

Juhani Eskola

Terveyden edistämisessä ei kyse ole yksilön tai yhteiskunnan vastuusta vaan molempien

Kumpi vastuussa terveyden edistämisestä, yksilö vai yhteiskunta?

Elintavat ovat paljastuneet monien kansantautien merkittäväksi syytekijäksi. Sairauksien ehkäiseminen elintapoihin vaikuttamalla riippuu sekä yksilön omista valinnoista että ympäristön terveyttä edistävästä tai vahingoittavista ominaisuuksista. Terveyden edistämisen keinot ovat muuttuneet vuosien saatossa (1). On aihetta kysyä, miten tämä on vaikuttanut yksilön ja yhteiskunnan vastuun jakautumiseen. Lisääntyykö väestön terveys yksilöiden vai yhteiskunnan toimin (2,3)?

Elintapasairauksien yleistyessä on alettu perätä yksilön vastuuta. Kun ihmiset kerran voivat vaikuttaa terveyteensä omilla elintavoillaan, niin eikö heidän pitäisi myös vastata kustannuksista, jos heidän valintansa johtavat sairastumiseen. Pitäisikö tupakoiva, ryypiskelevä tai kovia rasvoja syövä ihminen velvoittaa maksamaan suurempi osa hoitokustannuksista tai voitaisiinko häneltä periä erityinen elintapavero?

Itsestään selvää on, että ihmisen sairastuessa häntä ei saa hylätä holtittomaan itsemääräämisoikeuden käyttöön vedoten. Ajatus ”itse aiheutetusta sairaudesta” on harhaan johtava. Valintamme riippuvat perimästä, koulutuksesta, kulttuurista sekä sukupuolesta ja sosioekonomisesta asemasta. Monet ottavat riskejä sairastumatta, ja jotkut sairastuvat vaikkeivät riskejä ottaisikaan. Sairauksien ehkäisyssä voidaan korostaa ihmisen omaa vastuuta, mutta sairautta tai sairastumista ei voi hallita.

Käyttäytymistämme ohjataan ulkopuolelta tavoin, joita emme tule ajatelleeksi. Tässä lehdessä oli hiljattain erinomainen katsaus väestön lihomista selittävistä tekijöistä (4).

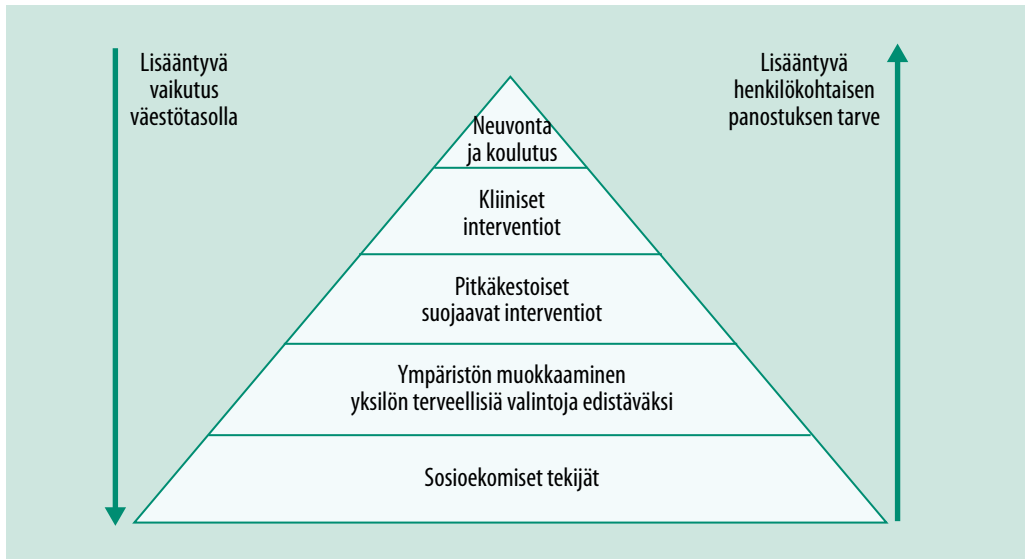
Sen mukaan elintarvikkeiden kulutusta lisäävät niiden helppo saatavuus, runsaat valikoimat ja edullinen hinta. Saatavilla olevassa ruoassa ja elintarvikkeissa on tapahtunut suuria muutoksia: tiheäenergiaisten ruoat ovat lisääntyneet, sokeripitoiset juomat yleistyneet, pakkauskoot ja annoskoot kasvaneet, ruokien valikoimat ja vaihtelevuus lisääntyneet, ja ruokaa on yhä enemmän esillä. Elintarvikkeiden mainontaa kohdistetaan entistä enemmän lapsiin.

Tähän mennessä lihavuuden ehkäisy on annettu yksilöiden tehtäväksi. Viranomaiset antavat tietoa terveellisestä ruuasta, terveydenhuollon ammattilaiset patistavat potilaita painonhallintaan ja media kilpailee eksoottisilla laihduttamisohjeilla. Yksilöihin suunnattujen toimenpiteiden vaikutus koko väestön lihomiseen on kuitenkin ollut vähäinen. Informaation ja valistuksen tehottomuutta ihmetellään ja mietitään miksi ihmiset tekevät väärin päätöksiä. Syömiseen liittyvät ratkaisut eivät kuitenkaan yleensä ole tietoisia, vaan syöminen on automaattista. Yhä useammin, runsaammin ja monipuolisemmin läsnä oleva ruoka ohjaa syömään liian paljon.

Yhteiskunnan tulisikin Pertti Mustajoen mukaan suojella etenkin lapsia ja nuoria. Tarvitaan keinoja vähentää tiheäenergiaisten ruokien ja sokeripitoisten juomien käyttöä sekä pienentää pakkaukset ja annokset aikaisempaan kokoon. Näitä voisivat olla esimerkiksi verotus ja mainonnan sääteily (4).

Yritysten kaupallisen näkökulman sovittaminen maatalouspoliittisten, elinkeinopoliittisten ja nyt vielä terveyspoliittistenkin intressien kanssa on vaikeaa (5,6). Kovaan vääntöön on





KUVA. Terveysvaikuttamisen pyramidi Friedenin mukaan (13).

totuttu kuitenkin jo vuosien ajan alkoholi- ja tupakkapolitiikassa (7). Joskus kehitys kulkee yllättävän nopeasti: Englannissa päätettiin virvoitusjuomien sokeriverosta, kun kalliimpien hintojen ajateltiin vaikuttavan kuluttajien käyttäytymiseen. Virvoitusjuomateollisuus ennakoi omia veroseuraamuksiaan ja siirtyi jo ennen veron voimaantuloa vähemmän sokeria sisältäviin tuotteisiin.

Lihavuudentorjuntaesimerkki kuvaa hyvin viime vuosina Britannian lisäksi myös Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Saksassa muotiin tullutta ”tuuppimismenetelmää” (engl. nudge) väestön terveyden edistämiseksi (8,9,10). Pohjimmiltaan menetelmässä ei ole ymmärtääkseni mitään vallankumouksellista; Suomessa käytettiin vastaavia keinoja jo Pohjois-Karjala-projektissa (11).

Kyse on siitä, että terveelliset valinnat tehdään ihmisille helpoiksi ja luonteviksi – rajoittamalla samalla terveydelle vahingollisia vaihtoehtoja (12). Vaikuttamisen on oltava laajalaista ja eri yhteiskuntasektorien on tuettava toisiaan. Väestön terveys on otettava huomioon

kaikessa päätöksenteossa. Yhdyskuntasuunnittelulla ja sosiaalisella markkinoinnilla pystytään monesti ohjaamaan käyttäytymistä terveellisemmäksi. Sääöksin, hinta- ja veropolitiikalla, erilaisin markkinointikeinoin ja laajasti ympäristöön vaikuttamalla ihmiset saadaan haluamaan terveellisempää tuotetta ja teollisuus suuntaamaan tuotantonsa ja markkinointinsa näihin.

Terveysvaikuttamista on kuvattu pyramidilla (**KUVA**), jonka pohjalla ovat sosioekonomiset tekijät ja huipulla yksilöön kohdistuvat räätälöidyt toimet (13). Väestövaikutus korostuu pyramidin alaosan kanssa tehtävässä työssä, ja yksilökohtainen työ määrä lisääntyy huipulla.

WHO:n asettama terveyden sosiaalisia determinantteja analysoinut työryhmä, niin sanottu Marmotin komissio, katsoo terveyden edistämistä hyvin laveana ja globaalina yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden kysymyksenä (14,15). Se listaa toimenpidesuosituksiinsa erityisesti heikoimmassa asemassa olevien ryhmien elinolosuhteiden parantamisen sekä monipuoliset epätasa-arvon ja syrjäytymisen

vastaiset toimenpiteet. Ymmärrän nämä yhteiskunnalliset tavoitteet mutta kaipaen ennen muuta konkreettisia toimenpiteitä. Terveyden edistäjien tulisi olla huolellisia argumentoinnissaan, jotta he eivät jäisi abstraktin ja houkuttelevalta kuulostavan, poliittisesti vetoavan terveyden edistäminen -käsitteen taakse vaan puhuisivat enemmän asioista, joilla arkielämässä voidaan edistää hyvinvointia ja terveyttä sekä ehkäistä sairautta ja eriarvoisuutta.

”Voip olla jot meil on lihhaa, voip olla jot meil on kallaa. Mitäpä meil ei olis?” Viipurilaisen torikauppiaan logiikkaa mukaillen terveyden edistämisesäkään ei kyse ole yksilön tai yhteiskunnan vastuusta – vaan molempien. Yhteiskunnalla on kiistaton vastuu terveydelle edullisten olosuhteiden luomisessa ja ihmisten suojelemisessa terveyttä vaarantavia uhkia vastaan. Toisaalta terveys ei säily, jos yksilö ei sitä itse halua ja ole valmis sen hyväksi toimimaan. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Sihto M, Karvonen S, toim. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.
2. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Med* 2010;7:e1000320.
3. Ter Meulen R, Maarse H. Increasing individual responsibility in Dutch health care: is solidarity losing ground? *J Med Philos* 2008;33:262–79.
4. Mustajoki P. Ruokaympäristön muutos selittää pääosan väestöjen lihomisesta. *Duodecim* 2015;131:1345–52.
5. Charvel S, Cobo F, Hernández-Ávila M. A process to establish nutritional guidelines to address obesity: lessons from Mexico. *J Public Health Policy* 2015;36:426–39.
6. Patchett AD, Yeatman HR, Johnson KM. Obesity framing for health policy development in Australia, France and Switzerland. *Health Promot Int* 2015;31:83–92.
7. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO 2004. www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf.
8. Chokshi DA, Farley TA. The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention. *N Engl J Med* 2012; 367:295–7.
9. Vallgård S. Nudge: a new and better way to improve health? *Health Policy* 2012; 104:200–3.
10. Wikler D, Eyal N. Nudges and noodges: the ethics of health promotion – New York style. *Public Health Ethics* 2013;6: 233–4.
11. McAlister A, Puska P, Salonen JT, ym. Theory and action for health promotion – illustrations from the North-Karelia Project. *Am J Public Health* 1982;72:43–50.
12. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Geneva: WHO Europe 1986. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
13. Frieden TR. Shattuck lecture: The future of public health. *N Engl J Med* 2015;373: 1748–54.



Kuva: Matti Mankainen

JUHANI ESKOLA, professori, pääjohtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia