme.com/>.

Pessi, A. B. & Oravasaari, T. 2010. Kansalaisjärjestötoiminnan ytimessä. Tutkimus RAY:n avustamien sosiaali- ja terveysjärjestöjen vapaaehtoistoiminnasta. Avustustoiminnan raportteja 23. Helsinki: Raha-automaattiyhdistys.

Phillips, D. R. 1993. Urbanization and human health. *Parasitology* 106 Supplement S1, 93-107.

Poikola, A., Kuikkaniemi, K. & Kuittinen, O. 2014. My data - johdatus ihmiskeskiseen henkilötiedon hyödyntämiseen. Helsinki: Liikenne- ja viestintäministeriö.

PSFK. 2014. Future of Health Report. Haettu: 13.11.2014. <http://www.psfk.com/publishing/future-of-health#!zwNAo>.

Rabesandratana, T. 2013. Drug Watchdog Ponders How to Open Clinical Trial Data Vault. *Science* 22, 339 (6126), 1369-1370.

Rantanen J. 2005. Työelämä. Julkaisussa: Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) 2005. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja Stakes, 58-61.

Raphael, D. 2013. Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health* 42 (1), 7-17.

Robeyns, I. 2005. The Capability Approach: a theoretical survey, *Journal of Human Development*, 6 (1), 93-117.

Roberts, D. W. 1954. The Commission on Chronic Illness. *Public Health Report* 69(3), 295-299. Haettu: 17.11.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2024201/?page=1>.

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kiulu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010. Raportti 8/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Rouvinen-Wilenius, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. (toim.) 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Julkaisu 9/ 2011. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.

Saarivirta, T., Consoli D. & Dhondt, P. 2010. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen. *Kasvatus & Aika* 3 (4), 25-41.

Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., Lahti-Koski, M., Laatikainen, T. & Jouslahti, P. 2006. Socio-economic status and abdominal obesity among Finnish adults from 1992 to 2002. *International Journal of Obesity* 30 (11), 1653-1660.

Schultz, W. P., Nolan, J. M., Cialdini, R. B., Goldstein, N. J. & Griskevicius, V. 2007. The Constructive, Destructive, and Reconstructive Power of Social Norms. *Psychological Science* 18 (5), 429-434.

Seppälä, T. T. & Häkkinen, U. 2010. Laatupainotettujen elinvuosien kehitys Suomessa 1996–2009. Julkaisussa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Simpura, J. 2013. “Cosi’ e’ (se vi pare)”: Remarks on Subjective Well-Being from a Resource-Based Perspective”. *Social Indicators Research* 114, 45-58.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 1986. Terveyttä Kaikille vuoteen 2000: Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 2008. Sosiaalimenojen kehitys Suomessa. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4808.pdf

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 2010. Terveystieteidenhuoltolaki parantaa asiakkaiden asemaa. Tiedote. Haettu: 11.11.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1512997>.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 2012. Palveluseteli. Haettu: 13.11.2014 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 2013. Terveys 2015 -kansanterveyssohjelman väliarviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 2014a. Hoitopaikan valinta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Haettu: 10.11.2014. http://www.stm.fi/hoitopaikan_valinta.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM). 2014b. Osallistava sosiaaliturva. Työryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2014: 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Kuolemansyyt 2012. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu: 11.11.2014. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_fi.pdf.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2014a. Väestön koulutusraakenne. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu: 13.11.2014. http://www.stat.fi/til/vkour/2013/vkour_2013_2014-11-06_tie_001_fi.html.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2014b. Muuttoliike. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu: 13.11.2014. http://www.stat.fi/til/muutl/2013/muutl_2013_2014-04-29_tie_001_fi.html.

Talala, K., Härkönen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A., Koskinen, S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvoinerot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 69/2014.

Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M., Valkonen, T. 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 66/2011, 3651–7.

TELA. 2014a. Työeläke - elämän mittainen turva. Haettu: 13.11.2014. http://www.tela.fi/tyoelakeala/tyoelakejarjestelman_perusteet/tyoelake-turva TELA. 2014b. Sijoitusvarojen yhteenveto: Sijoitusvarojen määrä, kohdentuminen ja tuotot vuoden 2014 ensimmäisen neljänneksen lopussa. Haettu: 13.11.2014. http://www.tela.fi/tyoelaketalous/sijoitustilastot_ja_analyysit/sijoitusvarojen_yhteenvedot#2

Teperi, J. 2005. Terveyspalvelujen kehitys 1990-luvulla. Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Haettu: 11.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00050&p_haku=teperi.

Teperi, J. & Vuorenkoski, L. 2005. Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Terveyskirjasto. Haettu: 11.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00005.

THL. 2014a. Koettu terveys. Haettu: 11.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys>.

THL. 2014b. Mitä on eriarvoisuus kuolleisuudessa?. Haettu: 11.11.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/kuolleisuus.

THL. 2014c. Kouluterveyskysely. Tulokset. Haettu: 11.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset>.

THL. 2014d. Sotkanet. Haettu: 11.11.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>.

Tiikkainen, P., Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus 18. Helsinki:

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu: 11.11.2014. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf.

Tilastokeskus. 2007. Koulutus Suomessa: yhä enemmän ja yhä useammalle. Haettu: 13.11.2014. <http://www.stat.fi/tup/suomi90/marraskuu.html>.

Tilastokeskus. 2011. Kuolemansyyt 2009 vuosikatsaus. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu: 11.11.2014. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_fi.pdf.

Tilastokeskus 2012. Väestö iän ja sukupuolen mukaan 2011. Haettu: 13.11.2014. http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_kuv_002_fi.html.

Tilastokeskus 2014. Työvoimatutkimus 2014, syyskuu. Haettu: 13.11.2014. <http://tilastokeskus.fi/til/tyti/2014/09/>.

Tuulio-Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus 16. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu: 11.11.2014. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf.

Tuulio-Henriksson, A., Sainio, P. & Sulkava, R. 2012. Kognitiivinen toimintakyky. Julkaisussa: Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netto.pdf?sequence=1.

Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM). 2012. Työllisyys- ja yrittäjyysosasto. Nuorten yhteiskuntatakuu 2013. TEM raportteja 8/2012. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

UKK-instituutti. 2014. Liikkumattomuus. Haettu: 11.11.2014. http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset/liikkumattomuuden_haittoja.

Valkonen, P. 2012. Mitä mieltä hyvinvointivaltioista? Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40400/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201211213052.pdf?sequence=1>

Verhulst, S., Noveck, B. S., Caplan, R., Brown, K. & Paz, C. 2014. The Open data era in health and social care. The GovLab (NYU). Haettu: 13.11.2014. <http://images.thegovlab.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/nhs-full-report.pdf>.

Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola R. 2010. Ikäihmistien palvelutarpeet ja saatu apu. Julkaisussa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 44 - 59.

Wellness Warehouse Engine. 2014. Haettu: 11.11.2014. <https://w2e.fi/#/>.

WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Adopted on 21 November 1986. Haettu: 13.11.2014. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

Worm, B., Barbier, E. B., Beaumont, N., Duffy, J. E., Folke, C., Halpern, B. S., Jackson, J. B. C., Lotze, H. K., Micheli, F., Palumbi, S. R., Sala, E., Selkoe, K. A., Stachowicz, J. J. & Watson, R. 2006. Impacts of Biodiversity Loss on Ocean Ecosystem Services. *Science* 314 (5800), 787-790.

Yhteismaa. 2014. Terveystieto.me -hanke. Haettu: 11.11.2014. <http://yhteismaa.fi/terveystieto/.23andMe>. 2014. Haettu: 11.11.2014. <https://www.23andme.com/>.

Yle. 2014. Mikä uhkasi eläkkeitä? Yle 6.2.2014. Haettu: 13.11.2014. <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/02/06/mika-uhkasi-elakkeita>.