

Seppo Koskinen

LT, VTM, MSc, tutkimusprofessori,
THL, Terveyden seuranta -yksikkö

Pekka Puska

LKT, VTM, pääjohtaja emeritus, THL



Nykyisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisella, ns. sote-uudistuksella, on jo pitkä historia. Uudistuksen taustalla on useita tekijöitä. Keskeisenä on pyrkimys saada nykyistä kustannusvaikuttavampi palvelujärjestelmä tilanteessa, jossa tarvitaan yhä monipuolisempia palveluja, väestö ikääntyy, kuntien kantokyky vaihtelee ja julkisen talouden rajat ovat tiukat. Erityisenä huolena ja julkisena puheenaiheena ovat perusterveydenhuollon ongelmat, etenkin pitkät jonotusajat terveyskeskusten lääkärivastaanotoille.

SOTE ja alueelliset terveyserot

Jo useita vuosia sitten silloinen peruspalveluministeri Paula Risikko esitteli ns. ”Risikon mallin”, jonka tavoitteena oli laajemman alueen integroitu palvelujärjestelmä. Integraatiolla pyrittiin eroon sekä erikois- ja perusterveydenhuollon kahtiajaosta (vertikaalinen integraatio) että terveydenhuollon ja sosiaalihuollon erillisistä järjestelmistä (horisontaalinen integraatio).

Uudistuksen suunnittelua ovat vaikeuttaneet kiistat järjestämisalueiden laajuudesta ja lukumäärästä. Vasta vuonna 2015 edellisten hankkeiden epäonnistuttua päästiin sopuun järjestämistä vastuun siirtymisestä kunnilta 18 maakunnalle. Samalla päätettiin maakuntien palveluiden yhdenmukaisuuden varmistamiseksi perustaa viisi yhteistyöaluetta, joiden pohjana ovat nykyiset viisi erityisvastuualuetta yliopistosairaaloineen. Uusina tekijöinä jatkovalmisteluun tulivat pyrkimys nykyistä laajempaan valinnanvapauteen, ns. tilaaja-tuottajajärjestelmä ja maakunnallinen palvelulaitos.

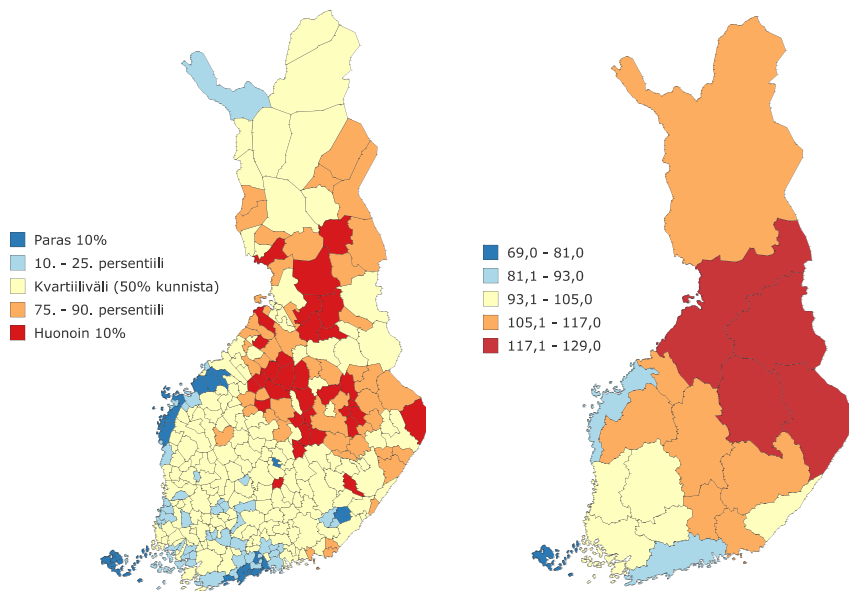
Lakiehdotuksen ensimmäisessä pykälässä todetaan lain tarkoituksena olevan edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Sosiaali- ja

terveydenhuollon tehtävänä tulee kuitenkin olemaan lähinnä palvelujärjestelmän ylläpito. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden yleinen edistäminen jäisi edelleen kuntien tehtäväksi, mihin maakunnallinen sote-järjestelmä antaisi tukeaan.

Yleisen kustannustehokkaan järjestelmän ja kustannusten kasvun hillinnän lisäksi uudistukselle on esitetty muita tavoitteita, erityisesti yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen varmistaminen koko maassa. Huolta on usein herättänyt palvelujen saataavuuden turvaaminen harvaanasutuilla alueilla.

Vähemmän huomiota on herättänyt kysymys alueellisesta tasa-arvosta ajatellen sairastavuuden eroja maan eri osien välillä. Tämä näkökohtahan oli vahvasti esillä vuoden 1972 kansanterveyslain säätämisen ja toimeenpanton yhteydessä, jolloin viitattiin maan itäisten ja pohjoisten osien suurempaan sairastavuuteen.

Alueelliset erot sairastavuudessa ovat toki viime vuosikymmenien kuluessa muuttaneet muotoaan, mutta eivät suinkaan kadonneet. Tämän vuoksi kysymys alueellisista sairastavuuse-



Kuvio 1. THL:n sairastavuusindeksi kunnissa ja maakunnissa jaksolla 2012–2014, koko maa = 100, ikävakioitu.

roista ja niiden huomioon ottamisesta sote-uudistuksessa on aiheellinen.

Alueelliset erot sairastavuudessa

Suomalaisten elinajanodote on jo runsaan vuosisadan ajan jatkuvasti pidentynyt. Kahden viime vuosikymmenen aikana vastasyntyneen elinajanodote on kasvanut viidellä vuodella (1), ja lisäelinvuodet ovat olleet terveitä ja toimintakykyisiä vuosia (2).

Kuolleisuuden pienenemisestä huolimatta elinajan pituuden alueerot ovat edelleen huomattavat. Pohjanmaan maakunnassa ja Ahvenanmaalla vastasyntyneen elinajan odote oli jaksolla 2013–15 miehillä noin 80 ja naisilla 85 vuotta. Toista ääripäätä edustavat Etelä-Savo, Kainuu, Kymenlaakso, Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala ja Etelä-Karjala. Näissä maakunnissa elinajan odote oli miehillä kolmesta neljään vuotta ja naisilla 2–3 vuotta lyhyempi kuin Pohjanmaalla tai Ahvenanmaalla. (1)

Myös maakuntien sisällä, jopa kunnan eri alueiden välillä on suuria kuolleisuuseroja. Esimerkiksi Helsingissä miesten elinajanodote on eteläisessä suurpiirissä noin viisi vuotta pitempi kuin keskisessä suurpiirissä (3). Verenkiertoelinten taudit, tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemansyyt sekä alkoholiin liittyvät kuolemat ovat tärkeimpiä alueiden välisten kuolleisuuserojen aiheuttajia (3, 4).

Muidenkin terveystietojen mukaan alue-erot ovat pääosin samansuuntaisia kuin kuolleisuutta tarkasteltaessa. THL:n sairastavuusindeksi (5, 6) kokoaa yhteen osoittimeen useiden kansallisten rekistereiden sisältämää kuntatasoista tietoa seitsemästä kansansairausryhmästä (syövät, sepelvaltimotauti, aivoverisuonitautit, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt, tapaturmat ja dementia). Verrattaessa maakuntia koko maan keskiarvoon (100), väestö on ikävakioidujen indeksien perusteella terveintä

Ahvenanmaalla (69), Uudellamaalla (82) ja Pohjanmaalla (88). Sairastavuutta on eniten Pohjois-Savossa (129), Pohjois-Pohjanmaalla (122), Kainuussa (118), Pohjois-Karjalassa (118) ja Lapis- sa (116). (Kuvio 1).

Alue-erojen pääpiirteet ovat erilaisia eri sairausryhmissä. Itä- ja Pohjois-Suomessa etenkin sepelvaltimotauti, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä kuin läntisessä Suomessa. Aivoverisuonitautit ovat harvinaisimpia Ahvenanmaalla ja yleisimpiä Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Pohjanmaalla. Tapaturmia on vähiten Ahvenanmaalla ja Pohjanmaalla ja eniten Lapis- sa. Syöpätaudit jakaantuvat tasaisemmin koko maahan. (Taulukko 1.)

On tärkeää huomioida, että sairastavuus voi myös maakunnan sisällä jakaantua voimakkaasti. Joissakin maakunnissa eri kunnissa asuvien ihmisten terveydessä on suuria eroja, vaikka maantieteellisesti etäisyyttä olisi vähän. Esimerkiksi Keski-Suomessa kuntien väliset erot ovat huomattavasti suurempia (Muurame 83 – Pihtipudas 141) kuin Pohjanmaan maakunnassa (Uusikaarlepyy 77 – Isokyrö 99). (Kuvio 1.)

Yli 50 000 asukkaan kaupungeista ikävakioidinnin jälkeenkin terveimmät asukkaat ovat Espoossa (72) ja Helsingissä (80). Suurinta sairastavuus on Kuopiossa (124) ja Kotkassa (122) (Taulukko 2).

Suomessa on yhdeksän kuntaa, suurimpana Kemi, joissa THL:n sairastavuusindeksi on tuoreimpien tietojen mukaan vähintään 150. Näissä kunnissa sairastavuus on siis vähintään 50 % yleisempää kuin koko maassa keskimäärin. Vastaavasti 17:ssä kunnassa sairastavuusindeksin arvo on

	THL:n sairastavuusindeksi	Sepelvaltimotautiindeksi	Aivoverisuonitautiindeksi	Tuki- ja liikuntaelin-sairausindeksi	Mielen-terveysindeksi	Tapaturma-indeksi	Dementia-indeksi	Syöpä-indeksi
Ahvenanmaa	69.0	98.6	78.6	61.8	47.7	67.7	25.7	115.2
Uusimaa	82.1	78.0	92.2	61.7	76.6	87.8	95.6	105.6
Pohjanmaa	87.6	98.3	92.1	85.2	82.5	85.3	75.2	98.6
Satakunta	97.2	91.4	112.3	113.6	79.4	111.7	68.9	98.8
Kanta-Häme	97.3	89.1	112.8	90.0	96.2	103.0	83.9	102.9
Varsinais-Suomi	97.8	87.4	96.5	96.5	100.7	97.3	85.1	106.2
Etelä-Karjala	97.9	129.8	108.2	89.1	95.2	91.4	101.8	93.8
Pirkanmaa	98.9	92.4	90.5	94.8	105.0	98.8	94.6	105.5
Etelä-Pohjanmaa	105.3	100.6	94.9	113.7	109.5	98.6	116.1	97.0
Keski-Suomi	106.8	106.0	99.9	106.6	118.1	112.0	112.6	85.6
Päijät-Häme	107.4	106.2	114.4	101.2	115.9	101.7	103.8	100.9
Keski-Pohjanmaa	108.3	117.6	103.2	106.0	116.1	103.0	103.1	102.7
Kymenlaakso	108.5	97.0	100.9	125.8	101.1	100.6	124.7	109.4
Etelä-Savo	110.4	124.9	102.0	128.0	108.0	104.0	116.0	91.7
Lappi	116.2	127.8	112.0	128.2	113.2	138.4	95.1	94.2
Pohjois-Karjala	117.8	122.9	105.4	133.7	123.5	128.0	111.8	86.8
Kainuu	118.3	141.0	111.3	145.3	116.8	100.1	119.3	89.7
Pohjois-Pohjanmaa	121.5	121.8	113.8	140.9	129.8	107.3	123.9	94.3
Pohjois-Savo	129.0	135.5	99.7	155.7	149.3	112.3	119.1	89.4

Taulukko 1. THL:n sairastavuusindeksit maakunnittain jaksolla 2012–2014, koko maa = 100, ikävakioitu.

	THL:n sairastavuusindeksi	Sepelvaltimotautiindeksi	Aivoverisuonitautiindeksi	Tuki- ja liikuntaelin-sairausindeksi	Mielen-terveysindeksi	Tapaturma-indeksi	Dementia-indeksi	Syöpä-indeksi
Espoo	71.5	66.0	78.7	41.5	65.0	86.1	95.8	102.8
Helsinki	79.9	72.4	91.9	51.7	79.4	84.2	92.4	106.8
Vantaa	84.7	72.9	90.9	66.4	83.2	83.9	106.3	106.9
Vaasa	90.2	87.8	95.2	70.9	97.8	87.4	87.1	103.6
Lappeenranta	93.6	124.6	98.9	82.4	90.6	90.3	106.0	91.9
Tampere	96.1	85.3	92.5	67.8	113.8	97.1	97.2	110.3
Salo	96.4	83.8	91.0	101.2	102.7	90.9	83.0	98.2
Seinäjoki	96.4	85.5	83.1	91.0	100.7	96.7	118.8	103.9
Hämeenlinna	96.7	80.0	109.7	81.8	105.4	104.5	89.0	96.6
Pori	100.8	97.5	113.7	114.3	88.9	114.1	60.4	102.0
Kouvola	101.2	96.7	96.5	111.5	97.8	97.7	96.5	104.1
Turku	101.2	85.7	99.6	84.7	118.2	95.4	91.7	110.4
Jyväskylä	102.0	96.3	94.0	90.3	117.3	116.3	113.0	84.4
Rovaniemi	104.2	106.3	99.8	104.7	104.6	125.4	96.6	92.5
Mikkeli	104.8	130.6	99.2	107.8	103.1	92.4	137.0	91.5
Lahti	108.6	106.1	118.7	93.0	123.2	100.8	107.3	102.6
Joensuu	111.8	115.0	98.7	114.1	120.5	125.5	111.3	91.4
Oulu	114.8	114.7	111.3	122.7	126.5	94.7	126.3	94.9
Kotka	121.5	103.6	103.2	142.9	110.1	108.5	190.6	119.4
Kuopio	124.3	133.9	90.8	134.0	154.9	109.0	114.8	90.1

Taulukko 2 THL:n sairastavuusindeksit suurimmissa kaupungeissa jaksolla 2012–2014, koko maa = 100, ikävakioitu.

alle 75. Näissä kunnissa, joista suurin on Espoo, sairastavuus on siis enintään puolet ensin mainittujen yhdeksässä sairaimman kunnan tasosta.

Monet elintapoihin liittyvät sairauksien vaaratekijät olivat vielä 1950–1970-luvuilla huomattavasti yleisempiä Itä-Suomessa kuin lännessä, mutta sen jälkeen mm. tupakoinnin ja seerumin kolesterolipitoisuuden alue-erot ovat oleellisesti pienentyneet (4, 7, 8). Koska myöskään elintasoterot näiden alueiden välillä eivät enää ole yhtä jyrkät kuin vielä muutama vuosikymmen sitten (9, 10, 11, 12), terveyserot Itä- ja Pohjois-Suomen ja toisaalta Länsi- ja Etelä-Suomen välillä voivat pienentyä. Tulevaisuudessa terveyden alue-eroissa saattaa perinteisen itä-länsi -eron rinnalla korostua maan eri puolilla sijaitsevien yksittäisten ongelma-alueiden huono terveystilanne. Tällaisten huonon terveyden saarekkeiden asema näyttää usein johtuvan suurelta osin runsaasta tupakoinnista sekä alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä ja näiden terveyttä vaarantavien elintapojen taustalla olevista sosiaalisista tekijöistä.

Miten alueelliset erot tulisi huomioida? Sairastavuuden suuret alue-erot ovat iso ongelma sekä hyvinvoinnin tasa-arvotavoitteen näkökulmasta että koko väestön terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta. Ne alueet, joilla sairastavuus on pienintä, tarjoavat hyvän vertailukohdan ja asettavat realistisen tavoitteen suuremman sairastavuuden alueille. Jos kaikilla alueilla sairastavuus voidaan pienentää samalle tasolle, jonka terveimmät alueet ovat jo saavuttaneet, monien keskeisten kansanterveysongelmien yleisyys koko väestössä pie-

nenisi noin kolmanneksella tai jopa puoleen nykytilanteeseen verrattuna.

Alueellisten terveyserojen pienentäminen edellyttää toimenpiteiden ja voimavarojen suuntaamista erityisesti niille alueille, joilla sairastavuus on suurinta. Juuri näillä alueilla on tarpeen tehostaa sairauksien ennaltaehkäisyä, parantaa hoidon saatavuutta ja tuloksellisuutta sekä sairauksien aiheuttamien haittojen lievittämistä.

Mielenkiintoinen kysymys ja samalla konkreettinen ongelma tässä suhteessa on valtion sote-rahoituksen suuntaaminen. On ilman muuta luonnollista, että rahoituksen tarve on suurempi alueilla, joilla sairastavuus on suurempi. Ja sairastavuusrasitus onkin tarkoitus ottaa huomioon rahoituksen mitoituksessa. Toisaalta rahoituksen määrittelyyn olisi hyvä rakentaa sisään kannusteita sairastuvuuden vähentämiseksi.

Sairastavuudesta puhuttaessa on syytä pitää mielessä, että paraskaan alueellinen sote-työ ei kokonaan poista terveyden alue-eroja, koska niiden taustalla on elintapoja ja olosuhteita, joiden muuttamiseen tarvitaan kansallista terveys- ja sosiaalipolitiikkaa. Alkoholi- ja tupakkapolitiikka ovat erityisen keskeisessä asemassa.

Vaikuttavia toimenpiteitä tarvitaan yhteiskuntapolitiikan kaikilla osalualueilla ”Terveys kaikissa politiikoissa” -periaatteen mukaisesti (13), koska sairauksien ehkäisy ja terveyden edistämisen kannalta tärkeitä ratkaisuja tehdään mm. vero-, elinkeino-, työ-, koulutus-, sosiaali-, ympäristö-

ja asuntopolitiikassa. On muistettava, että terve ja toimintakykyinen väestö on käytännöllisesti katsoen kaikkien yhteiskuntapolitiittisten tavoitteiden kannalta suuri etu. Tämä koskee myös maakuntien elinvoimaisuutta. Sotehallintoa ajatellen on huomattava, että terveyssektori on muihin hallinnonaloihin nähden erityisasemassa, koska terveydenhuollon asiantuntijoilla on yleensä parhaat edellytykset arvioida yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla tehtävien ratkaisujen terveysvaikutuksia sekä koordinoita eri sektorien yhteistoimintaa väestön terveyden edistämiseksi niin kunnissa, maakunnissa kuin valtakunnallisestikin.

Kirjallisuutta:

1. Tilastokeskus. Väestötilasto, Kuolleet 2015, http://www.stat.fi/til/kuol/2015/01/kuol_2015_01_2016-10-28_tie_001_fi.html.
2. Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Aromaa A. Terveet ja toimintakykyiset elinvuodet. Teoksessa: Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T, toim. Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2013, s. 66–71.
3. Mäki N. Elinajanodotteen kehitys Helsingissä alueittain 1996–2014. Kvartti 2015;2:42–58.
4. Koskinen S. Origins of regional differences in mortality from ischaemic heart disease in Finland. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Research Reports 41. Gummerus, Jyväskylä 1994.
5. THL. Tilastokatsaus 2016. THL:n sairastavuusindeksi 2012–2014. Julkaistu 18.11.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016111829194>
6. THL. THL:n sairastavuusindeksi. Julkaistu 18.11.2016. <http://www.thl.fi/sairastavuusindeksi>
7. Jousilahti P, Laatikainen T, Salomaa V, Pietilä A, Vartiainen E, Puska P. 40-year CHD mortality trends and the role of risk factors in mortality decline. The North Karelia experience. Global Heart 2016;11(2):207–212.
8. Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, Puska P. Changes in serum cholesterol and diet in North Karelia and all Finland. Global Heart 2016;11(2):179–184.
9. Valkonen T. Alueelliset erot. Teoksessa: Valkonen T, Alapuro R, Alestalo M, Jallinoja R, Sandlund T: Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. WSOY, Juva 1983, s. 181–221.
10. Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-740-262-7>
11. Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012, Helsinki 2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>
12. Tilastokeskus. Tulonjaon kokonaistilasto, Asuntokuntien ja asuntoväestön lukumäärät sekä tulot maakunnittain 1995–2015, http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__tul__tjkt/030_tjkt_tau_103.px/?rxid=004348f6-4162-4f93-89d0-b781bbbe8611.
13. Melkas T. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveyspolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka 2013;78(2):181–196. <https://www.julkari.fi/handle/10024/104426>