

Tuulia Rotko
Timo Aho
Niina Mustonen
Eila Linnanmäki

Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveysterojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Englanninkielinen tiivistelmä: Elisa Kostiainen

Kannen kuva: Leppävirralla sijaitseva Orinoron rotko.

Kuvaaja: Eino Ylönen, Leppävirta

ISBN 978-952-245-441-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-442-3 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino Oy

Helsinki 2011

Saatesanat

Suomalaisten hyvinvoinnin ytimen muodostavat hyvä terveys, hyvät sosiaaliset tukiverkostot ja turvattu toimeentulo. Ongelmat jossakin näistä näkyvät usein välittömästi hyvinvoinnissa, olivat ongelmien syyt sitten sairauudessa, työttömyydessä tai toimintakyvyn laskussa. Terveys ja toimeentulo vaihtelevat niin sosioekonominen aseman, asuinalueen kuin elämänvaiheenkin mukaan. Tutkimusten mukaan suomalaisten yleinen terveyden ja hyvinvoinnin taso ovat jatkuvasti kohentuneet, mutta niiden jakautuminen väestössä on yhä eriarvoisempaa. Viimeisten 25 vuoden aikana terveyserot ovat säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Tuloryhmien välinen elinajanodotteen ero kasvanut niin, että ylimmän tuloviidenneksen miehillä se on 12,5 vuotta pidempi kuin alimman tuloviidenneksen miehillä. Naisilla vastaava ero on 6,8 vuotta.

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen on ollut jo pitkään suomalaisen terveys- ja sosiaalipolitiikan keskeinen tavoite. On käynnistetty useita kansallisia ohjelmia, joiden avulla terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoa on pyritty vähentämään. Yksi näistä on sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sen tavoitteena on ollut kaventaa sosioekonomisten väestöryhmien välisiä eroja ja nostaa terveydeltään heikommassa asemassa olevien terveydentilaa lähemmäksi paremman terveydentilan ryhmien terveyden tasoa. Varsinaisten toimenpide-ehdotusten lisäksi tavoitteena on ollut näkökulman valtavirtaistaminen kaikkiin politiikkoihin.

Tässä raportissa luodaan katsaus siihen, miten terveyserot ovat Suomessa kehittyneet ja millä toimilla haasteeseen on pyritty puuttumaan vuosina 2007–2010. Katsaus osoittaa, että tavoitteita terveyserojen kaventamiselle on asetettu runsaasti, ja niitä tukemaan on asetettu kymmeniä työryhmiä ja käynnistetty kymmeniä hankkeita. On tuotettu tietoa terveyseroista eri väestöryhmillä ja on annettu runsaasti suosituksia. On siis tehty paljon, mutta silti sosioekonomiset terveyserot ovat vain jatkaneet kasvuaan. Tulos viittaa vääjäämättä siihen suuntaan, että viimeisten 20 vuoden aikana harjoitettu yhteiskuntapolitiikka on tuottanut eriarvoa, jota tämän kaltaisilla toimintaohjelmilla on hyvin vaikea vähentää. Näin etenkin siksi, että raportin tulokset viittaavat siihen, että politiikkaohjelmille on asetettu suuria ja sinänsä kannatettavia tavoitteita, mutta niiden resursointi on ollut liian vähäinen. Tavoitteenasettelu on myös ollut liian yleistasoista. Lisäksi hallintokuntien väliset raja-aidat ovat estäneet koordinoitua yhteistyötä. Tavoitteiden käytännön toteutus törmää myös edelleen siihen asenteelliseen muuriin, että terveyserojen kaventamista ei kuntatason strategioissa ja toimissa useinkaan pidetä prioriteettialueena.

Terveyserot kuvastavat osaa hyvinvointieroista. Jotta hyvinvointieroja voidaan kaventaa, tarvitaan yhteistä ymmärrystä siitä, mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan. Yleensä hyvinvoinnin osatekijät jaetaan kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Yhä useammin koettua hyvinvointia mitataan elämänlaadulla, jota muovaavat terveys ja materiaa-

linen hyvinvointi, samoin kuin yksilön odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunto ja mielekäs tekeminen. Alan tutkimus osoittaa, että yhteiskunta voi tukea väestön hyvää elämänlaatua luomalla elämiselle puitteet, jotka mahdollistavat hyvän, terveen ja ihmisarvoisen elämän. Kun terveysongelmat kasautuvat heikoiten koulutetulle ja heikoimmat hyvinvointiresurssit omaaville ihmisille, niitä lienee vaikea vähentää ellei toimia kohdenneta myös siihen, että korjataan elämän perusedellytyksiä etenkin niiden kohdalla, joilla riski ongelmien kasautumiseen on suuri. Siten terveyserojen kaventaminen on pitkäjänteistä sosiaali- ja terveystaloutta, ei kirjavaa hanketoimintaa jollaiseksi se nyt näyttää muodostuneen.

Tämä raportti luo monipuolisen kuvan terveyserojen tilasta ja niiden kaventamiseksi tehdyistä ja tekeillä olevista toimista. Koska moni toimenpideohjelman toimista on vielä kesken, ei raportissa pyritäkään antamaan lopullista arviota toimintaohjelman onnistuneisuudesta. Silti katsauksen tulokset viittaavat siihen, että onnistuminen on ollut vain osittaista, eikä tavoiteltuun lopputulokseen terveyserojen kaventamisesta ole päästy. Kaikkiaan raportti antaa uutta ja arvokasta tietoa, jonka avulla terveyserojen kaventamisen vaikuttavuutta voidaan jatkossa parantaa. Selkeä viesti on, että terveyseroissa ei ole kyse vain yksilön omista valinnoista vaan myös niistä yhteiskunnan valinnoista, joilla luodaan ja vaikutetaan ihmisten elämisen ja omien valintojen mahdollisuuksiin. Kirjoittajien mielestä terveyserojen kaventamisessa toiminnan suuntaa on muutettava tiedon tuottamisesta sen hyödyntämiseen käytännön toiminnassa. Kun tavoitteena on tiedon parempi vaikuttavuus, se asettaa haasteeksi myös terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamistoimien vaikuttavuuden paremman tutkimuksen ja mittaamisen. On mentävä terveys- ja hyvinvointierojen juurille, ymmärrettävä niiden syntymekanismejä ja syy-seurausketjuja, jotta voidaan puuttua kriittisiin kohtiin ja suunnata yhteiskunnan voimavaroja niiden kohentamiseksi. Tarvitaan kestävää, ihmisen elämänsäkökulmaan perustuvaa sosiaali- ja terveystaloutta, jossa tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja terve elämä kaikille kansalaisille ja sitä tukeva sosiaaliturva, palvelujärjestelmä ja muut käytännön toimenpiteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kimmo Leppö (2010) lainaten: ”Kansan terveys on tahdon asia”.

Helsingissä helmikuussa 2011

Marja Vaarama

Ylijohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Hyvinvointi- ja terveystaloutta toimiala

Kirjoittajien esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008–2011) tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen vähentäminen siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Toimintaohjelmassa on esitetty 15 varsinaista toimenpidettä, mutta niiden lisäksi pyrkimyksenä on ollut valtavirtaistaa näkökulmaa eri hallinnonaloilla käynnissä oleviin toimiin, kansallisiin ohjelmiin ja hankkeisiin.

Tämän raportin tavoitteena on tehdä katsaus toimintaan, jolla on terveyseroihin joko suoria tai välillisiä vaikutuksia. Erityisenä tavoitteena on tarjota toimenpidesuosituksia seuraavaan hallitusohjelmaan. Lisäksi raportin liitteenä on taulukko, johon on koottu Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 15 toimenpiteen etenemisen tilanne.

Raportti on tarkoitettu terveys- ja yhteiskuntapoliittisille päättäjille valtion-, kunta- ja aluehallinnossa, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä tutkijoille ja muille yhteiskunnallisen eriarvoisuuden seurauksista ja niiden ehkäisystä kiinnostuneille.

Terveyserojen kaventamisen kenttä on laaja ja monitoimijainen. Raportti rakentuu viime vuosina kertyneelle tutkimustiedolle sekä asiantuntijoiden näkemyksille keskeisistä toimenpiteistä. Kirjoittajat vastaavat tehdyistä tulkinnoista, rajauksista ja muotoiluista.

Kiitämme lämpimästi seuraavia asiantuntijoita, jotka tuottivat käsikirjoitukseen tekstiosioita: Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta Tuovi Hakulinen-Viitanen, Vappu Karjalainen, Ilmo Keskimäki, Laura Kestilä, Meri Larivaara, Maili Malin, Kristiina Manderbacka, Pasi Moisio, Anu Muuri, Peppi Saikku, Leini Sinervo ja Lauri Vuorenkoski sekä Päivi Husman Työterveyslaitokselta, Marjaana Pelkonen sosiaali- ja terveysministeriöstä ja Elise Virnes opetus- ja kulttuuriministeriöstä.

Olemme kiitollisia myös seuraaville asiantuntijoille ja tahoille, joilta saimme erinomaisia kommentteja käsikirjoitukseen ja erityisesti siinä esitettyihin toimenpidesuosituksiin: Viveca Arrhenius STM, Shadia Gaily THL, Päivi Haavisto-Vuori TEM, Katri Hannikainen-Ingman THL, Tarja Heino THL, Marke Hietanen-Peltola THL, Heikki Hiilamo KELA, Tarja Honkalampi TEHY ry. Päivi Husman TTL, Maarit Kallio-Savela Kuntaliitto, Sakari Karvonen THL, Timo Kauppinen TTL, Laura Kestilä THL, Simo Mannila THL, Ritva Mertaniemi THL, Pasi Moisio THL, Mulki Mölsä THL, Soile Paahtama Kuntaliitto, Ritva Partinen STM, Merja Perkiö-Mäkelä, TTL, Kerttu Perttilä STM, Aira Rajamäki OPH, Päivi Rouvinen-Wilenius Tekry ry, Matti Sihto TEM, Helena Tukia THL, Kaarina Wilskman THL, Simo Virtanen TTL, Maritta Vuorenmaa THL, Jukka Vuori TTL, sekä sisäasiainministeriön maa-hanmuutto-osasto, sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen ryhmä, terveyspalveluryhmä ja työsuojeluosasto, Suomen Kuntaliitto, Suomen Lääkäriliitto ja Suomen terveydenhoitajaliitto.

Tiivistelmä

Tuulia Rotko, Timo Aho, Niina Mustonen ja Eila Linnanmäki. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 8/2011. 116 sivua. Helsinki 2011. ISBN 978-952-245-445-1 (painettu). ISBN 978-952-245-442-3 (pdf).

Suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin taso on jatkuvasti kohentunut, mutta samalla terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus on kasvanut. Tässä raportissa tarkastellaan, mitä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisiä toimenpiteitä Suomessa on tehty käynnissä olevan hallituskauden aikana. Raportissa ehdotetaan myös toimenpidesuosituksia seuraavaan hallitusohjelmaan.

Raportin painopiste on toimenpiteissä, jotka koskevat terveyden sosiaalisia määrittäjiä WHO:n Social Determinants on Health -komission viitekehyksen mukaisesti. Terveyden sosiaalisilla määrittäjillä on terveyseroihin suoria tai välillisiä vaikutuksia. Näitä sosiaalisia tekijöitä ovat köyhyys, lapsuuden ja nuoruuden elinolot sekä työolot ja työttömyyden hoito. Lisäksi tarkastellaan kasvavan maahanmuuttajaväestön hyvinvointia ja kotoutumista. Sosiaali- ja terveystalouden kehittämistä sekä tietopohjan vahvistamista ja informaatio-ohjauksen kehittämistä tarkastellaan raportissa omina lukuinaan.

Raportin lähtökohtana on kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008–2011). Toimintaohjelman tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen vähentäminen siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Toimintaohjelmassa on esitetty 15 varsinaista toimenpidettä, joiden etenemisen tilanne on koottu raportin liitteeseen. Lisäksi toimintaohjelman pyrkimyksenä on ollut valtavirtaistaa näkökulmaa eri hallinnonaloilla käynnissä oleviin toimiin, kansallisiin ohjelmiin ja hankkeisiin.

Raportti rakentuu viime vuosina kertyneelle tutkimustiedolle sekä asiantuntijoiden näkemyksille keskeisistä toimenpiteistä. Arviot perustuvat muun muassa lausuntoihin, kannanottoihin ja työryhmien suosituksiin. Koska raportissa esitetyistä toimenpiteistä monet ovat vielä kesken, ei tässä pyritä antamaan arviota niiden onnistuneisuudesta. Suositukset perustuvat pitkälti muiden asiantuntijoiden esittämiin näkemyksiin ja kirjoittajien rooli on ollut tässä mielessä lähinnä kokoava. Kirjoittajat vastaavat tehdyistä tulkinnoista, rajauksista ja muotoiluista.

Terveyden sosiaalisissa määrittäjissä on havaittu huolestuttavaa kehitystä, joka uhkaa kärjistä terveyseroja tulevaisuudessa ellei tämän kehityksen pysäyttämiseen puututa pian. Köyhyys on lisääntynyt ja perusturvataso on jäänyt kauas muusta ansiokehityksestä. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi on uudistettu lainsäädäntöä; suurin haaste liittyy lakien toimeenpanoon. Työoloilla on merkittävä rooli terveyserojen synnystä. Terveyden edistämisen toimenpiteitä tulee kohdistaa erityisesti riskiammattialoille. Työttömien hyvinvoinnin edistämisek-

si tarvitaan välityömarkkinoiden määrätietoista kehittämistä sekä osatyökykyisille soveltuvien työpaikkojen lisäämistä. Johdonmukaista tupakka- ja alkoholipolitiikkaa tulee jatkaa, koska tupakan ja alkoholin käytön haitoilla on merkittävä vaikutus terveyseroihin. Kansallista ja kunnallista seuranta- ja maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista on kehitettävä. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on hajanainen, josta kärsivät eniten heikoimmassa asemassa olevat ihmiset. Ponnistuksia perusterveydenhuollon vahvistamiseksi tulee jatkaa. Terveyden edistämisen rakenteita tulee kehittää niin, että terveyseronäkökulma tulee nykyistä selvemmin tunnistetuiksi ja että tehtävään on määritelty pysyvä vastuutaho.

Katsaus osoittaa, että terveyserojen kaventamisen tavoite on asetettu moniin ohjelmiin, työryhmien toimintaan ja hankkeisiin. Tietoa on tuotettu eri väestöryhmien terveyseroista ja annettu suosituksia terveyserojen kaventamiseksi. On tehty paljon, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat jatkaneet kasvuaan. Samaan aikaan on tehty poliittisia päätöksiä, jotka uhkaavat kasvattaa terveyseroja entisestään. Tulos viittaa siihen, että viimeisten 20 vuoden aikana harjoitettu yhteiskuntapolitiikka on tuottanut eriarvoa, jota tämän kaltaisilla toimintaohjelmilla on hyvin vaikea vähentää. On siis tärkeää kirjata hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen tavoite myös seuraavaan hallitusohjelmaan, jotta erojen kaventaminen tai vähintäänkin niiden kasvun pysäyttäminen olisi mahdollista.

Koordinoitua yhteistyötä eri ministeriöiden ja kuntien eri hallintokuntien kesken tulee vahvistaa. Vähintäänkin lakiehdotuksia valmisteltaessa terveyteen ja hyvinvointiin sekä eri väestöryhmiin kohdistuvat vaikutukset tulee arvioida ja ottaa huomioon kaikilla hallinnonaloilla. Tutkimus ei ole vielä pystynyt tuottamaan riittävästi tietoa toimivista keinoista ja niiden vaikuttavuudesta erojen kaventamisessa. Tutkimuksessa onkin siirrettävä painopistettä ongelmien kuvauksesta arviointitutkimukseen.

Terveyserojen kaventamisen näkökulman tulisi sisältyä osaksi kaikkia politiikkoja läpäisyperiaatteella. Huolena on se, kuka ottaa vastuun toimista ja seurataan tavoitteiden toteutusta. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa osa tavoitteista on jäänyt varsin yleiselle tasolle. Miten jatkossa huolehditaan siitä, että terveyseroja kavennetaan konkreettisesti?

Abstract

Tuulia Rotko, Timo Aho, Niina Mustonen and Eila Linnanmäki. *Kapeneeko kiulu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010* [Bridging the Gap? Review into Actions to Reduce Health Inequalities in Finland 2007–2010]. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 8/2011. 116 pages. Helsinki, Finland 2011.

ISBN 978-952-245-445-1 (painettu). ISBN 978-952-245-442-3 (pdf).

The health and wellbeing of the Finnish population has improved over the past decades. At the same time, however, inequalities in health and wellbeing have widened. This report discusses the key actions taken to reduce health inequalities during the current Government's four-year term of office. Recommendations for further action are also proposed for the next Government Programme.

The starting point for this report is the National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011. The emphasis is on actions relating to social determinants of health, which is also the framework of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health. The report builds on recent research as well as expert views, basing on various statements, comments and working group recommendations. As many of the presented actions are still on-going, their impact is not evaluated here.

Unless prompt action is taken, the worrying trend in social determinants of health may further intensify health inequalities. Poverty has increased and the level of basic social security has fallen far behind the general wage development. Legislation has been renewed to protect the health and wellbeing of children and youth; the biggest challenge is in implementing these laws. Health promotion actions should be focused especially on industries with poor working conditions. The intermediate labour market needs to be developed in order to improve the wellbeing of the unemployed. The harmful effects of tobacco and alcohol consumption significantly contribute to the causation of health inequalities. Thus, tobacco and alcohol policy should be further tightened. A national and local follow-up system for the health and wellbeing of immigrants must be set up. The social and health services system is fragmentary, which is most harmful for the disadvantaged population groups. Strengthening of primary health care is essential. The organisation of health promotion activities should be developed to better recognise health inequalities, and an authority responsible should be appointed.

The review shows that many programmes, projects and working groups address health inequalities. However, inequalities persist despite efforts to reduce them. At the same time, some political decisions may have widened the health gap even further. This implies that social policy over the past twenty years has contributed to growing inequality, which is difficult to reduce with separate action plans. There-

fore it is vital to incorporate the goal of reducing inequality also in the next Government Programme.

Coordinated intersectoral co-operation both nationally and locally is needed. In Bill drafting, all administrative branches should put special emphasis on health impact assessment in different population groups. Research should shift focus from descriptive studies to policy evaluation.

The health equity dimension should be integrated into all policy areas. Responsibility for actions and follow-up is the main concern. How do we ensure that concrete measures to reduce health inequalities are taken in the future?

Sisällys

Saatesanat	3
Tiivistelmä	6
Abstract	8
1 Johdanto	13
2 Köyhyyden vähentäminen	21
2.1 Köyhyyden suuntaviivat	23
2.2 Toimenpiteitä köyhyyden vähentämiseksi	25
2.3 Arvioita toimenpiteistä	26
2.4 Ehdotuksia jatkotoimista	29
3 Lasten ja nuorten terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisy	30
3.1 Terveyserot lapsuudessa ja nuoruudessa	30
3.1.1 Lapsuuden terveys- ja hyvinvointierot vaikuttavat aikuisiän terveyteen ja sosiaaliseen asemaan	30
3.1.2 Miten maa makaa?	31
3.1.3 Tunnistaminen ja varhainen tuki tärkeää	32
3.2 Mitä toimenpiteitä on tehty?	33
3.2.1 Ohjelmat ja lainsäädäntö.	33
3.2.2 Ennaltaehkäisevät ja matalan kynnyksen palvelut	34
3.2.3 Hyvinvointia ja terveyttä tukevat oppimisympäristöt	35
3.2.4 Nuorten koulutuksessa pysyminen ja työelämään kiinnittyminen	39
3.2.5 Moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön vahvistaminen	40
3.2.6 Tieto toiminnan perustana	41
3.3 Johtopäätökset ja ehdotukset.	42
4 Työolot ja työttömyys terveyserojen kaventamisen näkökulmasta	47
4.1 Työ, työolot ja elintavat terveyserojen taustalla	47
4.2 Työttömyys, terveys ja hyvinvointi	49
4.3 Toimenpiteitä työolojen ja työkyvyn edistämiseen eri ammattialoilla	50
4.4 Toimenpiteitä työllistymisen tukemiseksi ja työttömien terveyden edistämiseksi.	53
4.5 Johtopäätökset ja ehdotukset.	55

5	Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän yhdenvertaisuus.61
5.1	Palvelujen tarpeenmukainen käyttö.	62
5.2	Perusterveydenhuollon kehittäminen.	63
5.3	Johtopäätökset ja ehdotukset.	67
6	Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen maahanmuuttajilla69
6.1	Terveyteen vaikuttavat tekijät maahanmuuttajilla	70
6.1.1	Kotouttamiskäytännöt	70
6.1.2	Kielikoulutus ja opiskelu	71
6.1.3	Työllistymisen vaikeudet, pienituloisuus ja köyhyys	72
6.1.4	Työolot ja työhyvinvointi	73
6.1.5	Terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut	74
6.2	Toimenpiteitä maahanmuuttajien terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseksi.	74
6.3	Arvioita toimenpiteistä	78
6.4	Ehdotuksia jatkoroimista.	81
7	Informaatio-ohjaus erojen kaventamisessa82
7.1	Erojen kaventamiseen tähtäviä toimenpiteitä.	84
7.2	Toimien arviointi	86
7.3	Ehdotuksia jatkotoimista.	90
8	Toimintaohjelman toimeenpanotilanteen (liite) yhteenvetoa.91
	Lähteet	93
	Liite: Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpano (1/2011).	105

1 Johdanto

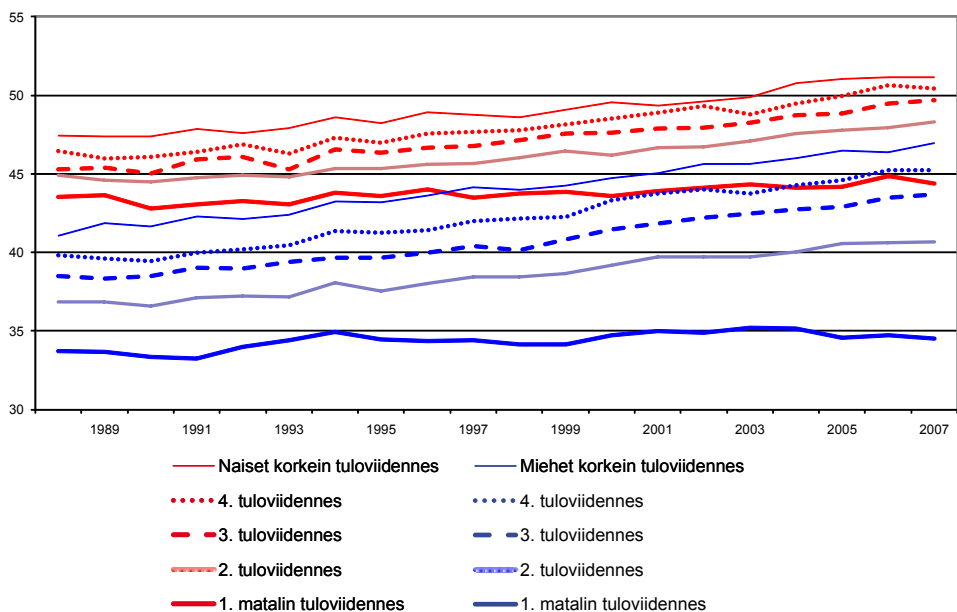
Olemme eriarvoisia kuoleman edessä.¹ Terveys voi vahvistua tai murtua sen mukaan, millaisissa oloissa synnymme, kasvamme, teemme työtä ja vanhenemme. Koulutus-, ammattiaseman ja tulojen mukaiset erot ilmenevät kaikilla terveyden ulottuvuuksilla: koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa.

Tutkimusten mukaan terveyserot ovat Suomessa säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet 25 viime vuoden aikana.² Tuoreen suomalaistutkimuksen mukaan erityisesti tuloryhmien välinen elinajanodotteen ero on kasvanut nopeasti (Kuvio 1). Tutkimuksessa osoitetaan, että elinajanodotteen ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä oli vuonna 2007 miehillä 12,5 vuotta ja naisilla 6,8 vuotta. Alimmassa tuloviidenneksessä elinajanodote on pysynyt 90-luvun alun jälkeisellä tasolla samaan aikaan kun muissa tuloryhmissä elinajanodote on kasvanut melko tasaisesti 80-luvun lopulta lähtien.³

Eurooppa jakautuu kahtia sosioekonomisten kuolleisuuserojen suhteen. Itäisen Euroopan maissa kuolleisuuserot ovat huomattavasti suurempia kuin läntisessä Euroopassa ja erityisesti Etelä-Euroopassa. Suomi sijoittuu vertailussa keskivaiheille. Ammattiluokkien välinen eriarvoisuus kuolleisuudessa on Suomessa läntisiä vertailumaita suurempi erityisesti miehillä.⁴

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena jo 1970-luvun lopulta. Tämän raportin tarkoituksena on luoda katsaus sosioekonomisten terveyserojen viime vuosien kehityskul-

Kuvio 1. Kolmekymmentäviisivuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote tuloviidenneksittäin 1988–2007 (Tarkiainen ym. 2010³)



kuihin ja toimenpiteisiin, joilla eroja on pyritty vähentämään. Alussa esitetty kuolleisuuserojen kasvutrendi kertoo väistämätöntä kieltään: terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamisessa ei ole onnistuttu. Eivätkö toimenpiteet ole olleet riittäviä tai oikeansuuntaisia. Mitä pitäisi tehdä toisin?

Terveyseroja kannattaa vähentää

Terveyseroja kaventamalla on mahdollista vähentää terveysongelmien yleisyyttä ja auttaa turvaamaan palvelujen riittävyttä. Suurin osa suomalaisten kansanterveysongelmista sijoittuu vähän koulutusta saaneisiin ryhmiin. Esimerkiksi diabeetikoista tai päivittäin tupakoivista yli puolet on saanut enintään perusasteen koulutuksen ja vain 10 % kuuluu korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmään. Valtaosa koko väestön terveys- ja toimintakykyongelmista on pienituloisten ja vähän kouluja käyneiden iäkkäiden ryhmissä. Väestön ikääntyminen ja vanhusten määrän nopea kasvu merkitsevät vääjäämättä hoiva- ja palvelutarpeen suurta kasvua. Vanhojenkin toimintakykyä on kuitenkin mahdollista kohentaa. Taulukossa 1 esitetyn arvioiden mukaan puolet suomalaisten vanhusten päivittäisen hoivan tarpeesta poistuisi, jos koko väestö olisi yhtä toimintakykyistä kuin ylimmän koulutusryhmän jäsenet.

Terveyserojen kaventaminen on taloudellisesti kannattavaa. Jos terveysongelmien yleisyys olisi kaikissa väestöryhmissä sama kuin korkeasti koulutetuilla, säädetäisiin sosiaali- ja terveysministeriön arvioiden mukaan suorissa terveydenhuoltomenoissa 1,5–2 miljardia euroa vuodessa tai 15 prosenttia vuosimenoista. Samaisen arvioiden mukaan terveyserojen häviäminen merkitsisi työkyvyttömyyseläkeläisten määrän vähenemistä 20 000 henkilöllä ja sairauslomapäivien vähenemistä 1,3 miljoonalla päivällä. Työllisyysaste nousisi 75 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä.⁶

Huono terveys on sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä. Erojen vähentäminen siten, että heikompiosaisien terveys kohenee, lisää yhteiskunnan sosiaalista kiinteyttä. Yhteiskunnallinen kahtiajakautuminen on edennyt Suomessa huolestuttavalla tavalla viimeisen 20 vuoden aikana. Yhteiskunnallinen eriarvoisuus sotii pohjoismaisen

Taulukko 1. Arviota siitä, kuinka suuri osuus (%) eräistä tärkeistä kansanterveysongelmista poistuisi, jos ko. ongelman yleisyys koko väestössä olisi sama kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla. (Koskinen S ja Martelin T. 2007⁵)

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 %

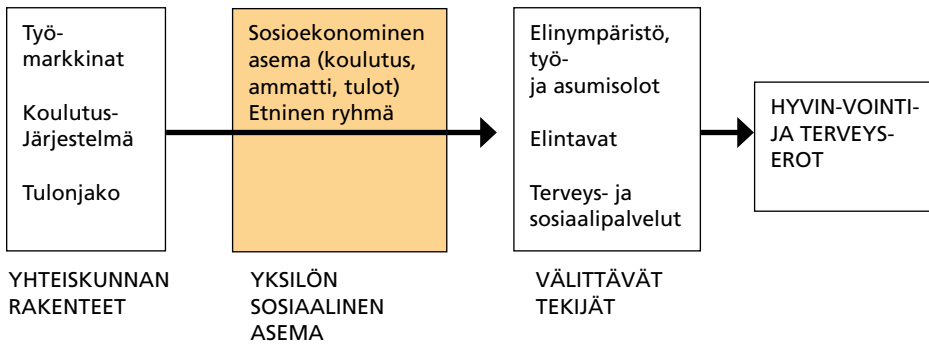
hyvinvointivaltion tasa-arvopyrkimystä vastaan. Yhteiskunnassamme on yhä enemmän ihmisiä, jotka ovat menettäneet luottamuksensa kanssaihmiin ja yhteiskuntaan. Ihmisiä, joilla ei ole tulevaisuudessa toivoa paremmasta. Näköalattomuuden, toivottomuuden ja työttömyyden kolmiyhteys voidaan myös yhdistää ulkomaalais-vihamielisyyden nousuun ja yhteiskuntarauhan rikkoutumiseen.⁷

Terveyserot eivät ole biologisten tekijöiden määräämä väistämätön ilmiö. Jos jokin väestöryhmä on jo saavuttanut tietyn terveyden tason, se on periaatteessa mahdollista muillekin. Terveyserot ovat seurausta ihmisten tekemistä yhteiskuntapoliittisista päätöksistä. Vastaavasti niitä voidaan kaventaa määrätietoisella päätöksenteolla. Koska hyvinvointi- ja terveyserot ovat ehkäistävissä, niitä ei voi pitää oikeudenmukaisina eikä eettisesti hyväksyttävänä. Kysymys on myös perusoikeuksien turvaamisesta. Julkinen valta on perustuslain mukaan velvollinen aktiiviseen toimintaan oikeuksien toteuttamiseksi. Jokaiselle on turvattava oikeus sosiaaliturvaan, työhön ja koulutukseen sekä riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Terveyserojen juuret ovat yhteiskunnallisessa eriarvoisuudessa

Terveyserot ovat juurtuneet syväälle yhteiskunnan rakenteisiin, kuten tulonjakoon ja työmarkkinajärjestelmään. Yhteiskunnallinen eriarvoisuus ilmenee terveyseroina monimutkaisten mekanismien kautta. Kuvio 2 kuvaa terveyserojen syntyyn vaikuttavien syiden ketjua yksinkertaistetussa muodossa. Yhteiskunnalliset rakenteet muokkaavat ihmisten elinympäristöjä, asumis- ja työoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveyspalveluja, joilla taas on välitön yhteys terveyteen. Koulutuksesta, ammatista ja tuloista rakentuva sosioekonominen asema puolestaan vaikuttaa siihen, altistuuko ihminen arkisissa elinympäristöissään, kuten työssään ja asumisessaan, terveyttä vaarantaville vai sitä vahvistaville tekijöille. Sosioekonominen asema ja siihen liittyen perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat vahvasti myös elintapoja. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöllä ja palveluista saadulla hyödyllä on osoitettu olevan vahva yhteys sosioekonomiseen asemaan.

Kuviossa 2 on hahmoteltu sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveyteen. Myös toiseen suuntaan kulkee vaikutusketju, jossa terveys vaikuttaa sosiaaliseen asemaan (valikoituminen). Ne, joilla on hyvä terveys, pärjäävät paremmin koulutuksessa ja työmarkkinoilla, kun taas terveysongelmien kanssa kamppailevat ihmiset ovat suuremmassa vaarassa päätyä heikkoon sosiaaliseen asemaan.

Kuvio 2. Terveyserojen taustatekijät (determinantit)

Muokattu: Graham H & Kelly MP 2004⁸.

Sosioekonomiset terveyserot kehittyvät koko elämänsä aikana useiden eri mekanismien ja tekijöiden seurauksena. Syy-seuraussuhteita on vaikea määrittää yksiselitteisesti, mutta hyvinvoinnin ja terveyden riskitekijöiden kasautuminen alkaa jo raskauden ja varhaislapsuuden aikana. Useat tutkimukset osoittavat, että lapsuuden ja nuoruuden tekijät selittävät merkittävän osan aikuisuuden sosioekonomisista terveyseroista^{9,10}. Pitkäaikainen altistuminen kuormittaville ja vaikeille lapsuuden kokemuksille voi vaikuttaa suoraan lapsen kasvuun ja kehitykseen esimerkiksi koetun stressin kautta.¹¹ Lapsuuden ja nuoruuden olosuhteet ja kokemukset vaikuttavat koulutukseen, työllistymiseen, elintapoihin ja terveyteen.

Syrjäytymistä koskevissa tutkimuksissa viitataan usein syrjäytymisen olevan asteittain syvenevä prosessi^{12, 13}, jossa on erityiset taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset ulottuvuutensa. Tällainen huono-osaisuuden syvenevä jatkumo elämänsä aikana tarkoittaa erilaisten riskien ketjuuntumista. Syrjäytymisen prosessimallin mukainen kehityskulku muuttuvan todellisuudeksi todennäköisimmin niillä, joiden elämässä on niukasti suojaavia tekijöitä tai jotka eivät osaa käyttää näitä resursseja hyväkseen¹⁴.

Terveyseroja voidaan kaventaa vaikuttamalla niiden sosiaalisiin syihin

Sosioekonomisten väestöryhmien väliset terveyserot näyttäytyvät kaikissa maissa, niin rikkaissa kuin köyhissä. Maailman terveysjärjestö WHO:n asettama ja Sir Michael Marmotin johdolla toiminut komissio Social Determinants of Health (CSDH) raportoi vuonna 2008 maiden välisistä ja maiden sisäisistä terveyseroista. Taustaraportteja koottiin yhdeksältä kansainväliseltä asiantuntijaryhmältä. Pohjoismaista tuotettiin NEWS-raportti, joka selvitti pohjoisen hyvinvointimallin ja kansanterveyden välisiä yhteyksiä. Komission loppuraportin pääotsikko ”Closing the gap in a generation” kertoo komission ottaneen kunnianhimoisen tavoitteen mur-

taa terveyserot seuraavan sukupolven aikana. Vaikka 30 vuoden aikaperspektiivi on pitkä, toimittava on heti. Raportin alaotsikko ”Health equity through action on the social determinants” puolestaan ilmaisee vahvan näkökulman siitä, että terveyseroja voidaan kaventaa vaikuttamalla niiden sosiaalisiin määrittäjiin eli syiden syihin.

Komissio julisti, että sosiaalinen eriarvoisuus tappaa jatkuvasti suuria ihmismääriä. Sen mukaan väestön terveys on yhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kehittyneisyyden mittari. Huono sosiaalipolitiikka ja epäreilu talouspolitiikka ovat johtaneet siihen, että heikommassa asemassa olevat ihmiset eivät pääse nauttimaan yhtä hyvästä terveydestä kuin mitä vauraammat ihmiset ovat jo saavuttaneet eli mikä biologisesti olisi mahdollista saavuttaa.

Komission tarkoitus ei ollut vain kuvata maailmassa vallitsevia terveyseroja vaan se etsi keinoja, joilla eroja voidaan kaventaa. Komissio esitti raportissaan joukon suosituksia, joiden mukaiset muutokset sosiaalipolitiikassa, taloudellisissa suhteissa ja poliittisessa toiminnassa ovat välttämättömiä globaalisti, kansallisesti ja paikallisesti. Suositukset on jaettu kolmeen päätoiminta-alueeseen:

- 1) Parannettava arkisia elinoloja kaikissa elämänvaiheissa
 - a. Tasa-arvoiset lähtökohdat lapsille
 - b. Terveelliset asuinympäristöt
 - c. Reilut työehdot, kunnolliset työolot
 - d. Kattava sosiaaliturva
 - e. Universaali terveydenhuolto
- 2) Puututtava vallan, rahan ja resurssien epätasaiseen jakautumiseen
 - a. Terveiden tasa-arvo kaikissa politiikoissa (Health Equity in All Policies)
 - b. Reilu talouspolitiikka
 - c. Markkinoiden vastuullisuus
 - d. Sukupuolten tasa-arvo
 - e. Poliittinen voimaannuttaminen – osallistaminen ja kansalaisten äänen kuuleminen
 - f. Hyvä maailmanlaajuinen asioiden hoitaminen
- 3) Mitattava ja ymmärrettävä ongelma ja arvioitava toiminnan vaikutukset
 - a. Terveyserojen ja sosiaalisten määrittäjien säännöllinen monitorointi paikallistasolla, kansallisesti ja kansainvälisesti
 - b. Lisää tietoa sosiaalisten determinanttien vaikutuksista ja terveyseroihin vaikuttavista toimista
 - c. Terveiden eriarvoisuus pakolliseksi lääketieteelliseen ja muuhun terveydenhuollon ammatilliseen koulutukseen; tietoa terveyseroista muille toimijoille ja väestölle
 - d. Kehitettävä terveyserot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia (Health equity impact assessment)

Komission raportti on herättänyt laajaa kansainvälistä keskustelua. Raportin tärkeät painotukset, kuten universaalit palvelut ja tukimuodot sekä valtiovallan vastuu, ovat

hyvin linjassa pohjoismaisen hyvinvointimallin kanssa. Terveyden jakautuminen ilmaisee sen, miten hyvin sosiaali- ja talouspolitiikka ovat onnistuneet hyvinvoinnin tuottamisessa ja jakamisessa. Valtioitten menestyksen keskeisenä mittarina pitäisi olla terveyden ja hyvinvoinnin taso sekä jakautuminen.

Suosittelujen yleisluontoisuutta on myös kritisoitu, eikä niitä sellaisenaan voi käyttää kansallisella tasolla toiminnan ohjaamiseen. Onkin ensiarvoisen tärkeää saada suositukset jalkautettua jäsenmaiden politiikkoihin ja käytännön toimintaan.

WHO:n Euroopan aluetoimisto perusti Sir Michael Marmotin johtaman konsortion jatkamaan CSDH-komission työtä Euroopassa 2010–2012. Ensimmäisessä vaiheessa kootaan tutkimusnäyttöä hyvinvointi- ja terveyseroista Euroopan maissa sekä identifioidaan keinoja, joilla voidaan vähentää esteitä ja lisätä mahdollisuuksia erojen kaventamiseksi. Syyskuussa 2010 julkaistiin ensimmäisen vaiheen väliraportti *Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*.¹⁵ Alkuvuonna 2011 julkaistavassa varsinaisessa julkaisussa kiinnitetään huomiota toimintaa ohjaaviin järjestelmiin, kuten hallintorakenteisiin, kunta- ja aluetason toimintaan, terveystaloustieteisiin, kansainvälisiin instituutioihin (WHO, EU, järjestöt) ja sektoreitten väliseen yhteistyöhön. Talouden voimilla on myös suuria vaikutuksia terveyseroihin. Tuloerojen vähentäminen, sosiaaliturvan parantaminen ja taloustaantumisen aiheuttamien vaurioiden ehkäisy nähdään tärkeinä terveyserojen kaventamiskeinoina. Katsauksessa tarkastellaan myös maahanmuuttajien ja romaniväestön aseman parantamista ja sosiaalisen syrjäytymisen estämistä taloudellisin, poliittisin, sosiaalisin ja kulttuurisin keinoin. Helposti saatavilla olevan vertailukelpoisen tiedon puute tunnistetaan suureksi esteeksi terveyserojen vähentämisessä. Katsauksessa etsitään tehokkaita menetelmiä kehittää terveyseroseurantaa.

Kaiken kaikkiaan Euroopan maiden välillä on isoja historiallisia ja kulttuurisia eroja, joiden vuoksi on vaikeaa antaa yleispäteviä suosituksia. On kuitenkin tärkeää esittää suuntaviivoja, jotka perustuvat terveyserojen kaventamisessa edistyneempien maiden kokemuksiin.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen painopisteet Suomessa

Terveyserojen eriarvoisuuden kaventaminen on ollut Suomen terveys- ja sosiaalipolitiikan keskeisiä tavoitteita. Tavoite on kirjattu keskeisiin asiakirjoihin ja kansallisiin ohjelmiin. Terveystaloustieteiden 2015 -kansanterveysohjelmassa edellytetään, että sen kaikkiin tavoitteisiin pyritään siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat.¹⁶ Lisäksi ohjelmassa on asetettu määrällinen tavoite sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentymisestä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä..

Terveyserojen vähentyminen on ollut myös kahden viimeisimmän hallitusohjelman tavoitteena. Vanhasen toisen hallituksen ohjelman mukaan ”sosiaali- ja ter-

veyspolitiikan tavoitteena on edistää terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tämän lisäksi on huolehdittava kohtuullisesta toimeentuloturvasta ja työkyvyn ylläpidosta sekä varmistettava toimivat peruspalvelut kansalaisten saataville asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.¹⁷ Terveyserojen väheneminen on tavoitteena myös Vanhasen toisen hallituksen Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissohjelmassa (Kaste).

Tässä raportissa tarkastellaan, mitä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisiä toimenpiteitä Suomessa on tehty käynnissä olevan hallituskauden aikana. Mahdollisuuksien mukaan pyritään arvioimaan toiminnan vaikutuksia terveyseroihin, mutta arviointitiedon puute ja lyhyt aikajänne asettavat tähän omat rajoituksensa.

Raportin painopiste on toimenpiteissä, jotka koskevat terveyserojen sosiaalisia määrittäjiä edellä esitetyn WHO:n viitekehyksen mukaan. Monet näistä sosiaalisista tekijöistä ovat nousseet tutkimuksen ja yhteiskunnallisen keskustelun keskiöön Suomessa kuluneen hallituskauden aikana muun muassa vaikean taloustaantumien myötä. Näitä sosiaalisia tekijöitä ovat köyhyys, lapsuuden ja nuoruuden elinolot, työolot ja työttömyyden hoito sekä maahanmuuttajien hyvinvointi ja kotoutuminen.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa yksi keskeinen osa-alue oli elintapoihin vaikuttaminen. Tässä raportissa on haluttu korostaa elintapojen voimakasta kytkeytymistä elinoloihin ja kulttuurisiin tekijöihin, ja elintapoihin kohdistuvat toimenpiteet on esitetty muiden aihealueiden yhteydessä. Toimintaohjelman suoraan elintapoja koskevat toimenpiteet, kuten alkoholi- ja tupakkaverotus sekä joukkoruokailun kehittäminen, on esitetty liitteessä.

Toimintaohjelmassa tärkeä toiminta-alue oli myös sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen. Palveluja tarkastellaan myös tässä raportissa omana lukunaan. Suomessa kovaa vauhtia kasvavan maahanmuuttajaväestön hyvinvoinnin ja terveyttä edistäminen on niin ikään esitetty erillisessä luvussa.

Viimeisessä luvussa käydään läpi hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen edellytyksiä eli tietopohjan vahvistamista ja informaatio-ohjauksen kehittämistä. Tieto ei yksin riitä, vaan se on saatettava ymmärrettävässä muodossa päätäjille. Suomessa on hyvin saatavissa kansallisen tason kuvailevaa tietoa. Systemaattista seuranta järjestelmää on vielä kehitettävä etenkin alueellisen ja kuntatasoisen tietopohjan vahvistamiseksi. Suurin ongelma terveyserojen kaventamistoimien suuntaamisessa on kuitenkin se, että politiikkojen ja käytännön toimenpiteiden vaikutuksista eri väestöryhmiin on olemassa vain vähän tutkimustietoa.¹⁸ Tutkimuksessa onkin siirrettävä painopistettä ongelmien kuvauksesta arviointitutkimukseen. Tiedon puutetta toiminnan vaikuttavuudesta ei kuitenkaan voida käyttää verukkeena toiminnan lykkäämiseen. Heikommassa asemassa olevien ihmisten tukeminen on joka tapauksessa oikea suunta.

Raportin sisältöluvut rakentuvat kolmesta osasta. Ensimmäinen raporttiin on koottu aihepiiriä koskevaa uutta tutkimustietoa. Teoksessa *Terveyden eriarvoisuus*

*Suomessa*² esitettiin tietoja sosioekonomisten väestöryhmien välisistä terveyseroista ja niiden muutoksista vuosina 1980–2005. Käsillä olevassa raportissa esitetään tämän jälkeen julkaistua tutkimustuloksia, mutta huomattavasti rajatumminkin edellisessä raportissa.

Toiseksi raporttiin on koottu kuluvan hallituskauden aikana tehtyjä toimenpiteitä. Terveyserojen syntyprosessien moninaisuus merkitsee sitä, että ei ole yhtä oikeaa tapaa kaventaa terveyseroja. Suurella osalla yhteiskuntapoliittisesta päätöksenteosta on positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia terveyseroihin joko suoraan tai välillisesti. Tästä laajasta toimintakentästä on yritetty nostaa esille niitä toimia, joilla kirjoittajien arvion mukaan on suurta merkitystä terveyserojen kannalta. Tutkimuksellista näyttöä terveyseroihin tehoavista keinoista on valitettavan niukasti. Bambran ym. systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa identifioitiin 30 viimevuosina julkaistua katsausartikkelia, joissa oli arvioitu sosiaaliin determinantteihin kohdistuneiden interventioiden terveysvaikutuksia. Katsauksen mukaan näyttö interventioiden vaikutuksista terveyseroihin jäi pääsääntöisesti epäselväksi. Joitakin viitteitä oli työoloihin ja asumiseen kohdistuneiden interventioiden terveyseroja vähentävistä vaikutuksista.¹⁸

Kolmanneksi on pyritty arvioimaan tehtyjä toimenpiteitä ja esittämään suosituksia jatkotoimista. Arviointi ja suositukset perustuvat muun muassa lausuntoihin, kannanottoihin, työryhmien suosituksiin. Arvioinnit ja suositukset perustuvat pitkälti muiden asiantuntijoiden esittämiin näkemyksiin ja kirjoittajien rooli on ollut tässä mielessä lähinnä kokoava.

2 Köyhyyden vähentäminen

Köyhyys ja pienituloisuus ovat riski terveydelle ja hyvinvoinnille. Suomessa tuloerot, köyhyys ja lapsiköyhyys ovat jatkuvasti kasvaneet 1990-luvun puolivälistä lähtien. Tuloerot ovat kasvaneet viimeisen 30 vuoden aikana myös muissa poliittisesti vaakaissa hyvinvointivaltioissa, mutta Suomessa kehitys on ollut poikkeuksellisen nopeaa. Tuloerojen kasvu on suurelta osin seurausta Suomen veropoliittisista ratkaisuista ja sosiaaliturvan leikkauksista ja vasta toissijaisesti ylimmän tuloryhmän bruttoansioitten suuresta kasvusta.¹⁹

Wilkinsonin ja Pickettin keskustelua herättäneen teoksen *The Spirit Level* (suom. vatupassi) mukaan suurilla tuloeroilla on tuhoisa vaikutus yhteiskuntaan. Kirjoittajat tarkastelevat 21 vaurasta maata, joista Suomi on yksi. Eriarvoisuus johtaa kirjoittajien mukaan lyhyempään, sairaampaan ja onnettomampaan elämään. Mitä eriarvoisempi yhteiskunta on, sitä enemmän on esimerkiksi teiniraskauksia, väkivaltaa, lihavuutta, rikollisuutta ja mielisairautta. Tuloeroilla on yhteys myös luottamukseen muihin ihmisiin ja koulutuksen onnistumiseen. Pahiten eriarvoisuudesta kärsivät köyhimmät, mutta kirjoittajien mukaan haitoilta, kuten turvattomuudelta ja pahoinvoinnilta, eivät vältty myöskään keskituloiset ja varakkaat. Kirjoittajien johtopäätös on, että talouskasvun sijaan yhteiskunnan tulee pyrkiä tasa-arvoon.²⁰

Vaikka maavertailussa tuloerojen ja väestön terveyden välinen suhde on osittain kiistanalainen, yksilön tuloilla on osoitettu olevan vahva yhteys kuolleisuuden ja sairastavuuteen.^{21, 22} Tuoreessa suomalaistutkimuksessa osoitetaan, että elinajan-odotteen ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä oli vuonna 2007 miehillä 12,5 vuotta ja naisilla 6,8 vuotta.³ Ero tuloluokkien välillä kasvoi viime 20 vuoden aikana miehillä 5,1 vuotta ja naisilla 2,9 vuotta. Alimman tuloviidenneksen elinajanodote pysyi tuona aikana lähes samalla tasolla kun taas muissa tuloluokissa elinajanodote kasvoi suhteellisen tasaisesti. Eron kasvu oli merkittäväntä alle 65-vuotiaassa väestössä, erityisesti naisilla. Osaltaan alimman tuloluokan heikkoa elinajanodotteen kehitystä selittää se, että työttömien ja yksinasuvien osuudet alimmassa tuloluokassa olevasta väestöstä ovat suurentuneet 90-luvun lamavuosien jälkeen. Kuolemansyytarkastelussa todettiin, että alkoholikuolemat selittivät suuren osan elinajanodotteen epäsuotuisasta kehityksestä alimmassa tuloluokassa, naisilla myös keuhkosyöpäkuolemat. Alkoholien hinnan lasku 2004 lisäsi alkoholikuolleisuutta erityisesti työttömillä ja eläkeläisillä.²³

Suomalaisten hyvinvointi 2010 -tutkimuksen mukaan koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus vaihtelevat suuresti tulojen mukaan. Hyväksi terveydentilansa kokeneiden osuus oli keskimääräistä suurempi kahdessa suurituloisimmassa tuloviidenneksessä ja alhaisin pienituloisimmassa tuloviidenneksessä. Aikaisempaan tutkimukseen verrattuna terveytensä hyväksi kokeneiden osuus oli laskenut alimmassa tuloluokassa kun taas ylimmissä tuloluokissa kehitys oli ollut myönteistä. Pitkäaikaissairastavuus oli selvästi vähäisempää ylimmissä tuloluokissa. Alimmassa tuloviidenneksessä pitkäaikaissairaiden osuus kasvoi vuosien 2006 ja 2009 välillä.²⁴

Köyhyyden seurauksista lasten elämässä on niukasti tutkimustietoa. HYPA-lapsiperhekyselyssä lapsiperheiden vanhempien arviot lastensa hyvinvoinnin eri puolista vaihtelivat jonkin verran sen mukaan, mitä vanhemmat kertoivat toimeentulostaan. Hyvin tai kohtuullisesti toimeentulevat vanhemmat katsoivat muita useammin, että heidän nuorin lapsensa syö riittävästi terveellistä ruokaa sekä liikkuu ja ulkoilee riittävästi. Lisäksi he kertoivat heikommin toimeentulevia vanhempia useammin, että lapsi on tyytyväinen elämäänsä, kertoo iloistaan ja suruistaan vanhemmilleen sekä pyytää tarvittaessa vanhempien apua. Vanhempien arviot lapsen hyvinvoinnista ovat hieman heikommat perheissä, joissa talous on tiukoilla, vaikakaan erot eivät ole suuria. Ne ovat kuitenkin systemaattisesti samansuuntaisia yhtäältä terveellisen ruokailun ja riittävän liikunnan, toisaalta lapsen tyytyväisyyden sekä lapsen ja vanhempien välisen kommunikaation osalta. Hyvä koettu taloudellinen tilanne on iäkkäillä yhteydessä hyvään koettuun terveyteen sekä hyvään toimintakykyyn^{26, 27}. Kauton ym. tutkimusten mukaan hankalimmaksi toimeentulonsa kokevat ne pienituloiset eläkkeensaajat, jotka ovat alle 55-vuotiaita, asuvat yksin ja jotka kokivat terveytensä huonoksi.²⁸ Toisaalta on myös viitteitä siitä, että pienituloiset eläkeläiset eivät yleensä koe toimeentuloaan hankalaksi.²⁸ Kolmasikäisillä eli 60–79 -vuotiailla menojen kattamisen helppous on todettu huomattavasti helpommaksi kuin esimerkiksi nuorilla aikuisilla²⁹.

Köyhyys sairastuttaa ja sairaus köyhdyttää. Sairas köyhyys -tutkimuksessa³⁰ tarkasteltiin sairauden ja huono-osaisuuden yhteyttä ja terveyspalvelujen ongelmakohtia evankelisuterilaisen kirkon diakoniatyön kokemusten perusteella. Diakoniatyön asiakkailta todettiin olevan vakavia puutteita perustarpeissa. Sinnitteleminen rahanvaikeuksien kanssa ja jatkuva tinkiminen monipuolisesta ravinnosta, levosta, turvalisesta asumisesta, terveydenhoidosta, sosiaalisista suhteista ja harrastuksista kasvat-
taa sairastumisriskiä. Köyhyyteen liittyy myös nöyryytyksen kokemuksia ja häpeän tunteita. Epäoikeudenmukaisiksi koetut tapahtumat heikentävät luottamusta oikeusturvaan ja avun saamiseen.

Sairas köyhyys -tutkimuksessa tuli vahvasti ilmi myös sairaiden suuret taloudelliset ongelmat. Sairastuminen vähentää tuloja ja lisää kuluja. Myös lapsen sairastuminen voi romahduttaa perheen talouden. Diakoniarahaston avustusta hakeneilla yksineläjillä oli usein mielenterveysongelmia ja päihderiippuvuuksia, jotka vaikeuttivat toimeentulon hankkimista, aiheuttivat velkaantumista ja eristivät sosiaalisesti.

Miia Saarikallio-Torpin ym. tutkimuksessa³¹ tarkasteltiin huostaan otettujen lasten vanhempien elämäntilannetta ennen ja jälkeen huostaanoton. Tutkimus tuo esiin kuvan perheiden arjesta, jossa köyhyys, sairaus ja työttömyys muodostavat huono-osaisuuden kehän. Sijoitettujen lasten vanhemmista suuri osa oli työelämän ulkopuolella saaden toimeentulonsa erilaisista toimeentuloturvaetuuksista. Huostaan otettujen lasten vanhemmat olivat selvästi useammin työkyvyttömyyseläkkeellä kuin muut vanhemmat. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus kasvoi lapsen huostaanoton jälkeisinä vuosina.

Köyhyyttä, huono-osaisuutta ja sairautta selvittäneet tutkijat näkevät kurjuuden keskellä myös valoa. Vaikeista elämäntilanteista on mahdollista selvittää, jos ih-

minen saa tukea läheisiltään, vertaisryhmiltä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Myös riittävä toimeentuloturva on välttämätöntä, jotta ihminen pystyy ponnistamaan ulos huono-osaisuuden kehältä.

2.1 Köyhyyden suuntaviivat

Köyhyyden määrittämiseksi ja mittaamiseksi ei ole löydetty kiistatonta mittaria tai määritelmää. Euroopan unionissa yleensä käytettävä suhteellinen köyhyysaste ja -riski kuvaa sitä, kuinka monta prosenttia ihmisistä asuu kotitalouksissa, joiden tulot jäävät alle 60 prosentin kulutusyksikkökohtaisesta mediaanitulosta.³² Suomen koko väestön sekä lapsiväestön suhteellinen köyhyysaste (pienituloisuusaste) on viimeisimmän tilastotiedon mukaan 13,2 prosenttia. Tämä tarkoittaa, että lähes 700 000 henkilöä (joista n. 145 000 lapsia) elää kotitalouksissa, joiden nettotulot jäävät alle suhteellisen köyhyysrajan. Esimerkiksi vuoden 2008 tulotasolla yksinasuvan suhteellinen köyhyysraja oli 1150 euroa (netto) kuukaudessa.³³

Tuloerojen, köyhyyden ja lapsiköyhyyden kasvun taustalla on useita syitä aina globalisaatiosta pitkäaikaistyöttömyyden kasvuun. 1990-luvun alun laman aikaan työttömyys kasvoi Suomessa voimakkaasti. Lamaa seuranneina vuosina taloudellinen kasvu oli voimakasta, mutta talouskasvusta huolimatta, pienituloisten tulokehitys jäi muista tuloryhmistä jälkeen. Uutena ilmiönä laman jälkeen koettiin, että työkään tulevista ikäluokista muutama prosentti ei kiinnittynyt lainkaan työmarkkinoille. Kehityksen seurauksena syntyi myös suuri joukko työelämästä syrjäytyneitä pitkäaikaistyöttömiä, jotka eivät ole onnistuneet työllistymään uudelleen. Talouden vapautuminen sekä tuotannon muutos ja globalisaatio osaltaan kasvattivat tuottavuuseroja ja sitä kautta ansiotulojen eroja. Myös tulonsiirtojen ja verotuksen tuloeroja tasaava ja suhteellista köyhyyttä vähentävä vaikutus heikentyi. Perus- ja vähimmäisturvan^{34, 35} etuuskien taso on jäänyt jälkeen 20–30 prosenttia yleisestä tulokehityksestä viimeisen 20 vuoden aikana.^{36, 19}

2000-luvulla köyhyysasteen kasvu on kohdistunut väestöryhmiin, joiden pääasiallinen toimeentulo syntyy tulonsiirroista. Työttömien, opiskelijoiden, eläkeläisten ja muiden ammatissa toimimattomien köyhyysriski on kasvanut selvästi enemmän kuin palkansaajien tai yrittäjien. Perhetyypeittäin tarkasteltuna suurimmassa köyhyysriskissä ovat yksinasuvat ja yksinhuoltajat, joista yli 30 prosenttia luetaan tulojensa perusteella suhteellisen köyhyysrajan alapuolelle. Näistä köyhyysriskissä elävistä yksinasuvista kotitalouksista lähes 70 prosenttia ja yksinhuoltajista noin neljännes saa toimeentulotukea.

Vuonna 2009 toimeentulotukea sai noin 239 000 kotitaloutta ja koko väestöstä 7,1 prosenttia.³⁷ Toimeentulotukea saavien kotitalouksien ja henkilöiden määrä väheni 2000-luvulla mutta kääntyi vuonna 2009 uudelleen kasvuun. Vuodesta 2008 sekä toimeentulotukea saavien kotitalouksien että henkilöiden määrä lisääntyi noin 11 prosenttia. Toimeentulotuen bruttomenot ovat lisääntyneet vuodesta 2005 lähtien. Kolmena viime vuonna asiakkaiden määrä on kuitenkin lisääntynyt

toimeentulotukea pitkäaikaisesti saavien asiakkaiden osalta, mikä osittain selittää kokonaiskustannusten kasvua.³⁸ Kustannusten kasvua selittänee myös se, että Kelan perusturvaetuksien (esimerkiksi asumistuen) tason jälkeenjääneisyys pakottaa monen asumistukea ja työmarkkinatukea saavan toimeentuloluukulle. Näin ollen tilapäiseksi ja viimesijaiseksi tarkoitettu toimeentulotuki on muuttunut varsin pysyväksi tuen muodoksi suurelle joukolle ihmisiä.³⁵

Lapsiperheiden suhteellinen köyhyys kasvoi 1990-luvulta lähtien siten, että vuonna 2008 lapsiköyhyys³⁹ oli lähes kolminkertainen verrattuna vuoteen 1995. Köyhissä lapsiperheissä oli vuonna 2008 noin 145 000 lasta. Euromäärissä tarkasteltuna köyhyysraja vuonna 2008 oli nelihenkisessä lapsiperheessä 2400 euroa kuukaudessa ja yksinhuoltajan ja kahden lapsen perheessä raja oli 1835 euroa kuukaudessa³³.

Lapsiperheiden vanhemmat käyvät työssä keskivertoväestöä yleisemmin kaikissa tuloryhmissä, mutta silti lapsiperheet ovat erityisesti pikkulapsivaiheessa usein riippuvaisia sosiaaliturvasta. Varsinkin pienituloisimmissa perheissä tulonsiirtojen osuus käytettävissä olevista tuloista on noin kolminkertainen muihin lapsiperheisiin verrattuna. Lapsiperheiden keskimääräisen tulokehityksen jälkeenjääneisyys 1990-luvun lamaa seuranneella nousukaudella johtui osaltaan myös sosiaaliturvan kehityksestä, kuten perhepoliittisten tulonsiirtojen jälkeenjääneisyydestä suhteessa hinta- ja varsinkin ansiotulokehitykseen. Köyhiä lapsiperheitä näyttääkin koskettavan selvästi muita perheitä karvaammin se, että lapsilisät, vanhempainpäivärahat ja kotihoidon tuet ovat reaaliarvoltaan alentuneet huomattavasti.²⁵

Salmen ym. mukaan lapsiperheiden köyhyysriskiin vaikuttavat useat seikat. Perhe on todennäköisesti köyhä, jos perheessä molemmat vanhemmat ovat työttöminä tai jos perheen suurituloisempi vanhempi on työttömänä. Toisaalta useissa lapsiperheissä toimeentulo jää köyhyysrajan alapuolelle työssä käynnistä huolimatta. Pienituloisuus on myös todennäköisempää, mikäli kyseessä on nuori-, monilapsinen- tai yksinhuoltajaperhe, joista jälkimmäisessä köyhyysriski on kaikkein suurin. Perheiden toimeentuloon vaikuttavat tulokehityksen ohella asumiskustannukset ja velkaisuus. Lapsiperheiden velkaisuusaste on 2000-luvulla noussut noin 40 prosenttia. Vuokralla asuvien lapsiperheiden vuokrien reaalinousu on ollut tulokehitystä nopeampaa. Kahdessa alimmassa tuloviidenneksessä vuokrat nousivat noin 30 prosenttia, mutta tulot noin 20 prosenttia.²⁵ Vastaavasti yleisen asumistuen korvaustaso on jäänyt jälkeen vuokrien kehityksestä³⁵.

Viimeisten kymmenen vuoden aikana varsinkin yksinhuoltajaperheiden tulokehitys on jäänyt jälkeen selvästi muihin kotitalouksiin verrattuna. Yksinhuoltajatalouksien keskimääräiset reaaliset tulomuutokset ovat olleet lähellä nolaa tai miinusmerkkisiä useina vuosina, varsinkin vuosina 2006 ja 2007.⁴⁰ Yksinhuoltajien pienituloisuus johtuu monista tekijöistä. Yksinhuoltajilla on jo lähtökohtaisesti huonompi asema kahden huoltajan lapsiperheisiin verrattuna, sillä potentiaalisia toimeentulon hankkijoita on vain yksi. Useimmiten vielä nämä yksinäiset huoltajat ovat naisia, joiden ansiotaso on jo keskimäärin viidenneksen huonompi kuin miehillä. Tilastokeskus 2008 Yksinhuoltajien työllisyysaste on myös matalampi kuin muiden

vanhempien. Lisäksi sosiaalisten tulonsiirtojen varassa eläminen jättää ansiokehityksestä jälkeen. Yksinhuoltajien ei ole myöskään aina mahdollista ottaa työtä vastaan sopimattomien työaikojen tai liian pitkien työmatkojen vuoksi.⁴¹

Eläkkeensaajien joukossa on toimeentulon riittävyyden osalta hyvin erilaisessa tilanteessa olevia ihmisiä. Vaikeimmassa asemassa ovat osa kansaneläkkeensaajista ja työkyvyttömyyseläkkeensaajista²⁸. Varsinkin vanhemmilla eläkeläisillä, jotka elävät pelkän kansaneläkkeen varassa, on erityisen korkea pitkäaikaisköyhyyseriski⁴². Köyhyyden taustalla on usein myös suuret sairauksiin liittyvät kulut, sillä omavastuu-osuudet ovat tulotasosta riippumatta kaikilla eläkkeensaajilla samat. Suomessa vanhuuseläkkeen saajien keskimääräinen eläke oli 1200 euroa kuukaudessa vuonna 2005. Pelkän kansaneläkkeen (423–505 €/kk) varassa eli lähes 10 000 henkilöä⁴⁴. Täytyy kuitenkin muistaa, että eläkkeelle siirtyminen ei yleensä aiheuta köyhyyttä, vaan usein työikäisten köyhyys jatkuu eläkeiässä.

2.2 Toimenpiteitä köyhyyden vähentämiseksi

Euroopan Unionin 2020 -strategian yhtenä yleistavoitteena on, että köyhyysuhan alla eläviä on 20 miljoonaa vähemmän vuonna 2020. Yhtenä lippulaivahankkeena komissio esittää ”Euroopan köyhydentorjuntafoorumia”, jolla varmistetaan sosiaalinen ja alueellinen yhteenkuuluvuus niin, että kasvun ja työllisyyden edut jakaantuvat laajalle ja köyhyydessä elävät ja sosiaalisesti syrjäytyneet voivat elää arvokkaasti ja osallistua aktiivisesti yhteiskuntaan. EU esittää, että kansallisella tasolla jäsenvaltioiden tulee edistää kollektiivisen ja yksilöllisen vastuun jakamista köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnassa; määrittää ja toteuttaa toimenpiteitä, joilla puututaan erityisten riskiryhmien olosuhteisiin (esim. yksinhuoltajaperheet, vanhat naiset, vähemmistöt, romanit, vammaiset ja kodittomat) sekä hyödyntää sosiaaliturva- ja eläkejärjestelmiään täysimääräisesti asianmukaisen toimeentulotuen ja terveydenhoidon varmistamiseksi.⁴⁵

EU nimesi vuoden 2010 eurooppalaiseksi köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuodeksi, jolla tuetaan jäsenmaissa yhteisön sosiaalisen syrjäytymisen vastaisia toimia. Teemavuoden tavoitteena oli tunnustaa köyhien ja syrjäytyneiden oikeus ihmisarvoon ja täyteen yhteiskunnalliseen osallisuuteen sekä yhteisvastuun, osallistumisen ja yhteenkuuluvuuden vahvistaminen. THL haastoi puolueet ja järjestöt köyhyyden, syrjäytymisen ja terveyserojen vähentämisen kampanjaan, jossa kerättiin konkreettisia ehdotuksia köyhyyden vähentämiseksi. Puolueita ja kansalaisjärjestöjä pyydettiin tekemään vähintään kolme konkreettista aloitetta ja toimenpide-ehdotusta, joilla köyhyyttä, sosiaalista syrjäytymistä ja terveyseroja kavennetaan tulevilla vaalikaudella.⁴⁶

Valtioneuvosto asetti 14. kesäkuuta 2007 sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelevan komitean (Sata-komitea). SATA-komitean tavoitteena oli tehdä työn vastaanottaminen aina kannattavaksi, vähentää köyhyyttä, luoda riittävä sosiaaliturva erilaisiin elämäntilanteisiin, vähentää byrokratiaa sekä tehdä sosiaaliturvajärjestel-

mästä yksinkertaisempi ja selkeämpi. Lisäksi komitean työnä oli asettaa perusturvan taso sellaiseksi, että se ei anna tarvetta toimeentulotuen pitkäaikaiseen käyttöön, pidentää työuria ja luoda sosiaaliturvajärjestelmä taloudellisesti kestäväksi. Komitean esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen peruslinjauksista julkaistiin tammikuussa 2009.⁴⁷ Peruslinjaukset muodostavat komitean joulukuussa 2009 ilmestyneen loppuraportin⁴⁸ (2009:62) lähtökohdan. Kaiken kaikkiaan SATA-komitean työ sisälsi kymmeniä ehdotusta, joista osa eteni jatkovalmisteluihin, osa ei edennyt jatkovalmisteluihin ja osa on jo edennyt lainsäädännöksi saakka.

Lapsiperheiden taloudellista tilannetta on yritetty korjata nostamalla äitiysrahaa ensimmäiseltä 56 arkipäivältä 90 prosenttiin työtulosta sekä kotihoidontuen hoitorahan sisarkorotuksen nostamisella 10 eurolla (2007). Vuonna 2008 korotettiin lapsilisän yksinhuoltajakorotusta. Vuoden 2009 aikana tehtyjä uudistuksia ovat olleet lapsilisän korotus 10 eurolla kolmannesta lapsesta lukien ja kotihoidon tuen hoitorahan korotus 20 eurolla/kk. Lapsilisän korotus ei kuitenkaan hyödytä köyhiä perheitä, koska lapsilisä vähennetään toimeentulotuesta. Äitiys-, isyys- ja vanhempainrahan vähimmäismäärä nostettiin työttömyysturvan vähimmäismäärän tasolle. Myös osittaisen hoitorahan tasoa nostettiin 1.1.2010 alkaen 70 eurosta 90 euroon/kk, jotta se korvaisi nykyistä paremmin lyhyemmästä työajasta johtuvaa palkan menetystä. Elatusapujen ja elatustukien määrät nousivat 1.1.2010. Elatustuen toimeenpano ja siihen liittyvä elatustuen perintä siirtyivät kunnilta kansaneläkelaitokselle 1.4.2009.⁴⁸

2.3 Arvioita toimenpiteistä

SATA-komitean loppumietinnössä perusturvan tasoa ehdotettiin parannettavaksi jo sovittujen takuueläkkeen ja indeksisuojan lisäksi myös aktivointilisää korottamalla ja poistamalla vähimmäismääräisen sairauspäivärahan omavastuu aika. Lisäksi perusturvan tason määräaikainen arviointi ehdotettiin lakisääteistettäväksi. Myös toimeentuloturvan kannustavuutta ehdotettiin parannettavaksi aktivointisuunnitelman aikaistamisella, työmarkkinatuen tarveharkinnasta luopumisella, toimeentulotuen etuoikeutetun tulon vakinaistamisella sekä työttömyysturvan sovittelun yksinkertaistamisella.⁴⁹

SATA-komitean mietinnössä todettiin mm., että vähimmäispäivärahojen taso on jäänyt jälkeen elinkustannusten ja ansiotason kehityksestä ja niiden korjaamiseksi on perusteltua tehdä reaalityön korotuksia. Komitea ei kuitenkaan antanut konkreettisia tasokorotusehdotuksia, vaan totesi, että julkisen talouden velkaantuminen vaikeuttaa niiden tekemistä. Toimeentuloturva koskevien uudistusehdotusten lisäksi komitea teki kustannusten korvaamista koskevia esityksiä, joista keskeisin oli asumiskijärjestelmän vaiheittainen yksinkertaistaminen ja yhdenmukaistaminen.¹⁹

SATA-komitea teki lopulta kymmeniä ehdotuksia, joista osa on edennyt tai on etenemässä lainsäädännöksi asti – joko tällä tai kenties seuraavalla hallituskaudel-

la. Köyhyyden vähentämisen tähtäävien toimien kannalta merkittävimmät lainsäädännöksi edenneet komitean ehdotukset ovat takuueläke ja perusturvan indeksisuojan laajennus. Pitkään esillä ollut ja paljon kannatusta saanut työmarkkinatuen tarveharkinnan poistaminen ei kuitenkaan lopulta toteutunut. SATA komitean työtä voidaan sanoa yleisesti, ettei se kaikkien mielestä onnistunut varsinaisessa tavoitteessaan, eli perusturvan yksinkertaistamisessa ja sen jälkeenjääneisyyden korjaamisessa. Työn teki haasteelliseksi se, että toimeksiannon osat olivat osittain ristiriidassa keskenään ja komitea joutui hakemaan tasapainoa niiden kesken. Toisaalta SATA-komitean mietinnössä on myös oikeansuuntaisia aloitteita. Ne eivät kuitenkaan saa jäädä vain suosituksiksi, vaan ne tulee laittaa täytäntöön^{49, 50}.

Suomalaisen hyvinvointivaltion nykytilaa ja tulevaisuutta arvioinut ulkomaalainen asiantuntijaryhmä toteaa raportissa *Hyvinvoinnin turvaamisen rajat 2010*, että Suomen sosiaaliturvajärjestelmä takaa suhteellisen hyvät edut työmarkkinoilla oleville sisäpuolisille, mutta työmarkkinoiden ulkopuolisten toimeentulon turvaamiseksi tarkoitetut perusturvaetuudet ovat niin kansainvälisessä, kuin pohjoismaisessa vertailussa suhteellisen heikot. Suomessa on kiinnitetty paljon huomiota sosiaalipolitiikan rahoitukselliseen kestävyYTEEN, mutta huomattavasti vähemmälle huomiolle on jäänyt hyvinvointivaltion sosiaalinen kestävyys. Asiantuntijat vertaavat SATA-komitean kannanottoja esimerkiksi Tanskan taannoiseen hyvinvointikomiteaan ja toteavat, että tässä suhteessa SATA on ollut markkinavetoisempi ja sen toimintaa ovat ohjanneet Tanskan komiteaa voimakkaammin työmarkkinaosapuolten intressit. Asiantuntijoiden mukaan köyhyyden vastainen toiminta vaatii voimakasta poliittista sitoutumista. Edellytyksenä ovat perusturvaetuuksien tason korjaus, mutta myös aktivointi.

Lapsiperheiden taloudellisen aseman parantaminen on saanut 2000-luvulla melko paljon huomiota poliittisessa keskustelussa. Keskustelusta huolimatta teot ovat jääneet vähäisiksi. Suomalaista köyhyyden vastaista politiikkaa ovat luonnehtineet 2000-luvulla köyhyysspakettien kaltaiset yksittäiset toimet, joissa etuuksia on korotettu melko pienessä mittakaavassa. Köyhyyden ylisukupolvisuutta vähentävät toimet tulisi nähdä kuitenkin laajasti. Toimeentuloturvaetuuksien lisäksi tarvitaan muun muassa toimiva palvelujärjestelmä. Kokonaisuudessaan köyhyyden ylisukupolvisuudessa on kyse monisäikeisestä asiasta, jonka estämiseen tarvitaan kattavaa sosiaali-, koulutus- ja työmarkkinapolitiikan yhteispeliä, ja ennen kaikkea ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä.¹⁹

Myös toteutetussa työn ja perheen yhteensovittamisen politiikassa vallitsee puutteita, sillä siinä ei huomioida tarpeeksi yksinhuoltajia, eikä ylipäättään perheiden moninaisuutta. Järjestelmä palvelee niitä, joilla on koulutus ja ammatti; parhaiten niitä, joilla on vakituinen työ tai jotka toimivat alalla, jossa on työvoimapulaa ja töitä on helpompi löytää. Jos vanhemmalla ei ole ennen lapsen syntymää ollut ansiotyötä, hän saa vapaan ajalta vain vähimmäispäivärahan.

Päiväraha-, kotihoidontuki- ja päivähoitojärjestelmää tulisi kehittää siten, että pienituloisten kannattaa hakeutua tilapäisiinkin työsuhteisiin ja helpottaa siten työhön pääsyä lastenhoitojaksojen päätyttyä. Päivärahapäivien ja työn välillä tulisi olla

sellaisia joustoja, jotka antaisivat mahdollisuuden tehdä välillä työpäiviä ilman päivärahopäivien menetystä. Vastaavasti päivähoitopalveluja tulisi olla joustavammin saatavilla työssäolojaksoiksi.⁴⁹

Perhepoliittisten tulonsiirtojen tavoite on ollut tasoittaa lapsista aiheutuvia kustannuksia ja korostaa näin yhteistä vastuuta lapsista. Kun lapsiperheiden köyhyys lisääntyy, tulonsiirtojen ja ansiokehityksen kiulu yhä kasvaa ja lapsiperheiden osuus sekä sosiaalimenoista että bruttokansantuotteesta laskee, voidaan kysyä onko tämä tavoite unohtumassa. Lapsiperheiden köyhyyden moninkertaistuminen samaan aikaan yleisen tulotason nousun kanssa herättää kysymyksen siitä, pidetäänkö yhteiskunnassa asiaankuuluvana, että juuri lapsiperhevaiheessa saakin olla taloudellisesti tiukkaa?²⁵ Varsinkin kotihoidon tuen taso on niin alhainen, ettei se riitä nostamaan lapsiperhettä köyhyysrajan yläpuolelle, ellei toinen puoliso ole ansiotyössä ja hänen ansiotulonsa ole keskimääräistä korkeammat. Mitä heikommin koulutetusta äidistä on kyse, sitä todennäköisemmin hän jää pidemmäksi aikaa kotiin, jolloin uuden työpaikan saamisen todennäköisyys heikkenee entisestään ja köyhyysriski pitkittyy. Perhevapaisiin liittyvien tukien tasoa ei ole siis pohdittu suhteessa köyhyysrajoihin.

THL:n pääjohtajan Pekka Puskan esittämä köyhyys-haaste otettiin vastaan Kokoomuksessa, Vasemmistoliitossa, Vihreässä liitossa, Ruotsalaisessa kansanpuolueessa, Suomen Kristillisdemokraateissa, Suomen Kommunistisessa Puolueessa sekä Kommunistisessa Työväenpuolueessa – Rauhan ja Sosialismin puolesta. Lisäksi muutamat yksittäiset henkilöt lähettivät toimenpide-ehdotuksiaan. Kansalaisjärjestöistä osallistui Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen verkosto EAPN-Fin sekä Espoon mielenterveysyhdistyksen Eduskuntapuolueista Vihreät ja Vasemmistoliitto korostavat yhtenäistä ja riittävää perusturvaa, joka tulisi sitoa ansiotason kehitykseen. Kokoomus painottaa etuukseen kohdentamista niitä eniten tarvitseville ja sitä, että etuukseen saamiselle tulee olla hyväksyttävät syyt. Vasemmistoliitto taas esittää tarveharkinnan poistamista. Vihreä liitto kannattaa perustuloa, jota se pitää työntekoon kannustavana. Kokoomusta huolestuttaa, että tukea annettaisiin niille, jotka eivät sitä tarvitse. Lisäksi se pitää perustuloa uhkana työn kannustavuudelle.

Monet ehdotukset tähtäävät sosiaaliturvan parantamiseen. Ne koskevat muun muassa pienimpiä eläkkeitä, osasairauspäivärahaa, opintotukea ja lapsilisää. Verotuksessa puolueiden näkemykset eroavat toisistaan suuresti. Kokoomus korostaa, että työn verotusta ei saa kiristää, kun Kommunistinen Työväenpuolue ehdottaa suorastaan verojen poistamista: arvonlisävero tulisi poistaa elintarvikkeilta, asunnoilta ja joukkoliikenteeltä. Vasemmistoliiton mielestä tuloerot tulisi saada kuriin verotuksen avulla, ja verovarot olisi siirrettävä yksityis palvelujen tukemisesta julkiseen terveydenhuoltoon.

Puolueet eroavat myös siinä, että osa liittää osallisuuden lähinnä työllisyyteen, kun toiset korostavat laajemmin vahvan yhteiskuntapolitiikan tarvetta. Monissa vastauksissa painotettiin nuorten osallisuutta ja työllistymistä, myös mielenterveys- ja päihde palvelujen saatavuus nousi esille. Kristillisdemokraatit ehdottavat sen varmistamista, ettei yhdenkään perheen ainoa huoltaja tai molemmat huoltajat joudu

työttömiksi. RKP ehdottaa toimivaa työllisyystakuuta alle 25-vuotiaille. Kansalaisjärjestöt EAPN-Fin ja MML painottavat lasten, nuorten ja perheiden varhaista tukemista ja muistuttavat, että lapsiperheiden köyhyys nostaa riskiä huostaanottoihin. Espoon mielenterveysyhdistys korostaa ihmistä itsenäisenä ja aktiivisena toimijana: kukaan ei esimerkiksi saisi joutua elämään puolisonsa tuloilla.

2.4 Ehdotuksia jatkotoimista

- Perusturvaetuuksiin tehdään systemaattinen tasokorotus.
- Lapsiperheille turvataan riittävät tulonsiirrot: vanhempainrahan vähimmäistasoa ja kotihoidontukea nostetaan, lapsilisän yksinhuoltajakorotuksen tasoa nostetaan tai yksinhuoltajille luodaan korotettu kunnallisveron perusvähennys. Lapsilisä muutetaan etuoikeutetusi tuloksi, jota ei oteta tulona huomioon toimeentulotukea myönnettäessä.

3 Lasten ja nuorten terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisy

3.1 Terveyserot lapsuudessa ja nuoruudessa

Vanhempien koulutuksen mukaisia eroja terveystottumuksissa ja huonon terveyden vaaratekijöissä havaitaan jo varhain, vaikka varsinaiset terveyserot ovat lapsuudessa ja nuoruudessa vähäisiä^{51, 52}. Matalan sosioekonomisen aseman perheissä monet terveyden kannalta haitalliset ilmiöt, kuten vanhempien työttömyys, toimeentulo-ongelmat, terveyttä vaarantavat elintavat sekä huonot asumisolot ovat yleisempiä kuin ylemmissä sosioekonomisissa asemissa olevilla⁵³. Jo raskauden ja varhaislapsuuden aikaiset tekijät kuten äidin raskaudenaikainen tupakointi ja lyhyt imetysaika ovat yleisempiä alemmissä kuin ylemmissä koulutusryhmissä⁵⁴.

Niin nuorten kuin nuorten aikuisten terveys on sitä parempi, mitä korkeampi vanhempien sosiaali- tai koulutusryhmä on ja mitä parempi oma koulumenestys tai koulutustaso on^{55, 56}. Vanhempien sosiaalisen aseman mukaiset erot näkyvät etenkin nuorten terveystottumuksissa: ylemmistä sosiaaliryhmistä tulevilla on terveyden kannalta suotuisimmat elintavat, on kyse sitten tupakoinnista, alkoholin käytöstä tai liikuntatottumuksista. Peruskoulun päättäneillä nuorilla erot terveystottumuksissa näkyvät myös nuoren oman koulutusvalinnan mukaan tarkasteltaessa. Ammattiin opiskelevilla tupakointi ja humalajuominen on huomattavasti yleisempää kuin lukiolaisilla ikätovereillaan, samaten epäterveelliset ruokatottumukset ja ylipaino⁵⁷. Sosioekonomiset terveyserot kärjistyvät siirryttäessä nuoreen aikuisuuteen kun terveyden kannalta keskeiset elinolot ja elintavat vakiintuvat^{58, 10}.

3.1.1 Lapsuuden terveys- ja hyvinvointierot vaikuttavat aikuisiän terveyteen ja sosiaaliseen asemaan

Sosioekonomisella asemalla, perherakenteella sekä perheen erilaisilla taloudellisilla, terveydellisillä ja sosiaalisilla ongelmilla on yhteys lasten hyvinvointiin, terveyteen ja elintapoihin myös aikuisuudessa¹⁰. Esimerkiksi vanhempien päihteiden käytön on havaittu ennustavan heidän lastensa päihteidenkäyttöä nuoruudessa ja aikuisuudessa¹⁰. Yksinhuoltaja- ja sijaisperheiden lapsilla on nuorena aikuisuudessa selvästi suurempi riski kokea masentuneisuutta kuin kahden vanhemman perheen lapsilla. Työntekijäperheiden lapsilla esiintyy nuoruudessa muita enemmän psykosomaattisia oireita ja samansuuntaiset erot psyykkisessä oireilussa säilyvät aikuisuuteen saakka⁵⁹.

Lasten köyhyyden ja syrjäytymisriskien välillä on monia yhteyksiä. Vanhempien köyhyys altistaa lapset pahoinvoinnille. Myöhemmät ongelmat kuten lasten huostaanotot, mielenterveysongelmat, rikollisuus, kouluttamattomuus ja toimeentulo-ongelmat kärjistyvät vanhempien toimeentulo-ongelmien pitkittyessä. Ongel-

ma on monisyinen: myös tyttöjen teiniraskaudet ja klamydiatartunnat yleistyvät vanhempien toimeentulo-ongelmien kasvaessa. Koulutus ja erityisesti äitien koulutus näyttäisivät suojaavan lapsia pahoinvoinnilta.⁶⁰

Lapsuuden elinolot ennustavat paitsi aikuisiän terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, myös sosiaalista asemaa aikuisuudessa. Vanhempien sosiaalinen asema ja elämäntavat osin peritään: esimerkiksi nuorten koulutusvalinnat myötäilevät edelleen vanhempien koulutusta⁶¹. Äärimmillään tämä ilmenee huono-osaisuuden ylisukupolvisuutena, jolloin toimeentuloasiakkuus ja työttömyys periytyvät puutteellisina henkisinä, sosiaalisina ja aineellisina elämänhallinnan voimavaroina vanhemmilta heidän jälkeläisilleen⁶². Huono-osaisuuden syvenevä jatkumo elämäntulussa tarkoittaa erilaisten riskien ketjuuntumista. Syrjäytymistä koskevissa tutkimuksissa usein viitataan syrjäytymisen olevan asteittain syvenevä prosessi^{63, 13}, jossa on erityiset taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset ulottuvuutensa. Syrjäytymisen prosessimallin mukainen kehityskulku todentuu todennäköisimmin niillä, joiden elämässä on niukasti suojaavia tekijöitä tai jotka eivät osaa käyttää näitä resursseja hyväkseen¹⁴.

3.1.2 Miten maa makaa?

Keskimäärin lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointi on Suomessa viime vuosikymmeninä kasvanut. Samanaikaisesti osalla lapsista, nuorista ja lapsiperheistä pahoinvointi on yleistynyt ja pieni vähemmistö kamppailee vaikeutuvan pahoinvoinnin kanssa. Erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden määrä on lisääntynyt. Lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluiden piirissä olevien lasten ja nuorten määrä sekä erityisopetuksessa olevien lasten määrä on kasvanut⁶⁴.

Pitkittynyt pienituloisuus on yleistynyt lapsiväestön keskuudessa vuosina 1998–2007²⁵. Lasten köyhyys on lähes kolminkertaistunut vuodesta 1995 alkaen ja se on tapahtunut hyvän taloudellisen kasvun vuosina. Pitkittynyt köyhyys lasten keskuudessa on lähellä EU:n keskitasoa⁶⁵. Suomen tapaisessa korkean toimeentulon maassa lapsiperheiden toimeentulo liittyy yhteiskunnan tasolla tulonjakopolitiikkaan ja työmarkkinoiden luonteeseen, perheen tasolla puolestaan vanhempien työmarkkina-asemaan ja perheen rakenteeseen^{25, 66}. Lapsiköyhyys on yleistynyt erityisesti yhden huoltajan sekä monilapsisissa perheissä³². Laskentatavasta riippuen arviot syrjäytymisvaarassa olevien nuorten lukumäärästä vaihtelevat 14 000:sta jopa yli 100 000:een⁶⁷.

Lastensuojelun avohuollon asiakkuudet ovat lisääntyneet vuosina 1996–2007 noin 30 000:sta yli 60 000 lapseen ja nuoreen⁶⁸. Asiakkuudet kertovat muutoksista lapsiperheiden tilanteeseen vaikuttavissa elinkeino- ja ikärakenteessa ja sosioekonomisissa edellytyksissä. Myös työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen vaikeudet, vanhempien päihteiden käyttö ja terveysongelmat sekä kunnan peruspalveluiden vaihtelevasta taso ovat lisänneet lastensuojelun asiakkuuksia^{69, 68, 70, 31}. Kasvun on nähty

johtuvan paitsi tosiasiallisesta lasten pahoinvoinnin lisääntymisestä myös pahoinvoinnin raportoinnin lisääntymisestä⁶⁸.

Raskaampien erityispalveluiden tarve on lisääntynyt⁶⁴. Tämä on valtava kustannustaakka kunnille ja tarvitaan avuntarpeen varhaisempaa tunnistamista ja ennaltaehkäiseviä palveluita. Yksikään nuori ei saa syrjäytyä - inhimillisen kärsimyksen lisäksi koulutuksesta ja työelämästä syrjäytyminen käy kansantaloudelle kalliiksi, sillä pysyvästi syrjäytyneen nuoren on arvioitu maksavan yhteiskunnalle noin miljoona euroa⁷¹.

3.1.3 Tunnistaminen ja varhainen tuki tärkeää

Lasten ja nuorten terveyseroja voidaan ehkäistä ja kaventaa muun muassa vähentämällä perheiden köyhyyttä, huono-osaisuutta ja syrjäytymistä, tukemalla lasten ja nuorten koulutuksen läpäisyä ja työelämään kiinnittymistä sekä kehittämällä niin palveluja kuin seurantajärjestelmiä. Lapsiperheiden köyhyyttä ja toimeentulon haasteita käsitellään pääasiassa luvussa 2.⁷²

Terveyserojen kaventamisen yksi perusta ovat kaikille suunnatut ja kaikille saatavilla olevat terveys- ja hyvinvointipalvelut. Aina universaalit palvelut eivät tavoita apua tarvitsevia ja avun saaminen viivästyy. Terveyserojen ennaltaehkäiseminen ja kaventaminen siis edellyttää lasten, nuorten ja perheiden avuntarpeen tunnistamista. Mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja avun oikea-aikainen järjestäminen tukevat hyvinvointia ja normaalia kehitystä, estävät ongelmien vaikeutumista ja vähentävät syrjäytymistä.

Varhaista tunnistamista vaikeuttavat esimerkiksi perhepalvelujen ja kohdennettujen palvelujen puute, palveluihin hakeutumattomuus, palveluketjujen vähäisyys sekä palveluiden vähäiset resurssit. Palveluiden saatavuudessa on myös alueellista eriarvoisuutta. Useat kansalliset selvitykset osoittavat, että kuntien väliset erot esimerkiksi lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen voimavaroissa ja sisällöissä ovat lisääntyneet, ja toiminta on ollut monissa kunnissa suosituksiin ja väestön tarpeisiin nähden riittämätöntä^{73, 74, 75, 76, 77, 78}. Universaalien palveluiden rinnalla tarvitaan keinoja varhaiseen tunnistamiseen sekä kohdennettuja palveluita.

Palveluiden kehittämisen rinnalla on huomioitava, että lasten ja nuorten arjen ympäristöjen tulee tukea tervettä kasvua ja kehitystä. Keskeisiä lasten lähiympäristöjä ovat koulut, oppilaitokset sekä laajemmassa mielessä kunta. Lasten ja nuorten lähiympäristöjen tulisi olla fyysisesti, sosiaalisesti ja psyykkisesti turvallisia, terveelliset elintavat mahdollistavia ja niihin kannustavia.

3.2 Mitä toimenpiteitä on tehty?

3.2.1 Ohjelmat ja lainsäädäntö

Monissa valtionhallinnon poliittisissa ohjelmissa korostetaan varhaista puuttumista sekä lasten ja nuorten syrjäytymisen ennaltaehkäisemistä.

- Matti Vanhasen II:n hallitus asetti Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman (2007-2011), jonka painopisteenä on ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen. Ohjelma tavoitteena on tukea lasten, nuorten ja perheiden arjen hyvinvointia, vähentää syrjäytymistä, lisätä lasten ja nuorten osallistumista ja kuulemista sekä lasten oikeuksista tiedottamista.
- Kaste 2008 – 2011 -ohjelmakauden osatavoitteena on ollut estää lasten ja nuorten sekä perheiden syrjäytymistä.
- Hallituskausittain laadittava Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011 sisältää yli 300 toimenpidettä, jotka koskevat terveyden edistämistä, varhaista puuttumista, perheiden tukemista, nuorten osallisuusmahdollisuuksien lisäämistä sekä vammaisryhmien ja erilaisten vähemmistöjen erityistä huomiota ottamista.
- Sisäministeriön laatimassa Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa erityishuomio kiinnitetään lasten ja nuorten syrjäytymiseen sekä ongelmien ylisukupolvisen periytymiseen (Sisäministeriö 2008).
- Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) esitetään erilaisia toimia muun muassa ammattiin opiskelevien nuorten terveyden edistämiseksi.

Poliittisten ohjelmien lisäksi myös eräillä lapsia ja nuoria koskevilla lainsäädännön muutoksilla ja muutosehdotuksilla on pyritty ehkäisemään lasten ja nuorten terveys- ja hyvinvointierojen syntymistä sekä helpottamaan erityistä tukea tarvitsevien ongelmia. Meneillään olevan hallituskauden aikana on hyväksytty muun muassa

- Nuorisolain uudistus HE 1/2010 (voimaan 1.1.2011)
- Laki perusopetuslain muuttamisesta HE 109/2009 vp (voimaan 1.1.2011)
- Muutoksia lastensuojelulakiin HE 88/2010 ja HE 137/2010.
- Asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009 (voimaan 1.7.2009/1.1.2011) pyritään takaamaan mm. riittävät yhtenäiset ja alueellisesti tasa-arvoiset palvelut.
- Uudessa terveydenhuoltolakiesityksessä HE 90/2010 vp on useita lapsia ja nuoria koskevia säännöksiä.

Käynnissä on myös sosiaalihuoltolainsäädännön kokonaisuudistus sekä yhtenäisen oppilas- ja opiskelijahuoltolain valmistelutyö.

3.2.2 Ennaltaehkäisevät ja matalan kynnyksen palvelut

Niin Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa kuin Kaste-ohjelmassa sekä Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa keskeiset toimenpiteet liittyvät sellaisen palvelujärjestelmän kehittämiseen, joka mahdollistaa ennaltaehkäisevän ja matalan kynnyksen moniammatilliset työmuodot. Lapsiperheiden palveluverkostojen edistämiseksi ehdotetaan muun muassa sovellettavaksi perhekeskumallia, joka koostuu äitiys- ja lastenneuvolan, varhaiskasvatuksen, koulutoimen, perhetyön sekä varhaisen tuen verkostoituneista palveluista⁷⁹. Kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät ja korjaavat palvelut tulisi nivoa yhteen yli nykyisten sektorirajojen⁸⁰. Neuvolatoiminnan kehittämisessä tulee huomioida kokonaisvaltaisuus ja perhelähtöisyys.⁸¹

Kaste-hankkeet eri alueilla (esimerkiksi Tukeva-hanke Pohjois-Suomessa, Remontti-hanke Länsi-Suomessa, Lapset ja perheet Kaste Itä- ja Keski-Suomessa, Lapsen ääni -hanke Etelä-Suomessa ja Kasperin hanke Väli-Suomessa) tähtäävät sekä palveluiden painopisteen siirtämiseen korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin että lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin ja osallisuuden edistämiseen. Osa hankkeissa kehitetyistä toimintamalleista kohdistuu koko väestöön periaatteenaan ennaltaehkäisy sekä ylisektoraalinen yhteistyö ja lastensuojelun avoimuuden tuen tarjoaminen riittävän varhaisessa vaiheessa. Osa toimintamalleista tähtää siihen, että jo syntyneisiin ongelmiin tartutaan mahdollisimman varhain ja lapsi tai nuori sekä hänen perheensä saavat avopalveluista riittävän tuen niin, että lastensuojelun huostaanottojen tarve vähenee ja ongelmat voidaan ratkaista avopalveluiden tuella mahdollisimman nopeasti.⁸²

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) astui voimaan vuonna 2009 siirtymäaikaan. Asetuksella halutaan vahvistaa terveyden edistämistä, torjua syrjäytymistä ja kaventaa terveyseroja. Avainasemassa tässä ovat neuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, jotka tavoittavat kaikki lapset ja nuoret ja heidän perheensä ja mahdollistavat varhaisen puuttumisen. Asetus annettiin, koska useiden kansallisten selvitysten (mm. Hakulinen-Viitanen ym. 2005 ja 2008, Rimpelä ym. 2008 ja 2009) mukaan kuntien väliset erot lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen voimavaroissa ja sisällöissä olivat lisääntyneet, ja toiminta oli monissa kunnissa suosituksiin ja väestön tarpeisiin nähden riittämätöntä. Kuntia sitovan asetuksen tarkoituksena on ehkäisevää toimintaa tehostamalla varmistaa, että lasten, nuorten ja perheiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia.⁸³

Asetuksen avulla syvennetään ja laajennetaan määräaikaista terveystarkastuksia ja veloitetaan etsivään työhön sekä kohdentamaan lisätukea tarpeen mukaan. Määräaikaista terveystarkastuksia tehostetaan erityisesti nk. laajojen terveystarkastusten avulla, jotka tiivistävät neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa yhteistyötä vanhempien kanssa. Niiden lähtökohtana on aina vanhempien hyvinvointitarpeiden selvittäminen ja heidän tukemisensa osana lapsen tai nuoren kehitysympäristöä.

Terveystarkastusten yhteydessä on annettava myös ajantasaiseen tietoon perustuva terveysneuvontaa. Terveystarkastukseen sisältyy myös lapsen psykososiaalisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden selvittäminen sekä tarvittaessa vanhempien luvalla muiden ammattihenkilöiden arvion pyytäminen lapsen selviytymisestä. Terveystarkastukset ja terveysneuvonta tulee järjestää siten, että erityisen tuen tarve tunnustetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarpeenmukainen tuki järjestetään viiveettä. Lisäksi terveydenhoitajan tai lääkärin tulee pyrkiä selvittämään määrällisistä terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarve.

Vuoden 2008 alusta voimaan astuneessa uudistetussa lastensuojelulaissa (417/2007) painotetaan ennaltaehkäisevää toimintaa, varhaista puuttumista ja annetun tuen vaikuttavuuden parantamista. Lastensuojelulaki velvoittaa kuntaa tai kuntia yhdessä laatimaan suunnitelman siitä, miten lasten ja nuorten hyvinvointia edistetään ja kuinka lastensuojelupalveluja järjestetään ja kehitetään. Lastensuojelulakiin lisätyllä pykälällä ehkäisevästä lastensuojelusta (HE 88/2010, 3 a §/voimaan 1.3.2010) pyritään parantamaan myös niiden lasten ja perheiden varhaista tukea, jotka eivät ole lastensuojelun asiakkaana. Ehkäisevä lastensuojelu koskee kunnan kaikkia lapsia ja perheitä eikä sen toteuttaminen edellytä lastensuojelun asiakkuutta. Ehkäisevään lastensuojeluun kuuluu erityisesti äitiys- ja lastenneuvolan ja muun terveydenhuollon sekä lasten päivähoidon, koulun ja nuorisotyön ja niiden piirissä tehtävä työ. Myös lapselle annettava erityinen tuki on ehkäisevää lastensuojelua silloin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Hallitus on halunnut myös täsmentää kunnan velvollisuutta järjestää lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun asiakkaille avohuollon tukitoimia (HE 137/2010). Asetus annettiin, jotta asiakkailla olisi mahdollisuus saada tarpeenmukaisia avohuollon tukitoimia oikea-aikaisesti ja sitä kautta vähentää raskaampien tukitoimien tarvetta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olleet lastensuojelun laatusuositukset ovat parhailaan lausunnoilla.

Erityisen tuen tarpeen tunnistamista ja tuen kohdentamista neuvolatyössä säätelevät muun muassa lastensuojelulaki (417/2007) ja asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009). Asetuksessa veloitetaan erityisen tuen tarpeen selvittämiseen, jos lapsessa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa tervettä kasvua ja kehitystä. Lisäksi sosiaalihuoltolaissa (1982/710) säädetään kunnan velvollisuudesta huolehtia tietyistä sosiaalipalveluista kuten mm. sosiaalityöstä, kasvatusta ja perheneuvonnasta, kotipalveluista sekä asumispalveluista

3.2.3 Hyvinvointia ja terveyttä tukevat oppimisympäristöt

Kaste-ohjelman kantava ajatus on, että lasten ja nuorten tukeminen tapahtuu heidän kehitysyhteisöissään. Perheen lisäksi keskeisiä lapsen ja nuoren kehitysyhteisöjä ovat koulut ja oppilaitokset. Koulutuksen hyvinvointivaikutusten arviointi tulisi ottaa toiseksi päähaasteeksi oppimistulosten rinnalle koululakien edellyttämässä

paikallisessa ja valtakunnallisessa arviointitoiminnassa⁸⁴. Hyvän oppimisen varmistamisen lisäksi koulu- ja oppilaitosympäristössä on tärkeää huomioida turvallisen yhteisön rakentaminen sekä terveyttä tukevat elintavat kuten terveellinen koulu-ruokailu, liikkumaan ohjaaminen ja kannustaminen, nuoruudenaikaisen päihteettömyyden edistäminen.

Opetusministeriön johdolla toteutetaan Perusopetus Paremmaksi (POP) -ohjelmaa, jonka painopisteenä ovat perusopetuksen laatuksiteerit, oppilaanohjauksen kehittäminen, kerhotoiminta ja kodin ja koulun yhteistyö, opetusryhmien pienentäminen, opetustoimen täydennyskoulutus, vieraiden kielten opetuksen kehittäminen sekä tehostettua ja erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden opetuksen ja tukitoimien kehittäminen. Viimeksi mainitun painopistealueen tarkoituksena on kehittää perusopetuksessa sellaisia toimintamuotoja, joilla koulut pystyvät kohtaamaan tukea tarvitsevat oppilaat yhä paremmin.⁸⁵

Hallituksen esitys perusopetuslain muuttamisesta (HE 109/2009 vp) sisältää sekä ennaltaehkäiseviä elementtejä kuin myös asteittain vahvistuvia erityisen tuen muotoja. Tavoitteena on vahvistaa esi- ja perusopetuksen oppilaan oikeutta suunnitelmalliseen varhaiseen ja ennalta ehkäisevään oppimisen ja kasvun tehostettuun tukeen. Oppilaille, jotka tarvitsevat pidempikestoista ja laajempaa tukea, tehdään päätös erityisestä tuesta samoilla perusteilla kuin nykyisin. Erityisen tuen päätöksessä tulisi määrätä nykyistä täsmällisemmin oppilaan opetuksen järjestämisestä ja hänen tarvitsemistaan tukipalveluista.

Helsingin kaupunki on tutkinut ja kehittänyt tarvepohjaisia voimavarojen jakomalleja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi⁸⁶. Helsingin virastoissa on vuosia ollut käytössä positiivinen diskriminaation malli. Positiivinen diskriminaatio tarkoittaa sitä, että heikoimmin resurssein varustettuja alueita tuetaan erityisellä voimavarapanostuksella. Tällöin opetusviraston, sosiaaliviraston ja nuorisoasiainkeskuksen määrärahojen jakoperusteena käytetään alueen aikuisväestön koulutustasoa ja tulotasoa. Näiden lisäksi koulukohtaisia kriteerejä ovat koulun oppilaiden maahanmuuttajataustaisuus ja koulun oppilastase, joka mittaa koulukohtaisesti oppilaiden hakeutumista muuhun kuin omaan lähikouluunsa. Määrärahalla pystytään esimerkiksi pienentämään koulun opetusryhmien kokoa tai palkkaamaan kouluavustajia.⁸⁷

Nuoriin kohdennetussa koulutuspolitiikassa keskeiseksi nousee opetusviranomaisten päävastuunaan toteuttama koulutustakuu (KESU 2004). Koulutustakuuseen liittyy läpäisyn parantaminen, keskeyttämisten vähentäminen ja ennaltaehkäisevä toiminta⁸⁸. Opetus- ja kulttuuriministeriön tuoreimmassa tulevaisuuskatsauksessa Osaava ja luova Suomi (OKM 2010:15) katseet kohdistetaan jo pitkälle seuraavaan hallituskauten. Koulutuspolitiikkaa koskeviksi keskeisiksi tavoitteiksi nostetaan mm. sivistyksellisten perusoikeuksien ja alueellisten koulutus-, kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopalveluiden saatavuuden turvaaminen, elinikäinen oppiminen sekä osallisuuden ja hyvinvoinnin tukeminen sekä syrjäytymisen ehkäisy. Katsauksessa esimerkiksi linjataan, että kuluvan vuosikymmenen loppuun men-

nessä 95 prosentilla 30–34-vuotiaista on perusasteen jälkeinen tutkinto ja heistä 42 prosentilla on korkeakoulututkinto.⁸⁹

Osaava ja luova Suomi -tulevaisuuskatsauksessa esitetään myös ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijaksi ottamisen perusteita uudistettavaksi siten, että perusasteen päättäneiden ja muiden ammatillista koulutusta vailla olevien koulutuspaikka varmistetaan. Tavoitteeseen on reagoitu ennakoivasti sillä vuosien 2008 ja 2010 välisenä aikana toisen asteen ammatilliseen koulutukseen on lisätty yhteensä 11 200 opiskelijapaikkaa⁹⁰. Lisäksi hallituksen vuoden 2010 lisätalousarvioesityksessä on osoitettu ammatilliseen peruskoulutukseen lisäystä 4,4 miljoonaa euroa. Rahoitus suunnataan erityisesti perusopetusvaiheen jälkeiseen ammatilliseen koulutukseen ohjaavaan ja valmistavaan koulutukseen, muun muassa ammattistartti⁹¹.

Toisella asteella on havaittavissa eroja ammattiin opiskelevien ja lukiolaisten terveydessä ja hyvinvoinnissa. Erityisesti erot näkyvät terveystottumuksissa: ammattiin opiskelevilla tupakointi, humalahakuinen juominen ja epäterveelliset ruokailutottumukset ovat yleisempiä kuin lukiolaisilla ikätovereillaan⁹². Ammattiin opiskelevat myös kokevat väkivaltaa useammin kuin lukiolaiset⁹².

Ammattiin opiskelevien hyvinvointihaasteisiin on pyritty vastaamaan kehittämällä muun muassa tutkinnon perusteita. Ammatillisia perustutkintoja on uudistettu vuosina 2006–2010 ja tutkintojen sekä opetussuunnitelmien perusteissa on erityisesti kiinnitetty huomiota elinikäisen oppimisen avaintaitoihin, jotka sisältyvät ammattitaitoa täydentävien tutkinnon osien tavoitteisiin sekä ammatillisten tutkinnon osien ammattitaitovaatimuksiin ja niiden arviointikriteereihin. Erikseen arvioitava elinikäisen oppimisen avaintaidon arvioinnin kohde sisältää seuraavat elinikäisen oppimisen avaintaidot: oppiminen ja ongelmanratkaisu, vuorovaikutus ja yhteistyö, ammattietiikka ja terveys, turvallisuus ja toimintakyky.

Huomioimalla monipuolisesti perustutkintojen ammatillisissa tutkinnon osissa elinikäisen oppimisen avaintaito *terveys, turvallisuus ja toimintakyky* kehitetään nuorten terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyisyyttä sekä ergonomiaa ja työturvallisuusvalmiuksia. Näin luodaan perusta mahdollisimman kestäville ammattuurille työelämässä. Ammattiin opiskelevien nuorten toiminta- ja työkyvyn parantamiseksi on myös kehitetty OKM:n, OPH:n ja SAKU ry:n toimesta ammattiosajan työkykypassi. Sen avulla kannustetaan koulutuksen järjestäjiä tarjoamaan ja ammattiin opiskelevia valitsemaan valinnaisia toiminta- ja työkykyä tukevia opintoja. Lisäksi passin avulla halutaan edistää oppilaitosyhteisön hyvinvointia ja tukea opiskelijoiden oma-aloitteista toiminta- ja työkyvystä huolehtimista.

Ammatillisen peruskoulutuksen rahoitusjärjestelmää on muutettu niin, että se kannustaisi koulutuksen järjestäjiä keskeyttämisen vähentämiseen: yksi tulosrahoituksen keskeinen määrätymisperuste on koulutuksen keskeyttämisaste. Keskeyttämisen vähentämiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen on pyritty myös eri hankkeissa kehittämällä ja juurruttamalla toimintamalleja. Aikalisä-hankkeessa vaikuttavaksi osoittautunutta toimintamallia on laajennettu ammatilliseen koulutukseen⁹³. Aikalisä-toiminnassa painottuu varhainen puuttuminen keskeyttämisistä ennakoiviin indikaatioihin ja nuorten ja koko työyhteisön voimavarojen vahvistamiseen. Siinä

korostuvat voimavarakeskeinen, jalkautuva työote sekä laaja-alainen monien eri toimijoiden välinen yhteistyö nuorten arkielämässä. Pilotin jälkeen toimintaa laajennetaan kaikkiin Helsingin kaupungin ammatillisiin oppilaitoksiin.

Oppilas- ja opiskelijahuolto

Oppilas- ja opiskelijahuollolla on keskeinen tehtävä lasten ja nuorten terveyserojen ennaltaehkäisyssä. Oppilas- ja opiskelijahuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Oppilas- ja opiskelijahuolto toimii lasten ja nuorten arkisessa ympäristössä paitsi varhaisina ja matalan kynnyksen palveluina myös yhteisön hyvinvointia edistäen. Siihen sisältyvät opetuksen tai koulutuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettu koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto sekä lastensuojelulaissa (2007/417) tarkoitettut palvelut sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien poistamiseksi. Toimintana oppilas- ja opiskelijahuolto on opetustoimen, sosiaalitoimen ja terveystoimen moniammatillista ja monialaista yhteistyötä koulu- ja opiskeluyhteisössä. Oppilashuolto koskettaa esi- ja perusasteen oppilaita ja opiskelijahuollosta puhuttaessa viitataan toisella asteella opiskeleviin.⁹⁴

Oppilas- ja opiskelijahuollon palveluissa ja niiden saatavuudessa on kuitenkin suuria maantieteellisiä, oppilaitoskohtaisia sekä kouluasteen mukaisia eroja. Oppilas- ja opiskelijahuollon lainsäädännön uudistamista on valmisteltu viime vuosina. Lainsäädännön uudistamisen tavoitteena on muun muassa turvata oppilashuollon palvelujen saatavuus, edesauttaa yksittäisen oppilaan ja opiskelijan oikeuksien toteutumista, tukea oppilaitosten mahdollisuuksia järjestää oppilashuolto oppilaan ja opiskelijan edun mukaisesti, selkeyttää tietojen saantia ja luovutusta sekä henkilötietojen käsittelyä koskevat menettelyt oppilaitoksissa sekä selvittää oppilashuoltopalveluista vastaavan henkilöstön asema, tehtävät ja kelpoisuus⁹⁴.

Opetus- ja kulttuuriministeriö yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa laativat vuonna 2010 luonnoksen opiskeluhuoltolaiksi, mutta se ei edennyt hallituksen esitykseksi ja istuvan eduskunnan säädettäväksi. Lakiluonnoksia oli kaksi: kustannusneutraali esitys ja varsinainen laajempi esitys. Laajempi esitys olisi tämentänyt palvelujen järjestämisen velvoitetta ja ulottaisi koulupsykologi- ja kuraattoripalvelut eli psykososiaaliset palvelut myös toiselle asteelle. Nykyisellään lastensuojelulain säännös koulupsykologi- ja kuraattoritoiminnasta on rajattu esi- ja perusopetukseen⁹⁵.

3.2.4 Nuorten koulutuksessa pysyminen ja työelämään kiinnittyminen

Kaste-ohjelman lasten, nuorten ja perheiden palveluiden hankkeissa on kehitetty erilaisia toimintamalleja koulupudokkuuden ehkäisemiseksi. Osa toimintamalleista kohdistuu kaikkiin nuoriin ja osa putoamisriskissä oleviin tai pudonneisiin nuoriin⁸². Koulupudokkuutta, koulutuksen keskeyttämistä ja opintovalintojen selkeyttämistä on pyritty ehkäisemään myös vuonna 2006 alkaneella JOPO-hankkeella⁹⁶ (joustava perusopetus) sekä vuonna 2010 vakinaistetulla ammattistartilla⁹⁷. Lisäksi nuorisolaissa säädetyn etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänet sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuun ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen ja työmarkkinoille. Etsivä työparitoiminta ja nuorten työpajatoiminta toimivat jo tällä hetkellä tiiviissä yhteistyössä, toteuttaen nuorisolain tavoitetta nuorten sosiaalisesti vahvistamiseksi. Vuonna 2008 etsivä työparitoiminta toimi 147 kunnassa tavoittaen 1999 nuorta joista 1455 ohjautui jatkotoimenpiteisiin⁹⁸. Vuoden 2010 budjetissa etsivään nuorisotyöhön myönnettyllä noin 7 milj. € toiminnan arvellaan laajenevan 192 kuntaan ja avustuksella tultaneen palkkaamaan noin 230 etsivän nuorisotyöntekijää⁹⁹. Työpajatoimintaan puolestaan osallistui vuonna 2009 noin 11 304 nuorta ja toiminta käsitti 75 % kunnista. Työpajojen vahvuutena pidetään moniammatillisen yhteistyön hedelmällisyyttä ja työpajoissa kehitetty starttivalmennus on yksi etsivän työparitoiminnan ja työpajojen yhteistyön konkreettinen palvelu- ja yhteistyömalli¹⁰⁰.

^{101, 102}

Yhteiskuntatakuu on keskeinen toimintamalli nuoriin kohdennetussa työvoimapolitiikassa ja nuorten työvoimapalveluissa. Yhteiskuntatakuun tarkoituksena on ollut palveluiden tehostaminen ja palveluprosessin käynnistäminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Yhteiskuntatakuulla pyritään ehkäisemään työttömyyden pitkittymistä ja tukemaan kestävien uraratkaisujen tekemistä. Nuorelle alle 25-vuotiaalle työnhakijalle tarjotaan aktiivisesti palveluja kolmen ensimmäisen työttömyyskuukauden aikana sekä koko työttömyyden ajan. TE-toimisto laatii yhdessä nuoren kanssa ensimmäisen työllistymissuunnitelman kahden viikon kuluessa työnhaun alkamisesta. Työllistymissuunnitelmassa sovitaan yhdessä toimista, jotka edistävät työllistymistä tai hakeutumista koulutukseen. Nuoren tilannetta edistävä aktiivivaihtoehto voi olla työnhakuvalmennus, valmentava tai ammatillinen työvoimakoulutus, työkokeilu, työharjoittelu, työelämävalmennus, starttiraha tai palkkatuettu työ. Tarvittaessa nuorelle tehdään aktivointisuunnitelma, jossa kysymykseen voi tulla kuntouttava työtoiminta. Keskeisiä yhteistyötahoja tässä poikisektorissa palveluprosessissa ovat sosiaalitoimi, työpajat, työnantajat, työvoiman palvelukeskukset ja oppilaitokset.¹⁰³

Nuorten työllistymisen edistämiseen on osoitettu myös lisäresursseja. Hallituksen vuoden 2010 ensimmäisessä lisätalousarviossa kohdennettiin kaikkiaan noin 77 miljoonaa euroa nuorisotyöttömyyden vähentämiseen. Määrärahoilla on voitu lisätä mm. työvoimapoliittisia toimenpiteitä, nuorille suunnattuja neuvontapalvelua,

starttirahaa, yrittäjyyskoulutusta sekä palkkatukea. Lisäksi alle 25-vuotiaille nuorille otettiin käyttöön työllistämisseteli eli SANSSI-kortti, joka on työllistänyt 1500 nuorta ja kokeilua jatketaan vuoden 2011 loppuun.⁹¹ Lisäksi vuoden 2010 talousarvioon varattiin erityinen noin 50 miljoonan euron määräraha opetus- ja kulttuuriministeriölle ja työ- ja elinkeinoministeriölle. Tämä määräraha on suunnattu muun muassa nuorten ohjaus- ja neuvontapalveluihin, valmentavaan työvoimapolitiittiseen koulutukseen, tutkintotavoitteiseen työvoimakoulutukseen, oppisopimus- ja Top-pis-paikkojen etsintäpalveluun, työpajatoimintaan, akateemisten työvoimapolitiittisen koulutukseen, Uudet urat -toimintamallin laajentamiseen, maahanmuuttajien kotouttamis- ja ammatilliseen koulutukseen, ammatilliseen peruskoulutukseen, maahanmuuttajien kieltenopetukseen ja Specima -koulutukseen, ammatillisen lisäkoulutukseen ja sen opiskelijatyövuosiin sekä etsivään nuorisotyöhön.¹⁰⁴

3.2.5 Moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön vahvistaminen

Lapsi- ja nuorisopolitiikassa sekä niitä koskevissa lainsäädännössä ja asetuksissa korostetaan poikkihallinnollisuuden vaatimusta sekä monialaisen ja -ammatillisen yhteistyön merkitystä¹⁰⁵. Asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta esitetään mm., että terveystarkastukset ja terveysneuvonta on järjestettävä tarpeen mukaan moniammatillisesti. Perusopetuslakiesityksen (HE 109/2010) tarkoituksena on korostaa myös moniammatillista yhteistyötä oppilashuollon ammattihenkilöiden kesken. Moniammatillinen asiantuntijuus korostuisi mm. tehtäessä erityisen tuen tarvetta koskevia päätöksiä. Neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle ja lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle on laadittava yhtenäinen toimintaohjelma terveys-, sosiaali- ja opetustoimen kesken ja palvelujen suunnittelussa on huomioitava väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tiedot.

Uusi nuorisolaki velvoittaa kuntia paikalliseen nuorisopolitiikan ja nuorisotyön monialaiseen yhteistyöhön sekä asettamaan sitä varten nuorten ohjaus- ja palveluverkoston, jonka tehtävänä olisi koota tietoja nuorten kasvu- ja elinoloista, nuorten palvelujen saavutettavuudesta ja riittävydestä. Verkosto edistäisi nuorille suunnattujen palvelujen yhteensovittamista.

Lastensuojelulaissa puolestaan esitetään, että kuntien on laadittava lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestämiseksi sekä kehittämiseksi kunnan tai kuntien toimintaa koskeva suunnitelma, joka tulee sisältää tiedot mm. yhteistyön järjestämisestä eri viranomaisten sekä lapsille ja nuorille palveluja tuottavien yhteisöjen ja laitosten välillä. Lisäksi eri lakiasetuksissa pyritään edistämään tietojen sujuvampaa liikkumista eri viranomaistahojen välillä.

Tavoitteena on myös parantaa lapsi- ja nuorisopolitiikan sekä eri lakien keskinäistä koordinaatiota. Opetusministeriö asetti 17.12.2009 alatyöryhmän avustamaan selvitysryhmän työtä ja tekemään esitykset selvitysryhmälle lastensuojelulain (417/2007) ja nuorisolain (72/2006) välisen suhteen kehittämistä niin, että vah-

vistetaan lastensuojelulain 12 §:ssä tarkoitettujen hyvinvointisuunnitelmien ja nuorisolain 4 §:n mukaisen lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman vuorovaikutusta, edistämään lapsivaikutusten arviointia keskushallinnon ja kuntien päätösten valmistelussa sekä kehittämään lastensuojelulain ja nuorisolain yleisten kuulemisvelvoitteiden sääntelyä. Työryhmä esittää toimenpide-ehdotuksen toteuttamisen ensisijaisena vaihtoehtona, että säädettäisiin laki lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämistä.¹⁰⁶

3.2.6 Tieto toiminnan perustana

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman yksi keskeinen tavoite on vahvistaa yhteiskunnassa lapsilähtöisyyttä. Tämä tarkoittaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin seurannan tietopohjan kehittämistä sekä päätösten lapsivaikutusten arvioinnin edistämistä. Tietopohjan kehittämiseksi tavoitteena on luoda lasten ja nuorten hyvinvoinnin tietojärjestelmä, joka pohjautuu säännöllisesti tehtäviin perustiedon tutkimuksiin, toimiviin ja kattaviin seurantajärjestelmiin¹⁰⁷. Tähän liittyy jo aiemmin aloitettu lasten ja nuorten hyvinvointia kuvaavien kansallisten indikaattorien määrittäminen. Tämä indikaattorityö kansainväliseen ilmiöön, jossa politiikan tulee perustua tietoon, ns. ”evidence-based decision making”.

Päätösten lapsivaikutusten arvioinnin lähtökohtana on lapsen edun yleisen periaatteen kunnioittaminen sekä lapsen edun huomioon ottaminen lainsäädännön valmistelussa ja muussa päätöksenteossa.

Lapsiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa tarkastellaan, miten lapsi otetaan huomioon erilaisissa yhteiskunnallisissa toimenpiteissä ja päätöksissä, millaisia vaikutuksia päätökset aiheuttavat ja millainen tieto lapsista ja päätösten vaikutuksista lapsiin on päätöksenteon taustalla. Lapsiin kohdistuvia vaikutuksia arvioidaan, koska siten voidaan vahvistaa lasten osallisuutta päätöksentekoon sekä tuoda näkyväksi erilaisten lapsi- ja nuorisoryhmien sekä lapsiperheiden olemassaolo. Lisäksi lapsiin kohdistuvien vaikutusten arviointi tuottaa tietoa lasten, nuorten ja lapsiperheiden elinolosuhteista ja palveluiden laadusta sekä toiminnan ja päätösten vaikutukset erilaisiin lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin.¹⁰⁸

Yhteiskunnallisten päätösten arviointi lapsivaikutusten näkökulmasta on verrattain vähäistä ja sen yhteyttä muuhun vaikutuksen arviointiin, kuten sosiaalisten vaikutusten arviointiin, terveysvaikutusten arviointiin, terveyserovaikutusten arviointiin sekä sukupuolivaikutusten arviointiin tulisi tiivistää¹⁰⁹. Kaste-ohjelman puitteissa STM on käynnistänyt osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden ja toimintakäytäntöjen edistämistä ministeriöiden välisen prosessin, jonka avulla luodaan uudet käytännöt arvioida lakien ja suunnitelmien sosiaalisia ja terveysvaikutuksia. Erityisesti huomio lapsivaikutusten arvioinnissa⁷⁹.

Lapsiasiavaltuutetun tehtävänä on lain (1221/2001) mukaan edistää lapsen etua, oikeuksia ja hyvinvointia yleisellä yhteiskunnallisella tasolla Suomessa. Lapsiasiavaltuutettu toimii yhteistyössä muiden viranomaisten, asiantuntijoiden, järjestö-

jen ja lapsipolitiikan toimijoiden kanssa. Lapsiasiavaltuutettu on itsenäinen valtion viranomainen, jonka yksi perustehtävä on lain mukaan seurata lasten ja nuorten hyvinvointia ja raportoida siitä valtioneuvostolle vuosittain. Kokonaiskuvaa lasten ja nuorten elinolojen ja hyvinvoinnin kehityksestä ei ole helppo saada¹¹⁰. Myös YK:n lapsen oikeuksien komitea on korostanut Suomelle antamissa suosituksissaan lapsia koskevan tilastoinnin kohentamista. Lasten hyvinvoinnin johdonmukainen seuranta on yksi lapsen oikeuksien sopimuksen laadukkaana toimeenpanon perusedellytys. YK:n lapsen oikeuksien komitea on erityisesti toivonut vähemmistöihin kuuluvien lasten, haavoittuvassa asemassa sekä oikeuslaitoksen kanssa tekemisissä olevien lasten hyvinvoinnin parempaa seurantaa.¹¹¹

Lapsiasiavaltuutetun toimiston tekemässä kartoituksessa on havaittu merkittäviä puutteita esimerkiksi alle 12-vuotiaiden terveyttä koskevista tiedoista. Lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa kerätään runsaasti tietoja, mutta niitä ei ole voitu hyödyntää¹¹¹. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen LATE- ja OPTE -hankkeissa on kehitetty lasten ja nuorten terveysseurantaa tavoitteena saada keskeiset terveyttä koskevat tiedot määräaikaaisista terveystarkastuksista hyödyntäen sähköisiä potilastietojärjestelmiä¹¹². Lisäksi lasten turvallisuuden tilan seurannassa sekä lastensuojelun piirissä olevien lasten hyvinvoinnin ja taustan seurannassa havaittiin puutteita¹¹¹. Kartoituksen perusteella haastavaa on myös kokonaisarvioinnin tekeminen lapsiperheiden tukemisesta ja tarpeellisena nähdään selvittää lapsiperheille rahana maksettavien etuuksien ja palvelutietojen tietokokonaisuuden yhteen koaamista.

3.3 Johtopäätökset ja ehdotukset

Lapsiperheiden köyhyyttä ja arjen kuormittavuutta vähennetään ensisijaisesti yhteiskuntapoliittisin keinoin. Pikkulapset sinällään eivät tuo perheeseen köyhyyttä - lapsiperheäestössä ansiotyössä oleminen ja korkeakoulutus vähentävät selvästi todennäköisyyttä kokea toimeentulo-ongelmia, vaikkakin työn ja perheen yhdistäminen aiheuttavat jännitteitä¹¹³. Näiden jännitteiden ratkaisemiseen valituista keinoista, kuten kotihoidontukikuukaudet, osa-aikatyö jne. seuraa usein toimeentulon niukkuutta.

Sekä lastensuojelun asiakkuuden alkuvaiheessa että huostaanotoissa lasten ja nuorten perheissä on vaikeita toimeentulo-ongelmia huomattavasti useammin kuin lapsiperheissä yleensä³¹. Suomessa tulonsiirtojen merkitys lapsiperheiden toimeentulolle on suuri. Kun huomioidaan vain vanhempien työmarkkinoilta saamat tulot, alle 6-vuotiaista lapsista yli neljäsosa asui köyhissä perheissä. Tämä osuus on reilu kymmenesosa kun huomioidaan myös verojen ja tulonsiirtojen vaikutus käytettävissä oleviin tuloihin.⁶⁶

Viime vuosina on tehty korotuksia lapsilisiin, kotihoidon tukeen, yksityisen hoidon tukeen sekä vanhempainrahan vähimmäistasoon, mutta korotuksen eivät kata vuosien varrella syntyneitä jälkeenjääneisyyttä. Euromääräisesti lapsiperheil-

le kohdistettujen palvelujen ja tulonsiirtojen kokonaisuus oli korkeimmillaan vuonna 1992. Laman aikana tehdyt leikkaukset heikensivät lapsiperheiden toimeentuloa ja perhepoliittisen tuen kokonaisuus pieneni aina vuoteen 2003 saakka. Vasta 2004 päästiin vuoden 1992 tasolle. Lapsiperheille suunnattujen tulonsiirtojen tasoa tulisi selvästi nostaa ja nämä ”kuoppakorotukset” tulisi tehdä ennen tulonsiirtojen sitomista indeksiin.¹¹³

Peruspalvelujen ohentaminen lisäävät osaltaan lasten ja perheiden elämäntilanteiden kuormittumista. Kuntien kotipalvelun lisääminen on tavoitteena useammasa edellä kuvatussa ohjelmassa. Kunnalliset kotipalvelut toimivat parhaimmillaan tehokkaana matalan kynnyksen ja ennaltaehkäisevän työn muotona lasten omassa kehitysympäristössä. Lapsiperheiden kotipalvelut ovat kuitenkin kadonneet lähes kokonaan kuntien lapsiperhepalvelujen valikosta. Vuonna 2007 kodinhoitoapua sai 10 387 lapsiperhettä, kun vielä vuonna 1995 palvelun piirissä oli 29 992 lapsiperhettä. Peruspalveluja kehittämällä ja lisäämällä on mahdollista vähentää lastensuojelun erikoispalveluiden tarvetta kunnissa. Kuntien sitoutuminen on kuitenkin avainkysymys, joten niiden sitoutumiseen on syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota. On pyrittävä takaamaan, että kuntien peruspalvelujen valtionosuusmomentille lisätty euromäärä menee aiottuun tarkoitukseen.¹¹⁴

Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto on järjestettävä uuden asetuksen mukaisesti. Määräaikaisten terveystarkastusten järjestäminen asetuksen edellyttämällä tavalla mahdollistaa tuen tarpeen varhaisen tunnistamisen ja kohdentamisen sitä tarvitseville. Tämä tukee hyvinvointia ja normaalia kehitystä, estää ongelmien vaikeutumista ja vähentää syrjäytymistä. Kunnille tuen varhainen järjestäminen on myös taloudellisesti kannattavaa. Varhaisen tuen myönteisistä vaikutuksista on näyttöä esimerkiksi Mannerheimin lastensuojeluliiton Lapsiperhe-projektista 1996-2000 ja Imatrala perhetyöntekijöiden rekrytointi lapsiperheiden varhaiseksi tukemiseksi vuodesta 2009 on kääntänyt korjaavien palvelujen kustannukset 2010 alkupuoliskolla laskuun. Asetuksen toimeenpano kunnissa edellyttää määrätietoista suunnittelu- ja kehittämistyötä. Kyseessä ei ole pelkästään määräaikaisten terveystarkastusten järjestäminen, vaan toiminnan sisällön ja työmuotojen kehittäminen. Näitä uusia velvoittavia työmuotoja ovat muun muassa vanhempien mukaan kutsuminen tarkastukseen, koko perheen hyvinvoinnin arviointi, tuen järjestäminen viiveettä, seurantakäynnit ja suunnitelman teko tarvittaessa, velvoitteet ja ohjeet erityisen tuen tarpeen tunnistamiseen ja tarkastuksista poisjäävien tilanteen selvittämiseen, moniammatillisen yhteistyön velvoite sekä luokka- ja koulukohtaisten yhteenvetojen tekeminen oppilashuollon käyttöön. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos laatii kunnille ohjeistuksen ja välittää tietoa laajojen terveystarkastusten toteuttamisen tueksi ja seuraa niiden toteutumista. Asetuksen toimeenpano ja asetuksen mukaiset velvoitteet lisäävät asetuksessa mainittujen henkilöstöryhmien työn sekä johtamisen haastavuutta. Tämä tulee ottaa huomioon henkilöstön kehityskeskusteluissa, täydennyskoulutussuunnitelmia valmisteltaessa ja työnohjausta suunniteltaessa.

Oppilas- ja opiskelijahuollon lainsäädännön uudistuksella tulee selkiyttää opiskeluhoollon toteuttamista sekä turvata psykososiaaliset opiskelijahuoltopalvelut toisella asteella. Järjestäjätasolla oppilas- ja opiskelijahuoltoa tulee toteuttaa suunnitelmallisesti ja kokonaisvaltaisesti. Yksilötyön lisäksi tulee panostaa yhteisötason hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Opiskeluun liittyvät ongelmat ovat yleisiä ja tuen saanti puutteellista. Kustannusvaikutuksien sijasta nuorten koulutuksessa pysymisen tukeminen sekä hyvinvointiin panostaminen on nähtävä investointina.

Paikallistason kohdennettujen palveluiden lisäksi tulee vahvistaa ja vakiinnuttaa valtakunnallisia malleja, joilla tuetaan nuorten irtipääsyä pitkittyneestä ulkopuolisuudesta ja siihen mahdollisesti kytkeytyvistä terveydellisistä ja sosiaalisista pulmista. On kiinnitettävä huomiota niihin nuoriin, jotka ovat koulutuksen ulkopuolella ja opiskeluhoollon tavoittamattomissa. Jokaisessa ikäluokasta noin 10 prosenttia nuorista on suuremman tuen ja hoidon tarpeessa kuin koulutuksessa tai työelämässä olevat. Nämä nuoret eivät saa opiskeluhoolltoa vastaavaa palvelua, vaan heidän hyvinvointinsa on jäänyt lähinnä satunnaisten hankkeiden ja projektien varaan.⁸⁴

Vakiintuneilla ohjaus- ja palvelujärjestelmillä ei toistaiseksi ole ollut riittävästi keinoja vastata nuorten sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviin koulutus-, kuntoutus- ja työllistymistarpeisiin¹¹⁵. Esimerkiksi nuorten yhteiskuntatakuu-mallissa onnistuneeksi on koettu varhaisen puuttumisen idea. Yhteiskuntatakuu on sinällään lisännyt nuorten aktivointia, mutta varsinaiset vaikutukset nuorten työllistymiseen ovat jääneet vähäisiksi. Aktivointi näyttää vaikuttaneen myönteisesti niiden nuorten tilanteeseen, joiden työllistymisedellytykset ovat hyvät jo entuudestaan, mutta keskimääräistä enemmän tukea tarvitsevilla nuorilla, moniongelmaisilla nuorilla ja nuorilla, joilla on maahanmuuttajatausta tai erilainen etninen tausta, yhteiskuntatakuun tuloksellisuus on ollut vähäisempää¹⁰³.

Hyväksi havaittuja käytäntöjä tulee jatkaa ja määrätietoisesti kehittää sekä niiden rahoitus tulee varmistaa. Etsivä nuorisotyö on tervetullut työmuoto, jonka avulla tuetaan nuoria koulutus- ja työelämäsuuntautuneisiin ratkaisuihin. Jopohanketta on pidetty arvokkaana ja hyödyllisenä. Tulosten mukaan JOPO-toiminta on vaikuttavaa, sillä oppilaista lähes 90 %:lla opiskelutilanne on parempi kuin ennen Jopoon tuloa. Eniten JOPO on vaikuttanut päättötodistuksen saamisen varmistamiseen, poissaolojen vähentymiseen, jatko-opiskelusuunnitelmien selkiytymiseen, käyttäytymishäiriöiden vähenemiseen ja opiskelumotivaation parantumiseen. Työpajapalvelu on ollut myös hyvä esimerkki tuloksekkaasta, monialaisesta ja hallintokunnat ylittävästä toiminnasta nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi. VM:n ensi vuoden budjettiesityksessä tosin esitetään, että työpajatoimintaan käytettäviä avustuksia leikattaisiin 15 miljoonasta eurosta 11 miljoonaan euroon. Jos työpajojen rahoitusta vähennetään VM:n esittämällä tavalla, ovat nuoret vaarassa pudota kaikkien palvelujen ulkopuolelle. Tulevassa budjettiriihessä työpajojen rahoitus tulisi

turvata vähintäänkin vuoden 2010 tasolle¹¹⁶. On tärkeää tukea rahallisesti kuntien mahdollisuuksia ylläpitää nuorten työpajatoimintaa ja työpajapalveluja, sekä turvata valtion ja kuntien yhteistyöllä työpajojen tarvitsemat resurssit. Tavoitteena tulee olla, että työpajatoiminta ja etsivä työparitoiminta muotoutuvat valtakunnalliseksi ja koko maan kattavaksi.¹¹⁷ Monitahoisten ongelmien kanssa painiskeleville tarvitaan erilaisia sosiaalisen kuntoutuksen muotoja ja kuntouttavaa työtoimintaa, matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja sekä päihde- ja huume kuntoutuksen paikkoja.

Ammattistartin vaikuttavuutta koskevan seurantaselvityksen¹¹⁸ perusteella ammattistartti on osoittautunut positiivisesti vaikuttavaksi ja tarkoituksenmukaiseksi perusopetuksen ja ammatillisen koulutuksen nivelvaiheen käytänteeksi. Lukuvuosien 2006–2007, 2007–2008 ja 2008–2009 aikana noin 70 % kokeiluissa mukana olleista opiskelijoista oli löytänyt vähintään vuoden sisällä opiskelupaikan ammatillisesta tai muusta koulutuksesta (lukio, kansalaisopistot ym.) tai siirtynyt työelämään tai oppisopimuksen piiriin. Seurantaselvitykseen haastatellut henkilöstön edustajat pitivät ammattistartin tarpeellisuutta itsestään selvänä ja sen jatkumista välttämättömyytenä.

Ammatillinen peruskoulutuksen opiskelijapaikkojen lisäämisen ohella tulisi tarkastella järjestämislupia ja yhteisvalintaa ja varmistaa, että koulutukseen pääsisivät ensisijaisesti vailla toisen asteen tutkintoa olevat nuoret. Ammatillisen peruskoulutuksen tulorahoitusjärjestelmän kautta olisi mahdollista kannustaa koulutuksen järjestäjiä opiskelijoiden ja oppimisympäristön hyvinvoinnin kehittämiseen. Ammatillisen koulutuksen tuloksellisuuden kannalta keskeisimpinä tekijöinä on pidetty sitä, kuinka hyvin valmistuneet työllistyvät tutkinnon suorittamisen jälkeen, mikä on jatko-opintoihin siirtymisen aste, saadaanko koulutus suoritettua määräajassa, keskeytetäänkö opinnot sekä kuinka pätevää opetushenkilöstö on ja kuinka paljon henkilöstön kehittämiseen panostetaan¹¹⁹. Tulorahoituksen määräytymisperusteeksi tulisi ottaa joko terveydenedistämisen aktiivisuutta tai opiskelijoiden hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita.

Moninäkökulmaista tutkimustietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niiden seurannasta tulee kehittää tuomalla indikaattori- ja seurantatiedon rinnalle myös laadullista tulkintaa. Varsinkin nuoria koskeva syrjäytymistieto on usein metodologisesti rajoittunutta eikä tavoita nuorten yksilöllistä ja kokemuksellista elämismailmaa riittävän hyvin¹²⁰. Mielenterveyden tilan kehityksestä ei ole ajantasaista rekisteriä ja tutkimusta. Myös lastensuojelua koskevassa tiedontuotannossa on parannettavaa. On puutetta tiedosta, jonka resursoimana lastensuojelua vahvasti yksilöihin puuttuvana toimintana voidaan kehittää, ohjata ja arvioida¹²¹. Ei myöskään tiedetä riittävän varmasti, mistä lastensuojelun suurissa asiakasmäärissä on kyse tai mitä lastensuojelun asiakkuudesta seuraa lapsille ja perheille lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Miten tietoon pohjautuvaa lastensuojelun päätöksentekoa, suunnittelua ja asiakastyötä vahvistetaan.¹²²

Lapsi – ja nuorisopolitiikan koordinaatiota tulee edelleen parantaa. Lastensuojelulain (417/2007) ja nuorisolain (72/2006) välisen suhteen kehittämisestä mietineen työryhmän mukaan olisi perusteltua sovittaa yhteen nuorisolain ja lastensuojelulain lasten ja nuorten hyvinvointia ja kasvu- ja elinoloja edistävät yleiset säännökset. Tämä voitaisiin tehdä esimerkiksi säätämällä laki lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämisestä.

Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa on vakiinnutettava lapsi- ja nuorisopolitiikan käsitteet ja osapuolet, jotta eri toimijat voivat olla mukana vaikuttamassa tehtäviin päätöksiin ja sitoutua toimimaan niiden mukaisesti. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelman toimenpiteissä tulisi olla enemmän myös konkretiaa sekä selkeät keihäänkärjet joita seurataan.¹²³ On myös ehdotettu, että lapsi- nuoriso ja perhepolitiikan ohjelmakokonaisuuden jatkoksi voitaisiin perustaa valtioneuvostotason lapsi, nuoriso- ja perhepolitiikan koordinaatioyksikkö¹²⁴.

Moniammatillista yhteistyötä tulee edelleen kehittää ja seurata. Moniammatillista tai -alaista yhteistyötä edellytetään lastensuojelulaissa, opetuslaeissa, valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydehuollosta sekä ehkäisevästä suun terveydenhuollosta, nuorisolaissa sekä (varmaan) myös tulevaisuudessa oppilas- ja opiskelijahuoltoissa. Moniammatillinen yhteistyö on kannatettavaa mikäli eri palvelu- ja toimintamuodot aidosti täydentävät toisiaan. Esimerkiksi nuorisolakiin tullutta erityistä velvoitetta monialaisten asiantuntijaryhmien toiminnasta on kunnissa toteutettu vaihtelevasti. Kaikki kunnat eivät ole vielä asettaneet lain edellyttämää monialaista asiantuntijaryhmää, toisaalta paikoin on tilanteita, joissa olemassa olevia yhteistyörakenteita ei riittävästi hyödynnetä. Kuntien sekä palveluiden käyttäjien kannalta olisi toivottavaa, että moniammatillinen ryhmä voisi olla yksi ja sama, niin ettei joka lain ja asetuksen mukaisesti tarvitse perustaa omaa erillistä ryhmää.

- Kuntien on järjestettävä neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto uuden asetuksen mukaisesti varmistamalla määräaikaisten tarkastukset sekä kehittämällä uusia työmuotoja.
- Oppilas- ja opiskelijahuollon lainsäädännön uudistuksella tulee selkiyttää opiskeluhuollon toteuttamista sekä turvata psykososiaaliset opiskelijahuoltopalvelut toisella asteella.
- Moninäkökulmaista tutkimustietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niiden seurannasta tulee kehittää tuomalla indikaattori- ja seurantatiedon rinnalle myös laadullista tulkintaa erityisesti lastensuojelua ja nuorten syrjäytymistä koskevassa tiedontuotannossa.

4 Työolot ja työttömyys terveyserojen kaventamisen näkökulmasta

Työllä, työoloilla ja työmarkkina-asetella on keskeinen merkitys terveyserojen synnyssä. Toimihenkilöammateissa työskentelevät ovat keskimäärin terveempiä ja elävät pidempään kuin työntekijäammateissa toimivat ja vähemmän koulutetut. Ylempiin toimihenkilöihin kuuluva 35-vuotias suomalainen mies voi odottaa elävänsä kuusi vuotta pidempään kuin samanikäinen työntekijämies; naisilla vastaava elinajanodotteen ero on runsaat kolme vuotta. Elinajanodotteen ero ammattiaseman mukaisten sosiaaliryhmien välillä on vain kasvanut viime vuosina¹²⁵.

Ammattitautien (esimerkiksi meluvammojen ja ammatti-ihotautien), työtapaturmien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ilmaantuvuus työntekijäammateissa on selvästi yleisempää suhteessa toimihenkilöihin. Asiantuntija- ja johtotehtävissä toimivilla on vähemmän sairauspoissaoloja kuin suorittavaa työtä tekevillä^{126, 127, 128}.

Työntekijäasemassa olevat arvioivat työkykynsä heikommaksi kuin toimihenkilöt. Työntekijät myös kokevat toimihenkilöitä useammin, etteivät kykene työskentelemään nykyisessä ammatissaan eläkeikään saakka terveydellisistä tai muista syistä johtuen. Vähintään 45-vuotiaista toimihenkilöistä kaksi kolmesta oli valmis harkitsemaan työelämässä jatkamista 63 ikävuoden jälkeen, mutta työntekijäasemassa olevista vain joka toinen¹¹⁰. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on työntekijäammateissa lähes kaksinkertainen asiantuntija-ammattaihin verrattuna¹²⁹.

Työssä käyvien kesken on suuria terveyseroja, mutta työllisten fyysinen ja psyykinen hyvinvointi on kuitenkin keskimäärin työtöntä väestöä parempaa. Työlliset sairastavat pitkäaikaissairauksia vähemmän kuin työttömät¹³⁰, he kokevat terveytensä paremmaksi kuin työttömät¹³¹, ja heillä on pienempi kuolleisuusriski kuin työttömillä¹³². Toisaalta terveysongelmat lisäävät työttömäksi joutumisen riskiä.¹³³

Terveyserojen kaventamiseksi tulee kiinnittää huomiota sekä työolojen kehittämiseen että työttömien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

4.1 Työ, työolot ja elintavat terveyserojen taustalla

Ammattiryhmien välisiin sairastavuus- ja kuolleisuuseroihin vaikuttaa erilainen altistuminen työperäisille terveyttä vaarantaville tekijöille sekä eroavaisuudet työyhteisöjen toimintakulttuureissa ja elintavoissa. Monissa fyysisesti kuormittavissa ja alhaisen tulotason ammateissa toimivat työntekijät altistuvat työperäisille terveyshaitoille – kuten fyysisille, fysikaalisille, biologisille tai kemiallisille – selvästi useammin kuin toimihenkilöt. Vuoden 2009 Työ ja terveys -aineiston perusteella ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä on suuria eroja esimerkiksi melun esiintyvyydessä, työn fyysisessä raskaudessa, kemiallisten aineiden käsittelyssä ja tapatur-

mavaarassa sekä vuoro- ja yötyön yleisyydessä. Verrattuna vuoden 2006 vastaavaan aineistoon nämä sosioekonomiset työolosuhde-erot eivät näyttäisi muuttuneen¹²⁸.

Valtaosa työhön liittyvästä sairastuvuudesta johtuu kuitenkin tavallisten sairauksien lisääntymisestä tai pahenemisesta, mitä on vaikeampi havaita ja tilastoida kuin ammattitautteja. Monissa teollisuusammateissa työperäisiin riskeihin yhdistyvät elintapojen riskit. Työperäisten altisteiden ja elintapojen riskien kasautumista tapahtuu myös tieliikenteen ja palvelutyön sekä maatalous- ja puutarhatyön ammateissa. Tältä osin sosioekonomisissa työolosuhde-eroissa ei näytä tapahtuneen merkittäviä muutoksia 1980-luvulta lähtien¹³⁴.

Elintavat, kuten tupakointi, alkoholin käyttö ja epäterveelliset ravinto- ja liikuntatottumukset ovat merkittäviä sosioekonomisia sairastuvuus- ja kuolleisuuseroja aiheuttavia riskitekijöitä. Tiedetään, että ylempien toimihenkilöiden ruokailutottumukset ovat useammin ravintosuosituksen mukaisia kuin työntekijäammateissa toimivien.¹³⁵ Työntekijäammateissa myös tupakoidaan enemmän kuin toimihenkilötasolla¹³⁶ ja alkoholin suurkulutus ja siihen liittyvät haitat, kuten alkoholikuolemat ja sairaalahoito ovat monta kertaa yleisempiä alemmissa (varsinkin työttömät) kuin ylempissä sosiaaliryhmissä. Esimerkiksi miehillä työntekijöiden alkoholikuolleisuus on noin nelinkertainen verrattuna ylempiin toimihenkilöihin.¹³⁷ Myös ylipaino on sitä yleisempää mitä alemmassa sosioekonomisessa asemassa henkilö on¹³⁵. Lisäksi sosioekonomisen aseman on todettu olevan yhteydessä liikunnan harrastamiseen¹³⁸. Yksi elintapoihin ja terveystyöskäytymiseen vaikuttava konkreettinen epäkohta on terveellisten ravintosuosituksen mukaisen joukkoruokailun saatavuus, joka toimii vaihtelevasti eri ammattialojen ja sosioekonomisten ryhmien välillä¹³⁹.

Myös terveystyöskäytymisen käytössä ja laadussa on todettu olevan suuria sosiaaliryhmien välisiä eroja¹⁴⁰. Työterveyshuollon saatavuus ja laatu ovat avainasemassa työkyvyn heikkenemisen varhaisessa tunnistamisessa, oikea-aikaisen hoidon ja kuntoutuksen käynnistämisessä sekä työhön paluun tukemisessa sairauspoissaolon jälkeen. Ehkäisevä työterveyshuolto on määrätty lakisääteisesti koskemaan kaikkia palkansaajia. Työterveyshuolto toimiikin Suomessa melko kattavasti, sillä sen piiriin kuuluu kaikkiaan 92 prosenttia palkansaajista.

Työterveyspalveluiden kattavuus ja sisältö vaihtelevat kuitenkin työmarkkina-asemasta ja työnantajasta riippuen. Palveluiden kattavuudessa ja saatavuudessa havaitaan puutteita varsinkin pienillä alle 10 henkilön työpaikoilla sekä maa- ja metsätalouden, muiden palveluiden, kaupan ja korjauksen, rakentamisen sekä kuljetuksen ja tietoliikenteen toimialoilla sekä lyhytaikaisia työsuhteita tekevillä. Kattavimmin työterveyshuollon piirissä ovat toimisto- ja asiakaspalvelutyötä tekevät ja vähiten maatalousyrittäjät ja metsätyöntekijät. Puutteellisen työterveyshuollon ammattiryhmät ovat yleensä juuri niitä, joilla työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on suurta¹²⁹. Erityisesti työttömät ovat eriarvoisessa asemassa terveystyöskäytymisen saatavuuteen nähden, sillä he eivät kuulu työterveyshuollon piiriin eikä heillä ole taloudellisia edellytyksiä käyttää yksityisiä palveluita¹⁴¹. Työttömät käyttävät pääosin kunnallisia terveyskeskuspalveluja, joiden kehitys on ollut viime vuosien ajan sekä euromääräisesti että työvoimaltaan muuta terveydenhuoltoa hitaampaa¹⁴².

4.2 Työttömyys, terveys ja hyvinvointi

Työttömyys kasvoi alkuvuodesta 2009 jyrkästi, mutta vuoden jälkipuoliskolla kasvu alkoi taittua. Lokakuun 2010 lopussa työ- ja elinkeinotoimistoissa oli 227 617 työtöntä työnhakijaa (pl. lomautetut), joista nuoria alle 25-vuotiaita oli 28 400 henkilöä. Näistä työttömistä yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaisyöttömiä oli 56 800 henkilöä ja yli kaksi vuotta yhtäjaksoisesti työttömänä olleita oli 17 650 henkilöä. Vaikka taantumän aiheuttama työttömyyden kasvu on pysähtynyt ja kokonaistyöttömyys kääntynyt laskuun, niin pitkäaikaistyöttömyys näyttää olevan kasvusuunnassa.¹⁴³

Työttömyyteen liittyvät, taloudellista toimeentuloa koskevat huolet vaikuttavat erityisesti pitkällä aikavälillä heikentävästi henkilön hyvinvointiin ja sitä kautta myös terveyteen¹⁴⁴. Heponiemen ym. (2008) katsauksessa eriteltyjen tutkimusten mukaan työttömyys saattaa olla kausalisesti yhteydessä lisääntyneisiin itsemurhiin, muihin mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen ja hermostuneisuuteen, sydän- ja verisuonitauteihin, verenpaineeseen, hengityselinsairauksiin sekä aivohalvaukseen. Varsinkin pitkittyessään työttömyys lisää sairastavuutta ja heikentää hyvinvointia. Tähän voi liittyä muun muassa sosiaalisten suhteiden katkeamista, itsetunnon laskua, köyhyyttä sekä fyysisen ja psyykkisen terveydentilan ja työkyvyn heikkenemistä.¹³⁰

Kuolleisuus on suurempaa työttömien kuin työllisten keskuudessa ja esimerkiksi itsemurhakuolleisuus nousee voimakkaasti työttömyyden pitkittyessä. Elinajanodotteen ero työikäisten työttömien ja työllisten välillä on suomalaisilla miehillä lähes kuusi vuotta ja naisilla lähes kaksi vuotta.¹³² Toisaalta myös pelkkä irtisanomisen uhka – kuten lomauttamiset, työvoiman supistamiset ja työpaikkojen uudelleenjärjestelyistä johtuvat irtisanomiset vaikuttavat paitsi irtisanottujen terveyteen ja hyvinvointiin niin samalla niiden terveyteen ja hyvinvointiin, jotka säilyttävät työpaikkansa¹⁴⁵.

Työttömyyden ja terveyden välinen suhde ei ole kuitenkaan suoraviivainen ja vaikutusyhteydet voivat olla kahdensuuntaisia ja kulkea erilaisten välittävien tekijöiden kautta. Tällöin puhutaan terveysvalikoitumisesta, eli siitä, että heikko terveys altistaa työttömyydelle¹⁴⁶. Esimerkiksi suomalaisilla määräaikaisilla työsopimuksilla olevilla julkisen sektorin työntekijöillä oli neljän vuoden seurannassa suurempi todennäköisyys joutua työttömäksi tai epävakaaalle työuralle, mikäli heillä oli seurannan alussa huonoksi arvioitu terveys¹⁴⁷. Lisäksi suomalaisilla rakennustyöläisillä työttömyyttä on voitu ennustaa mm. ruoansulatusvaivoilla, ihovaivoilla, neurologisilla häiriöillä sekä erityisesti säännöllisillä stressioireilla ja diagnosoiduilla mielenterveysongelmilla¹⁴⁸.

Joidenkin pitkäaikaistyöttömien työkyky on heikentynyt siinä määrin, etteivät he kykene työntekoon, vaikka työtä olisi tarjollakin. Hoitoon hakeutumisen kynnys sekä terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon vaikeudet tunnistaa työttömän alentunutta työ- ja toimintakykyä selittävät osin pitkäaikaistyöttömien heikkoa työkykyä.¹⁴⁹ Mikäli toimintakyvyn vaiheittaista heikkenemistä ei tunniste-

ta riittävän ajoissa, yhä useampi vielä osittain työkykyinen päätyy lopulta työkyvyttömyyseläkkeelle.

Vuonna 2009 työkyvyttömyyseläkkeellä oli kaikkiaan 272 000 henkilöä. Yleisimmät diagnoosit olivat mielenterveyden häiriö (45 prosentilla) ja tuki- ja liikuntaelinsairaus (24 prosentilla)¹⁵⁰. Erityisen huolestuttavaa on se, että alle 30-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen mielenterveyden häiriöiden vuoksi on kaksinkertaistunut vuosien 2000 ja 2007 välisenä aikana. Vuonna 2007 kaikista mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeelle siirtyneistä alle 30-vuotiaita oli noin 21 prosenttia.¹⁵¹ Toisaalta moni työkyvyttömyyseläkkeelle jääneistä on vielä osittain työkykyinen ja halukas palaamaan työelämään¹⁵². Esimerkiksi vammaisista henkilöistä hieman alle puolet on halukkaita ja kykeneviä tekemään työtä¹⁵³.

Henkilön työkyvyttömyys – johtui se sitten työperäisistä syistä, palvelujärjestelmän kyvyttömyydestä tai yksilön elämänkulussa kasautuneista ongelmista – on paitsi rankka inhimillinen kokemus niin myös suuri kansantaloudellinen kustannustekijä. Kaikki työkyvyttömyyseläkkeelle johtavat päädiagnoosit mukaan lukien vuoden 2009 yhteenlaskettu Työeläke- ja Kelan eläkemeno oli noin 3,2 mrd euroa¹⁵⁰. Eläketurvakeskus arvioi, että kun työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden keskimääräinen vuosikustannus vuonna 2009 oli laskennallisesti noin 11 100 euroa ja onnistuneen kuntoutuksen (työeläkekuntoutus) 17 200 euroa, maksaa kuntoutus itsensä takaisin alle kahdessa vuodessa, edellyttäen ettei kuntoutunut jää eläkkeelle¹⁵⁴.

4.3 Toimenpiteitä työolojen ja työkyvyn edistämiseen eri ammattialoilla

Valtionhallinnon tasolla työkyvyn edistämiseen on reagoitu erilaisin toimenpitein kuten mm. Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman ja Terveiden edistämisen politiikkaohjelman käynnistämällä, Kansallisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (KASTE) avulla, lainsäädännön keinoin, sosiaaliturvan uudistuksella (SATA), Masto hankkeella sekä Jukka Ahtelan työelämäryhmän toimeenpanolla. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa esitetään toimintalinjauksia, joilla pyritään kehittämään työikäisten tarpeenmukaista kuntoutusta sekä turvaamaan pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyshuoltopalveluiden ulkopuolella olevien työikäisten työkykyä vahvistavat terveystalvet.

Työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi Työterveyshuollon neuvottelukunta on valmistellut Valtioneuvoston periaatepäätöksen **Työterveys 2015 – työterveyshuollon valtakunnallisista kehittämissuunnitelmista**¹⁵⁵. Strategian pääpaino on työelämän laadun parantamisessa, työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä ehkäiseviä toimenpiteitä tehostamalla sekä kattavien ja laadukkaiden työterveyshuoltopalvelujen turvaamisessa. Esimerkiksi työterveyshuollon palvelujen järjestämisessä tulee kiinnittää erityistä huomiota epätyypillisissä työsuhteissa olevien työntekijöiden, pienten työpaikkojen, yrittäjien ja muiden omaa työtään tekevien työterveyshuoltopalvelujen turvaamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoi ja seuraa

kehittämislinjoiden toteuttamista ja tavoitteiden saavuttamista ja se on myös päävastuussa kehittämislinjoiden toteuttamisesta.

Elinkeinoelämän keskusliiton johtajan Jukka Ahtelan vetämän **Työelämätyöryhmän** ehdotusten pohjalta perustettiin **Työterveyshuollon kehittämistä ja valtakunnallista kattavuutta selvittävä työryhmä** ja **Työhyvinvointityöryhmä**, joiden toimikaudet jatkuvat 31.1.2011 saakka. Työhyvinvointityöryhmä pyrkii kehittämään varhaista puuttumista ja selvittää työhyvinvointitoiminnan mahdollisuuksia erityisesti pitkittyvissä työkyvyttömyystapauksissa. Työterveyshuollon kehittämistä ja valtakunnallista kattavuutta selvittävän työryhmän tehtävänä on työterveyshuollon tavoitteiden ja sisällön selkeyttäminen, työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen, työterveyspalvelujen alueellisen saatavuuden ja rahoituksen varmistamiseen erityisesti pientyöpaikoilla. Työryhmä pohtii myös työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon uusia yhteistyömuotoja, joissa otetaan huomioon erityisesti ikääntyneet työntekijät. Työryhmän tehtävänä on lisäksi tehdä ehdotus siitä, miten taattaisiin tietojärjestelmien yhteensopivuus työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon välillä.

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän **Työhyvinvointifoorumin**¹⁵⁶ tarkoitus on edistää verkostoyhteistyönä Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman sekä Terveyden edistämisen politiikkaohjelman työkykyä ja -hyvinvointia koskevia linjauksia. Työhyvinvointifoorumi sovittaa yhteen työhyvinvointia edistävien organisaatioiden toimintatapoja ja levittää hyviä käytäntöjä. Tavoitteena on lisäksi vahvistaa mm. työn sisällön, työmenetelmien ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, työn mielekkyyttä, työn terveellisiä ja turvallisia organisointitapoja, riskien arviointia ja hallintaa, altistumisen ja kuormittavuuden hallintaa, työterveyshuollon ja kuntoutuksen kehittämistä sekä työn ja muun elämän yhteensovittamista.

Työelämässä olevalle henkilölle, jonka työkyvyn heikkenemisen riskit ovat todettavissa tai henkilö jonka työkyky on jo merkittävästi alentunut tai jota uhkaa työkyvyttömyyseläke, on tarjolla erilaisia kuntoutuksen muotoja, kuten Kelan tai työeläkevakuuttajien ammatillinen kuntoutus. **Kuntoutusjärjestelmän** haasteena on sen hallinnollinen monimutkaisuus ja henkilön kuntoutustarpeen tunnistaminen¹⁵⁷.

Sosiaaliturvan uudistamista selvittäneen SATA-komitean mukaan kuntoutusprosessin olennaisin kysymys on, miten henkilö pääsee asianmukaiseen kuntoutukseen silloin, kun hänellä on siihen tarve. SATA-komitean (SATA 2009:62; ks. myös SATA 2009:10) ehdotusten tavoitteena on parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja viivytyksetöntä käynnistymistä sekä täsmentää kuntoutuksen vastuutahojen velvollisuuksien työnjakoa ja vahvistaa kuntoutuksen asiakkaan asemaa. Komitean raportissa esitetään kuntoutuslainsäädännön tarkistamista kuntoutusvastuu- ja korvauskysymysten osalta sekä kuntoutuksen toimintaprosessien selkeyttämistä. Lisäksi raportissa ehdotetaan, että lainsäädännössä tulisi nykyistä selkeämmin ja sitovammin määritellä taho, jolla on vastuu kuntoutusprosessin käynnistämisestä sekä arvioida muun muassa regressisäännösten toimivuutta. Näillä keinoilla pyritään vähentämään sairaudesta ja työkyvyttömyydestä johtuvia työstä poissaoloja ja lisäämään

kuntoutuksen vaikuttavuutta ohjaamalla henkilöt nopeammin kuntoutukseen. Raportissa on esitetty myös psykoterapiakuntoutuksen saatavuuden turvaamiseksi sen siirtämistä Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin.

Kuntoutusta käsitellään myös uudessa terveydenhuoltolaissa. Laissa säädetään lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä yhteistyöstä ja ohjauksesta muuhun kuntoutukseen. Kunnalla on velvollisuus järjestää potilaan sairaanhoitoon liittyvä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. Kunta on myös vastuussa lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta.¹⁵⁸

Elintapoihin on pyritty vaikuttamaan lainsäädännöllä ja hanketyöllä. **Tupakoinnin** vähentymiseen on tähdätty hintojen korotuksilla ja tupakkalain tiukentamisella. Ravintolatupakointi kiellettiin kesäkuussa 2009. Kiellon tarkoituksena oli estää ravintola-alan työntekijöiden altistuminen tupakansavulle. Tupakointi on kielletty kaikkialla ravintolan sisätiloissa. Tupakointi on sallittu ainoastaan tupakointiin hyväksytyssä erillisessä tupakointitilassa, josta tupakansavua ei kulkeudu savutomiin tiloihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman **joukkoruokailun kehittämis- ja seurantaratyöryhmän** tehtävänä oli edistää ruokapalvelujen saatavuutta, houkuttelevuutta ja ruoan ravitsemuslaadun paranemista sekä tehdä esitys tarvittavasta seuranta-järjestelmästä. Työryhmän toimenpidesuosituksot julkaistiin 2010¹⁶¹. Suosituksessa todetaan, että ruokapalvelujen käytön lisääminen vaatii työnantajien, työntekijöiden, ruokapalvelujen ja julkisen sektorin yhteistyötä. Työelämän olosuhteita kuten sosiaalituloja, työvuorojärjestelyjä ja muuta tukea on syytä kehittää niin, että ruokailutaukojen pitäminen on mahdollista. Julkisia ruokapalveluja tulee avata myös työelämän ulkopuolella oleville.

Työterveyslaitoksella on käynnissä **Ammattiryhmittäisten terveyserojen kaventamishanke**. Hankkeen tavoitteena on analysoida miten terveyserot jakautuvat toimialoittain ja ammattiryhmittäin ja analyysin pohjalta suunnitella ja toteuttaa kohdennetut toimenpiteet riskiryhmille. Hankkeessa on selvitetty riskiammattiryhmät, joissa työn kuormitus- ja altistustekijät, työkykyongelmat ja elintapaongelmat kasautuvat sekä ne ammattiryhmät, joissa sairastavuus on yliedustettuna. Näitä ovat konepaja- ja rakennusmetallityö, massa- ja paperityö, talonrakennustyö sekä kiinteistöhuolto- ja siivoustyö. Tiedon pohjalta kehitetään toimenpideohjelmaa yhteistyöyritysten kanssa. Vuosina 2011–2012 toimenpideohjelma ja toimenpiteet implementoidaan työterveyshuoltojen, työpaikkojen toimijoiden, työmarkkinaosa-puolten ja muiden keskeisten tahojen avulla. Yrityksen johdon sitouttaminen ja sitoutuminen työntekijöidensä työkyvyn ja hyvien elintapojen mahdollistamiseen on hankkeen menestyksen kannalta erityisen keskeistä. Työpaikoilla suunnittelun periaatteena käytetään ns. Metal Age -menetelmää, jossa määritetään ongelman laajuus, sen merkitys työhyvinvoinnin ja työntekijöiden terveyden edistämisen kannalta sekä työpaikan mahdollisuudet vaikuttaa ongelmaan. Suunnitteluun osallistuu koko työtiimi ja sen kautta syntyy innostusta ja muutoshalukkuutta.

4.4 Toimenpiteitä työllistymisen tukemiseksi ja työttömien terveyden edistämiseksi

Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelmassa työ nähdään parhaaksi keinoksi ehkäistä syrjäytymistä ja torjua köyhyyttä yhteiskunnassa. Lisäksi työn kannustavuus kaikissa elämäntilanteissa on kirjattu hallitusohjelmaan yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi.

Viime vuosina työttömien työllistymistä on pyritty edistämään **aktiivisen työvoima- ja sosiaalipolitiikan** keinoin lisäämällä vähimmäisturvan vastikkeellisuutta ja työttömien velvollisuuksia työmarkkinasuuntautuneeseen toimintaan sekä tarjoamalla toimenpiteitä ja palveluja työllistyvyyden parantamiseksi¹⁶⁰. Vuonna 2006 toteutettiin työmarkkinatukijärjestelmän uudistus, jossa yli 500 päivää työmarkkinatukea saaneille työttömille tuli käyttöön aktivointikausi, jonka aikana heille tarjotaan tehostetusti aktiivitoimenpiteitä. Aktivointitakuun tavoitteena oli taata jokaiselle pitkään työttömänä olleelle pääsy aktiivitoimenpiteisiin¹⁶¹. Sittenmin SATA-komitean tehtävänä on ollut koko sosiaaliturvaa koskevien uudistusten tekeminen. Komitean esitykset sisältävät yli 50 linjausesitystä perus- ja ansioturvasta sekä sosiaaliturvan kannustavuudesta ja selkeyttämisestä. Työttömyysturvan osalta tavoitteena on ollut työttömyysjaksojen lyhentäminen tehostetun työnhaun ja sitä tukevien aktiivitoimenpiteiden (muun muassa korotusosa) keinoin. Työttömyysjaksojen lyhentämiseen pyritään ennen kaikkea työvoimaviranomaisten nykyistä aktiivisemmalla toiminnalla, jossa heti työttömyyden alussa arvioidaan työnhakijan työllistymisedellytykset ja erilaisten työllistymistä edistävien palvelujen tarve¹⁶².

Muutosturvan avulla irtisanottu tai työttömyysuhan alainen työntekijä pyritään työllistämään uudelleen mahdollisimman nopeasti. Muutosturvaa laajennettiin vuonna 2009 koskemaan entistä paremmin myös määräaikaisessa työsuhteessa olevia ja 180 päivän ajaksi lomautettuja tai lomautettuina olleita. Muutosturvan sisältö paranee siten, että koulutuspäivärahaa voidaan maksaa omaehtoisen koulutuksen ajalta heti työttömyyden alusta alkaen.¹⁶³ Lisäksi muutosturvan toimintamallia kehitetään valtakunnallisella Työstä työhön -kehittämisohjelmalla. Kehittämisohjelmalla tuetaan muutosturvan toimeenpanoa ja vaikuttavuutta, sekä edistetään toimintamallin koordinaatiota ja lisätään muutosturvan tunnettavuutta. Kehittämisohjelmaa rahoittaa Euroopan sosiaalirahasto ja keskeisiä toimijoita ovat TEM, STM ja työmarkkinajärjestöt.

Hallituksen tavoitteena on ollut parantaa myös niiden vaikeassa työmarkkinatilanteessa olevien asemaa, jotka eivät onnistu työllistymään suoraan avoimille työmarkkinoille. Tarkoitukseen on kehitelty nk. **välityömarkkinoita**, joilla tarkoitetaan työttömyyden ja avointen työmarkkinoiden väliin sijoittuvia työllistämistä ja kuntoutustoimia. Tällöin kysymykseen voi tulla esimerkiksi työvoimakoulutus ja palkkatuettu työ, työpankit ja työllistämiskokeilut sekä erilaiset sosiaalisen kuntouttamisen muodot¹⁶⁴. Pyrkimyksenä on tukea työllistymistä avoimille työmarkkinoille ja luoda edellytyksiä matalan kynnyksen työllistämiseksi. Välityömarkkinoiden työpaikkaa tai työmahdollisuutta ei olisi ilman yhteiskunnan taloudellista tukea. Vä-

lityömarkkinoiden kehittämiseen liittyen Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ohjelmakaudella 2007–2013 on käynnistetty TEM:n ja STM:n yhteinen valtakunnallinen Välityömarkkinat -kehittämisohjelma. Ohjelma kytkeytyy TEM:n työllisyys- ja yrittäjyysstrategian linjaukseen työmarkkinoilla heikommassa asemassa olevien tukemisesta ja työllistymiskynnysten alentamisesta.

Työvoiman palvelukeskuksissa (TYP) – joka on eräänlainen välityömarkkinoita yhdistävä rakenne – järjestetään koordinoivasti pitkään työttöminä olleiden tarvitsemia yksilöllisiä ja verkostoituvia palveluja. Toiminnassa on mukana noin 50 TE-toimistoa ja 160 kuntaa. TYP-toiminnan ydin on palvelussa, jossa TE-toimiston, kunnan ja Kelan työhön kuntouttavat palvelut ovat tarjolla yhteisissä toimitiloissa, joissa TE-toimiston ja kunnan virkailijat ottavat asiakkaita vastaan työparina tai laajemmassa kokoonpanossa. Ns. yhden luukun periaate erottaa TYP-toiminnan viranomaisten muusta yhteistyöstä. Työvoiman palvelukeskustoiminnan valtakunnallisen ohjausryhmän antamien linjausten mukaan keskikokoisten ja suurien TYP:ien henkilöstöön tulee kuulua terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Palvelukeskuksissa oli vuonna 2009 työttömiä työnhakijoita keskimäärin noin 13 000 kuukaudessa. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen tehtävänä tässä yhteispalvelurakenteessa on katkaista asiakkaiden sairaus- ja syrjäytymisprosesseja järjestämällä terveystarkastuksia, työ- ja toimintakyvyn arviointeja, kuntoutusta sekä tarjota työhön kuntouttavia sosiaali-palveluita. Työ- ja elinkeinohallinto tarjoaa julkisia työvoimapalveluita.

Työttömien terveydenhuollon kehittäminen on konkreettinen toimenpide terveyserojen kaventamisessa. Uusi terveydenhuoltolaki painottaa kunnan roolia työttömien ja muiden työterveyshuollon ulkopuolella olevien henkilöiden terveystarkastusten ja -palvelujen järjestämisessä. Lain mukaan terveystarkastuksissa ja ohjauksessa on otettava huomioon erityistä sairastumisvaaraa aiheuttavasta työstä työttömäksi jäävät tai eläkkeelle siirtyvät. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut sisältyvät myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (KASTE), terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan, terveyserojen kaventamisohjelmaan ja mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan. SATA-komitean ehdotusten mukaan kuntien tulee nimetä terveydenhoitaja, joka vastaa perusterveydenhuollossa työterveys-huollon palvelujen ulkopuolella olevien työikäisten terveyttä ja työkykyä tukevista palveluista. Jukka Ahtelan työelämäryhmän loppuraportin perintönä Työ- ja elinkeinoministeriö asetti jatkotyöryhmän, joka tekee ehdotukset työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveystarkastusten järjestämiseksi 31.1.2011 mennessä. Työryhmän tulee ottaa työssään huomioon Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeessa (PTT) tehty työ ja hankkeen pohjalta tehdyt kehittämissuosituksset.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimassa **Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeessa (2007–2010)**^{165, 166} oli mukana 24 paikallista ja alueellista osahanketta. Niissä kehitettiin paikallisista olosuhteista ja toimijoista lähteviä toimintamalleja vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi osana työllistämisen ja aktiivointipalveluja. Tavoitteena oli kiinnittää terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin toimiin sekä juurruttaa hyviä toimintamalleja hankepaikkakunnille. Hanke

toteutettiin yhteistyössä kuntien, STM:n, TEM:n, THL:n, Työterveyslaitoksen, Kuntaliiton ja Kelan kanssa. Toiminnan ytimenä olivat terveystarkastukset, terveysneuvonta ja asiakkaiden elämänhallinnan vahvistaminen sekä tarvittaessa asiakkaiden toimintakyvyn kartoitus ja tukeminen moniammatillisena yhteistyönä. Terveydenhoitajille luotiin oma terveystarkastusmalli ja työtapa, joka huomioi työttömyyden ja siitä johtuvat terveysriskit sekä tukee työttömän työnhakijan voimavaroja ja kannustaa aktiivisuuteen ja itsehoitoon. PTT-hankkeen toiminta rahoitettiin eduskunnan myöntämällä hankerahoituksella sekä kuntien omarahoitusosuuksilla.

Hankerahoituksen lisäksi pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin on valtion talousarviossa osoitettu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusmäärärahaa kaksi miljoonaa euroa. Kuntia on myös ohjeistettu vuosittain määrärahan käytöstä sosiaali- ja terveysministeriön kirjeillä.

4.5 Johtopäätökset ja ehdotukset

Suomessa on tehty paljon työkyvyn edistämiseksi, kuten tuore OECD:n raporttiinkin osoittaa¹⁶⁷. Kuitenkin terveyserojen kaventamisen näkökulmasta liikutaan edelleen melko yleisellä tasolla. Toimenpiteet tulisi kohdentaa tiukemmin ja konkreettisemmin niille työpaikoille ja aloille, joissa työhyvinvoinnin puutteet ilmenevät selkeimmin. Työympäristön fysikaalisille, kemiallisille ja biologisille haittatekijöille altistumista on jatkuvasti vähennettävä muun muassa rakennusallalla ja monilla teollisuuden toimialoilla. Työtapaturmien torjunta on edelleen tärkeää. Työn fyysistä kuormittavuutta tulee vähentää kehittämällä työtä, työvälineitä ja työympäristöä. Erityisesti rakentamisen, majoituksen ja ravitsemuksen, sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä maa- ja metsätalouden toimialoilla tarvitaan kehittämistoimia työn keventämiseksi.

Työpaikoilla tulee kiinnittää huomiota psykososiaalisiin työolotekijöihin, kuten työn tavoitteiden selvytyteen, työn määrään, työntekijöiden vaikuttamisen mahdollisuuksiin sekä tukea antavaan esimiestyöhön ja yhteisön vuorovaikutukseen. Työpaikoilla tulee analysoida ja identifioida eri ammattiryhmien, ammattien ja tehtävien osalta ne tekijät työssä ja työn tekemisessä, jotka ovat yhteydessä työntekijöiden kokemaan työn henkiseen rasittavuuteen ja tarpeellisiin muutoksiin estää pitkään jatkuvien henkisesti liiallisesti voimavaroja kuluttavien työtilanteiden syntymistä.

Samanaikaisesti tulee myös kehittää työntekijöiden voimavaroja ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä ja mahdollisuuksia työssä ja työyhteisössä. Työssä, työntekijöissä ja työyhteisöissä olevia voimavaroja voidaan lisätä muun muassa kannustavalla, arvostavalla ja kehittymismyönteisellä johtamisella, riittävällä avoimuudella ja osallistamisella organisaatiomuutoksissa, parantamalla työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia omassa työssään sekä panostamalla työn järjestelyissä työn ja työntekijän vahvuuksien ja mahdollisuuksien yhteensovittamiseen.

Työpaikoilla tulisi kannustaa terveellisiin elintapoihin. Tämä tulisi tehdä mahdolliseksi muun muassa järjestämällä liikuntamahdollisuuksia työpaikalla, liikun-

tasetein tai vaikkapa lahjoittamalla työntekijöille polkupyörät tai lenkkitosut. Samalla on huolehdittava siitä, että toimista ei hyödy vain ne työntekijät, jotka jo ennestään harrastavat liikuntaa. Kuntien ja valtion tulisi turvata riittävät taloudelliset ja muut resurssit joukkoruokailulle, jotta sen laatu- ja turvallisuus pystytään ylläpitämään ja kehittämään. Työpaikkaruokailua tulee tukea verotuksellisin ja työmarkkinapoliittisin keinoin. Myös työttömällä tulisi olla oikeus kohtuuhintaisiin liikunta-, ruokailu- ja kulttuuripalveluihin sekä muuhun terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintaan.

Työterveyshuollon kehittämistä pohtivat työryhmät ovat vielä käynnissä, joten niiden ehdotuksia ei voida vielä arvioida. Voidaan kuitenkin huomauttaa, että työterveyshuollossa tulisi irtisanomistilanteissa selvittää työntekijän työkyky ja käynnistää tarvittavat hoito- ja kuntoutustoimenpiteet ennen työttömyyden alkamista ja varmistaa asiakkaan saumaton siirtyminen perusterveydenhuollon palveluihin¹⁶⁸.

Muutosturvaan tehdyillä muutoksilla pyrittiin edistämään lomautettujen ja määräaikaisissa työsuhteissa työskennelleiden osallistumista työllistymistä edistävään toimintaan ja parantamaan heidän taloudellista tilannettaan toimien aikana sekä ylläpitämään työnhakijoiden ammatillista osaamista. Muutosturvan implementointi on toistaiseksi onnistunut vain edistyksekkäimmissä yrityksissä. Monilla paikkakunnilla toimijat tuntevatkin huonosti koko muutosturva käsitettä. Lisäksi muutosturvan välineet ovat vasta kehittämisvaiheessa. Muutosturvan toimintamalli ei myöskään toteudu, jos työvoimaviranomaiset eivät pysty tarjoamaan muutosturvan piiriin tuleville mahdollisimman nopeasti laadukkaita, työllistymistä edistäviä työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen palveluja. Työ- ja elinkeinotoimistoilla tulee olla tarpeeksi rahaa ja henkilökuntaa koulutushankintojen valmisteluun ja ostamiseen.¹⁶⁹

Työttömien aktivoinnin vaikutuksista avoimille työmarkkinoille työllistymiseen ei ole kovin hyvää näyttöä¹⁷⁰. Vuonna 2010 työttömistä työ- ja elinkeinotoimiston asiakkaista oli keskimäärin 86 000 henkilöä erilaisissa aktiivitoimenpiteissä kuten palkkatuetussa työssä ja työvoimakoulutuksessa. Valtion työllisyysmäärärahojen vaikuttavuutta seurataan tilastolla, jossa tarkastellaan palvelun, esim. työvoimakoulutuksen päättäneen tilannetta kolme kuukautta myöhemmin. Vaikuttavuus vaihtelee eri palveluissa siten, että työvoimakoulutuksen jälkeen työttömäksi palaa noin 40 prosenttia ja palkkatukityön jälkeen noin 50 prosenttia. Aktiivitoimenpiteiden vaikuttavuuden parantaminen on tärkeä kehittämiskohde, jotta jatkuva sukkelointi eri aktiivitoimenpiteiden, ”pätkätöiden” ja työttömyyden rajapinnoilla saataisiin vähenemään. Toisaalta esimerkiksi vuoden 2006 työmarkkinatuki uudistuksessa määritelty rahoitusvastuun jakaminen valtion ja kuntien kesken aktivoi osaa tutkimuskaupungeista pitkäaikaistyöttömyyden hoidossa, josta esimerkkinä kuntouttavan työtoiminnan paikkojen lisääminen.¹⁶¹

Kunnan järjestämän kuntouttavan työtoiminnan toteutumista pääkaupunkiseudulla selvittäneen tutkimuksen mukaan työllisyyspolitiittisten tavoitteiden mukaisia siirtymiä toteutuu sosiaalipoliittisia siirtymiä vähemmän. Hoito- ja kuntoutuspalvelut, kuten terveystarkastukseen ja hoitoon ohjaus sekä päihdehoito ja

-kuntoutus, järjestivät asiakkaille hyvin. Kuntouttavan työtoiminnan jälkeen yleisimmät jatkot olivat kuitenkin paluu työttömäksi työnhakijaksi tai uusi kuntouttavan työtoiminnan jakso. Siirtymiä työelämään toteutui vähän.¹⁷¹

Aktivoinnin vaikutus työllistymiseen näyttää olevan paljolti riippuvaista yksilön sosiaalisista ja terveydellisistä voimavaroista, koulutuksesta, työttömyyden kestosta, mutta ennen kaikkea työmarkkinoiden rakenteellisista ongelmista: työttömille ei yksinkertaisesti ole tarjolla sopivaa työtä, eikä mitä tahansa työtä ole kannattavaa ottaa vastaan. Toisaalta monen vaikeasti työllistyvän pitkäaikaistyöttömän terveydentila on niin heikko, ettei heillä edes ole kykyä ottaa työtä vastaan. Näiden pitkäaikaistyöttömien työllistymistä ei voida auttaa koulutus- tai työllistymistukitoimin, ennen kuin heidän sairautensa on hoidettu tarpeeksi hyvin ja heidän toimintakykynsä riittää työllistymiseen ja työssäkäyntiin.¹⁴⁹

Tämä herättää kysymyksen aktivointipolitiikan mielekkyydestä sekä siitä, kenelle ja millaisissa tilanteissa siitä on ylipäättään hyötyä. Aktivointipolitiikka saattaa helposti yksilöidä henkilön työttömyysongelman, vaikka työttömyyden syitä tulisi käsitellä rakenteellisella tasolla. Sanktiointi ja tukien menettäminen voi jopa huonontaa heikoimmassa tilanteessa olevien asemaa ja lisätä heidän katkeruuttaan ja syrjäytymistään, mikäli ei ole työpaikkoja, joihin kannustamisella pyritään. Aktivoinnissa tulee lähteä liikkeelle yksilön vahvuuksista ja ottaa huomioon hänen yksilöllinen työ- ja toimintakykynsä, mutta myös ympäröivät rakenteelliset edellytykset.¹⁷² Tulisi olla resursseja tehdä moniammatillista auttamistyötä, jonka tulee olla sekä tavoitteellista että asiakasta kunnioittavaa. Kolmannen sektorin toimijoiden toimintaa pitää tukea niiden syrjäytymisen vastaisessa työssä, sillä ilman yhdistysten ja järjestöjen tukityöpaikkoja monen työttömän kohtalona olisi täydellinen syrjäytyminen yhteiskunnasta¹⁷³. On tärkeää, että työttömyyden kestosta ja ajankohdasta riippumatta työtön saa oman tarpeensa ja kykijensä mukaisia aktivointitoimia, kuten kuntoutusta sekä räätälöityjä sosiaali- ja terveystalvijoita. Aktivoinnille tulisi asettaa myös sosiaali- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita, jotka konkretisoituvat henkilön toimintakyvyn tukemisena ja ihmisen arjessa selviytymisenä.¹⁷⁰

Työttömien ja vaikeasti työllistyvien kuntoutuksen ja työterveys-luonteisten palveluiden järjestäminen tulee olla verkostoituvaa ja liittyä yhteen aktivointi- ja työllistymistoimenpiteiden kanssa. Sektorirajat ylittävä yhteistyö työ- ja elinkeinotoimiston, sosiaalitoimiston, Kelan, työvoiman palvelukeskusten, palveluja tuottavien tahojen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa on oleellista. Moniammatillisen yhteistyön foorumina voidaan käyttää esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmää. Moniammatillisen yhteistyön haasteena kuitenkin on, että toimijoilla voi olla hyvinkin erilaiset tavoitteet saman asiakkaan suhteen.¹⁶⁵ Ongelman ratkaisu edellyttää välityömarkkinoiden yhä määrätietoisempaa kehittämistä, jossa lähdetään niin yksilön jäljellä olevista voimavaroista, niiden kehittämisestä kuin myös paikallisilla työmarkkinoilla olevista mahdollisuuksista ja niiden kumppanuuteen perustuvasta hyödyntämisestä¹⁷⁴.

Työttömien työterveysluonteinen palvelu tulee saada myös pysyväksi osaksi kunnallista terveystalvijoita (terveydenhuoltolaki). Tämä tarkoittaa, että palvelulla

tulee olla sekä lainsäädännöllinen että rahoituksellinen tuki. Terveyspalvelun tulee sisältää perusmallissaan asiakkaalle vapaaehtoinen terveystarkastus terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi, arvioimiseksi ja seuraamiseksi. Asiakkaan tulee saada tarvittavaa neuvontaa ja ohjausta työ- ja toimintakykyä edistävään toimintaan, kuntoutukseen, hoitoon ja eläkeselvittelyyn. Työelämässä olevien ja työterveyshuollon työkyvynarviointiin liittyvät menetelmät eivät ole kuitenkaan sellaisenaan siirrettävissä työttömien työkykyisyyden arviointiin.^{165, 168} Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntijaverkostossa TOIMIA:ssa on valmistumassa myös työttömien toimintakyvyn arviointiin liittyvä suositus.¹⁶⁸

Työttömien työterveysluonteisen palvelun toteutuminen osana kunnan perusterveydenhuoltoa edellyttää myös teemaan liittyvän osaamisen kehittämistä. Terveystarkastajille ja lääkäreille tulee tarjota lisätietoa ja -koulutusta muun muassa kuntoutuksesta, työttömyydestä ja työllistymiseen liittyvästä palvelujärjestelmästä sekä työterveyshuollollisesta viitekehystä ja työkyvyn arvioinnista. Lisäksi työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen tarvetta ja käyttöä tulisi voida seurata ja arvioida kuntatasolla. Tämä edellyttää käyntien tilastoimista terveydenhuollon tietojärjestelmissä. Valtakunnan tasolla seuranta edellyttäisi työttömien ja työttömyyden huomioimista aiempaa paremmin myös väestökyselyissä. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja valikoimaa, erityisesti matalan kynnyksen palveluita tulisi edelleen kehittää.¹⁶⁸ Terveystarkastusten asiakasmaksut kohdentuvat haitallisimmin heikoimmassa asemassa oleviin ja voivat rajoittaa tarvittavaan hoitoon hakeutumista. Terveystarkastusten maksuttomuuden ja muiden asiakasmaksujen kohtuullisuuden varmistaminen on ensiarvoisen tärkeää.¹⁶⁸

Edelleen erityishuomion kohteeksi tulee ottaa nuorisotyöttömyyden- ja nuorten työkyvyttömyyden ehkäisy. Toimiin on tartuttava ennen kuin varsinaisia ongelmia pääsee syntymään. Tähän vaaditaan laaja-alaisen, terveyserojen kehittymistä selittävän elämäntilanteen ymmärtämistä kaikilla yksilön ja ympäristön kehityskaaren tasoilla sekä kaikessa poliittisessa päätöksenteossa (ks. johdanto ja luku 3). Toisaalta on myös kiinnitettävä huomio korjaaviin toimenpiteisiin. Mikäli nuori ei esimerkiksi työ- ja toimintakykynsä asettamien rajoitusten vuoksi voi osallistua julkisiin työvoimapalveluihin, työ- ja elinkeinotoimiston tulee huolehtia yhdessä muiden toimijoiden, erityisesti kunnan sosiaali- ja terveystoimen kanssa siitä, että nuorelle tehdään aktiivintisuunnitelma (laki kuntouttavasta työtoiminnasta), joka parantaa hänen mahdollisuuksiaan myöhemmin osallistua työvoimapalveluihin. Tarvittaisiin sellaisia paikallistason palveluita, joilla tuetaan nuorten irtipääsyä pitkittyneestä ulkopuolisuudesta ja siihen mahdollisesti kytkeytyvistä terveydellisistä ja sosiaalisista pulmista. Erityisesti tarvitaan lisää matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja sekä päihde- ja huume-kuntoutuksen paikkoja.

Kuntoutus ja työkyvyn kehittäminen huomioidaan erilaisissa ohjelmissa ja työryhmissä ja niiden edistämiseksi on Suomessa tehty paljon, mutta muun muassa OECD:n selvitys todetaan, että kuntoutusjärjestelmä on edelleen hyvin pirstaloitunut ja vaatii sekä yksinkertaistamista että tehostamista.^{157, 167} Koska kuntoutus on hyvin monimuotoista ja se kohdentuu eri tavoin eri ryhmiin ja erilaisiin kuntou-

tustarpeisiin, niin sen kohdentumisen oikeudenmukaisuutta olisi tarpeen arvioida kussakin kuntoutuksen muodossa erikseen. Sen lisäksi, että tiedot kuntoutuksen kohdentumisesta ovat olleet puutteellisia, on kuntoutuksen vaikuttavuudesta olemassa oleva tutkimustieto puutteellista.¹⁸⁵

Osatyökykyisten työttömien kuntoutukseen pääsyn vaikeus etenkin ammatillisen kuntoutuksen osalta on ollut esillä muun muassa SATA-komitean työskentelyssä¹⁶². Pääsy Kelan ja työ- ja elinkeinohallinnon ammatilliseen kuntoutukseen toteutuu varsin epätasa-arvoisesti varsinkin niiden pitkään työttömänä olleiden kohdalla, joilla on elämäntapavaikeuksia ja psykososiaalista huonovointisuutta (millä ei ole selkeää sairausdiagnoosia). Esimerkiksi Kelan kuntoutukseen vuonna 2008 osallistuneista vain 4 prosenttia oli työttömiä¹⁷⁵. Osatyökykyisten työttömien kuntoutukseen pääsyä tulisi vahvistaa, ja toisaalta myös kehittää sellaisia ammatillisia ja psykososiaalisia kuntoutusmuotoja, jotka palvelevat tämän kohderyhmän tarpeita. Kuntoutusta tulisi olla saatavilla myös niille osatyökykyisille työttömille, joilla ei ole näköpiirissä avoimille työmarkkinoille työllistymistä.¹⁶⁸

Kelan kuntoutuspsykoterapiaa koskevan uudistuksen voidaan toteutuessaan arvioida parantavan tasa-arvoa kuntouttavan psykoterapian saatavuudessa. Tosin erityisesti aikuisille kuntoutujalle jäisi lakiesityksen mukaan kuitenkin suurehko omavastuuosuus, minkä voidaan arvioida vaikeuttavan kuntoutukseen hakeutumista erityisesti pienituloisilla henkilöillä. Lisäksi palvelujen saatavuuden paraneminen riippuu siitä, onko kuntouttavaa psykoterapiaa tarjolla riittävästi tarpeeseen nähden maan eri alueilla.¹⁸⁵

SATA-komitean ehdotukset kuntoutuksen edistämiseksi pitävät sisällään hyviä asioita ja toteutuessaan ne voivat parantaa asiakkaan kuntoutusprosessia ja kuntoutusjärjestelmän tehokkuutta. Yhteistyön kehittäminen ja työnjaon selkeyttäminen kuntoutusjärjestelmien välillä ei onnistu kuitenkaan pelkillä suosituksilla, vaan tulisi perustaa asiakaskohtainen ja koko kuntoutuskentän kattava tietojärjestelmä, joka helpottaisi prosessin ja siirtymien seurannassa sekä mahdollistaisi kuntoutuksen tuloksellisuuden tai vaikuttavuuden seurannan. Kuntoutujalla pitäisi olla kuntoutuksen kaikissa prosesseissa selkeästi nimetty yhteyshenkilö, jolla on päävastuu kuntoutuksesta ja jolta asiakas voi kysyä tilanteestaan.¹⁷⁶

Työllisten terveyserojen kaventaminen

- Toimenpiteitä kohdennetaan niille työpaikoille ja aloille, joissa työhyvinvoinnin puutteet ilmenevät selkeimmin. Varsinkin rakennusalalla, teollisuuden toimialoilla, majoitus- ja ravitsemusalalla sekä maa- ja metsätalouden toimialoilla on vähennettävä työympäristön fysikaalisille, kemiallisille ja biologisille haittatekijöille altistumista, työtapaturmia sekä työn fyysistä kuormittavuutta.
- Luodaan mahdollisuus terveelliseen ja kiireettömään ruokailuun, riittäviin lepotaukoihin (esim. auto- ja kuljetusala) sekä tukemalla ja järjestämällä liikunta- ja harrastusmahdollisuuksia
- Kuntoutustarpeen tunnistamista ja kuntoutukseen pääsyn varmistamista tulee edelleen parantaa selkeyttämällä vastuutahoja.

Työttömien hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

- Muutosturvan toteutumisen turvaaminen ja välineiden kehittäminen sekä työ- ja elinkeinotoimistojen resurssien turvaaminen.
- Välityömarkkinoiden määrätietoinen kehittäminen, mm. kolmannen sektorin toimijoiden toiminnan tuki turvattava. Lisättävä matalan kynnyksen/tuottavuuden/osaamisen työpaikkoja, jotka perustuvat palkkatyösuhteeseen.
- Työhallinnon, sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen sekä työnantajien ja järjestöjen koordinoituna yhteistyötä vahvistetaan.
- Työttömien terveyspalvelujen järjestäminen tulee varmistaa ja taata niiden kattavuus. Tarvitaan lainsäädännön kehittämistä ja nykyistä valtionosuus-järjestelmää kohdennetun rahoituksellisen tuen lisäämistä.

5 Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän yhdenvertaisuus

Terveyspalveluiden vaikutuksen väestön terveyteen ja kuolleisuuteen on arvioitu kasvaneen tehokkaiden hoitomuotojen kehittymisen myötä 1900-luvun loppupuolelta lähtien¹⁷⁷. Terveydenhuollon teknologian ja hoitomuotojen kehittyminen vaikuttaa myös jatkossa samaan suuntaan. Terveyspalvelujen käytössä, laadussa ja hoidon lopputuloksissa on kuitenkin tutkimuksissa havaittu systemaattisia väestöryhmittäisiä eroja, joiden voidaan arvioida osaltaan ylläpitävän ja lisäävän väestöryhmien välisiä terveyseroja^{178, 140}. Eroja on todettu eri osissa hoitoketjua avohoidon ennalta ehkäisevistä palveluista^{179, 180} erikoissairaanhoidon kirurgisiin palveluihin¹⁸¹. Terveyskeskuspalvelujen käyttö ja erikoissairaanhoidon hoitojaksot ovat kuitenkin jakautuneet samalla tavalla kuin sairastavuus eli pienituloiset käyttävät palveluja muita enemmän^{179, 181}.

Erojen on arvioitu johtuvan osin terveydenhuollon rakenteesta: avopalvelujen tuottaminen kolmen erillisen kanavan kautta aiheuttaa eroja hoidosta potilaalle aiheutuneissa kustannuksissa ja hoidon saatavuudessa. Avopalveluiden saatavuus- ja hintaerojen on arvioitu heijastuvan myös sairaalapalvelujen saatavuuteen ja laatuun lähetekäytäntöjen kautta. Sosiaalipalveluiden käyttö ja siinä tapahtuvat muutokset vaikuttavat voimakkaasti väestön hyvinvointiin ja myös terveyteen. Osa sosiaalipalveluista on suunnattu haavoittuville ryhmille ja ne ovat jo lähtökohtaisesti positii-visesti diskriminoivia. Sosiaalipalveluihin liittyviä rakenteellisia tekijöitä, joilla on merkitystä palveluiden käytön näkökulmasta, ovat palvelutarpeen arviointiin pääsy, palveluiden saatavuus ja käytön yhteydessä perittävät asiakasmaksut.¹⁸²

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä Suomessa pyritään hallitsemaan suhteellisen väljällä lainsäädännöllä ja toimijoita on paljon yksittäisistä pienistä kunnista laajoihin kuntayhtymiin ja yksityisiin palveluntuottajiin. Mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivat tällä hetkellä usein toisistaan erillään, vaikka mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on yleistynyt. Mielenterveyspalvelut sijoittuvat suurelta osin terveydenhuollon vastuulle ja päihdepalvelut sosiaalihuollon vastuulle. Eri toimijoiden välille on muodostunut rajapintoja, joiden ylittäminen on mielenterveyspalveluissa merkinnyt lähetekäytäntöjä ja päihdepalveluissa maksusitoumuskäytäntöjä sekä jonoja tai palvelujärjestelmien väliin putoamista palveluista tai järjestelmästä toiseen siirryttäessä.¹⁸³

Terveyserojen kaventamisohjelmassa on kahdeksan toimintalinjausta, jotka koskevat sosiaali- ja terveyspalveluja. Niiden mukaan tarkoituksena on ollut kehittää sosiaalityötä ja perusterveydenhuoltoa sekä niiden yhteistyötä, kehittää työikäisten oikea-aikaista ja tarpeenmukaista kuntoutusta, turvata pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyshuollon ulkopuolella olevien työikäisten terveyspalvelut, vahvistaa mielenterveystyötä, turvata ikäihmisten tasa-arvoiset palvelut, arvioida kolmi-kanavainen rahoitusjärjestelmä sekä kehittää ja kohdentaa sosiaali- ja terveyspalveluja väestöryhmittäisen terveysseurannan tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen

perusteella. Tässä luvussa kartoitamme lähinnä toimia, jotka liittyvät palvelujen tarpeenmukaiseen jakautumiseen ja peruspalvelujen kehittämiseen ja arvioimme niiden vaikutuksia terveydenhuollon oikeudenmukaiselle kohdentumiselle. Muilta osin palvelujärjestelmää koskevien linjausten arviot on sijoitettu kutakin aihetta käsittelevään lukuun.

5.1 Palvelujen tarpeenmukainen käyttö

Hallituskaudella on tehty kaksi terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaan liittymätöntä uudistusta, joilla voidaan arvioida olevan vaikutuksia palvelujen oikeudenmukaiselle saatavuudelle ja niiden vaikutuksia onkin tarpeen seurata tulevaisuudessa. Lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista muutettiin kesäkuussa 2008¹⁸⁴, mikä mahdollisti palvelumaksujen korotuksen. Oikeudenmukaisuusnäkökulmasta erilaiset asiakasmaksut eri sektoreilla ovat yksi keskeisistä eriarvoisuutta tuottavista tekijöistä. Terveyskeskusmaksut vaikeuttanevat hoitoon hakeutumista lähinnä kaikista heikoimmassa asemassa olevilla. Terveyskeskus on ainoa kaikille avoin palvelukanava, työssä käyvistä suurella osalla työterveyshuolto kattaa lakisääteisten ehkäisevien palvelujen lisäksi myös sairaanhoidon korvauksetta ja yksityisissä palveluissa potilaan omavastuuosuus on sairausvakuutuksen korvauksesta huolimatta suuri.¹⁸⁵ Terveydenhuollon asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien itäsenäistä vaikutusta palvelujen käyttöön tunnetaan huonosti, mutta joidenkin huono-osaisten ryhmien kohdalla maksut näyttävät vievän huomattavan osuuden kotitalouden käytettävissä olevista tuloista¹⁸⁶ ja on joitakin viitteitä siitä, että ne voivat estää palvelujen tarpeenmukaista käyttöä³⁰.

Palveluseteliuudistuksessa¹⁸⁷ päätettiin palvelusetelien soveltamista laajasti sosiaali- ja terveyspalveluissa lukuun ottamatta viranomaistehtäviin liittyviä palveluita tai kiireellistä hoitoa. Palvelusetelin käyttöalan laajennuksesta ei ole juuri kokemuksia vielä Suomessa. Muissa maissa palvelusetelin kaltaisilla järjestelmillä hankitut palvelut on yleensä rajoitettu esimerkiksi hoivapalveluihin, joissa asiakkaalla tai hänen edustajallaan on edellytykset toimia kompetenttina kuluttajana. Järjestelmiin liittyy myös muita rajoituksia tai palvelujen seurantaan liittyviä piirteitä, kuten palveluntuottajien kilpailuttaminen ja palvelujen hinnoista ja laatukriteereistä sopiminen sekä palvelujen jatkuva seuranta julkisen vallan tai palvelujen maksajan toimesta. Seuranta ja palvelujen tuottajien vertailua tuetaan eri tavoin kansallisilla järjestelmillä. Tällaiset ratkaisut heijastavat sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen kansainvälistä linjaa, jonka mukaan sekä yksityisiltä että julkisilta palveluntuottajilta vaaditaan palveluissa läpinäkyvyyttä ja vastuullisuutta.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on tällä hetkellä hajanainen ja palvelujen tuotanto ja hallinto alueittain eriytynyt¹⁸⁸. Eriytyminen on seurausta monikanavaisesta rahoituksesta ja puutteellisesti koordinoitusta palvelujen tuotannosta eri sektoreilla, päätöksenteon desentralisaatiosta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintomallien kehittämisestä eri suuntiin viime vuosina eri alueilla.

Jos palveluseteli otetaan laajasti käyttöön, se lisäisi paikallisten palvelujärjestelmien eriytymistä ja heikentäisi niiden tehokkuutta ja ohjattavuutta.¹⁹

Palvelusetelien avulla hankitut palvelut on pääosin vapautettu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen rajoituksista. Jos setelit otetaan laajasti käyttöön, se voi vaarantaa yhdenvertaisuuden toteutumisen. Yksityisten palvelujen tarjonta vaihtelee eri osissa maata, mikä vaikuttaa palvelusetelien käyttöönottoon ja käytettävyyteen kuntien taloustilanteen ohella. Omavastuuosuudet palveluseteleillä hankituissa palveluissa tulevat olemaan julkisesti tuotettuja palveluita korkeampia. Tämä rajoittaa huonossa taloudellisessa asemassa olevien mahdollisuuksia käyttää palveluseteleitä ja saattaa tehdä terveydenhuollossa palveluseteleillä hankituista palveluista keinon jonon ohittamiseen.¹⁹ Kunnilla on kuitenkin mahdollisuus luoda tulosidonnaisia palveluseteleitä, jolloin huonossa taloudellisessa asemassa olevien asemaa voidaan jossakin määrin kompensoida. Kunnilla on vastuu palvelujentuottajien valinnasta ja valintaan liittyvien kriteerien määrittelystä, toiminnan seuraamisesta ja valvonnasta, palvelusetelien arvon määrittelystä, tulossidonnaisten palvelusetelien määrittelystä sekä asiakas-/potilastietojen tallentamisesta. Monilla kunnilla ei välttämättä ole riittäviä voimavaroja ja asiantuntemusta näiden tehtävien hoitoon.

Uudistuksen taloudellisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten voidaan arvioida olevan paljolti myönteisiä hoivapalveluissa, jossa palvelusetelit ovat jo tällä hetkellä käytössä. Sen sijaan palvelusetelijärjestelmän laajentamisella myös muihin palveluihin voi olla negatiivisia vaikutuksia palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta. Oleellista on, missä laajuudessa ja missä palveluissa järjestelmää tullaan sovelta-
maan.

5.2 Perusterveydenhuollon kehittäminen

Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja sen palvelujen saatavuuden parantaminen on tällä hetkellä keskeinen terveystaloudellinen tavoite. Keskeisiä osa-alueita ovat hoitoon pääsy, terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen vahvistaminen, perusterveydenhuollon rajapintojen selkeyttäminen erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimeen, valinnanvapauden tukeminen, terveydenhuoltohenkilöstön saatavuus ja työnjako, ohjauksen ja rakenteiden kehittäminen sekä seuranta ja valvonta.¹⁹

Perusterveydenhuollon organisaatiomallia määrittelevällä PARAS-puitelilla tähdätään laajempaan väestöpohjaan palvelujen järjestämisessä. Aiempaa suurempien yksiköiden odotetaan parantavan perusterveydenhuollon palvelukykyä. Tavoitteena on myös vahvistaa kaupunkiseutujen toimintaedellytyksiä toiminnallisina alueina sosiaali- ja terveyspalveluissa. PARAS-hanke on painottunut lähinnä kuntarakenteen uudistamiseen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen on jäänyt osin vaillinaiseksi. Keväällä 2009 tehdyn kuntakyselyn¹⁸⁹ mukaan sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen etenee kyllä tulevaisuudessa. Hallinnon yhdistäminen ei kuitenkaan takaa, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut

yhtenä itselleen sopivana kokonaisuutena. Erityisesti sosiaalipalvelut ovat hajaantuneet useammalle eri taholle ja tasolle. Asiakkaalle jää usein epäselväksi millaisia palveluja on saatavilla, mistä palveluja saa ja mikä taho niistä vastaa. Samalla yhteistoiminta-alueella eri kuntien asukkaat voivat olla keskenään eriarvoisessa asemassa kuntien erilaisten palvelusopimusten takia. Siten tavoite kansalaisten yhdenvertaisuudesta sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen saamisessa ei toistaiseksi ole toteutunut. (Emt.)

Linjausta perusterveydenhuollon kehittämistä konkretisoimaan sosiaali- ja terveysministeriö on julkistanut Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman (2009). Valmisteilla olevassa toimeenpanosuunnitelmassa yksilöidään tarkemmin toimenpideohjelman tavoitteet. Tarkoituksena on tuottaa väestölle terveyttä edistäviä, ennaltaehkäiseviä ja hoitavia palveluita, selkeyttää perusterveydenhuollon rajapintoja erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimeen sekä tukea kansalaisten osallistumista ja vastuunottoa. Ehkäisevää terveydenhuoltoa ja varhaista tukea pyritään parantamaan erityisesti nuorilla sekä työttömillä työikäisillä tarttumalla sairauksien riskitekijöihin ottamalla käyttöön pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeiden hyviä käytäntöjä. Tarkoituksena on myös ottaa käyttöön pitkäaikaissairauksien Suomen oloihin kehitetty terveyshyötymalli (Chronic Care Model) Kaste-hankkeiden puitteissa kokeilukunnissa. Ikääntyneille on tarkoitus ottaa käyttöön palvelujen neuvontamalli sekä kehittää mielenterveys- ja päihdetyöhön matalan kynnyksen malleja ja kehittää johtamista ja tietojärjestelmiä. Toimeenpano on kuitenkin vielä käynnistämävaiheessa, joten sen toteutumisedellytyksiä on tässä vaiheessa vaikea arvioida. Sinänsä toimenpiteet näyttävät toteutuessaan vahvistavan terveyskeskusten toimintaa ja lisäävän palvelujen tasa-arvoa väestössä. Osa toimenpidesuunnitelmassa esitetyistä ehdotuksista viittaa aiemmin paikallisesti toteutettuihin kehittämistoimenpiteisiin, joista on hyviä kokemuksia. Siitä, miten hyvin ne leviävät ei voida vielä esittää arvioita. Suunnitelman toteutumisen arviointiin olisi tärkeää kiinnittää erityistä huomiota nyt, kun sitä aletaan toteuttaa kunnissa.¹⁸⁵

Keväällä 2010 käynnistyi Kaste-ohjelman osana neljä perusterveydenhuollon kehittämiseen tähtäävää kehittämishanketta: Hyvä vastaanotto Etelä-Suomessa, Kytke-hanke Pohjois-Suomessa, Rampe-hanke Itä- ja Keski-Suomessa sekä Potku-hanke Väli-Suomessa. Hyvä vastaanotto -hanke pyrkii parantamaan palvelujen saatavuutta terveyskeskuksissa ja parantamaan kansalaisten omahoitokykyä tuomalla Suomeen Ruotsissa kehitetyn Hyvä vastaanotto (Bra mottagning) -työskentelytavan, joka puolestaan pohjautuu Yhdysvalloissa ja Englannissa tehtyyn kehittämistyöhön. Hankkeeseen osallistuu n. 40 terveyskeskusta, jotka keskittyvät alkuvaiheessa palvelujen saatavuuden parantamiseen. Hanke on vasta alussa, joten sen tuloksia ei ole mahdollista arvioida vielä. Kuitenkin jo ensimmäisen vuoden aikana palvelujen saatavuus näyttäisi parantuneen muutamilla hankkeeseen osallistuvilla terveysasemilla.⁸²

Kytke-, Rampe- ja Potku-hankkeiden tavoitteina on niin ikään kohdentaa perusterveydenhuollon resursseja aikaisempaa paremmin kehittämällä terveyskeskusten toimintamalleja ja henkilöstön osaamista sekä lisäämällä potilaiden osallisuutta hoitoprosessissa. Näistä erityisesti Potku-hanke keskittyy terveyshyötymallin jal-

kauttamiseen alueen terveyskeskuksiin. Hankkeet ovat vasta työskentelynsä alussa, joten alustavia arvioitakaan tuloksista ei ole käytettävissä. Toteutuessaan hankkeiden tavoitteet kaventavat terveyseroja parantamalla terveyskeskuspalvelujen saavuutta ja potilaiden osallistumista hoitoonsa. Perusterveydenhuollon hankkeet eivät kohdenna toimenpiteitään mihinkään sosioekonomisiin ryhmiin erityisesti, mutta hankkeiden voidaan olettaa edistävän nimenomaan heikompiosaisten terveyttä, koska nämä käyttävät perusterveydenhuollon palveluita muita sosioekonomisia ryhmiä enemmän.⁸²

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009) esitetään useita linjauksia, jotka toteutuessaan parantanevat oikeudenmukaisuutta näiden ryhmien palveluihin pääsyssä. Linjaukset liittyvät asiakkaan aseman vahvistamiseen, mielenterveyden ja päihitteettömyyden edistämiseen sekä päihde- ja mielenterveysongelmien ja haittojen ehkäisyyn ja hoitoon sekä palvelujen järjestämiseen avopalveluita painottaen. Uusia keskeisiä linjauksia ovat matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen.

THL on laatinut päihdesuunnitelmaan toimeenpanosuunnitelman 2009–2015¹⁹⁰, jossa näitä tavoitteita lähestytään useiden tarkempien linjausten ja THL:ssä käynnissä tai suunnitteilla olevien tutkimus- ja kehittämishankkeiden sekä tavoitteiden toteutumisen seurannan kautta. Suunnitelmalla on yhteyksiä mm. Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman toimeenpanosuunnitelmaan, pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen sekä ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden terveydenhuollon kehittämiseen. Myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymismahdollisuuksia parantavia siirtymätyöpaikkoja, sosiaalisia yrityksiä ja välityömarkkinoita koskevia hankkeita on käynnissä. Sosiaali- ja terveysministeriön asettamana toimii myös masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä MASTO-hanke 2008–2011. Palvelujärjestelmän osalta sillä on yhteyksiä ainakin pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeeseen, ja opiskelijoiden terveydenhuollon kehittämiseen sekä päihdehoitojen kehittämiseen. Linjausten vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön oikeudenmukaisuuden kehitykseen ei voida vielä arvioida.

Myös Kaste-ohjelman osana on käynnistynyt mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi neljä mittavaa hankekokonaisuutta Pohjois-Suomessa, Väli-Suomessa, Länsi-Suomessa ja Etelä-Suomessa. Viides hankekokonaisuus on valmisteilla Itä- ja Keski-Suomessa. Hankkeiden päätavoitteisiin ei kuulu terveyserojen kaventaminen, mutta ennaltaehkäisevän työn sekä peruspalvelujen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja osaamisen kehittämisen kautta ne voivat parantaa mielenterveyden ja päihdeiden käytön osalta heikommassa asemassa olevien terveyttä. Esimerkiksi Etelä-Suomen Mielen avain -hankkeeseen sisältyy palvelulupaus turvata avunsaaminen mielenterveys- tai päihdeongelmaan yhden oven takaa kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta tai avun tarpeen havaitsemisesta. Hanke sisältää useita erilaisia toimintatapoja, jotka pyrkivät madaltamaan kynnystä mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsyyn. Näitä ovat mm. Vantaalle Tikkurilan kirjastoon avattava täysin

kynnyksetön Miepä-palvelupiste sekä Helsingin kaikille terveysasemille pilotoitu päihdetyöntekijämalli. Kaste-ohjelman mielenterveys- ja päihdetyön hankkeista ei ole vielä saatavilla arviointitietoa, sillä ne päättyivät vasta vuosina 2011 ja 2012.⁸²

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee parhaillaan uutta sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä, jossa määritellään kuntia koskeva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vuodesta 2013 eteenpäin. Valmisteltavassa lainsäädännössä on tavoitteena, että sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido muodostavat entistä selkeämmin yhtenäisen kokonaisuuden. Osana lainsäädäntöuudistusta hallitus on antanut eduskunnalle ehdotuksen uudesta terveydenhuoltolaista (HE 90/2010). Lakiesityksen tavoitteena on muun muassa vahvistaa terveyskeskusten yhteistyötä sekä monipuolistaa palveluvalikoimaa niin, että terveyskeskuksista voisi saada myös erikoissairaanhoidon palveluja. Terveydenhuoltolain lähtökohtana on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen sekä hoidon yhdenvertaisen saatavuuden lisääminen. Lakiesityksessä terveydenhuollon toiminnan tavoitteeksi asetetaan eksplisiittisesti myös terveyserojen kaventaminen. Lakiesitys ei puutu palvelujen järjestämisen rakenteellisiin ratkaisuihin vaan tästä on tarkoitus säätää omassa laissaan.

Lakiesityksen vaikutuksia terveyspalvelujen jakautumiseen ei vielä voida arvioida, mutta jos perusterveydenhoito vahvistuu, sen palvelujen saatavuus paranee ja erikoislääkäritasoisten avopalvelujen saatavuus paranee julkisella puolella, sen voi arvioida kaventavan palvelujen käyttöeroja.¹⁹

Tärkeä terveydenhuollon rakenteellinen ongelma liittyy kolmikanavaisen rahoitusjärjestelmään ja siitä seuraaviin palvelujen saatavuuden ja käyttäjämaksujen eroihin. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän arviointi on tarkoitus toteuttaa osana Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelmaan kirjattua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanketta. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa todetaan myös sama maksujärjestelmän kattavan arvioinnin tarve kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta rahoittajasta ja tuottajasta riippumatta. Tämä ei kuitenkaan johtanut toimenpidelinjaukseen ohjelmassa. Terveydenhuoltolain uudistuksesta käydyssä keskustelussa on tuotu esiin useita mahdollisia malleja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi. Mikään näistä ehdotuksista ei kuitenkaan perustu tutkimustietoon eri mallien vaikutuksista palvelujen saatavuuteen, tehokkuuteen, ohjattavuuteen, vaikuttavuuteen tai kustannustehokkuuteen.¹⁸²

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteutti sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vahvuuksista, heikkouksista ja kehittämistarpeista. Raportin mukaan monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on sosiaali- ja terveydenhuollolle ja palvelujen käyttäjille monia kiistattomia hyötyjä, mutta rahoitusjärjestelmän luomat haitat ovat selvästi hyötyjä suuremmat. Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta on tärkeä huomata, että asiantuntijat toteavat monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ylläpitävän alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta.¹⁸⁸

Selvitystyön tuloksena ehdotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi kahdentasoisia ehdotuksia: koko rahoitusjärjestelmää koske-

via uudistuksia ja eri rahoituskanavien raja-pintaa koskevia uudistuksia. Koko rahoitusjärjestelmää koskeva ehdotus on, että kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus koottaisiin yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjälle, joka vastaisi palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaalle. Tällöin yksikanavainen rahoitus toisi sosiaali- ja terveydenhuoltoon ohjattavuutta kun sama taho vastaisi sekä palvelujen rahoituksesta että järjestämisestä. Samalla raha seuraisi asiakkaan mukana palvelujen järjestäjältä ja rahoittajalta palvelujen tuottajalle. Sen jälkeen kun rahoitus- ja järjestämisvastuun peruslinjauksista on päätetty, voisi järjestelmän uudistamisessa edetä erilaisten alueellisten kokeilujen kautta. Nämä tukisivat myös järjestelmän peruslinjauksia. Kolmikanavaisen rahoitusjärjestelmän uudistamistarpeesta näyttää siis vallitsevan aiempaa suurempi yksimielisyys. Myös kansainvälisissä arvioissa¹⁹¹ on esitetty rahoituskanavien yhdistämistä yhdeksi kunnalliseksi tai muuksi julkiseksi malliksi. Tämä mahdollistaisi terveyspalvelujen kehittämisen yhtenä kokonaisuutena, jolloin palvelujen tarpeenmukaista toteutumista voitaisiin paremmin seurata ja kehittää.

5.3 Johtopäätökset ja ehdotukset

Väestörakenteen muutokset ja yhteiskunnalliset muutokset tulevat 2010-luvulla asettamaan uusia haasteita palvelujärjestelmälle ja palvelujen alueelliset erot kasvukeskusten ja syrjäseutujen välillä tullevat kasvamaan. Palvelujärjestelmän tulevaisuuden näkymiin vaikuttavia tekijöitä ovat kansantalouden kehitys ja siihen liittyen julkisten palvelujen rahoitusvajeen kehitys sekä ideologiset valinnat hyvinvointivaltion kehittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käynnistyneen rakennemuutoksen lopputulos vaikuttaa keskeisesti väestön hyvinvointiin sekä terveyteen ja näiden väestöryhmittäiseen jakautumaan. Suuria muutoksia palvelujen järjestämistavoissa voi tapahtua lyhyelläkin aikavälillä sekä rahoitusratkaisujen että palvelujen tuottamistapojen suhteen. Oletettavaa on, että palvelurakenteen nykyiset muutostrendit tulevat jatkumaan ja julkisia palveluja tuotetaan yhä suuremmissa yksiköissä ja yksityisten palveluntuottajien osuus kasvaa. Palvelujen tuottamistavalla ei välttämättä ole suurta vaikutusta palvelujen kohdentumiseen, mikäli palvelujen yhdenvertainen saatavuus turvataan eikä asiakkaan rahoitusvastuuta kasvateta kattamalla rahoitusvajeita asiakasmaksuin ja palvelusetelijärjestelmällä. Palvelukentän pirstoutumisen voidaan arvioida vaikeuttavan moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen integraatiota ja siten heikentämään heidän palvelujaan. Yksityisten tuottajien lisääntyminen heikentäne myös ehkäisevää työtä, koska palvelutuotannossa keskitytään vain varsinaisten palvelujen tuottamiseen.¹⁹

THL:n tekemässä monikanavaista rahoitusjärjestelmää koskevässä selvityksessä¹⁸⁸ todetaan, että kunnat toivovat valtiovallalta rohkeita strategisia linjauksia palvelujärjestelmän kehittämiseksi, selkeitä lainsäädännöllisiä ratkaisuja palvelujen järjestämiseksi yhdenmukaisin periaattein koko maassa, sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä yhtenä alueellisena kokonaisuutena sekä nykyistä selvästi tiukem-

paa kuntien ohjausta. Toivon mukaan THL:n raportti onnistuu nostamaan keskusteluun keskeiset kysymykset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kokonaisuudesta sekä tukee ennakkoluulotonta ja rakentavaa keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamisen suuntaviivoista ja luo pohjaa tulevaisuuden lainsäädännöllisille ratkaisuille. Tämä voisi olla edistysaskel kohti tasa-arvoisempia alueellisia terveyspalveluita.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tavoitteiden toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon osalta on alku vuodesta 2011 vielä avoin kysymys, sillä suuri osa uudistuksista on kesken tai vasta käynnistymässä. Joiltakin osin, kuten työttömien terveyspalvelujen ja opiskelijaterveydenhuollon järjestämisen osalta myönteistä kehitystä on havaittavissa. Perusterveydenhuollon vahvistamisessa, ikäihmisten palveluissa ja mielenterveyspalveluissa linjaukset vaikuttavat oikeasuuntaisilta palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen näkökulmasta, mutta niiden vaikutuksia ei voida vielä arvioida. Jotkin tehdyistä uudistuksista, kuten palvelusetelin käyttöalan laajennus (jos se toteutuu laajamittaisesti) ja asiakasmaksujen korotus voivat heikentää palvelujen tarpeenmukaista käyttöä. Tietopohjan vahvistamisen osalta tavoitteissa ei ole tätä kirjoitettaessa juuri edistytty, järjestelmän kokonaisarvio on vasta tekeillä, eikä pysyvää seurantajärjestelmää ole sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon palvelujen osalta kehitetty.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun sosioekonomisia eroja ei ole Suomessa seurattu kaikilta osin systemaattisesti, vaan erityisesti erikoissairaanhoidon osalta tiedot perustuvat erillistutkimuksiin. Tutkimustietoja on myös niukasti viime vuosilta, ja tiedot koskevat pääosin 2000-luvun alkua. Kattavaa kuvaa palvelujen käytön eroista on muutoinkin vaikea saada, koska sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on monimuotoista ja se koostuu muun muassa terveyttä edistävää ja sairauksia ehkäisevästä toiminnasta sekä avosairaanhoidosta, sairaalapalveluista, kuntoutuksesta ja erilaisista hoivapalveluista.

- Sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä yhtenä alueellisena kokonaisuutena.
- Ponnistuksia perusterveydenhuollon vahvistamiseksi ja mielenterveyspalvelujen parantamiseksi tulee jatkaa.
- Asiakasmaksut on pidettävä kohtuullisina.
- Palvelukentän pirstoutumista tulee välttää. Palvelusetelin käyttöalan laajennuksen vaikutuksia palvelujen käyttöön ja sen jakautumiseen väestöryhmittäin tulee seurata systemaattisesti.

6 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen maahanmuuttajilla

Suomeen tulleiden maahanmuuttajien määrä on kasvanut tasaisesti 1990-luvulta lähtien. Kaiken kaikkiaan vuonna 2009 Suomessa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia oli 155 700 henkilöä – poislukien turvapaikanhakijat sekä Suomen kansalaisuuden saaneet. Suurimmat yksittäiset Suomessa asuvat maahanmuuttajaryhmät ovat venäläiset (28 210), virolaiset, ruotsalaiset, somalialaiset ja kiinalaiset. Lisäksi arabian, kurdin ja albanian kielisiltä alueilta tulleita maahanmuuttajia on Suomessa muutamia tuhansia.¹⁹² Omina kulttuurisina vähemmistöinä voidaan mainita myös Suomessa asuvat saamelaiset ja Suomen romanit. Heidän terveyttä ja hyvinvointia ei kuitenkaan käsitellä tämän raportin yhteydessä.

Hallituksen maahanmuuttoliittisten linjausten¹⁹³ tarkoituksena on ollut lisätä hallittua maahanmuuttoa, joka tarkoittaa käytännössä työperusteisen maahanmuuton sekä opiskelijoiden ja tutkijoiden maahanmuuton edistämistä. Lisäksi poliittisten linjausten ja lainsäädännön perusajatuksena on, ettei maahanmuuttajille perusteta erillisiä ja pysyviä palveluorganisaatioita, vaan he käyttävät samoja peruspalveluja kuin suomalaisetkin¹⁹⁴. Yhden kattavan ja kaikkien erityistarpeet huomioivan järjestelmän puitteissa toimiminen on kuitenkin haastavaa, sillä Suomessa asuvat tai Suomeen pyrkivät maahanmuuttajat ovat hyvin heterogeeninen – ja siksi haastava tarkastelukohde. Heidän taustansa vaihtelee maahantulon perusteen (turvapaikan hakijat, kiintiöpakolaiset, paluumuuttajat, työperusteinen maahanmuutto, perheen yhdistäminen, opiskelu, muu syy), alaikäisyyden tai aikuisuuden, koulutuksen tason, suomen tai ruotsin kielen osaamisen ja kansalaisuuden mukaan.¹⁹⁵

Systemaattisesti tuotettua tietoa Suomessa asuvien maahanmuuttajaryhmien terveydestä ja hyvinvoinnista on saatavilla hyvin niukalti. Lisäksi maahanmuuttajatutkimus on kohdistunut harvoihin, lähinnä ensimmäisen polven maahanmuuttajiin.¹⁹⁴ Elinoloja koskeneiden selvitysten mukaan maahanmuuttajien hyvinvointitekijät, kuten tulotaso, työllisyys, asuminen ovat yleisesti heikommalla tasolla kuin kantaväestöllä¹⁹⁶. Toisaalta osa maahanmuuttajista arvioi terveydentilansa lähes samalle tasolle kuin kantaväestö keskimäärin¹⁹⁷. Ruotsalaisessa tutkimuksissa on osoitettu, että erityisesti mielenterveyden suhteen terveyserot maahanmuuttajilla ja kantaväestöllä ovat suuret¹⁹⁸.

Maahanmuuttajien terveyttä selittävät mm. kielitaito, maassa asuttu aika, yhteiskuntaan integroituminen, sosioekonominen asema (koulutus, tulot, työllisyys), kantaväestön elintavat ja tottumukset sekä syrjäntäkokemukset. Mielenterveyttä vaarantavia syitä löytyy myös lähtömaan traumaattisista kokemuksista.¹⁹⁴ Lisäksi tiedetään, että julkisen sektorin palveluiden käytössä maahanmuuttajaryhmien välillä sekä kantaväestön ja maahanmuuttajien välillä on eroja¹⁹⁹.

6.1 Terveyteen vaikuttavat tekijät maahanmuuttajilla

6.1.1 Kotouttamiskäytännöt

Maahanmuutto- ja kotouttamispolitiikka muodostaa perustan maahanmuuttajien terveydelle ja hyvinvoinnille – tai niiden puutteelle. Suomalaisella kotouttamispolitiikalla pyritään siihen, että maahanmuuttajien yhteiskuntaan integroitumisen lisäksi, myös koko suomalaisen yhteiskunnan ja sen kantaväestöön kuuluvien tulee mukautua uuteen tilanteeseen, jota määrittää ennemmin monimuotoisuus kuin yhdenmukaisuus.²⁰⁰

Vuonna 1999 voimaan tullut kotouttamislaki (493/1999) (uudistuksista myöhempänä) pyrkii edistämään maahanmuuttajien kotoutumista, tasa-arvoa ja valinnan vapautta toimenpiteillä, jotka tukevat yhteiskunnassa tarvittavien keskeisten tietojen ja taitojen saavuttamista, sekä turvaamaan turvapaikanhakijoiden välttämätön toimeentulo ja huolenpito järjestämällä turvapaikanhakijoiden vastaanotto. Laisa kotoutumisella tarkoitetaan maahanmuuttajan yksilöllistä kehitystä tavoitteena osallistua työelämään ja yhteiskunnan toimintaan samalla omaa kieltään ja kulttuuriaan säilyttäen. *Kotouttamisella* tarkoitetaan puolestaan viranomaisten järjestämiä kotoutumista edistäviä toimenpiteitä ja voimavaroja. Kotouttamislain mukaan kunnilla on yleis- ja yhteensovittamisvastuu maahanmuuttajien kotouttamisen kehittämistä, suunnittelusta ja seurannasta.²⁰¹

Kotouttamiseen ja kotoutumiseen liittyy kuitenkin monia haasteita. Ensinnäkin kotouttamistoimien piiriin ovat toistaiseksi päässeet vain ne maahanmuuttajat, joilla on kotikunta ja jotka voivat rekisteröityä työttömiksi työnhakijoiksi. Kotoutumissuunnitelmien ja -palvelujen ulkopuolelle jää tällä hetkellä huomattava määrä avioliiton, perheen, oman tai puolison työn vuoksi maahan muuttaneita henkilöitä. Tarpeet liittyvät mm. kielenopetukseen sekä tiedotus-, neuvonta- ja ohjauspalveluihin, jotka eivät toimi aina myöskään kotoutumissuunnitelmaan oikeutettujen maahanmuuttajien kohdalla.¹⁹⁴ Toiseksi kotouttamisohjelmat ja -suunnitelmat tehdään aina kuntien paikallisista lähtökohdista käsin ja siksi ne ovat hyvin kirjavia ja momentansoisia. Varsinkin kotoutumissuunnitelmat ovat hajanaisia ja merkitysisällöltään hyvin epämääräisiä²⁰². Kolmanneksi oleskelulupa ja -turvapaikkahakemusprosessin käsittelyajat ovat liian pitkät ja palvelut ruuhkautuvat²⁰³. Myös kuntapaikan saaminen vie runsaasti aikaa²⁰⁴. Neljänneksi osa maahanmuuttajista ei tunne kotouttamislakia tai kotoutumissuunnitelmaa ja osa katsoo, ettei kotoutumissuunnitelma ole juurikaan auttanut heitä esimerkiksi työn saamisessa²⁰⁵. Kotoutumissuunnitelmat ja kotouttamistoimenpiteet eivät ole myöskään riittävän räätälöityjä²⁰⁶.

Vuodelle 2009 asetetuista 2000:sta kuntapaikkatavoitteesta saavutettiin 1450 paikkaa. Vuoden 2010 tavoite on 2200 kuntapaikkaa. Kunnat perustelevat usein mahdollisuuksiaan ottaa vastaan pakolaisia taloudellisten ja henkilöstöresurssien ja valtion laskennallisten korvausten riittämättömyydellä. Asunnoista on pulaa erityisesti pääkaupunkiseudun kunnissa ja ylipäätään suuremmilla paikkakunnilla.

la. Asumisen järjestäminen suurten ja monilapsisten pakolaisperheiden tarpeisiin on haasteellista. Kaikilla kunnilla ei välttämättä ole mahdollisuuksia järjestää pakolaisille näiden tarvitsemia erityispalveluja eikä kaikissa kunnissa ole aina saatavilla erikoistuneita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Näitä palveluita tarvitsisivat mm. traumatisoituneet pakolaiset, luku- ja kirjoitustaidottomat, oppimisvaikeuksia omaavat, vajaakuntoiset ja vammaiset maahanmuuttajat sekä ilman peruskoulun päästötodistusta jäävät nuoret, monilapsisten perheiden kotiäidit ja yksinhuoltajat.²⁰⁴

Onnistunut kotouttaminen on prosessi, joka mahdollistaa terveyden ylläpitämisen sekä syrjäytymiskiirteen ehkäisyn, kun maahanmuuttaja pääsee koulutukseen, oppii kieltä, luo ja ylläpitää ihmissuhdeverkostoja, saa työ- ja asuinpaikan sekä tarvitsemansa terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut. Vastaavasti niiden puuttuminen tuottaa ulkopuolisuuden, kiinnittymättömyyden ja eristäytymisen tunnetta ja vaikeuttaa integroitumista suomalaiseen yhteiskuntaan. Sopeutumista uuteen kotimaahan voi vaikeuttaa em. lisäksi lähtö- ja tulomaiden kulttuurinen etäisyys, joidenkin lähtömaiden naisten alhainen sosiaalinen asema, väkivallan, sodan ja vainon heikentämä mielenterveys sekä heikompi fyysinen terveys.^{207, 208} Suurin osa maahanmuuttajista onkin terveitä ja nuoria maahan tullessaan, mutta asuinajan pidentyessä heidän terveytensä heikkenee merkittävästi kantaväestöä heikompien elinolojen, hoitoon pääsyn ja saadun hoidon laadun ongelmien sekä kumuloituvan syrjinnän vuoksi²⁰⁹.

6.1.2 Kielikoulutus ja opiskelu

Suomessa vakinaisesti asuvilla oppivelvollisuusikäisillä maahanmuuttajilla on oikeus samaan peruskoulutukseen kuin suomalaisillakin²¹¹. Lisäksi yhdenvertaisuuslain (21/2004) 4. pykälä sanoo, että viranomaisten tulee aktiivisesti ja suunnitelmallisesti edistää yhdenvertaisuutta. Kouluympäristöön sovellettuna laki tarkoittaa oppilaan erilaisten tarpeiden huomioimista sekä koulun käytäntöjen ja perheen toimintakulttuurin yhteensovittamista.

Kuntatasoa tarkasteltaessa maahanmuuttajien opetuksen järjestämisessä on kuitenkin paljon eroavaisuuksia, eikä lainsäädännön velvoittavuus toteudu riittävän hyvin käytännössä. Esimerkiksi mahdollisuus saada suomen kielen opetusta on monissa kunnissa puutteellista, kirjavaa ja osin riittämätöntä.²¹¹ Ongelmat koskevat niin kouluja kuin aikuisten työvoimapolitiittista kielikoulutustakin.^{212, 213} Maahanmuuttajalapsien menestys koulussa on usein heikompaa kuin kantaväestön lapsilla. Aina erityisopetuksellista tukea ei tarjota, vaikka oppilas sitä tarvitsisi.²¹⁴ Lisäksi etnisiä vähemmistöjä edustavat ja maahanmuuttajalapsen lapset ovat joidenkin tutkimusten mukaan keskimäärin useammin lastensuojelun piirissä – kuin kantaväestön lapset. Oppimisvaikeudet eivät johdu pelkästään kielitaidon puutteesta, mutta silti kieliopetus on usein ainut ratkaisu, jota ongelmaan tarjotaan.²¹⁵ Kielenoppiminen ja ym-

märtämisvaikeudet nähdään helposti vain tulokkaan ongelmana unohtaen, että yhteisymmärrys ja vuorovaikutuksen dialogisuus on kaikkien osapuolten vastuulla.²¹⁶

Lisääntyvän maahanmuuton myötä koulun oppilashuollossa, kuten myös lastensuojelun parissa, ei ole välttämättä riittävää ymmärrystä monikulttuurisuuteen ja vähemmistöjen elämäntilanteisiin liittyvistä erityiskysymyksistä. Koulutuksen ja kokemuksen puute sekä riittämättömät resurssit ovat omiaan lisäämään opettajien turhautuneisuuden tunnetta ja epävarmuutta maahanmuuttajataustaisten oppilaiden kohtaamisissa. Varsinkin opettajien ja oppilaiden vanhempien/huoltajien välisessä ymmärryksessä on kehittämisen varaa.

6.1.3 Työllistymisen vaikeudet, pienituloisuus ja köyhyys

Maahanmuuttajien asema työmarkkinoilla on paradoksaalisen haastava, sillä ilman ammattipätevyyttä, yhteiskunnan tuntemusta, kielitaitoa sekä valtaväestön sosiaalisten verkostojen hallintaa työn saanti on vaikeaa, mutta toisaalta ilman työtä ei verkostoja eikä kielitaitoa ole helppo hankkia. Maahanmuuttajat pitävätkin työtä erittäin tärkeänä elämänsisältönä, sillä työ mahdollistaa myös näkökulman suomalaisen elämäntapaan, normeihin, arvomaailmaan ja yhteiskuntaan²¹⁷. Työn, turvallisuuden ja suomen/ruotsin kielen taidon sekä kielikurssien on todettu olevan tärkeimmät kotoutumista edistävät tekijät.²⁰⁵

Vaikka Suomessa maahanmuuttajien työttömyys vähenee esimerkiksi asumisaikojen myötä²¹⁸, on työn puuttuminen edelleen suuri ongelma tiettyjen maahanmuuttajaryhmien parissa. Naisilla työttömyys on yleisempää kuin miehillä ja he työllistyvät myös heikommin kuin miehet. Työttömyyttä selittävät maahantulosy, monien maahanmuuttajien vähäinen koulutus ennen maahanmuuttoa, suomen kielen osamattomuus, vähäiset sosiaaliset kontaktit suomalaisiin, työkokemuksen puute sekä erityisesti työmarkkinoiden etnisyyteen perustuva syrjintä rekrytointiprosessissa. Monissa maahanmuuttajaryhmissä osallistumista työmarkkinoille vaikeuttaa lisäksi lasten hoitaminen kotona, erilaiset sukupuolijärjestelmät ja ammatilliset hierarkiat²¹⁹ sekä ylikorostetut kielitaitovaatimukset²²⁰. Sosiaalisilla verkostoilla ja kontakteilla suomalaisiin ja muihin maahanmuuttajiin, sekä muilla epävirallisilla kanavilla on puolestaan todettu olevan suuri merkitys työllistymiseen²²¹.

Työllisten tulot vaihtelevat etnisyyden ja maahantulosyyn mukaan, sillä pakolaismaista tulleiden vuotuiset ansiotulot kulutusyksikköä kohden olivat vuonna 2005 noin 3 500–5 500 euroa pienemmät kuin OECD-maista tulleiden. Tämä selittyy sillä, että suuri osa pakolaistaustaisista työskentelee matalapalkkaisilla palvelualoilla ja heillä on suuret perheet.²¹⁸ Pääkaupunkiseudulla tehdyissä tutkimuksissa maahanmuuttajien keskitulot ovat kaikilla toimialoilla selvästi alhaisemmat kuin koko kantaväestöllä.^{222, 217} Myös koko maan osalta maahanmuuttajataustaisten asuntokuntien keskimääräiset verotettavat tulot olivat vuonna 2000 vähäisemmät kuin kantaväestöllä.²²² Pienituloisuuden liittyessä maahanmuuttajan monilapsiseen perheeseen ja yksinhuoltajuuteen, ovat hyvinvoinnin heikkenemisen riskit moninkertaiset³². Li-

säksi köyhyys, etnisyys ja heikko valtakielen taito ovat yhdessä tekijöitä, jotka voivat syrjäyttää tehokkaasti mutta voi myös marginalisoida, passivoida tai radikalisoita.²⁰⁹

6.1.4 Työolot ja työhyvinvointi

Kuten kantaväestöllä, myös maahanmuuttajilla työn merkitys hyvinvoinnille on kaksijakoinen. Toisaalta työ tukee hyvinvointia ja jaksamista, toisaalta ongelmalliset työn piirteet, kuten heikot työolot, liian suuri työmäärä, jatkuva syrjintä tai liian vaikeat työtehtävät vähentävät hyvinvointia ja aiheuttavat stressiä.¹⁹⁴ Maahanmuuttajat voivat altistua työvoiman hyväksikäytölle, kuten huonoille työolosuhteille ja alipalkkaukselle, erityisesti jos he ovat lähtöisin kehittyvistä maista. Uudenmaan työsuojelupiirissä on havaittu selkeitä puutteita ulkomaalaisen työvoiman palkkauksessa etenkin rakennus- ja ravintola-alalla, kuljetusalalla ja siivousalalla. Ulkomaalaisille työntekijöille ei esimerkiksi aina makseta lisä-, ylityö- ja sunnuntaikorvauksia, ja palkkaus saattaa olla työehtosopimuksen vähimmäistasoa alhaisempi. Ulkomaalaisen työntekijän ammattitaidosta huolimatta hänen palkkansa on usein työehtosopimuksen vähimmäispalkan mukainen.²²³

Työalat ja työasemat ovat jakautuneet paitsi sukupuolen myös etnisyyden mukaan siten, että naisten ja etnisten vähemmistöjen työalat ovat pienipalkkaisia ja vähän arvostettuja ja heidän työasemansa ovat usein miesten ja valtaväestön asemia alempia. Maahanmuuttajat tekevät myös määräaikaistöitä enemmän kuin kantaväestö muodostaen näin joustavasti suhdanteiden mukaan liikkuvan työvoiman. Toisaalta maahanmuuttajien on ollut helpointa työllistyä siivous-, kuljetus- ja hotellij- ja ravintola-alalle.²²⁴ Usein maahanmuuttajat työllistyvät myös heidän omiin yrityksiin.²²⁵ Vaikka venäläistäustaisilla on usein paljon koulutusta maahan tullessaan, eivät hekään työllisty kohtuullisessa ajassa. Kaiken kaikkiaan maahanmuuttajat työskentelevät vain harvoin koulutustaan vastaavissa tehtävissä.¹⁹⁶

Vuonna 2008 Suomessa työtapaturmista kuolleista joka neljäs oli ulkomaalainen ja Uudenmaan työsuojelupiiriin mukaan heille ilmoitetuista työtapaturmista ulkomaalaisten osuus on viime aikoina ollut selvässä nousussa.¹⁹⁴ Maahanmuuttajataustaisten työkyvystä on kaiken kaikkiaan vain niukalti tutkimusta. Maahanmuuttajien työkyky 2008 -raportin mukaan työllisistä maahanmuuttajista 91 prosentilla on hyvä tai erinomainen työkyky ja työttömillä maahanmuuttajilla vastaava osuus on 76 prosenttia. Kaikista palkansaajista hyvä tai erinomainen työkyky on 91 prosentilla ja työttömillä vastaava luku on 61 prosenttia. Raportissa kuitenkin huomautetaan, että maahanmuuttajat tarvitsevat työhön perehdyttämistä huomattavasti kantaväestöä enemmän. Tutkimuksen mukaan työhön perehdyttämistä ei välttämättä ole tarjolla riittävästi, koska työhön perehdyttämisen aiheuttamat kustannukset koetaan monesti liian korkeiksi.²²⁶

6.1.5 Terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut

Työministeriön Stakesilla ja VTT:lla teettämän selvityksen mukaan maahanmuuttajat ja pakolaiset käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita vähemmän kuin kantaväestö, kun käyttöä mitataan käyntikerroilla ja hoitopäivillä. Selvityksen perusteella ei kuitenkaan voida tehdä arvioita maahanmuuttajien palvelutarpeesta, eikä lisä- ja erityiskustannusten kohdentumisesta.²²⁷ Niin ikään Gissler ym. (2006) ovat päätyneet tutkimuksissaan samansuuntaisiin tuloksiin. Heidän mukaan maahanmuuttajat käyttävät kantaväestöä vähemmän terveydenhuollon sekä perusterveydenhuollon palveluita (-8 %) että erikoissairaanhoidon (-27 %). Perusterveydenhuollon kustannukset ovat maahanmuuttajilla 5 prosenttia matalammat kuin kantaväestöllä, kun vastaavasti poliklinikakäyntien kustannukset ovat 20 prosenttia sekä vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian kustannukset lähes 30 prosenttia alhaisemmat.¹⁹⁹ Palvelujen vähäisempi käyttö selittyy osittain ikärakenteella: maahanmuuttajat ovat merkittävästi nuorempia kuin kantaväestö keskimäärin ja siksi ehkä myös terveempiä. Vähäinen palvelujen käyttö voi viitata myös heikkoon terveys- tai terveystietämiseen, kulttuurieroihin terveystietämisen käytössä tai yksinkertaisesti siihen, ettei palvelujärjestelmä vastaa maahanmuuttajien tarpeisiin.

Maahanmuuttajien mielenterveysongelmia ja mielenterveyspalvelujen käyttöä on tutkittu Suomessa hyvin vähän. Kuitenkin tiedetään, että mielenterveyspalvelut toimivat heikosti maahanmuuttajien kohdalla ja, että maahanmuuttajille suunnattujen mielenterveyspalvelujen laadussa on suuria alueellisia eroja²²⁸. Maahanmuuttajien hoitoon hakeutumista estävät usein kulttuurierot, pelko, häpeä, kieliongelmat ja osaamisen riittämättömyys. Mielenterveystyön käytännön arjesta kantautuvat viestit kertovat lisäksi, että maahanmuuttajien hoitamattomat mielenterveysongelmat heijastuvat usein myös suomen kielen opiskeluun, työllistymiseen ja seuraavaan sukupolveen.¹⁹⁴

Maahanmuuttajat kohtaavat ongelmia ja väärinkäsityksiä myös arkisissa asiakaspalvelutilanteissa. Monilta julkisissa sosiaalipalveluissa, työvoima- ja sosiaalitoimistoissa sekä Kelassa työskenteleviltä virkailijoilta puuttuu valmiuksia kohdata maahanmuuttajataustaista tai romanikulttuurin edustajaa. Erilaisuutta ei osata kohdata ja asiakkaan ja virkailijan välille syntyy helposti väärinymmärryksiä. Varsinkin monissa pienissä kunnissa maahanmuuttajien asioita hoitaa yleensä vain yksi virkailija, jolloin ei ole ketään kenelle ohjata asiakas eteenpäin.²²⁹

6.2 Toimenpiteitä maahanmuuttajien terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseksi

Kansallisessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa on kiinnitetty huomiota siihen, että kulttuuriseen erilaisuuteen perustuva syrjäytyminen on kyettävä välttämään sen ilmeisten huonojen terveysvaikutusten takia. Lisäksi Kansallisessa terveys-erojen kaventamisohjelmassa 2008–2011 on yhdeksi tavoitteeksi asetettu sosiaali- ja

terveyspalveluiden tasa-arvoinen ja tarpeenmukainen saatavuus ja käyttö – koskien siis myös maahanmuuttajia.

Kotouttamisen edistämiseksi on tekeillä tai tehty monentasoisia uudistuksia. Hallinnollisilla uudistuksilla pyritään eri ministeriöiden, virastojen ja kuntien välillä tapahtuvaan, tehokkaampaan ja koordinoitumpaan yhteistyöhön. Varsinkin ELY:n roolia alueellisessa kotouttamistyössä, etnisen yhdenvertaisuuden edistämässä, pakolaisten kuntiin sijoittamisessa ja työvoiman maahanmuutossa tullaan selkiyttämään. Samalla toimivalta turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskusten käytännön ohjauksesta ja turvapaikanhakijoiden sijoittamisesta siirtyy Maahanmuuttovirastolle, jonne perustetaan vastaanottotoiminnasta vastaava vastuualue. Valtion ja pääkaupunkiseudun kuntien välisellä Maahanmuuttajien aiesopimuksella 2009–2012 pyritään kehittämään kokonaisjärjestelmää maahanmuuttajien palveluiden ja työllistymisen nopeuttamiseksi ja tehostamiseksi. Hallitusohjelman mukaista kuntapilotit-hanketta toteutetaan 12:sta merkittävässä maahanmuuttokunnassa. Pilotit kohdentuvat erityisesti haavoittuvien ryhmien aseman parantamiseen sekä uusien mallien ja työmenetelmien kehittämiseen.²³⁰

Kotouttamiseen liittyviin haasteisiin on pyritty vastaamaan myös lainsäädäntöä kehittämällä. Hallitus antoi eduskunnalle 15.10.2010 kotouttamislain kokonaisuudistusehdotuksen (HE 185/2010), jolla pyritään edistämään maahanmuuttajien kotoutumista sekä tukemaan maahanmuuttajien osallisuutta yhteiskunnassa. Kotouttamislakiuudistukseen liittyy myös monia muita lakisäädöksiä ja –uudistuksia. Valtioneuvosto esittää mm. uuden lain säätämistä turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (26.11.2010). Lisäksi kansalaisuuslakiin ehdotetaan muutoksia (HE 80/2010), liittyen kansalaisuuteen vaadittavan asumisajan lyhentämiseen ja kansalaisuuden saamisen helpottamiseen. Myös kotouttamiskäytäntöihin liittyviä keskeisiä välineitä, kotouttamisohjelmaa, alkuvaiheen ohjausta, kotoutumissuunnitelmaa ja kotoutumiskoulutusta kehitetään. Sisäasiainministeriössä perustettiin 6.4.2009 hanke määräaikaisen kokeilulain laatimiseksi. Tässä nk. Osallisena Suomessa -hankkeessa²³¹, luodaan maahanmuuttajien kotoutumiskoulutukselle selkeä ja johdonmukainen niin sanotun kolmen polun malli: (1) nopeasti työmarkkinoille suuntaavien polku, (2) erityistä tukea tarvitsevien polku ja (3) lasten ja nuorten polku. Tavoitteena on luoda edellytykset kaikkien maahanmuuttajien kotoutumiskoulutukselle. Hanketta rahoittavat Sisäasiainministeriö, Opetusministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriö sekä Suomen Kulttuurirahasto ja Svenska KEdellä mainituilla lakiuudistuksilla ja –kokeiluilla sekä kehittämistoimilla pyritään vaikuttamaan kunnan strategiaan suunnitteluun, kuntalaisten yhdenvertaisuuden toteutumiseen, kotouttamisen kaksisuuntaisuuteen, kaikkien (soveltamisalan muutos) maahanmuuttajien yksilölliseen ja perhekohtaiseen kotoutumiseen, maahanmuuton alkuvaiheen (mm. Alpo-hanke) tarvekohtaiseen (esim. kielikoulutus) kartoitukseen ja ohjaukseen, haavoittuvien ryhmien kotoutumiseen, kiintiöpakolaisten ja oleskeluluvan saaneiden turvapaikanhakijoiden kuntiin sijoittamiseen sekä kuntapaikkojen odotusaikoihin.^{232, 230} Lakien on tarkoitus tulla voimaan 1. päivänä syyskuuta 2011. Kokeilua koskevilta osin laki tulisi kuitenkin voimaan 1. päivänä tammikuuta 2011.

Suomeen sijoittumista odottavien kiintiöpakolaisten ja oleskeluluvan saaneiden turvapaikanhakijoiden sekä erilaisten hätätaustien ja ilman huoltajaa maahan saapuneiden alaikäisten viiveetöntä kuntaan siirtymistä ja kotoutumisen käynnistymistä ollaan edistämässä *Pakolaisten kuntiin sijoittamisen strategialla*²⁰⁴. Strategiatyöryhmän tehtävänä on kuntaanosoitamisen ja kuntapaikkojen nykytilan arviointi, kuntiin sijoittamisen prosessien ja periaatteiden määrittäminen, hyvien toimintamallien ja käytäntöjen tunnistaminen ja levittäminen sekä kuntiin sijoittamisen strategian ja suositusten laadinta. Niin ikään helmikuussa 2010 alkaneen HAAPA-hankkeen tavoitteena on edistää haavoittuvassa asemassa olevien kiintiöpakolaisten kuntiin sijoittamista ja kehittää pakolaisten tarpeet huomioivaa vastaanottotyötä. Hankkeessa tuetaan kuntien vastaanottotyön kehittämistä, terveydenhuollon, psykososiaalisen tuen kehittämistyön ja/tai toiminnallisin menetelmin toteutettujen koulutusten muodossa.²³³ Lisäksi erilaisia psykososiaalisen tuen kehittämiseen keskittyviä hankkeita on toteutettu mm. Helsingin Diakonissalaitoksella ja Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikalla.^{234, 235}

Eurooppalaista työelämää ja eri maiden kansallisia kotouttamistoimia tuetaan myös EU-rahoitteisesti. Sisäasiainministeriön maahanmuutto-osaston ESR-tukirakenneprojektit, ALPO ja MATTO, kehittävät kotoutumisen alkuvaiheen palveluita sekä työvoiman maahanmuuton resursseja. Tukirakenteet jakavat ja välittävät tietoa, tarjoavat koulutusta ja kannustavat yhteistyöverkoston toimijoita. Tukirakenteet hankkivat palveluita, tutkimuksia ja selvityksiä kokonaisvaltaisen kehittämisen tueksi.²³⁶ Euroopan kotouttamisrahasto tukee Sisäasiainministeriön maahanmuutto-osaston helmikuussa 2009 käynnistämää Kotouttamisen ja etnisten suhteiden seurannan ja indikaattorien kehittäminen – ja Maahanmuuttajabarometri –hankkeita. Hankkeissa kehitetään seurantamallia kotouttamistoimien vaikuttavuuden ja maahanmuuttajien kotoutumisen arvioimiseksi.²³⁷ Euroopan pakolaisrahaston (ERF) tukemana International Organisation for Migration (IOM) toteuttaa hanketta, jolla edistetään pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveyttä sekä suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksia kohdata heitä työssään. Hanke tarjoaa pakolaisille ja turvapaikanhakijoille perustietoa terveyden eri osa-alueista, terveyden omaehtoisesta edistämisestä sekä terveyspalvelujen käytöstä Suomessa. Lisäksi hanke lisää suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksia hoitaa paremmin maahanmuuttajataustaisia potilaita tarjoamalla heille tietoa pakolaisten erityissairauksista sekä konkreettisia ja kulttuurisensitiivisiä välineitä päivittäiseen työhön. Hankkeen kumppaneita ovat lääkäriliitto, kätilöliitto ja Tehy²³⁸.

Opetus- ja kulttuuriministeriön kouluhyvinvointistrategian (2006–2011) yksi keskeinen toimenpide on peruskouluikäisten maahanmuuttajien opetuksen kehittäminen. Vuonna 2007 kunnille myönnettiin ensimmäistä kertaa valtionavustusta esi- ja perusopetukseen kouluyhteisön monikulttuurisuustaitojen kehittämiseen. Sen ansiosta käynnistettiin Monikulttuurisuustaitojen kehittäminen kouluyhteisössä (MOKU) –ohjelma, jonka organisoimisesta vastasi Opetushallitus. Ohjelman pää tavoite on ollut laatia kuntakohtainen monikulttuurisuustaitojen kehittämissuunnitelma. Kehittämissuunnitelmassa tuetaan kansallisissa opetussuunnitelman perusteissa

kuvatun opetuksen arvopohjan (esim. ihmisoikeudet, tasa-arvo, demokratia) toteutumista, erityisesti koulu yhteisöjen monikulttuurisuustaitojen kehittämistä ja niiden vakiinnuttamista.²³⁹

Monikulttuurisuus ja -rasmin vastaiseen työhön on osoitettu resursseja myös hallituksen toimesta. Maahanmuuttajille tarkoitettun perusopetukseen valmistavan koulutuksen tuntimäärää on kasvatettu ja monikulttuurisuustyöhön ja maahanmuuttajien nuorisotoimintaan on opetusministeriöstä osoitettu lisää rahoitusta²⁴⁰. Toisaalta opettajakoulutuksessa ei ole huomioitu riittävästi maahanmuuttajien opetuksen ja ohjauksen kysymyksiä ja monikulttuuristuvassa koulussa tarvittavaa osaamista. Nyt kuitenkin maahanmuuttajataustaisten opettajien koulutuksessa lisätään koulutuspaikkoja ja vahvistetaan kansallisen kielen ja kulttuurin opintoja. Valtion talousarvioesityksessä vuodelle 2011 osoitetaan maahanmuuttajien ja maahanmuuttajataustaisten opetus- ja ohjaustyössä tarvittavaan kelpoisuutta lisäävään koulutukseen ja kielitaidon vahvistamiseen (SPECIMA) yhteensä 2 miljoonaa euroa²⁴¹.

Pohjanmaan maakunnassa toimiva Pohjanmaan perhekaste-hanke on yksi osahanke ”Väli-Suomen lasten, nuorten ja perheiden kehittämishankkeesta” KASTE-kokonaisuudesta ”KASPERISTA”. Pohjanmaan osahanke sisältää neljä kehittämiskokonaisuutta, joista monikulttuurisen perhetyön palvelukokonaisuuden ja sitä tukevien toimintamallien luominen on yksi kokonaisuus. Monikulttuurisen perhetyön palvelukokonaisuudessa kehitetään lasten, nuorten ja perheiden palveluja niin, että ne vastaavat nykyistä paremmin maahanmuuttajien tarpeita sosiaali- ja terveyshuollossa. Sen lisäksi vahvistetaan työntekijöiden perus- ja erityisosaamista asiakastyössä ja kerrytetään monikulttuurisuutta koskevaa tietoa. Tavoitteena on maahanmuuttajien osallisuuden lisääminen ja kotoutumisen edistäminen syrjäytymistä ehkäisten. Hankkeen kehittämisperustana on alueen pitkä perinne maahanmuuttajatyössä. Hankkeessa hyödynnetään jo aiemmissa kehittämishankkeissa hyväksi todettuja käytäntöjä ja toiminta kytketään läheisesti myös muihin maahanmuuttajien integraatiota tukeviin hankkeisiin ja toimintoihin.

THL toteuttaa parhaillaan maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimusta (Maamu 2010–2013), jossa selvitetään venäläis-, somali- ja kurditaustaisten aikuisten terveyttä, hyvinvointia ja palveluiden käyttöä sekä elinoloja Suomessa. Tutkimustiedon avulla voidaan kehittää toimia, joilla edistetään maahanmuuttajien, terveyttä ja hyvinvointia. Tietoa voidaan käyttää kehitettäessä terveyspalveluita vastaamaan paremmin maahanmuuttajien tarpeita. Näin voidaan vähentää riskiä syrjäytyä sekä edistää työllistymistä. Lisäksi maahanmuuttajien terveyden edistämiseksi on julkaistu myös eri hankkeissa syntyneitä kirjoja ja oppaita. Vuosien projektikehityksen tuloksena syntyneen Infopankki.fi:n avulla voidaan maahanmuuttajille antaa helposti lähestyttävässä muodossa perustietoa Suomesta, toimintamahdollisuuksista Suomessa ja tarjolla olevista palveluista.

Väestöliitto teki vuonna 2006 kartoituksen (n=139) maahanmuuttajaprojekteista²⁴². Katsauksen tarkoituksena oli kartoittaa päättäneitä maahanmuuttajaprojekteja ja niiden hyviä käytäntöjä, jotka ovat edistäneet maahanmuuttajien elämää Suomessa. Maahanmuuttajien kotoutumista ja integroitumista tukevissa projekteis-

sa oli erotettavissa selkeästi kolme ryhmää: pakolaisten kotoutumista tukevat Euroopan Sosiaalirahaston hankkeet, nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseen pyrkivät projektit, sekä projektit, jotka pyrkivät parantamaan erityisryhmien, (vammaisten ja vajaakuntoisten) työllistämismahdollisuuksia. Projekteissa, jotka keskittyivät parantamaan maahanmuuttajien työllistymistä, keskityttiin heidän työvalmiuksiensa sekä rekrytointiprosessien helpottamiseen. Vähäisemmässä määrin kiinnitettiin huomiota työnantajien tai työyhteisöjen monikulttuurisuuskoulutukseen. Maahanmuuttajajärjestöihin ja perheisiin kohdistuvat hankkeet tukivat lähinnä naisten kotoutumista suomalaisen yhteiskuntaan. Hankkeilla järjestetään erilaista harrastustoimintaa naisille ja perheille. Kaiken kaikkiaan noin puolet hankkeista tähtäsi suoraan työllistymiseen, kun loput hankkeista kohdistuivat lähinnä naisiin, perheisiin ja erityisryhmiin.

6.3 Arvioita toimenpiteistä

Väestöliiton vuonna 2006 tekemän kartoituksen mukaan maahanmuuttajille suunnatuissa hankkeissa yleisimmät hyvät käytännöt ovat keskittyneet yksilöiden opastukseen, tiedottamiseen ja koulutukseen. Lisäksi erilaisia tukiryhmä- tai yksilöväylittäjämalleja on kehitetty useita eri tilanteita varten. Näissä kauemmin maassa asuneet maahanmuuttajat saattoivat toimia mm. kulttuuritulkkeina tai mentoreina. Myös erilaisia asukastupia ja vastaavia oli kehitetty. Vain harvassa hankkeessa lähtökohtana oli ihmisen koko elämäntilanne, yleensä palvelut keskittyivät lähinnä koulutus- ja työtarpeiden kehittämiseen.

Maahanmuuttajien kotoutumiseen ja työllistymiseen liittyviä hankkeita on toteutettu suuri määrä. Jotta näistä hankkeista voisi saada todellisemman kuvan, tulisi niitä tarkastella suhteessa muuhun kotoutumista ja työllistämistä edistävään toimintaan kuten viranomaisten, oppilaitosten ja kansalaisjärjestöjen työhön. Toisaalta jo olemassa olevista hankkeista voidaan päätellä, että ulkopuolinen rahoitus on merkittäväällä tavalla luonut pohjaa ja laajentanut olemassa olevaa toimintaa. Tämän pohjalta voi olettaa, että maahanmuuttajien kotoutumista ja työllistymistä ei ole riittävästi resursoitu normaalin budjettirahoituksen yhteydessä, vaan on jouduttu turvautumaan lyhytaikaiseen ja siten rakenteellisilta vaikutuksiltaan heikompaan toimintaan. Projektien usein arvokkaatkin tulokset valuvat helposti hukkaan hankkeiden päättyttyä. Jatkossa projektimainen yhteistyö tulisi saada kytkettyä rakenteisiin, mikäli halutaan pysyviä tuloksia.

Hankkartoituksen perusteella maahanmuuttajista piirretty kuva ongelmallisiksi nähtyinä toiminnan kohteina, joita tarvitsee erikseen ohjastaa suomalaisen yhteiskunnan toimintaan. Heidät nähdään resursseina oikeastaan vain toisten maahanmuuttajien opastajina ”talon tavoille” – esimerkiksi kulttuuritulkkeina. Hankekuvauksissa ja hyvissä käytännöissä ei juurikaan kyseenalaisteta olemassa olevan järjestelmän toimivuutta, vaan valtaosa toimenpiteistä kohdistuu maahanmuuttajiin, jotka pitäisi ”normalisoida työmarkkinakelpoisiksi” samalla tavoin kuin vam-

maisat, vajaakuntoiset, pitkäaikaistyöttömät, jne. Lisäksi huomattavan vähän on kiinnitetty huomiota yrittäjyyden tukemiseen ja laajempiin asennekampanjoihin. Toki osa tästä vaikutelmasta johtuu projektiretoriikasta ja siitä, että hankkeet kohdistuvat heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin. Siitä huolimatta maahanmuuttajien oman toimijuuden puute on todella huolestuttava piirre, etenkin jos tämä heijastaa myös yleisemmin projektitoimijoiden näkemystä toimintansa kohteesta.

Kotouttamislaisissa esitettyjä ehdotuksia pidetään oikeansuuntaisina ja ne tullevat selkeyttämään kotouttamisen säädöksiä (Ks. lausuntoja kotouttamislakiuudistuksesta)²⁴³. Erityisen hyvänä pidetään sitä, että lain soveltamisalaa laajennetaan. Kotoutumissuunnitelmien laatiminen mahdollisimman laajasti merkitsee samalla paranevia mahdollisuuksia maahanmuuttajien työllistymiseen ja työllistämiseen sekä luo edellytyksiä kotoutumiselle työelämään siirtymisestä riippumatta¹⁹⁵. Myös perustietopaketti maahan asettuville on erittäin hyödyllinen. Lisäksi on erinomaista, että lapset ja perheet huomioidaan entistä paremmin. Esimerkiksi perhekohtainen kotoutumissuunnitelma on kannatettava uudistus, vaikkakin on vaikea ennustaa mitä se käytännössä tulee tarkoittamaan. Kannatettavaa on myös lain soveltaminen EU-kansalaisiin sekä se, että kuntakorvausten maksamisen vastapainoksi kunnilta edellytetään entistä parempaa sitoutumista suunnitelmalliseen maahanmuuttajatyöhön.

Joiltain osin lakiehdotukset ovat kuitenkin puutteellisia ja resurssien osalta riittämättömiä. Lakiehdotuksen mukaan kotouttamissuunnitelman tarvetta arvioidaan kuntien vastuulla olevissa alkukartoituksissa. Laissa tai sen perusteluissa olisi kuitenkin oltava jonkinlaiset kriteerit sille, milloin kotoutumissuunnitelmalle on tarve ja milloin sen laatimisesta on todennäköistä hyötyä. Lain voimaantulo tarkoittaa kunnille uusia tehtäviä ja lisääntyviä kustannuksia. Esimerkiksi alkukartoitus ja kotoutumissuunnitelmat tulisi tehdä maahanmuuttajan tarpeista käsin, eikä kuntien tilanteen mukaan. Vaarana kuitenkin on, että alkukartoitus supistuu hyvin lyhyeksi haastatteluksi, kun henkilöresurssit ovat niukat ja asiakkaita paljon. Myös kieliopintojen riittävän ja johdonmukaisen tarjonnan organisoiminen ja kotouttamisvastuun valtavirtaistaminen kunnan eri sektoreille tulee vaatimaan resurssien panostusta ja sitoutumista yhteiseen tavoitteeseen. Toisaalta lain toimeenpanon seurannan tulisi olla riittävän tehokasta, jottei muodostu kuntakohtaisia eroja siinä, kuka katsotaan oikeutetuksi kotoutumissuunnitelmaan (muiden kuin työttömien työnhakijoiden osalta).

On siis syytä korostaa, ettei kotoutumissuunnitelmien laatimisen, tarkistamisen tai seurannan velvoite riitä, ellei valtio osoita lisärahoitusta sekä kunnille että työ- ja elinkeinohallinnolle lain toimeenpanon saattamiseksi. Painopisteen tulisi kartoitusten ja ohjelmien tekemisen sijasta olla kotouttamistoimenpiteiden tehostamisessa ja resursoinnissa sekä kotoutumiskoulutuksen parantamisessa. Eduskunnan hallintovaliokunta esittää mietinnössään (HaVM 26/2010 vp), että valtion vuoden 2011 talousarvioon lisättäisiin 500 000 euroa uudistettavan kotouttamislainsäädännön toimeenpanoon. Valiokunta ehdottaa lisäksi, että kunnille maksettavien laskennallisten korvausten maksuaikaa pidennetään kolmesta neljään vuoteen kotouttamistoimien tehostamiseksi. Hallituksen tulisi myös antaa eduskunnalle vaalikausittain selonteko ulkomaalais-, maahanmuutto- ja kotouttamispolitiikasta.²⁴⁴

Päivi Känkänen ja Pirjo Immonen-Oikkonen (2009) ovat tarkastelleet Monikulttuurisuustaitojen kehittäminen koulu yhteisössä -ohjelmassa kerättyjä kunta-kohtaisia monikulttuurisuussuunnitelmia ja niissä erityisesti koulun ja kodin välistä yhteistyötä koskevia kehittämissuunnitelmia. Monikulttuurisuustaitojen kehittäminen koulu yhteisössä -ohjelmassa mukana olevat 28 kuntaa ovat laatineet monikulttuurisuustaitojen kehittämissuunnitelman, jonka toimenpiteet vakiinnutetaan osaksi koulun arkea. Monikulttuurisuustaitojen kehittäminen koulu yhteisössä -toiminnassa mukana olevat kunnat valitsivat kolme painopistealuetta kehittämistoiminnalleen. Puolet näistä 28 kunnasta valitsi yhdeksi kehittämisen painopistealueeksi monikulttuurisen kodin ja koulun välisen yhteistyön.

Tarkastelun perusteella Monikulttuurisuustaitojen kehittämisohjelman kunka kohtaisissa kehittämissuunnitelmissa havaitaan selkeitä eroja riippuen kunnan koosta ja sijainnista. Kuntien väliset erot näkyvät muun muassa siinä, miten monikulttuurinen näkökulma huomioidaan esimerkiksi opetusjärjestelyissä, erilaisissa tukitoimissa tai kodin ja koulun välisessä yhteistyössä. Tuki- ja kehittämistoimenpiteitä tarvitaan lisää erityisesti pääkaupunkiseudulle, jonne valtaosa Suomen vieraskielisestä väestöstä on asettunut. Opettajat tarvitsevat lisää valmiuksia maahanmuuttajataustaisten oppilaiden opettamiseen ja tämä merkitsee uusia haasteita koko opettajakoulutuksen kehittämiseen.²¹¹

Yhtenä kehittämisen alueena monikulttuurisuustaitojen kehittämissuunnitelmissa tuodaan esille vertaistuen lisääminen eri koulujen ja opettajien kesken. Opettajille karttuneita kokemuksia ja ymmärrystä on tärkeää hyödyntää aiempaa enemmän. Monikulttuurisuustaitojen kehittämissuunnitelmissa painotetaan koulu-kohtaisten yhdyshenkilöiden merkitystä. Yhdyshenkilöiden toivotaan kouluttautuvan, tiedottavan ja verkostoituvan muiden koulujen yhdyshenkilöiden kanssa sekä toimivan mentoreina muille opettajille. Yhdyshenkilöt voisivat myös koulu kohtaisesti huolehtia tarvittavista opetusjärjestelyistä ja asianmukaisen oppimateriaalin hankkimisesta. Kehittämissuunnitelmissa nähdään myös tärkeänä vahvistaa yhteistyötä nuoris- ja sosiaalitoimen, maahanmuuttotoimiston ja eri kulttuurilaitosten kanssa. Erityisesti nuorisotoimen vahvempaa mukaantuloa monikulttuuriseen työhön pidetään keskeisenä. Kodin ja koulun välisen yhteistyön kehittämiseen ja vahvistamiseen on resursoitava myös koulutuksen keinoin.

Palvelujärjestelmien toimivuutta ja kehittämisen kohteita arvioitaessa maahanmuuttajien kanssa tehtävässä työssä on muistettava tiedontarpeen kaksisuuntaisuus. Työntekijät tarvitsevat välineitä, työmenetelmiä ja ammatillista osaamista kotouttamisen prosessien ja muiden palvelujen kehittämiseksi. Maahanmuuttajat puolestaan muodostavat käsityksen suomalaisesta yhteiskunnasta niiden kokemusten perusteella, joita ovat saaneet palvelujärjestelmistä, työelämästä ja työyhteisöistä. Molemmipuoliset asenteet, tiedot, taidot ja toiminta yhdessä määrittävät kulttuurista osaamista.²⁴⁵

Toteutetut työyhteisöjen kehittämiskokeilut osoittavat, että pitkäjänteisemmän osallistavan työskentelyn avulla voidaan saavuttaa kehittymistä kaikilla kulttuurien välisen kompetenssin ulottuvuuksien (asenteet, tietämys, taidot, toiminta) alueilla. Yhdenvertaisempaan asiakaspalveluun pyrkiminen, niin yksilöllisellä kuin työyhteisö- tai

organisatorisella tasolla, edellyttää kuitenkin erityisen oppimisprosessin läpikäymistä. Lisäksi tarvitaan valmiutta muutokseen, tarpeeksi vahvaa tahtotilaa ja sitoutumisen astetta sekä kykyä sijoittaa uudet merkitykset tarkoituksenmukaisella tavalla käytäntöön. Virkailijoiden työskentelyolosuhteisiin voidaan vaikuttaa turvaamalla riittävä tiedonkulku – niin viranomaisorganisaatioiden sisällä kuin niiden ulkopuolellakin – jotta virkailijoiden työssään kohtaamien tilanteiden luonne voidaan huomioida erilaisia heidän työtään ohjaavia toimintaohjeita, lakeja ja säädöksiä laadittaessa.²²⁹

Ylipäänsä myös tietoisuutta maahanmuuttajille kuuluvista palveluista tulisi lisätä. Palveluista tulisi tiedottaa eri kielillä sellaisissa arjen ympäristöissä, joissa tieto on helposti vastaanotettavissa. Tulkkeja olisi hyödynnettävä paremmin ja varmistettava, että tieto todellakin saavutetaan ja ymmärretään. Esimerkiksi mielenterveyspalvelujen osalta kynnystä voitaisiin madaltaa tekemällä yhteistyötä järjestöjen kanssa, tiedottaa palveluista klubitaloissa, ystävyystuvissa tai maahanmuuttajien omissa kokoontumisissa. Jo lähtökohtaisesti monikulttuurisuuden huomioiminen tulisi läpikäydä kaikki strategiset ohjelmat, suunnitelmat, arjen käytännöt ja asenteet sekä palvelut. Erilaisten kulttuurien ymmärtäminen voisi näkyä käytännössä vaikkapa siten, että maahanmuuttajille suunnattujen palveluiden vastaanottoaikoja pidennettäisiin ja päivähoidon voitaisiin järjestää maahanmuuttajataustaisia avustajia. Lisäksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kotisivuille voitaisiin koota tietoa maahanmuuttajien palveluista, hyvistä käytännöistä ja kehittämishankkeista.

6.4 Ehdotuksia jatkotoimista

- Maahanmuuttajien kotouttamisessa tulee kehittää tukitoimia erityisesti äideille ja pienille lapsille.
- Maahanmuuttajien kieli- ja lisäkoulutusmahdollisuuksista on huolehdittava. On kehitettävä valmiuksia tulkita, tunnistaa ja tunnustaa myös aiempaa osaamista ja ulkomaisia tutkintoja.
- Kehitetään ja resursoidaan tukitoimia maahanmuuttajanuorten siirtymävaiheisiin peruskoulusta toiselle asteelle sekä toisen asteen kieli- ja tukiopetusta.
- Eri sektoreita, kuten terveydenhuolto-, sosiaalityö-, lastensuojelu, työvoimatoimistoja ja opetushenkilökuntaa tulisi valmentaa monikulttuurisuuden kohtaamiseen siten, että myös maahanmuuttajat itse olisivat mukana.
- Kansallista ja kunnallista seuranta- ja seurainta maahanmuuttajien terveydestä, elinoloista, työoloista ja koulutuksesta on kehitettävä.

7 Informaatio-ohjaus erojen kaventamisessa

Vaikka 1990-luvun alun laman jälkeen suomalaisten elintaso ja hyvinvointi ovat yleisesti parantuneet, samaan aikaan kuitenkin tulo- ja hyvinvointierot ovat kasvaneet. Tuoreen neljännen Suomalaisten hyvinvointi –kirjan mukaan hyvinvointierot ovat 2000-luvun loppua kohden edelleen kasvaneet tai ainakin pysyneet entisellään aiempiin ajanjaksoihin verrattuna.²⁴⁶ Tutkimusten mukaan myös terveyserot esimerkiksi koetussa terveydessä ja sairastavuudessa ovat Suomessa säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet 25 viime vuoden aikana.² Olemme eriarvoisia kuoleman edessä¹ eli ammattiaseman mukaiset erot näkyvät myös kuolleisuudessa. Tuoreen suomalaistutkimuksen mukaan erityisesti tuloryhmien välinen ero elinajanodotteessa on edelleen kasvanut. Tutkimuksessa osoitetaan, että alimmassa tuloviidenneksessä elinajanodote on pysynyt 90-luvun alun jälkeisellä tasolla samaan aikaan kun muissa tuloryhmissä elinajanodote on kasvanut melko tasaisesti 80-luvun lopulta lähtien.³

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena jo pitkään (mm. Terveys 2015 - kansanterveysohjelma¹⁶). Edellä mainittujen tutkimustulosten valossa tämän terveyspoliittisen tavoitteen saavuttamisessa ei ole kuitenkaan onnistuttu.

Valtion keskeisimpiä ohjauksen muotoja ovat normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaus²⁴⁷. Näitä ohjausmuotoja täydentävät hankeohjaus, etu- ja jälkikäteinen valvonta sekä arviointi. Normiohjauksella tarkoitetaan laeilla, asetuksilla ja alemmanasteisilla säädöksillä toteutettua ohjausta. Resurssiohjauksella ohjataan voimavarojen suuntaamista ja käyttöä; talousarvio on keskeinen resurssiohjauksen väline. Informaatio-ohjauksen lähtökohtana on ohjauksen toteuttaminen tietoon perustuvaa informaatiota välittämällä.²⁴⁸

Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmää kevennettiin Suomessa 1990-luvulla kuntakentän osittain perustellun kritiikin pohjalta. Käyttötarkoitukseen sidotuista menoperusteisista valtionosuuksista siirryttiin könttäsommarahoitukseen, jonka käyttö on kuntien vapaassa harkinnassa. Väljään puitelainsäädäntöön perustuva sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntö irrotettiin sen toimeenpanon olennaisesta elementistä, alemmantasoisesta ohjauksesta rahahanojen, henkilöstökiintiöiden ja investointimäärärahojen keinoin. Toisin sanoen tapahtui siirtymä toiminnan ohjauksesta fiskaaliseen kontrolliin.²⁴⁹ Tällöin informaatio-ohjauksen merkitys ohjauskeinona korostui. Suomessa kunnilla on laaja itsehallinto ja monien terveys- ja hyvinvointieroja vähentävien toimien toimeenpano on kuntien harteilla.

Viime vuosina valtioneuvoston poliittisen ohjauksen mahdollisuuksia ja hallinnonalarajat ylittävien politiikkatoimien valmistelua ja toteutusta on kehitetty. Poliittikkaohjelmat kokoavat eri hallinnonalojen ja eri toimijoiden toimenpiteitä hallituksen priorisoimien tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjelmia voidaan pitää tärkeinä, koska Suomessa hallinnonalarajoja on pidetty jäykkinä ja tarve vähentää siilomaisen valmistelun ja toimenpiteiden toteutuksen puutteita on todettu suureksi. Lukuisten

rinnakkaisten ja osin päällekkäisten ohjelmien verkko voi rapauttaa koko ohjelma- ja hankehallinnon uskottavuutta.²⁵⁰

Informaatio-ohjauksen määritelmä (mukaillen²⁵¹):

Informaatio-ohjaus on vaikuttamaan pyrkivää tavoitteellista informaation ja tiedon kaksisuuntaista välittämistä. Se perustuu vuorovaikutukseen ja on luonteeltaan suosittelevaa. Sen sisältämä informaatio voi olla kuvailevaa, vertailevaa tai hyviä käytäntöjä välittävää.

Kuvaileva informaatio tarkoittaa esimerkiksi tilastoja ja tutkimusraportteja. Vertaileva informaatiota syntyy vertaisanalyysin ja -arvioinnin sekä vertaisoppimisen tuloksena. Hyviä käytäntöjä välitetään kehittämisohjelmien, hankkeiden, projektien, erilaisten suositusten, oppaiden ja koulutus- sekä seminaaritilaisuuksien avulla.²⁵²

Informaatio-ohjaus tähtää vaikuttamiseen ja muutokseen. De Wootin²⁵³ mukaan onnistuneissa muutoksissa keskeistä on muutospaineiden, selkeän yhteisen vision, muutospäätöiden ja toteuttamiskelpoisten hankkeiden olemassaolo. Muutospaineilla tarkoitetaan syitä, joiden takia jokin muutos tehdään. Jos syyt puuttuvat, seurauksena on käsitys sisällyksettömästä ja tarpeettomasta muutoksesta. Selkeä ja yhteinen visio heijastaa puolestaan kokonaisnäkemyistä kohteena olevasta muutoksesta ja sen suunnasta. Muutoin tehtävä muutos on päämäärätön ja yrityksenä hajautunut. Muutospäätös tarkoittaa toimijoiden kykyä toteuttaa kulloinkin kohteena olevaa asiaa. Jos muutospäätös puuttuu, tuloksena on turhautuminen ja ahdistuminen. Lisäksi tarvitaan toteuttamiskelpoisia hankkeita. Näiden puuttuminen johtaa sattumavaraisiin yrityksiin.²⁵¹ Kehitystyössä keskeistä on, miten informaatio-ohjauksella luodaan muutospainetta, vaikutetaan selkeän yhteisen vision synnyttämiseen ja ylläpitämiseen, luodaan ja tuetaan muutospäätöitä sekä tuetaan toteutusta.

Informaatio-ohjauksen vaikuttavuus terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa edellyttää toimivia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita, johdon sitoutumista, resursseja, yhteistyötä, koulutusta ja työkaluja.

THL:n informaatio-ohjausmalli²⁵⁴ koostuu kolmesta tasavahvasta osiosta:

- 1) Sosiaali- ja terveyspolitiikan hahmottaminen osana laajempaa yhteiskuntapolitiikkaa ja sieltä nousevat tavoitteet ja tutkimusasetelmat.
- 2) Tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminta sekä innovaatioiden synnyttäminen.
- 3) Informaation levittäminen tuloksellisista toimintamalleista ja -rakenteista toimijoiden kannalta mielekkäällä tavalla.

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen voidaan nähdä myös muutosjohtamisen ja viestinnän haasteena. Keskeisiä pohdittavia kysymyksiä ovat: mikä muutos

halutaan saada aikaan, ketkä sen voivat toteuttaa, millaisin viestein ja argumentein heitä kannattaa lähestyä, miten heidät tavoittaa ja miten saavutettuja tuloksia voidaan arvioida.²⁵⁵

7.1 Erojen kaventamiseen tähtäviä toimenpiteitä

Informaatio-ohjaus

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma⁷² toimeenpanee osaltaan nykyisen hallitusohjelman tavoitteita edistää terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Toimintaohjelma kytkeytyy hallituksen käynnistämään Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan. Kansanterveyden neuvottelukunta on kohdistanut huomiota terveyserojen kaventamiseen yli sektorirajojen. Terveyserojen kaventamisen valtavirtaistaminen osaksi muita ohjelmia, hankkeita ja muiden toimijoiden omaksi tavoitteeksi on otettu huomioon joissakin ohjelmissa (mm. KASTE⁷⁹). Esimerkiksi Helsingin kaupungin terveysvirasto on puuttunut ongelman ratkaisemiseen Terve Helsinki –hankkeellaan²⁵⁶. Myös THL:ssä ja Työterveyslaitoksella on edistytty sekä strategiatasolla että tavoitteen läpiviennissä laitoksen eri osissa ja toimissa.

THL:n ja TTL:n yhteinen TEROKA-hanke on vastannut kunnista nousseen toiveeseen alueellisesta terveyserotiedosta tuottamalla raportit Kainuuseen²⁵⁷ ja Pohjois-Pohjanmaalle²⁵⁸. TEROKA-hankkeen vuorovaikutteisessa alueyhteistyössä on kerätty tietoa, kokemuksia ja arvioitu terveyserojen kaventamisen edellytyksiä ja etenemistä pilottialueilla (prosessiarviointi). Aluevertailu- ja arviointiraportti tästä prosessiarvioinnista valmistuu vuoden 2011 lopussa. Tätä tietoa on tarkoitus hyödyntää ja levittää myös maan muilla alueilla.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa on kiinnitetty erityisesti huomiota tietopohjan kehittämiseen tavoitteilla terveyserojen seurantajärjestelmän kehittämistä ja terveyserotutkimuksen vahvistamisesta.

Tiedon levittämistä kuntiin, alueille ja järjestötoimijoille on edistetty strategisella ja käytännön tasolla mm. Kuntaliiton ja TEROKA-hankkeen yhteistyöpäiväpöytäkirjalla, tuottamalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tukiaineistoa^{259, 260} sekä THL:n verkkosivustolle perustettavalla Terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen keskittyvän teemapalvelun avulla.

Sosioekonomisiin terveyseroihin liittyvä täydennyskoulutus on pitkälti satunnaisen luontojen varassa. THL:ssä tehdyn selvityksen²⁶¹ mukaan terveyseroihin liittyvää peruskoulutusta järjestetään kolmessa alemmassa ja neljässä ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa sekä kahta lukuun ottamatta kaikissa yliopistoissa. Alempien ammattikorkeakoulututkintojen terveyseroja koskeva koulutus jakaantui terveyserojen kaventamisen ja eriarvoisuuden vähentämisen, ennaltaehkäisyn, ikäryhmittäisen tarkastelun sekä terveyspolitiikan ja suunnittelun teemoihin. Ylempien ammattikorkeakoulututkinnon kurssit käsittelivät ikä- ja väestöryhmittäisten

terveyserojen tunnistamista. Ammattikorkeakoulujen koulutuksessa kurssit oli keskitetty vain tietyille koulutusaloille. Yliopistojen tarjoama koulutus koostui kandiopintojen osalta kansanterveyteen ja sen edistämiseen, terveyden edistämisen tutkimukseen ja terveyseroihin liittyvään teoriaan sekä terveyskasvatukseen liittyvistä aihealueista. Maisteriopintojen koulutus puolestaan käsitteli terveyseroja nimeämättä mitään erityisryhmiä.

Terveyserot huomioon ottavaa vaikutusten arviointia on kehitetty muutama vuosi THL:ssä. Nykyisellään ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin työkaluja käytetään ainakin joskus 38 % suomalaisista kunnista²⁶². Yhteistyöllä, koulutuksella ja oppimateriaalia tuottamalla THL pyrkii edistämään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden luomista ja vakiintumista sekä vaikutusten ennakoarvioinnin käyttöä. Kuntien johtamisen ja päätöksenteon tueksi on kehitetty myös terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaava sähköinen vertailutietokanta TEA-viisari (www.thl.fi/tea-viisari).

Normi- ja resurssiohjaus

Suomen perustuslain (731/99) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Toukokuussa voimaan tuleva uusi terveydenhuoltolaki²⁶³ edellyttää mm. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden luomista, ennakoarvioinnin käyttöä, hyvinvointikertomusten tekoa ja väestöryhmien terveyden ja hyvinvoinnin seurantaa väestöryhmittäin. Sosiaalihuollon lainsäädäntöä ollaan myös uudistamassa (esitys vuoden 2011 loppuun mennessä).²⁶⁴ Uudistusta pohtineen työryhmän periaatelinjauksia ovat mm. ennaltaehkäisevän työn korostaminen, heikoimpien aseman ja palvelujen saatavuuden parantaminen sekä uudenaisten yhteistoimintamahdollisuuksien ja palvelurakenteiden luominen monialaisen yhteistyön kehittämiseksi.

Vuosina 2008–2011 sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) rahoitus koko neljävuotiskaudelle on noin 100 miljoonaa euroa. Kaste-ohjelman päätavoitteina on (1) osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, (2) hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen ja (3) palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen sekä palveluiden alueellisten erojen vähentyminen. Kaste-ohjelma sisältää 19 osatavoitetta, joista kuusi (osatavoitteet 1–5 ja 9)²⁶⁵ tähtää suoraan hyvinvointierojen pienemiseen. Myös osatavoitteet kuusi, seitsemän ja kahdeksan²⁶⁶ vaikuttavat toteutuessaan epäsuorasti terveyseroihin, sillä alkoholin liikakulutus, tupakointi ja ylipaino kietoutuvat yhteen terveyserojen kanssa. Palvelujen parantamiseen tähtäävistä kahdeksasta osatavoitteesta ainakin kuuden (osatavoitteet 13–15 ja 17–19)²⁶⁷ voidaan olettaa vaikuttavan sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin parantamalla vähävaraisten ja syrjäseutujen asukkaiden palvelujen saatavuutta ja vaikuttavuutta. Kaste-ohjelma pyrkii tavoitteisiinsa mm. ennaltaehkäisemällä ja varhaisella puuttumisella sekä aikaisempaa eheämmällä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudella.⁷⁹ Eheämmän palvelukokonaisuuden voidaan olettaa parantavan erityisesti heikompiosaiten asemaa palveluissa ehkäisemällä heidän putoamis-

taan palvelujen piiristä nimenomaan palveluiden sauma- ja nivelkohdissa, joissa parempiosaisilla on käytössään enemmän keinoja luovia mahdollisesti hajanais-sakin palvelujärjestelmässä.¹⁸⁵

Kehittämishjelma antaa sekä kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suun-tautuvasta ohjauksesta että nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin suun-nataan työpanosta ja kehittämistoiminnan määrärahoja. Kaste-ohjelman kuudesta teema-alueesta yhtenä on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet. Tästä teema-alueesta on rahoitettu toistaiseksi yksi hankekokonaisuus Terveempi Pohjois-Suomi (TerPS) ja toinen hakemus Etelä-Suomen alueelta odottaa rahoituspäätöstä.

Sosiaali- ja terveysministeriön jakamien terveyden edistämisen määrärahojen jaossa on painotettu terveyserojen kaventamista vuodesta 2009 ja sitä on vuosittain jaettu noin 9 miljoonaa euroa oppilaitosten, säätöiden, tutkimuslaitosten, kuntien ja järjestöjen hakemille hankkeille.

7.2 Toimien arviointi

Informaatio-ohjauksen sisällöt ja toimenpiteet on mahdollista jaotella White-headia²⁶⁸ vapaasti lainaten:

1. Sosioekonomisten terveyserojen tunnistamisen ja tietoisuuden nostamisen toiminta (materiaali, jolla osoitetaan erojen olemassaolo sekä niiden eetti-nen, normi ja taloudellinen merkitys)
2. Kaventamistoimien käynnistämisen tukeminen (esimerkit eri hallinnon-alojen mahdollisuuksista vaikuttaa)
3. Rakenteellista kehitystä tukeva toiminta (esimerkit rakenteiden luomisesta, ylläpidosta ja kehittämisestä)

Näistä informaatio-ohjauksen sisällöistä terveyserojen tunnistamiseen liittyvä seu-rantajärjestelmien kehittäminen ja tietoisuuden nostaminen ovat käynnistyneet. Kaventamistoimiin ryhtymistä on edesauttanut kunnissa alueellisen tiedon tuotta-minen terveyseroista pilottihankkeissa.^{257, 258} Kiinnostuksen kasvaessa toimintaa ka-navoiva informaatio-ohjaus tai rakenteellinen toiminta täytyy olla jatkossa toimin-nan keskiössä.

Informaatio-ohjauksella on siis pyritty luomaan muutospainetta²⁵¹ tunnistam-alla ongelma ja vaikuttamaan yhteisen vision syntymiseen ja ylläpitämiseen hy-vinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi eri areenoille. Muutoskapasiteetin ja kaventamistoimien toteutuksen tukemisessa resurssit ovat olleet toistaiseksi riittä-mättömät.

Kaste-ohjelman ensimmäinen väliraportti valmistui alkuvuodesta 2010 ja sen mukaan ohjelman tavoitteenasettelun ja strategisuuden todettiin olevan kohdal-laan, mutta käytännön toteutuksen osalta yhteistyötä eri hallinnonalan ohjelmien ja kehittämistyön kanssa ehdotetaan tiivistettäväksi. Kasteohjelma on myös osoit-tautunut hyväksi välineeksi luoda dialogia keskushallinnon ja hajanaisen sekä mo-

nimuotoisen kuntakentän välille. Toimenpiteitä ja indikaattoreita pidettiin arviointiraportissa oikean suuntaisina, mutta niitä katsottiin olevan liikaa. Rahoitusmallia pidettiin pääosin toimivana. Raportin suositukset huomioidaan uuden ohjelmakauden suunnittelussa.²⁶⁹

Politiikkaohjelmat ovat ennen kaikkea poliittisen ohjauksen keinoja, joita voidaan käyttää monin eri tavoin poliittisesta tahdosta riippuen. Niitä koskeva normatiivinen perusta on hyvin ohut. Näyttää kuitenkin siltä, että politiikkaohjelmat eivät ole saaneet niille alun perin kaavailtua roolia valtioneuvoston strategista suunnittelua ja horisontaalista kehys- ja budjettivalmistelua integroivana instrumenttina. Niiden merkitys hallinnonalojen ohjaustoiminnassa on jäänyt melko vähäiseksi. Politiikkaohjelmien sateenvarjon alle on koottu paljon sellaisia uudistushankkeita, joiden valmistelussa tai toteutuksessa ohjelmalla ei ole aktiivista roolia. Laajuutta voi perustella ohjelmien perusluonteella hallinnonaloja yhdistävänä ja politiikkatoimia kokoavana linkkinä. Käytännössä toimenpiteitä toteutetaan yksittäin ja vuorovaikutus eri hankkeiden ja toteuttajien välillä jää vähäiseksi. Ohjelmien toimenpiteet painottuvat ohjelmien sijoitusministeriöiden hallinnonaloille. Varsinaisten ”poikkihallinnollisten” tai muille hallinnonaloille sijoittuvien toimenpiteiden osalta kyse on usein jo meneillään olevien toimenpiteiden kirjaamisesta ohjelma-asiakirjoihin.²⁵⁰

Toimintaohjelmaan kirjatut toimenpiteet ovat oikean suuntaisia terveyserojen kaventamisen kannalta. Suurin osa näiden toimenpiteiden toteutuksesta on kuitenkin vielä kesken ja siksi niiden todellisia vaikutuksia ja vaikuttavuutta ei voi vielä arvioida. Parhaimmillaan ja hyvin toteutettuina nämä ehdotukset tukisivat terveyserojen kaventamista. Alueelliseen tiedontarpeeseen on kehitetty uusi Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus (ATH). Yhtenäisten seurantajärjestelmien lisäksi myös kuntien, kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien keräämät omat tiedot pitäisi saada paremmin käyttöön ja hyödynnettyä päätöksenteossa. Tiedon tulkintaan tarvitaan tukea. Tuotettavan tiedon jalostamiseen, käytettävyyteen ja kohderyhmien mukaiseen räätälöintiin on paneuduttava aikaisempaa enemmän. Perinteinen raporttien julkaiseminen ei riitä, painopistettä on siirrettävä tiedon soveltamista tukevien tuotteiden suuntaan, oppaiden ja suositusten osuus tulee lisääntymään, samoin sähköisten käsikirjojen osuus.³¹¹ Laadukas hyvinvointi- ja terveyserotutkimus tulee turvata myös jatkossa riittävillä resursseilla ja täydentää erityisesti kaventamistoi-
mien, vaikuttavuuden ja kustannusten arvioinnilla.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman linjauksista kaksi koski pysyvän seurantajärjestelmän kehittämistä. Sosiaalipalvelujen ja erikoissairanhoidon palvelujen osalta näitä linjauksia ei ole konkretisoitu. Niitä ei myöskään ole otettu huomioon tulossopimuksia sektoritutkimuslaitosten kanssa tehtäessä eikä laitosten strategisissa linjauksissa tai voimavarojen allokoinnissa. Palvelujen oikeudenmukaisuuden toteutumisen seuranta ei kuitenkaan voida jatkuvasti tehdä ulkopuolisten tahojen rahoittamina erillisselvityksinä, vaan seuranta olisi tarpeen järjestää systemaattisesti sektoritutkimuslaitosten toimesta. Mahdollisten erillisselvitysten tarpeen määrittelyssä tai rahoituksen suunnittelussa ei myöskään ole juuri edetty.

Terveys- ja hyvinvointieroja koskevassa kunta- ja aluetason tiedossa, tiedon tulkinnan työvälaineissä sekä kaventamistoimien arvioinnissa on kuitenkin puutteita. Suuri haaste on saada hyvinvointi- ja terveyseroja koskeva tutkimus- ja seurantatieto hyödynnettyä suunnittelussa ja päätöksenteossa. Siihen tarvitaan koulutusta, resursseja, rakenteita, hallinnonalarajat ylittävää yhteistyötä, aluelähettiläitä, verkostoja, työkaluja ja hyvien käytäntöjen arviointia. Erityisenä haasteena on myös kaikkien eri hallinnonalojen toimien tarkastelu hyvinvointi- ja terveyseronäkökulmasta niin ministeriöissä kuin alue- ja kuntatasollakin. Terveyserojen kaventamista koskeva viestintä on kirjattu hyvin väljästi toimeenpanosuunnitelmaan, eikä sen vaikutuksista ehdotetuilla toimilla voi olla varma. Pelkkä tiedon välittäminen ei riitä toimintapolitiikan muuttamiseen.

Informaatio-ohjauksen käytännön toiminnan voi jaotella kolmeen intensiteettitasoon²⁶⁸, joista:

1. Laajimmalle ulottuva informaatio-ohjaus sisältää normiperustan kehittämisen ja yleisen suuret joukot tavoittava maksuttoman informaation, joka sisältää informaation terveyserojen olemassaolosta (kuten Terveystemme-portaali) ja merkityksestä sekä käytännön toimista (esimerkiksi Kaventaja –teemapalvelusivusto).
2. Toinen, kohdennetumpi taso, sisältää oppimateriaalin ja koulutuksen sekä tutkimukset ja selvitykset, jotka suunnataan ammatilliseen perus- ja täydennyskoulutukseen sekä niille, joilla halu terveyserojen kaventamiseen on jo olemassa (toimijoina oppilaitokset ja tutkimus- ja kehittämistoimijat, AVIt, osaamiskeskukset ja sairaanhoitopiirit sekä verkostotyö).
3. Kolmas informaatio-ohjauksen taso kohdistuu valikoituneeseen päättäjien ja johtavien viranhaltijoiden joukkoon, joiden vastuulla on luoda ja turvata terveyserojen kaventamisen rakenteellinen kehitys (kehittämistyön ja pilotoinnin toimijat)

Näistä käytännön toimista Terveystemme-portaali on olemassa ja teemapalvelusivusto avataan keväällä 2011. Oppimateriaalin ja opetuksen kehittäminen tulee Kaste-ohjelman myötä kiinnostuksen kohteeksi, mutta vaatii yhdessä rakenteiden kuvaimisen rinnalla THL:n voimakasta panosta.

Informaatio-ohjauksen erityisenä toimintamuotona tulisi käytännössä kehittää ja tukea sosioekonomisten erojen havaitsemista ja kaventamista perus- ja täydennyskoulutuksessa. Nykyisellään molemmissa korkea-asteen koulutuksissa koulutustarjontaa on vähän. Koulutuksessa tulee kiinnittää huomiota perustason koulutuksen tiedon lisäämiseen. Korkea-asteen opintosuunnitelmat voi rakentaa siten, että perustason koulutuksen ydin koostuu terveyserojen tunnistamisesta ja taustoista, jolloin myöhemmissä opinnoissa on mahdollista keskittyä tiedon soveltamiseen käytännössä. Koulutuksen yhtenä kehityssuuntana tulee olla myös terveyseroihin liittyvän koulutuksen lisääminen ja juurruttaminen eri oppialoille. Myös eri tieteen-

alojen yhteiskurssien järjestäminen voi toimia yhtenä terveyserojen ymmärtämistä laajentavana tekijänä.

Yliopistojen koulutusta sen sijaan löytyi useammalta koulutusosalta. Se on sisällöllisesti myös enemmän tutkimuspainotteista ja laaja-alaisempaa. Koulutuksessa perehdytään esimerkiksi terveyserojen historiaan ja teoreettiseen osaamiseen. Laaja-alaisuus näkyy myös siinä, että koulutuksessa otetaan mukaan eri alojen näkökulmia huomioon. Terveyseroihin liittyvän yliopisto-opintojen yksi heikkous on kuitenkin se, että se tuntuu jäävän ilman käytännön soveltamista. Huomattavaa on myös se, että kummankaan korkea-asteen koulutukset eivät käsittele terveyserojen eettisyyttä. Tämä olisi tärkeää, sillä terveyseroihin ja päätöksen tekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä ei työelämässä voi sivuuttaa.²⁶¹

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja työkalut (esim. hyvinvointikertomus, ennakoarviointi) ovat luonteva tapa terveyserotiedon operationalisoimiseksi, mutta niihin pitää sisällyttää myös eri sosiaaliryhmät huomioon ottava väestöryhmätarkastelu. Esimerkiksi ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin koulutuksia tulee käyttää myös eroproblematiikan avaamiseen ja ymmärryksen lisäämiseen. Myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelman yhtenä tehtävänä on ollut terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen.

KASTE-ohjelmassakin painotettavia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita erityisesti kunnissa ja kuntayhtymissä tulee kehittää niin, että terveyseronäkökulma tulee nykyistä selvemmin tunnistetuiksi. Käytännössä jatkossa tulisi kehittää sellaiset rakenteet, joiden avulla eri organisaatiot ohjataan automaattisesti tunnistamaan, arvottamaan ja kaventamaan hyvinvointi- ja terveyseroja ja käyttämään näitä tavoitteita tukevia työkaluja. Tämän lisäksi tarvitaan jatkossakin ohjelmatasoista työtä, jolla puututaan erityisiin ohjelmien sisältöalueiden tunnistamiin puutteisiin.

Rakenteita voi jäsentää myös prosessina, johon kuuluvat seurantajärjestelmien kehittäminen (kansalliset, kunnalliset ja eri hallinnonalojen järjestelmät ja niiden tulkintatyökalut). Toiseksi tarvitaan toimia, joilla havaitut terveyserot käsitellään poliittisessa järjestelmässä ja joka tuottaa arvokeskustelun mukaiset tavoitteet (osallistuminen, johtopäätösten teko hyvinvointikertomuksesta), nykyisinhän vain 54 % kunnista kokee, että terveyserojen kaventaminen näkyy riittävän vahvasti kunnan strategioissa.²⁶¹ Kolmanneksi tulee olla rakenteet, joilla asetettuja tavoitteita pyritään kaventamaan (ohjelmat, hankkeet, arjen päätöksentekotilanteet, vakiintuneet yksittäiset työkalut ja työmenetelmät eri aloille ja työpisteisiin).

Rakenteisiin liittyy myös kysymys siitä, ketkä toimivat alueellisina hyvinvointi- ja terveyseroja kaventavien rakenteiden kehittämisen ja jalkauttamisen vastuutahoina, kaipaavat ratkaisua. Aluehallintoviranomaiset voivat toimia entisten lääninhallitusten mukaisesti ylihallintokuntaisina toimijoina, sairaanhoitopiirit ovat edellisiä konkreettisemmin mukana alueellisessa hallinnossa, mutta toimivat terveyssektorin sisältä. Sosiaalialan osaamiskeskukset toimivat sosiaalialan kehittämistoimijoina alueilla, kuitenkin lähtökohtaisesti sosiaalialalta ja hankerahoituksen turvin.

7.3 Ehdotuksia jatkotoimista

- Terveyden edistämisen rakenteita tulee kehittää niin, että terveyseronäkökulma tulee nykyistä selvemmin tunnistetuiksi ja että tehtävään on määritelty pysyvä vastuutaho.
- Tarvitaan toimia, joilla havaitut terveyserot käsitellään poliittisessa järjestelmässä. Tuetaan ennakoarvioinnin (väestöryhmätarkastelun sisältävän) käyttöön ottoa ja juurruttamista.
- Kehitetään edelleen hyvinvointi- ja terveyserojen seurantajärjestelmää sekä tietojenmaksutonta ja helppokäyttöistä jakelujärjestelmää. Tuetaan alueellisia toimijoita kuntien tarpeita palvelevan seurantajärjestelmän kehittämisessä sekä tiedon tulkinnassa ja hyödyntämisessä.
- Vahvistetaan tieteellistä tutkimusta, joka tarkastelee hyvinvointi- ja terveyseroja, niiden syntymekanismeja ja kaventamiskeinoja sekä palvelujärjestelmän systemaattista tutkimusta.

8 Toimintaohjelman toimeenpanotilanteen (liite) yhteenvetoa

Liitetaulukko on koottu Kansallisen terveyserojen kaventamishjelman toimeenpanosuunnitelman toimenpiteiden tämänhetkinen tilanne. Monet toimista ovat kesken tai vasta käynnistyneet, joten niiden vaikuttavuutta on mahdoton arvioida tässä.

Huomiota on kiinnitetty selkeästi toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleviin nuoriin sekä työttömien terveystalvelujen parantamiseen. Näitä terveyden edistämisen toimenpiteitä tulee jatkaa. Työpaikkojen toimintakulttuurin muuttaminen terveyttä edistävään suuntaan on aloitettu suppeilla pilottihankkeilla. Työtä tulee jatkaa, laajentaa ja juurruttaa. Alkoholin ja tupakan haittoja on pyritty vähentämään veronkiristyksillä, lakimuutoksilla ja muilla valtakunnallisilla toimenpiteillä. Näiden tavoitteiden toteutumisen edellytyksenä on yleisen ilmapiirin tuki. Tulokset näkyvät viiveellä ja samalla tulee seurata toteutuuko laki kattavasti. Ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvät toimenpiteet ovat lähinnä työryhmäehdotuksia, suosituksia ja periaatepäätöksiä. Joukkoruokailutyöryhmän suositukset vaativat laajaa yhteistyötä työnantajien, työntekijöiden, ruokatalvelujen ja julkisen sektorin välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi käynnistetyssä KASTE-kehittämissuunnitelmassa terveyseronäkökulma on hyvin esillä. Parhaillaan valmistellaan KASTE II -ohjelmakautta ja on toivottavaa, että myös siinä tavoitellaan terveyden eriarvoisuuden vähentymistä. Lisäksi on tehty terveydenhuoltolain uudistus sekä sosiaali- huoltolain uudistus on valmisteilla. Kuntoutusjärjestelmän vastuut ovat määrittelemättä, mutta sen kehittämistä jatketaan. Myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseen kohdistuu eri suunnilta tulevia paineita.

Toimenpiteissä painottuvat selkeästi erotiedon keruu ja seuranta sekä tutkimuksen vahvistaminen. Vaikka tiedonkeruuseen on kiinnitetty huomiota, seurantajärjestelmien edelleen kehittäminen ja toimivuus on varmistettava. Tietoa eroista on jo runsaasti olemassa; nyt olisi aika painottaa toimia erojen kasvun hillitsemiseksi. Faktatiedon hyödyntämisessä on myös puutteita ja tuentarpeita ainakin kuntatasolla. Ongelmana lieneekin se, että tutkimus ei ole vielä pystynyt tuottamaan riittävästi tietoa toimivista keinoista ja niiden vaikuttavuudesta erojen kaventamisessa.

Työryhmiä on perustettu lukuisia pohtimaan uusia ehdotuksia ja lakimuutoksiakin on saatu aikaan. Ohjelmien myötä hankkeille on tarjottu rahoitusta. Hanke-työtä toimeenpanokokonaisuudessa on varsin paljon. Hankkeiden kohdalla voidaan kysyä, tuleeko niissä kehitetyistä toimintatavoista myös pysyvää toimintaa. Samaan aikaan tehdään kuitenkin poliittisia päätöksiä, jotka uhkaavat viedä kehitystä päinvastaiseen suuntaan. Onko lakiehdotuksia valmisteltaessa arvioitu lainkaan terveyden ja hyvinvointiin sekä eroihin kohdistuvat vaikutukset? Vai jäävätkö negatiivisiksi arvioidut vaikutukset taloudellisten tai muiden intressien varjoon?

Toimenpiteet toimintaohjelmaan on poimittu lähinnä sosiaali- ja terveysalalta (ministeriö ja sektoritutkimuslaitokset). Muiden hallinnonalojen rooli jää epäselväksi. Aito yhteistyö eri ministeriöiden ja kuntien eri hallintokuntien kesken tulisi aloittaa viimeistään nyt. Terveyssektorin asiantuntijoiden ja ammattilaisten tulee kuitenkin toimia yhteistyössä aloitteen tekijänä ja kanssakulkijana, koska heillä erityisesti on huoli ja ammattitaito terveyden ilmenemisestä ja jakautumisesta väestössä. Ratkaisuja on mahdollista löytää vain yhdessä pohtien.

Politiikkaohjelmien lisäarvo on ennen kaikkea hallituksen tärkeinä pitämien asioiden esiin nostamisessa. Hallituskauden aikana politiikkatavoitteille saatu julkisuus ja syntynyt keskustelu voi vaikuttaa tuleviin päätöksentekijöihin ja päätöksiin. Tätä kulttuurista tai asenteellista muutosta on vaikeata suoraan havaita tai osoittaa.²⁵⁰

Terveyserojen kaventamisen näkökulma ollaan ottamassa osaksi kaikkia politiikkoja läpäisyperiaatteella. Tämä on tärkeää, mutta oikeudenmukaisuusnäkökulmasta huolena on se, kuka ottaa vastuun toimista ja seurataanko tavoitteiden toteutusta. Toinen huoli näkökulman toteuttamisessa läpäisyperiaatteella liittyy konkreettisiin toimiin – kun nykyisessä terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassakin osa tavoitteista on jäänyt varsin abstraktille tasolle miten voidaan taata se, että jatkossa terveyseroja kavennetaan konkreettisesti.

Lähteet

Luku 1

- 1 Valkonen T (2007). Eriarvoisuus kuoleman edessä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2007: 44 243–249.
- 2 Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (toim.) (2007) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- 3 Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M & Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Painossa 2011.
- 4 Mackenbach J et al (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* 358;23.
- 5 Koskinen S & Martelin T. (2007) Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. *Teoksessa: Terveysthuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisymerkitys*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, Helsinki.
- 6 STM (2009a). *Skenaarioita sosiaalimeenoista. Terveysten edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7.
- 7 Hiilamo H (2010). Yhteiskunnan kahtiajako lietsoo muukalaisvihaa. *Sunnuntai-ebatti*, Helsingin Sanomat 10.10.2010.
- 8 Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Briefing paper. NHS, Health Development Agency.
- 9 Power C (1991). Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Social Science and Medicine* 32(4): 411-7.
- 10 Kestilä L (2008). *Pathways to the health – Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood*. Publications of the National Public Health Institute A 23/2008. Helsinki. Finland.
- 11 Wickrama KA, Conger RD, Wallace LE & Elder GH Jr (1999). The intergenerational transmission of health-risk behaviors: adolescent lifestyles and gender moderating effects. *Journal of Health and Social Behavior* 40(3): 258-72.
- 12 Lämsä A-L (2009). Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä – Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosaalihuollon asiakirjojen valossa. *Acta Universitatis Oulensis E Scientiae Rerum Socialium*. Oulu University Press.
- 13 Järvinen T & Jahnukainen M (2001). Kuka meistä onkaan syrjäytynyt? Marginalisaation ja syrjäytymisen käsitteellistä tarkastelua. *Teoksessa: Suutari M (toim.) Vallattomat marginaalit. Yhteisöllisyyttä nuoruudessa ja yhteiskunnan reunoilla*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- 14 Rönkä A (1999). Sosiaalinen selviytymisen lapsuudesta aikuisuuteen. Ongelmien kasautumisen kolme väylää. *Psykologia*, 34 (3), 181–185.
- 15 Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf
- 16 STM (2001). *Terveys 2015 -kansanterveysohjelma*. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2001:4, Helsinki.
- 17 VNK (2007). Hallitusohjelma. Vanhasen II hallitus 2007 – 2010. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Valtioneuvoston kanslia.
- 18 Bamba C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M & Petticrew M (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64:284-291.

Luku 2

- 19 Hiilamo H, Kangas O, Manderbacka K, Mattila-Wiro P, Niemelä M & Vuorenkoski L (2010). *Hyvinvoinnin turvaamisen rajat: Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa*. Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 48 s.
- 20 Wilkinson R & Pickett K (2009). *The spirit level. Why more equal societies almost always do better*. London: Penguin Books.
- 21 Martikainen P, Mäkelä P, Koskinen S &

- Valkonen T (2001). Income differences in mortality: a register based follow-up study of the three million men and woman. *International Journal of Epidemiology* 30, 1397-1405.
- 22 Mackenbach JP (2002). Income inequality and population health. *British Medical Journal* 2002;324:1-2.
- 23 Herttua K, Mäkelä P & Martikainen P (2008). Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. *American Journal of Epidemiology* 168:1110-1118.
- 24 Klavus J (2010). Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- 25 Salmi M, Sauli H & Lammi-Taskula J (2009). Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S (toim.). *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- 26 Rautio N & Heikkinen E (2000) Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyteen 75- ja 80-vuotiailla jyväsyläläisillä miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 14, 14-26.
- 27 Rautio ym. 2001
- 28 Kautto M, Palomäki M-L, Rantala J & Tuominen E (2009). Eläkeläisten tulot ja kokemukset toimeentulosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74:3. 290-302.
- 29 Vaarama M & Ollila K (2008). Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa: Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Stakes. Vammalan kirjapaino.
- 30 Kinnunen K (toim.)(2009). *Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Suomen ev. lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisu ja 2009:7.
- 31 Saarikallio-Torp M, Heino T, Hiilamo H, Hytti H & Rajavaara M (2010). Lapset huostassa, vanhemmat ahdingossa. Teoksessa: Hämäläinen U & Kangas O (toim.). *Perhepiirissä*. Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 236-265.
- 32 Moisio P (2008). Köyhyiden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa: Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Stakes. Vammalan kirjapaino.s. 256-275
- 33 Tilastokeskus, Tulonjakotilasto 2008. ennakkotiedot; http://www.stat.fi/til/tjt/2008/01/tjt_2008_01_2010-01-26_tau_001_fi.html
- 34 Etuuskien tiukka jaottelu perus- ja vähimmäisturvan etuuksiin on mahdollonta. Yksittäisten etuuskien listauksen sijaan on selkeämpää linjata, että vähimmäisturvan etuudet muodostavat työmarkkinoiden ulkopuolella olevien ja ansiosidonnaisten etuuskien piiriin kuulumattomien pääasiallisen toimeentuloturvan (Moisio 2009)
- 35 Moisio P (2009). *Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa – Selvitys sosiaaliturvan kokonaisuudistus (Sata) –komitealle*. Avauksia. THL 9/2009.
- 36 Pasi Moisioin muistiot 2010
- 37 Toimeentulotuki 2009. THL:n tilastoraportti 31/2010.
- 38 Toimeentulotuki 2008. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. Tilastoraportti 3/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2010.
- 39 Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten osuus kaikista alle 18-vuotiaista.
- 40 Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 1995–2007.
- 41 Pyllkänen E (2009) Yksinhuoltajaperheiden rankempi taakka. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S (toim.). *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- 42 Penttilä I, Kangas O, Nordberg L & Ritakallio V-M (2003). *Suomalainen köyhyys 1990 lopulla – väliaikaista vai pysyvää?* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:7.
- 43 Uusitalo H (toim.) (2006). *Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo. Kehitys vuosina 1990-2005*. Eläketurvakeskuksen raportteja 2006:2.
- 44 Eurooppa 2020 – Älykkään, kestävä ja osallistavan kasvun strategia (2010). Euroopan komission tiedonanto. Bryssel 2010. http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_FI_ACT_part1_v1.pdf
- 45 Stop köyhyys ehdotukset http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop_koyhyys/haastevastaukset
- 46 STM (2009b). *Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista*.

- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:10.
- 47 STM (2010a). *Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 2010*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1.
- 48 STM (2009c). *Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.
- 49 Saari J (toim.) (2010). *Tulevaisuuden voittajat - Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa*. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010. <http://web.eduskunta.fi/dman/Document.php?documentId=fy27210090453064&cmd=download>
- 50 Soininvaara O (2010). *SATA-komitea*. Teos, Helsinki.
- Luku 3**
- 51 West P & Sweeting H (2004). "Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland." *Social Science and Medicine* 59(1): 13–27.
- 52 Hagquist CE (2007). Health inequalities among adolescents: the impact of academic orientation and parents' education. *European Journal of Public Health* 17(1): 21–6.
- 53 Pelkonen M & Martelin T (2008). Terveysterojen ja syrjäytymisen ehkäisy lapsuudessa ja nuoruudessa. *Teoksessa: Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- 54 Gissler M, Meriläinen J, Vuori E & Hemminki E (2003). Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57(6):433-9.
- 55 Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H & Aromaa A (2006). Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal on Public Health*. 16 (3):306-15.
- 56 Koivusilta LK, Rimpelä AH & Kautiainen SM (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health* 6: 110.
- 57 Kouluterveyskysely 2010, THL
- 58 Koskinen S, Kestilä L, Martelin T & Aromaa A (2005). *Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset 18-29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005.
- 59 Huurre T, Aro H & Rahkonen O (2003). Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status: a follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38(5): 249–55.
- 60 THL:n tutkijan Reija Paanasen esitys Tieteen päivien lehdistötilaisuudessa 12.1.2011 koskien SALVE-hankkeen tutkimusta sekä alustavia tuloksia.
- 61 Myrskylä P (2009). Koulutus periytyy edelleen. Hyvinvointikatsaus 1/2009. Helsinki. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-03-16_002.html
- 62 Moisio P & Kauppinen T. M (2010). Toimeentulotuen asiakkuus periytyy vanhemmilta lapsille. Hyvinvointikatsaus 1/2010, 21–24.
- 63 Lämsä A-L (2009). Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä – Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. *Acta Universitatis Oulensis E Scientiae Rerum Socialium*. Oulu University Press 2009
- 64 Rimpelä M (2008). Lasten ja nuorten hyvinvointi. *Teoksessa: Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008*. Stakes. Vammalan kirjapaino. 62–73.
- 65 Jäntti M (2010). Lapsiköyhyydestä Suomessa. *Teoksessa: Hämäläinen U & Kangas O (toim.): Perhepiirissä*. Helsinki: Kellan tutkimusosasto, 62–75
- 66 Gornick JC & Jäntti M (2009). *Child poverty in upper-income countries: lessons from the Luxembourg Income Study*. Luxembourg Income Study Working Paper Series, Working Paper No. 50.9
- 67 Myllyniemi S (2008). Tilasto-osio. *Teoksessa: Autio M, Eräranta K & Myllyniemi S (toim.) Polarisoituva nuoruus. Nuorten elinolot -vuosikirja*. Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 84. Nuorisosaian neuvottelukunta, julkaisuja 38. Stakes, Helsinki.
- 68 Heino T (2008). *Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset: Selvitys Lastensuojelun kehittämisohjelmalle*. Stakes, Työpapereita 9/2008. Helsinki, 72 s.
- 69 Heino T (2007). *Keitä ovat lastensuojelun uudet asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana*. Stakes, Helsinki.
- 70 Heino T (2009). Lastensuojelun tilastot,

- asiakkaat ja palvelut. *Teoksessa*: Bardy M (toim.) *Lastensuojelun ytimessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. 52–75.
- 71 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy (2007). Valtiontalouden tarkastusvirasto, Toiminnantarkastuskertomus146/2007. Edita Prima Oy
- 72 STM (2008a). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.
- 73 Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M (2008). *Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen*. Stakes, Raportteja 21, Helsinki.
- 74 Rimpelä M, Rigoff A-M, Kuusela J & Peltonen H. (toim.) (2007a). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – perusraportti kyselystä 7.–9. vuosiluokkien kouluille*. Opetushallitus ja Stakes. Helsinki.
- 75 Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E & Rimpelä A. (2007b.) *Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007*. Stakes, Työpäpöreitä 32. Helsinki.
- 76 Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A. (2008a). *Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009*. Stakes Raportteja 40. Helsinki.
- 77 Rimpelä M, Kuusela J, Rigoff A-M., Saaristo V & Wiss K. (2008b). *Hyvinvoinnin ja terveyden distäminen peruskouluissa 2 – perusraportti kyselystä 1.–6. vuosiluokkien kouluille*. Opetushallitus ja Stakes. Helsinki.
- 78 Väyrynen P, Saaristo V, Wiss K & Rigoff A-M. (toim.) (2009). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa –perusraportti kyselystä 2008*. Opetushallitus ja terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- 79 STM (2008b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6
- 80 STM (2009d). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9.
- 81 Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. Opetusministeriö. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamisohjelma.pdf
- 82 Larivaara M (2010). Taustatekstiä Kaste-hankkeista (julkaisematon).
- 83 STM (2009e). Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
- 84 Rimpelä M (2010). Opiskeluhuollon palvelut. *Teoksessa*: *Nuorten hyvinvointi ja pahoinvointi. Konsensuskokous 2010*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia. Vammala.
- 85 Opetus- ja kulttuuriministeriö, <http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/Hankkeet/pop/?lang=1>
- 86 Tapola-Tuohikumpu S (2005). *Positiivisella diskriminaatiolla varhaista tukea. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Positiivisen diskriminaation hankekokonaisuuden (2001–2004) loppuraportti*. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 3/2005. http://www.socca.fi/files/152/Positiivisella_diskriminaatiolla_varhaista_tukea_tapola_tuohikumpu_2005.pdf [luettu 10.1.2011]
- 87 Ala-Outinen A (2010). *Hyvinvoinnin tukiverkko koetuksella. Helsingin palveluvirastojen toiminta kaupungin sosiaalisen eriytymisen ehkäisemiseksi*. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 2010/3. http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/10_11_12_Tutkimuksia_3_Ala_Outinen.pdf [luettu 14.1.2011]
- 88 Koulutus ja tutkimus 2007–2012 – Kehittämissuunnitelma. Opetusministeriön julkaisuja 9/2008.
- 89 Osaava ja luova Suomi. Opetus- ja kulttuuriministeriön tulevaisuuskatkaus. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2010:15.
- 90 Opetushallitus, Wera-web -raportointipalvelu
- 91 Valtioneuvoston tiedote 23.3.2010. <http://www.vn.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=290879> [luettu 23.7.2010]
- 92 Kouluterveyskyselyn 2010 tulokset: <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/valtak.htm>
- 93 <http://www.hel2.fi/semppari/>
- 94 STM (2009f). Oppilaas- ja opiskelija-huoltotyöryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:34.
- 95 Lastensuojelulaki 2007/417
- 96 Joustava perusopetus – JOPO®-toiminnan

- aloittaminen ja vakiinnuttaminen. Koulutus- ja tiedepoliittikan osasto. Opetusministeriön julkaisu 26/2009.
- 97 Opetus- ja kulttuuriministeriö, tiedote 25.06.2009 <http://www.minedu.fi/OPM/Tiedotteet/2009/06/Ammattistartti.html?lang=fi>
- 98 Etsivä työpajatoiminta –raportointi. Nuorten työpajatoimintaan liittyvä etsivä työ. Opetusministeriö, Nuorisoyksikkö Raportti 2/2008.
- 99 Opetus- ja kulttuuriministeriö, tiedote 08.07.2010 http://www.minedu.fi/OPM/Tiedotteet/2010/07/Etsiva_nuorisotyö.html?lang=fi
- 100 www.kunnat.net
- 101 Työpajayhdistyksen lausunto Eduskunnan sivistysvaliokunnalle 1.10.2009. Valtakunnallinen työpajayhdistys ry. <http://www.tpy.fi/@Bin/60766/Lausunto+sivistysvaliokunnalle+1.10.09.pdf>
- 102 Pietikäinen R (2007). *Palveluiden väliin putoamisesta yhtenäisiin palvelupolkuihin? Tutkimusinventaaari nuorten nivelvaiheen palveluja koskevista tutkimuksista*. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 13.
- 103 Pitkänen S, Aho S, Koponen H, Kylmäkoski M, Nieminen J & Virjo I (2007). *Ryhtiä ja ruutia nuorten työvoimapalveluihin. Nuorten yhteiskuntatakuun toteutumista ja tuloksia selvittävä tutkimus*. Työpoliittinen tutkimus 333. Työministeriö 2007.
- 104 Nuoret työmarkkinoilla, VM 2010
- 105 Esim. perusopetuslaki ehdotuksessa, nuorisolaissa, lastensuojelulaissa, asetuksessa 380/2009, oppilas- ja opiskelijahuoltolain valmistelussa
- 106 Lapsi- ja nuorisopolitiikan koordinaation vahvistaminen 2010, OKM <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/tr15.pdf?lang=fi>
- 107 Lasten nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO_Lapset_HSA2007.pdf
- 108 Lapsivaikutusten arviointi kuntapäätöksissä Työväline kunnille lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseen sekä palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin (2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut. [luettu 28.1.2011]
- 109 Hallitusohjelman toimeenpanon arviointi hallituskauden puolivälissä. Hallituksen strategia-asiakirjan seuranta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 14/2009. Luettu 27.1. osoitteessa <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/j14-hallitusohjelman-toimeenpanon-arviointij26-the-finnish-j27-halvtidoversyn/pdf/fi.pdf>
- 110 STM (2005). Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:36.
- 111 Paavola A (2008). Lasten ja nuorten elinoloja koskevat tilastot ja muut tietolähteet. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 3:2008. Luettu 24.1.2011 osoitteessa: http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?folderId=101063&name=DLFE-8156.pdf
- 112 Mäki P, Laatikainen, T, Koponen, P, Hakulinen-Viitanen, T ja LATE-työryhmä (2008). *Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 28/2008.
- 113 Lammi-Taskula J & Salmi M (2010). Lapsiperheiden toimeentulo lamasta lamaan. *Teoksessa: Vaarama M ym. (toim.) Suomalaisien hyvinvointi 2010*. Helsinki; THL, 198–214.
- 114 THL:n lausunto sosiaali- ja terveystalokunnalle hallituksen esityksestä eduskunnalle lastensuojelulain muuttamiseksi HE 137/2010.
- 115 Karjalainen P & Sarvimäki P (toim.) (2005). *Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2005:13. Helsinki.
- 116 Valtakunnallinen työpajayhdistys ry. Julkilausuma 17.8.2010. <http://www.tpy.fi/?x17730=102224>
- 117 Ks. esim. TPY:n lausunto eduskunnan sivistysvaliokunnalle 25.5.2010; MLL:n lausunto nuorisolain sekä opiskelijavaliintarekisteristä ja ylioppilastutkintorekisteristä annetun lain muuttamisesta 25.5.2010. ; Suomen Nuorisoyhteistyö Allianssi ry:n lausunto nuorisolain sekä opiskelijavaliintarekisteristä ja ylioppilastutkintorekisteristä annetun lain muuttamisesta 29.4.2010.
- 118 Jäppinen A-K (2010). *Ammatilliseen peruskoulutukseen ohjaavan ja valmistavan koulutuskokeilun (ammattistartti) vaikuttavuus*. Loppuraportti. Raportti ja selvitykset 2/2010. Opetushallitus. Jyväskylä.
- 119 Ammatillisen peruskoulutuksen tulosaaritus Tulosmittariseloste vuodelle 2011. Opetushallitus. Luettu 26.1.2011 osoitteesta: <http://www02.oph.fi/asiakkaat/>

- rahoitus/tulosr11/Tulosmittariseloste_2011.pdf
- 120 Suurpää L (toim.) (2009). *Nuoria koskeva syrjäytymistieto. Avauksia tietämisen politiikkaan*. Nuorisotutkimusverkosto verkkojulkaisuja 27.
- 121 Heino T & Pösö T (2003). Tilastot ja tarinat lastensuojelun tietolähteinä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (2003):6.
- 122 Puustinen-Korhonen A & Pösö T (2010). *Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin? Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta*. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2010:3. Lapsiasiavaltuutetun toimisto, Lastensuojelun Keskusliitto, Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino 2010.
- 123 Valtion nuorisoasiain neuvottelukunta. Kannanotto keskusteluun lapsi- ja nuorisopolitiikan koordinaatiosta 10.6.2010 http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisoasiain_neuvottelukunta/nuoran_tiedotteet_ja_kannanotot/2010/nuora_kannanotto_koordinaatio_10-06-2010.pdf
- 124 Lapsiasiavaltuutettu. Lapsi-, nuoriso- ja perhepolitiikan koordinaatio valtionhallinnossa. Lapsiasianeuvottelukunnan muistio ja kannanotto 11.3.2010. http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?p_l_id=52437&folderId=1412332&name=DLFE-11133.pdf
- Luku 4**
- 125 Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P & Remes H (2007). Sosioekonomiset kuolleisuuserot. *Teoksessa*: Palosuo H ym. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23. Helsinki
- 126 Miranda H, Punnett L, Viikari-Juntura E, Heliövaara M & Knekt P (2008). Physical work and chronic shoulder disorder. Results of a prospective population-based study. *Ann Rheum Dis* 67(2): 218–223.
- 127 Oksa P, Palo L, Saalo A, Jolanki R, Mäkinen I & Kauppinen T (2010). *Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2008 Työperäisten sairauksien rekisteriin kirjatut uudet tapaukset*. Työterveyslaitos. Helsinki 2010.
- 128 Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L ym. (2010). *Työ ja terveys –haastattelututkimus 2009*. Työterveyslaitos, Helsinki 2010.
- 129 Pensola T, Gould R & Polvinen A (2010). *Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Mennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16.
- 130 Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A-M & Keskimäki I (2008). *Katsaus työttömyyden ja terveyden väliin yhteyksiin*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 14/2008.
- 131 Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A & Prättälä R (2007). Koettu terveys. *Teoksessa*: Palosuo H ym. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- 132 Pensola T, Ahonen H & Notkola V (2004). *Ammatit ja kuolleisuus – työllisten ja työttömien ammattiryhmittäinen kuolleisuus 1996-2000*. Tilastokeskus. Helsinki.
- 133 Böckerman P & Ilmakunnas P (2009). Unemployment and Self-assessed Health: Evidence from Panel Data, *Health Economics*, 18:2, 161–179.
- 134 Virtanen S, Helakorpi S, Kauppinen T, Prättälä R, Tuomi K, Uutela A & Palo L (2006). *Elintavat ja työssä altistuminen Suomessa*. Työterveyslaitos. Helsinki 2006.
- 135 Prättälä R, Linnanmäki E & Vartiainen E (2008). Terveyserojen kaventaminen elintapoihin vaikuttamalla. *Teoksessa*: *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- 136 Laaksonen M, Helakorpi S, Karvonen S, Patja K & Sulander T (2007). Tupa-kointi. *Teoksessa*: Palosuo H ym. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- 137 Helakorpi S, Mäkelä P, Helasoja V, Karvonen S, Sulander T & Uutela A (2007). Alkoholin käyttö. *Teoksessa*: Palosuo H ym. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- 138 Borodulin K, Helakorpi S, Sulander T, Puusniekka R & Prättälä R (2007). Liikunta. *Teoksessa*: Palosuo H ym. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. So-*

- sioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.
- 139 STM (2009g). Joukkoruokailun kehittäminen. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:44.
- 140 Keskimäki I, Manderbacka K & Teperi J (2008). Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. *Teoksessa*: Ashorn U & Lehto J (toim.) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Jyväskylä, 50–66.
- 141 Keskimäki I (2005). Terveyspalveluiden käyttö eri sosiaaliryhmissä. *Teoksessa*: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) *Suomalaisten terveys*. Duodecim. Stakes. Kansanterveyslaitos. Saarijärvi.
- 142 Teperi J (2008). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen. *Teoksessa*: *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:12.
- 143 Työ- ja elinkeinoministeriö. Työllisyyskatsaus, lokakuu 2010. <http://www.tem.fi/files/28423/LOKA10.pdf> [luettu 20.12.2010]
- 144 Kauppinen TM, Saikku P & Kokko R-L (2010). Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. *Teoksessa*: Vaarama M, Moisio M & Karvonen S. (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino 2010. Helsinki.
- 145 Kieselbach T & Project Group (2009). *Health in Restructuring. Innovative Approaches and Policy Recommendations (HIRES)*. Final Report. University of Bremen.
- 146 Böckerman P & Ilmakunnas P (2007). *Unemployment and self-assessed health: Evidence from panel data*. Palkansaajien tutkimuslaitos. Työpapereita 227 Helsinki.
- 147 Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki, M, Liukkonen V, Virtanen, M & Ferrie J (2005). Labour market trajectories and health: a four-year follow-up study of initially fixed-term employees. *American Journal of Epidemiology*, 161, 840–846.
- 148 Leino-Arjas P, Liira J, Mutanen P, Malmivaara A & Matikainen E (1999). Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 319, 600–605.
- 149 Kerätär R & Karjalainen V (2010). Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. *Suomen Lääkärilehti* 45/2010 vsk 65 s. 3683 – 3690.
- 150 Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2009 (2010). Eläketurvakeskus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- 151 Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys edelleen kasvussa (2008). Kelan Teemakatsaus. Kelan tutkimusosasto.
- 152 Gould R, Kaliva K & Lampi J (2008). *Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Ennakkotietoja Eläketurvakeskuksen tutkimuksesta*. Eläketurvakeskus. Helsinki 2008.
- 153 Laiho V, Hopponen A, Latvala T & Rämö A-K (2010). *Erytisryhmien työkyky – Työttömät ja vammaiset*. Pellervon talouskeskus. Helsinki 2010.
- 154 Saarnio L (2010). *Työeläkekuroutus vuonna 2009*. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2010. Helsinki 2010.
- 155 Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015 -Työterveyshuollon kehittämislinjaukset (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3. Helsinki 2004.
- 156 STM, Työhyvinvointifoorumi <http://www.stm.fi/tyosuojelu/tyohyvinvointi/foorumi> [luettu 24.11.2010]
- 157 OECD (2008). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Vol. 3: Denmark
- 158 Nyfors H (2010). Mitä eri työryhmissä ja kehittämisohjelmissa ollaan esittämässä kuntoutuksen kehittämiseksi? 19.3.2010 Kuntoutuskumppanuuden avulla palvelut toimiviksi. 38. Valtakunnalliset Kuntoutuspäivät.
- 159 STM (2010b). Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:11.
- 160 Keskitalo E (2008). *Balancing Social Citizenship and New Paternalism*. Finnish activation policy and street-level practice in a comparative perspective. Research report 177. Helsinki: Stakes.
- 161 Tuomaala M (2007). *Työmarkkinatu- en aktiivointiuidistuksen toteutuminen vuonna 2006*. Työministeriö analyseja 1/2007.
- 162 Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudista-

- miseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009:62. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-10834.pdf
- 163 Muutosturvaa lomautetuille ja määräaikaisille (päivitetty 29.5.2009) Eduskunta. <http://web.eduskunta.fi/Resource.phx/pubman/templates/1.htx?id=2451> [luettu 2.6.2010]
- 164 Kotiranta P-L & Kokko R-L (2010). Väilyömarkkinat työvoimapolitiikassa. *Teoksessa: Kokko R-L & Kotiranta P-L, Työllisyys, terveys ja hyvinvointi. Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009-2013. I osaraportti 2.6.2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 17/2010. Helsinki. Yliopistopaino 2010.*
- 165 Saikku P (2009). *Terveyspalvelu työllistämisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla.* THL raportti 22/2009. Yliopistopaino. Helsinki 2009.
- 166 Sinervo L (toim.) (2009). *Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämävaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit.* Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 23/2009. Yliopistopaino. Helsinki 2009.
- 167 OECD (2010) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers.* Finland Ireland and the Netherlands. Paris.
- 168 Saikku P & Sinervo L (2010). *Työttömien terveyspalvelujen juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia.* THL:n raportti 42/2010.
- 169 Eduskunta. Muutosturvaa lomautetuille ja määräaikaisille <http://web.eduskunta.fi/Resource.phx/pubman/templates/1.htx?id=2451> [luettu 24.7.2010]
- 170 Hämäläinen K, Tuomala J & Ylikännö M (2009). *Työmarkkinatuen aktivoimisen vaikutukset.* Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 7/2009. Työ ja yrittäjyys.
- 171 Karjalainen J & Karjalainen V (2010). *Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta.* Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 38/2010.
- 172 Karjalainen J & Moisio P (2010). *Kannustin- ja byrokraatialoukut suomalaisessa sosiaaliturvassa. Teoksessa: Vaarama M, Moisio M & Karvonen S. (toim.). Suomalaisen hyvinvointi 2010.* Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino 2010. Helsinki.
- 173 Ylikännö M (2010). Kelan tutkimusosaston blogi. <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/405> [luettu 24.7.2010]
- 174 Suikkanen A (2008). Selvitys välyömarkkinoista. 13.10.2008. (päivitetty 4.5.2009) SATA-komitean selvityksiä.
- 175 Polvinen H (2010). Pitkäaikaistyöttömien ohjautuminen Kelan kuntoutukseen – Työntekijöiden näkemyksiä ja odotuksia. Tampereen yliopisto, Oikeustieteiden laitos, Vakuustiede, Pro gradu-tutkielma.
- 176 Notkola V (2010). Kuntoutus tukemaan työuria ja työelämässä pysymistä. Pääkirjoitus. *Kuntoutus* 1/2010.

Luku 5

- 177 Nolte E & McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. Nuffield trust 2004. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/21404avoidablemortality2.pdf> [luettu 15.6.2010].
- 178 Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E & Keskimäki I (toim) (2006). *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.* Stakes, Helsinki 2006.,
- 179 Häkkinen U & Alha P (toim.) (2006). *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot.* Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:10 2006, Helsinki.
- 180 Koponen P & Alha P (2006). Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen. *Teoksessa: Häkkinen U, Alha P (toim.). Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot.* Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:10 2006, Helsinki, s. 22-31.
- 181 Keskimäki I (2003). How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science and Medicine* 2003;56:1517-30.
- 182 Muuri A, Manderbacka K, Vuorenkoski L & Keskimäki I (2008). Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 73: 4, s. 446-451.
- 183 Partanen A, Moring J, Nordling E & Bergman V (toim.) (2010). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009.* Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos avauksia 16/2010. Helsinki.
- 184 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 387/2008
- 185 Larivaara M, Manderbacka K & Keski-

- mäki I (2009). Terveydenhuollon uudistukset ja oikeudenmukaisuus. *Teoksessa*: Taimio H (toim.) *Kurssin muutos: Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin*. Työväen Sivistysliitto. Helsinki, 241–258.
- 186 Kapiainen S & Klavus J (2007). Terveydenhuollon asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille. *CHES Online* 2007:1:4-5.
- 187 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009.
- 188 Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, Jonsson P-M, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E & Vuorenkoski L (2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. *THL:n asiantuntijaryhmä* 17.11.2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- 189 Kokko S, Heinämäki L, Tynkkynen L-K, Haverinen R, Kaskisaari M, Muuri A, Pekurinen M & Tammelin M (2009). *Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttaminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja tuottamisesta*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 36/2009.
- 190 Wahlbeck K, Moring J, Nevalainen V, Nordling E, Partanen A, Vuorenmaa M & Bergman V (2010). *THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan. Toimenpiteet 2009–2010*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.
- 191 OECD Reviews of health systems – Finland. Paris, OECD 2005.
- Luku 6**
- 192 Maahanmuuton vuosikatsaus 2009. Sisäasiainministeriö. Maahanmuutto-osasto.
- 193 Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma. Työhallinnon julkaisu 371/2006.
- 194 Maahanmuuttajien integroituminen suomalaisen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Osaaminen, työ ja hyvinvointi 9/2009. Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- 195 Arajärvi P (2009). *Maahanmuuttajien työllistymisen ja kannustinloukut*. Sisäasiainministeriön julkaisu 2/2009. Helsinki.
- 196 Pohjanpää K, Paananen S & Nieminen M (toim) (2003). *Maahanmuuttajien elinolot - Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002*. Elinolot 2003:1. Helsinki: Tilastokeskus.
- 197 Pohjanpää K (2003). Maahanmuuttajien terveydentila. *Teoksessa*: Pohjanpää K, Paananen S & Nieminen M (toim) *Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002*. Tilastokeskus, Helsinki 2003.
- 198 Statens Folhälsoinstitutet (2004). Fodelslandets betydelse. En rapport om hälso- och sjukvårdens invandrargrupper in Sverige. Bollnäs.
- 199 Gissler M, Malin M & Matveinen P (2006). Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. *Teoksessa*: Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M & Kangasharju A. *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Pienten lasten hoito ja sosiaalihuollon avopalvelut*. Työpoliittinen tutkimus 296. Helsinki. Työministeriö
- 200 Saukkonen P (2010). Kotouttamispolitiikkaa meillä ja muualla. *Teoksessa*: Heikkinen T & Mynttinen E (toim.). *Kol-laasikaupunki*. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskuksen julkaisu- ja C 78. Aalto yliopisto, Teknillinen korkeakoulu. Yliopistopaino. Helsinki 2010
- 201 Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 493/1999 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990493>
- 202 Männikkö V (2010). *Kohdennettujen kuntien kotouttamisohjelmia ja kotouttamissuunnitelmia koskevan selvityksen tuloksia vuodelta 2009*. Maahanmuutto-osasto. Helmikuu 2010.
- 203 Maahanmuuttovirasto. Migri. <http://www.migri.fi/netcomm/default.asp>
- 204 Valtakunnallinen pakolaisten kuntiin osoittamisen strategia 2010-2011. Sisäasiainministeriö 2010. Maahanmuutto-osasto
- 205 Maahanmuuttajabarometrin loppuraportti 2009. Sisäasiainministeriö.
- 206 Työministeriö (2006). Miten kunnat kotouttavat? Kotouttamislain toimeenpanon seurantakyselyn tuloksia vuodelta 2005. Helsinki.
- 207 Alitolppa-Niitamo A (2005). Maahanmuuttajataustaiset perheet ja hyvinvoinnin edellytykset. *Teoksessa*: Alitolppa-Niitamo A, Söderling I & Fågel S (toim.) *Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin*. Helsinki: Väestötutkimuslaitos, Kotipuu.
- 208 Liebkind K, Jasinskaja-Lahti I, & Solheim

- E (2004). Cultural identity, perceived discrimination, and parental support as determinants of immigrants school adjustments. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 635-656.
- 209 Malin M (2010). Maahanmuuttajat ja terveyden eriarvoisuus (taustatekstiä 1.6.2010). Julkaisematon.
- 210 Suomen perustuslaki 731/1999 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> sivistykselliset oikeudet § 16
- 211 Känkänen P & Immonen-Oikkonen P (2009). Monikulttuurinen perhe koulun kasvatusympäristössä. *Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S (toim.). Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopiston kirjapaino 2009. Helsinki.
- 212 Ikonen K (2007). Oman äidinkielen opetuksen kehityksestä Suomessa. *Teoksessa: Latomaa S (toim.) Oma kieli kullan kallis. Opas oman äidinkielen opetukseen*. Helsinki: Opetushallitus.
- 213 Kuusela J, Etelälähti A, Hagman Å, Hievanen R, Karppinen K, Nissilä L, Rönneberg U & Siniharju M. (2008). *Maahanmuuttajaoppilaat ja koulutus - tutkimus oppimistuloksista, koulutusvalinnoista ja työllistämisestä*. Helsinki: Opetushallitus.
- 214 Arvonen A, Katva L & Nurminen A (2010). *Maahanmuuttajien oppimisvaikeuksien tunnistaminen*. WS Bookwell. Juva.
- 215 Laaksonen A (2007). *Maahanmuuttajaoppilaat erityiskoulussa*. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 262. Turku: Turun yliopisto.
- 216 Martin M (2008). Puhu suomea! Oppijan kielestä ja kielipolitiikasta. *Kielikello*. Kielenhuollon tiedotuslehti, kotimaisten kielten tutkimuskeskus 2/2008, 4-6.
- 217 Sutela H (2005). Maahanmuuttajat palkatyössä. *Teoksessa: Paananen S (toim.) Maahanmuuttajien elämää Suomessa*. Helsinki: Tilastokeskus.
- 218 Hämäläinen K, Kangasharju A, Pekkala S & Sarvimäki M (2005). *1990-luvun maahanmuuttajien työllisyys, tuloverot ja tulonsiirrot*. Työpoliittinen tutkimus 265. Helsinki: Työministeriö.
- 219 Martikainen T & Tiilikainen M. (toim.) (2007). *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*. Väestöntutkimuslaitoksen tutkimussarja D46/2007. Helsinki. Väestöliitto.
- 220 Vähemmistövaltuutetun vuosikertomus 2007. Vähemmistövaltuutettu.
- 221 Ahmad A (2005). Getting a Job in Finland. The Social Networks of Immigrants from the Indian Subcontinent in the Helsinki Metropolitan Labour Market. Academic dissertation, Research Reports No. 247. University Printing House. Helsinki.
- 222 Nenonen T (2003). *Ulkomaalaisena pääkaupunkiseudulla*. Pääkaupunkiseudun julkaisusarja B2003: 14. YTV, Helsinki.
- 223 Uudenmaan työsuojelupiiri 2009. <http://www.tyosuojelu.fi/fi/etela/>
- 224 Forsander A (2007). Kotoutuminen sukupuolittuneille työmarkkinoille? Maahanmuuttajien työmarkkina-asema yli vuosikymmen Suomessa muuton jälkeen. *Teoksessa: Martikainen T & Tiilikainen M (toim.) Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe ja työ*. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos. 312-334.
- 225 Joronen T & Ali A-A (2000). Maahanmuuttajien yritystoiminta Suomessa 1990-luvulla. *Teoksessa: Trux M-L (toim.): Aukeavat ovet - kulttuurien moninaisuus Suomen elinkeinoelämässä*.
- 226 Holm P, Hopponen A & Lahtinen M (2008). *Maahanmuuttajien työkyky 2008*. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen raportteja nro 210. Pellervon taloudellinen tutkimuslaitos PTT. Helsinki.
- 227 Työministeriön selvitys eduskunnan hallintovaliokunnalle maahanmuuttajista aiheutuvista kustannuksista. Työministeriö 2006.
- 228 Rauta A (2005). *Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3. Helsinki.
- 229 Hammar-Suutari S (2009). *Asiakkaana erilaisuus. Kulttuurien välisen viranomaistoiminnan etnografia*. Yliopistopaino. Joensuu 2009.
- 230 Eskola M-S (2009). Kotouttamisen uusista haasteista Suomessa. (kalvot) Tavoitteena osallisuus -kotoutumisen kansallisista tavoitteista hyviin käytäntöihin kunnissa. Vaasa 22.10.2009. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/CF1B4B39-204C-40DC-A99E-06DF82DF726D/0/Osallisuusseminaari_Eskola.pdf [luettu 22.9.2010]
- 231 Maahanmuuttajien tehokkaan kotouttamisen kolme polkua. Kokeilulaila toteutettava alkuvaiheen ohjauksen malli Osallisena Suomessa. Sisäasianministeriön julkaisuja 33/2009.
- 232 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kotoutumisen edistämisestä ja eräiden sii-

- hen liittyvien lakien muuttamisesta (HE 185/2010)
- 233 Sisäasianministeriö <http://www.poliisi.fi/intermin/home.nsf/pages/16071ED196A83F14C225776F003DC057>
- 234 Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille. Tampereen kaupungin kotisivut. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/hoitomaahanmuuttajat.html> [luettu 23.5.2010]
- 235 Helsingin diakonissalaitos. <http://www.hdl.fi/fi/maahanmuuttajat> [luettu 17.7.2010]
- 236 Sisäasianministeriö. ESR-tukihankkeet. <http://www.poliisi.fi/intermin/home.nsf/pages/92C258044367FE4EC22575E10020681E> [luettu 29.6.2010]
- 237 Kotouttamisen ja etnisten suhteiden seuranta ja indikaattorit -loppuraportti. Ramboll. Sisäasiainministeriö 2009. [http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/eb460e81269d0d14c225775300382881/\\$file/seuranta%20ja%20indikaattorit_loppuraportti_final_pdf.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/eb460e81269d0d14c225775300382881/$file/seuranta%20ja%20indikaattorit_loppuraportti_final_pdf.pdf) [luettu 30.7.2010]
- 238 International Organization for Migration. Most-project <http://iom.fi/content/view/187/8/>
- 239 Gustafsson S, von Herzen-Oosi N & Lamminmäki S (2010). *Monikulttuurisuustaitojen kehittäminen kouluuyhteisössä –ohjelma. Arvioinnin päätulokset ja kehittämisehdotukset*. Raportit ja selvitykset 2010:9. Opetushallitus. Tampereen Yliopistopaino Oy.
- 240 Valtioneuvoston tiedote, 15.9.2008. <http://www.valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=238590> [luettu 27.6.2010]
- 241 Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2011. http://budjetti.vm.fi/indox/tae/2011/he_2011.html [luettu 13.12.2010]
- 242 Ruhanen M & Martikainen T (2006). Maahanmuuttajaprojektit: hankkeet ja hyvät käytännöt. Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 22/2006. Väestöliitto. Helsinki 2006
- 243 Ks. lausuntoja kotouttamislakiuudistuksesta esim. Kuntaliitto: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;376;158314;165332;166365 Väestöliitto ry:n lausunto kotouttamislaista. <http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/622371/Kotolaki+2010.pdf> [luettu 4.7.2010]
- Lastensuojelun keskusliiton lausunto kotouttamislain uudistuksesta. http://www.lskl.fi/vaikuttaa/lausunnot/kotouttamislain_uudistaminen.html [luettu 4.7.2010]
- 244 Eduskunnan Hallintovaliokunnan mietintö (HaVM) 26/2010 vp http://www.riksdagen.fi/fakatmp/utatmp/akx-tmp/havm_26_2010_p.shtml [luettu 10.12.2010]
- 245 STM (2007). Maahanmuuttajien palvelut ja työllistyminen sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:41. Helsinki.

Luku 7

- 246 Vaarama M, Moisio P & Karvonen S (toim.)(2010). *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- 247 Kansanterveyden neuvottelukunnan asettaman Kuntaryhmän (julkaisematon) taustapaperi 6/2010
- 248 Hansson A-I (2002). Selvitys sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8. Helsinki.
- 249 Leppo K (2010). *Kansan terveys on tahdon asia: Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle*. Kalevi Sorsa säätiön julkaisuja 3/2010.
- 250 Poliitiikkaohjelmat ohjauskeinona: Esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 212/2010.
- 251 Jalonen H (2008). Informaatio-ohjaus tietojohdattamisen näkökulmasta. *Informaatiotutkimus* 27(2), 34–47.
- 252 Stenvall J & Syväjärvi A (2006). *Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä*. Valtionvarainministeriö, tutkimukset ja selvitykset 3/2006.
- 253 De Woot P (1996). Managing Change at University. *Journal of the Association of European universities*. CRE-action No 109.
- 254 Välimäki K & Puska P (2009). Hyvinvointipolitiikassa kohtaavat arvot ja tiede. Pääkirjoitus. *Yhteiskuntapolitiikka* 74:4, 355–357.
- 255 Wilskman K & Lähteenmäki M (2010). Informaatio-ohjaus ja THL. *Yhteiskuntapolitiikka* 75:4, 400–410.
- 256 Terve Helsinki –hanke 2009–2011. Helsingiläisten terveyserojen kaventamiseen vaikuttava hanke. <http://www.hel2.fi/TerveHelsinki/>
- 257 Kaikkonen R, Kostianen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R. & Koskinen S (toim.)(2008). *Sosioekonomiset terveys-*

- erot ja niiden kaventaminen Kainuussa*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B27/2008.
- 258 Murto J, Kaikkonen R, Kostianen E, Martelin T, Koskinen S & Linnanmäki E (2009). *Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 31/2009.
- 259 Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa: Tukiaineistoa kuntajohdolle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Kiide 13/2010, Helsinki. 34 s.
- 260 Tiedä ja Toimi –kortit. <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&content=1&task=view&id=107&Itemid=142>
- 261 Wessman J (2010). Selvitys terveyseroihin liittyvästä koulutuksesta yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa. THL, julkaisematon käsikirjoitus 13.10.2010.
- 262 Wilskman K, Ståhl T, Muurinen S & Perttilä K (2008). *Väestön hyvinvoinnin ja terveydenedistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007*. Stakes. Työpapereita 16/2008. Stakes, Helsinki.
- 263 HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- 264 STM (2010c). Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Helsinki.
- 265 Osatavoitteet: 1. Kodin ulkopuolelle si-
joitettujen lasten määrä suhteessa ikäryhmään kääntyy laskuun. 2. Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17-24-vuotiaden nuorten osuus ikäluokasta jää alle 10 prosentin. 3. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden 18-24-vuotiaden nuorten osuus vastaavasta ikäluokasta puolittuu. 4. Pitkäaikaistyöttömyys laskee alle 30000 henkilön. 5. Pitkäaikaisasunnottomuus puolittuu. 9. Lapsiperheiden pienituloisuusaste vähenee alle 10 prosenttiin.
- 266 Osatavoitteet: 6. Alkoholijuomien kokonaiskulutus vähenee vuoden 2003 tasolle. 7. Ylipainoisten osuus työikäisistä palautuu vuosien 1998–2001 tasolle. 8. Tupakkoivien 16–18-vuotiaiden osuus vähenee viisi prosenttiyksikköä.
- 267 Osatavoitteet: 13. Terveydenhuollon hoitoon pääsyn aikarajat toteutuvat. 14. Vanhuspalvelujen tarpeen arvioinnin määräjät toteutuvat. 15. Tarpeenmukainen säännöllinen kotihoito on tarjolla 14 %:lle yli 75-vuotiaista. 17. Perusterveydenhuollon lääkäri- ja hammaslääkäri-vaje vähenee. 18. Sosiaalityöntekijävaje vähenee. 19. Alueelliset erot erikoissairaanhoiton vaikuttavuudessa vähenevät.
- 268 Whitehead M (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly* 76(3):469-92, 306.
- 269 STM (2010d). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:8. Helsinki.

Liite:

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpano (1/2011)

1 Edistetään ammatillisessa koulutuksessa olevien terveyttä ja hyvinvointia

1.1 Järjestetään toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuolto kansallisen ohjeistuksen ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen mukaiseksi

- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009). Asetuksen toimeenpanoa tuettu (koulutus, tiedottaminen, soveltamisohjeet), kuntien valtionosuutta nostettu, seuranta THL, valvonta Avit ja Valvira
- STM selvittää opiskeluterveydenhuollon erilaisia järjestämistapoja asettamalla työryhmän, joka ehdotti toisen asteen ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden opiskeuterveydenhuollon järjestämistä oppilaitoksen sijaintikunnan järjestämänä. Ammattikorkeakouluopiskeijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämistavaksi ehdotettiin YTHS-mallia, jota varten perustettiin suunnittelu- ja ohjausryhmä kokeilun käynnistämiseksi.
- THL toteuttaa hankkeen Opiskelijoiden terveysseurannan kehittäminen (OPTE)
- TTL kehittää ammatillisten oppilaitosten työterveyshuoltoa. Tilannetta ja kehittämistarpeita (opiskeluterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyö) on selvitetty.

1.2 Kehitetään oppilas- ja opiskelijahuoltoa

- Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö asettivat joulukuussa 2008 työryhmän, jonka tehtävänä on tehdä ehdotukset tarvittavista toimista oppilas- ja opiskelijahuollon palvelujen saatavuuden parantamiseksi. Työryhmän esityksen (Oppilas- ja opiskelijahuoltotyöryhmän toimenpideehdotukset. STM:n selvityksiä 2009:34) mukaan oppilas- ja opiskelijahuololle tulisi säätää uusi yhtenäinen laki, joka hitsaisi yhteen opetustoimen, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tehtävät oppilas- ja opiskelijahuollossa.
- THL ja OPH ovat valmistelleet yhdessä koulujen ja oppilaitosten käyttöön oppilas- ja opiskelijahuollon oppaan.

1.3 Kehitetään opetuksen sisältöjä

- Uudistettiin ammatillisen toisen asteen perustutkintojen perusteet (opetussuunnitelmien ja näyttötutkintojen perusteet). Uudistus koskee kaikkia koulutusaloja, jolloin terveyttä, turvallisuutta ja toimintakykyä vahvistavat ammattitaitovaatimukset ja terveyden edistämisen näkökulma voidaan ottaa huomioon kaikkien alojen perustutkintojen perusteissa.
- Terveystiedon ja liikunnan opetus ammatillisessa peruskoulutuksessa on uudistettu tavoitteiltaan ja arviointikriteereiltään yhteistyössä lukiokoulutuksen kanssa.
- Vapaaehtoinen Ammattiosaajan työkykypassi ammatillisessa koulutuksessa: Useat koulutuksen järjestäjät ovat ottaneet passin tarjontaansa ja mahdollistavat opiskelijalle terveyden edistämiseen sitoutumisen ja sen kehittämisen yksilötasolla koulutuksen aikana.
- Päihdetyön koulutuksen kehittämisen hanke edistää peruspalvelujen henkilöstön päihdetyön osaamista perustutkintojen sisältöihin vaikuttamalla. Hanke jalkauttaa Päihdeongelmien ehkäisy- ja hoidon koulutuksen kehittämisen työryhmän (OPM 2007:17) suosituksia. Päihdetyön ammattitaitovaatimuksia tullaan vahvistamaan sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perusteissa uudistustyön yhteydessä.
- TTL tarjoaa menetelmiä peruskoulun päättävien sekä ammatillisesta koulutuksesta työhön siirtyvien urasuunnittelun ja -hallinnan tueksi. Ryhmämenetelmät: TTL on kouluttanut yli 320 opettajaa ja työvoimaohjaajaa (Koulutuksesta työhön - ammatillisesta koulutuksesta valmistuville) ja yli 170 opinnonohjaajaa ja opettajaa (Kohti työelämää - peruskoulun yläasteelta valmistuville) eri puolilla Suomea menetelmän ryhmäohjaajiksi.
- TTL kehittää malleja työttömyydestä työhön siirtymisen helpottamiseksi ja tehostamiseksi. Työnsä menettäneiden uudelleentyöllistymisen nopeuttamiseen ja masennusoireiden vähentämiseen tarkoitettun Työhön ryhmämenetelmän ohjaajia TTL on kouluttanut noin 300, pääosin työhallintoon. Osallistujia ryhmissä on ollut noin 38 000. Menetelmä on yhä erittäin toimiva, mutta vaatisi uudistamista ajan henkeen sekä ryhmätoiminnalle kotipesän. Työttömille julkaistiin opas: Terveenä työttömyydestä - Miten hallitset elämäntilanteesi. Oppaita painettiin ja levitettiin maanlaajuisesti yhteensä 150 000 kpl suomenkielistä ja 10 000 kpl ruotsinkielistä opasta.

1.4 Kootaan ja levitetään tietoa opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen käytännöistä sekä edistetään tiedon hyödyntämistä

- THL:n Terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa -hanke (2008–2010) on koontanut tietoa opiskelijoiden terveydestä, terveyden taustatekijöistä, sekä terveyden edistämisen käytännöistä ja malleista ja välittänyt sitä koulutuksenjärjestäjille, kunnille ja oppilaitoksille verkostotapaamisten, tukiaineistojen (mm. Tupakatta työelämään - savuttomuusopas ammatilliseen koulutukseen) ja koulutusten muodossa.
- THL:n Kouluterveyskyselyssä kerätään tietoa nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista sekä terveysosaamisesta ja oppilas-/opiskelijahuollosta. Vuodesta 2008 lähtien tiedonkeruu ammatillisissa oppilaitoksissa on valtakunnallisesti kattavaa. Kouluterveyskyselyn tuloksia hyödynnetään valtakunnallisessa ja kunnallisessa nuorten hyvin-

voinnin seurannassa ja päätöksenteossa, poikkihallinnollisessa sekä eri hallinnonalojen hyvinvointityössä. Erityisesti tuloksia hyödynnetään oppilaitosten opiskeluhuollon ja terveydenhuollon toimintojen kohdentamisen suunnittelussa.

- Aikalisä-tukiohjelmamallia, jossa kehitetään psykososiaalisia tukitoimia nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi, laajennetaan ammatillisiin oppilaitoksiin. Esim. Helsingin Tsemppari – Nuorten Aikalisä-hankkeen kehittämistyön tuotokset vakiinnutetaan pysyviksi käytännöiksi ja toimintatapa levitetään kaikkiin Helsingin ammattioppilaitoksiin.

2 Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria niillä ammatti- ja toimialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä

2.1 Ammattiryhmittäinen terveyserojen kaventaminen

- Ammattiryhmittäisten terveyserojen kaventamiseksi on tehty riskiammattiryhmien (työn kuormitus- ja altistustekijät, työkykyongelmat ja elintapakäyttäytymisen paheet kasautuvat sekä ammattiryhmät, joissa sairastavuus on ylliedustettuna) kartoittaminen rekisteri-, tilasto- ja kyselyaineistojen avulla. Löydetuille riskiammattiryhmille suunnitellut interventiot toimeenpannaan terveyttä kuormittavien tekijöiden vähentämiseksi ja elintapakäyttäytymisen parantamiseksi.

2.2 Ammattitautien ehkäisy ja toimialakohtainen työterveyshuollon kehittäminen

- Kvartsi-altistuksen ja sen terveyshaittojen ehkäisy 2008–2009: Parannetaan ja yhtenäistetään diagnostiikkaa, selvitetään altistumistasot riskialoilla ja laaditaan mm. työterveyshuolloille ohjeet laadukkaana terveysseuranan järjestämiseksi. Loppuraportti ja tiedotus tuloksista v. 2010.
- Liuotinaineiden hermostohaittojen varhaistunnistaminen ja ehkäisy -toimintamallin kehittäminen 2008–2010: Vuoden 2010 aikana laaditaan työterveyshuoltojen, työpaikkojen ja työsuojelun käyttöön toimintamalli, joka tähtää liuotinhaittojen vähentämiseen ja varhaiseen tunnistamiseen.
- Työperäisten sairauksien preventio työpaikalla 2008–2009: Selvitetään mitä ehkäiseviä toimia on tehty työpaikalla ammattitautidiagnoosin tai sen epäilyn jälkeen ja millä keinoin ehkäisy saadaan käyntiin sekä miten päästään onnistuneeseen ehkäisyyn. Projektin ensimmäinen osa (ammattitautipotilaiden keruu on ollut haasteellista) valmistuu vuonna 2010. Prospektiivinen, uusiin lähetteisiiin perustuva tiedonkeruuosio tehdään vuoden 2010 aikana.
- Ergonomia ja hyvät käytännöt toistotyössä 2008–2009: Luotiin verkkosivusto, joka sisältää sähköisen toistotyön arviointimenetelmän, hyviä ergonomiaratkaisuja toistotyön vähentämiseksi eri toimialoilla ja esimerkkejä (case) käytännön ergonomiahankkeista.
- Liikennealan yksinyrittäjien ja mikroyritysten työterveyshuoltojen toiminnan kehittäminen 2008–2011: Luodaan toimintamalleja ja ohjeistusta ammattikuljettajien työterveyden edistämiseksi.

- Rakennusalan työterveyshuollon kehittäminen 2009–2010: Luodaan toimintamalleja ja ohjeistusta rakennusosalalla työskentelevien työterveyden edistämiseksi. Selvitettiin työterveyshuollon kattavuutta ja miten Työterveyskortti on otettu käyttöön rakennuksilla, kehitetty työkykyä ylläpitävää toimintaa hankkeilla, tietoja rakennusalan työtaturmista ja ammattitaudeista 2000-luvulla on kerätty työterveyshuoltojen tarpeisiin sekä erityiskoulutusta rakennusalan työterveyshuolloille ja verkkosivustoja päivitetään.

•

2.3 Depressio ja stressi - työterveyshuollon hyvät käytännöt ja koulutus 2008–2010

- Kehitetään masennuksen hoidossa yhteistyötä työterveyshuollon psykiatrien ja yritysten välillä, otetaan käyttöön työterveyshuollon hyviä käytäntöjä (Depressio-suositus ja stressi-suositus) ja viedään käytäntöön näyttöön perustuva suositus osana MASTO-hanketta (STM:n Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke). Tavoitteena on tasalaatuinen työterveyshuoltopalvelu kaikille, myös terveysterojen kannalta heikoimmassa asemassa oleville työssäkäyville.
 - Depressio-suosituksen implementointi 2008–2010: lukuisia julkaisuja ja koulutustilaisuuksia.
 - Stressi-TAHKO-suosituksen implementointi: Kysely ja laadullinen haastattelututkimus työterveyslääkäreille ja työterveyshoitajille, implementaatio-interventiosuunnitelma ja intervention toteutus (kyselyt ennen ja jälkeen intervention). Tuloksista on tehty julkaisu kansainväliseen julkaisuun.

2.4 Työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittäminen, Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä 2008–2012

- PARAS-hanke: kunnallinen työterveyshuolto: 2008–2011. Tuetaan kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämistä koulutuksen, konsultoinnin ja informaatio-ohjauksen kautta ja seurataan järjestelmän alueellista kehittymistä. Tuetaan muutosjohtamisen keinoin palvelurakennemuutosten toteutumista. On analysoitu ja raportoitu kuntien PARAS-kyselyn 3/2009 työterveyshuoltoa koskeneet kysymykset, jolla päivitetty kunnallisen tth-palvelujärjestelmän nykytila järjestämismallien osalta. Maakunnallinen kunnallisen työterveyshuollon kehittämishanke SEITTI jatkuu. V. 2010 hankkeen toiminta keskittyy työterveyshuollon ydinprosessien kehittämiseen ja yhtenäistämiseen sekä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintojen selvittämiseen ja toiminnan mallintamiseen rajapinnoilla kahden suuren kansansairausryhmän (masennus ja diabetes) osalta.

3 Nostetaan alkoholiveroa siten, että kulutus laskee vuoden 2003 tasolle tai alle. Korotustarve arvioidaan vuosittain

- Tavoitteen mukaan alkoholin kokonaiskulutuksen tulisi laskea 10,5 litrasta 9,4 litraan laskettuna 100 % alkoholina asukasta kohti. Alkoholiveroa on

vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen korotettu kolme kertaa (1.1.2008, 1.1.2009 ja 1.10.2009), mutta verotaso ei vielä yllä vuoden 2003 tasoon. Alkoholin kokonaiskulutus on kääntynyt loivaan laskuun ilman, että matkustajatuonti olisi kasvanut. Vuonna 2009 kokonaiskulutus oli 10,2 litraa ja sen ennustetaan laskevan vuonna 2010 joko 10,0 tai 9,9 litraan 100 % alkoholia asukasta kohti. On syytä odottaa, että kulutuksen lasku näkyy kaikkien alkoholihaittojen vähentymisenä.

4 Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön osaamista ja rakenteita

- Ehkäisevän päihdetyön osaamisen ja rakenteiden vahvistamisen hankekokonaisuus (THL?, sis. Alkoholiohjelma 2008–2010) on käynnissä. Tavoitteena on mm. saada aluetasolla syntymään sellaisia ehkäisevän työn rakenteita, joiden avulla työtä on mahdollista ohjata, koordinoita ja arvioida osana peruspalveluja.
- Päihdetyön (ehkäisevä ja korjaava) koulutuksen kehittämisen hanke (THL?) edistää sosiaali-, terveys-, liikunta-, kasvatus-, nuoriso-, vapaa-aika-, ravitsemus- ja turvallisuusalan perustutkintojen päihdetyön osaamisen aluetta. Työ koskee niin ammatillista opistotasoa, ammattikorkeakouluja kuin yliopistojakin.
- TTL yhdessä muiden toimijoiden kanssa vakiinnuttaa alkoholihaittojen varhaista ehkäisyä osaksi työterveyshuoltojen ja työpaikkojen käytäntöjä ja tuottaa malleja alkoholihaittojen ehkäisyyn. Ehkäisevä työ ja mini-interventio vakiinnutetaan kokonaisvaltaiseen työterveyshuoltoon (terveystarastukset ja sairaanhoito).

5 Nostetaan tupakkaveroa ja päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta

5.1 Nostetaan tupakkaveroa asteittain siten, että tupakointi vähenee selvästi. Seuraavat korotukset toteutetaan vuosien 2009 ja 2010 alussa. Samalla toteutetaan lainsäädännölliset toimet matkustajatuonnin ja harmaan kaupan rajoittamiseksi.

- Tupakkalakia muutettiin 1.10.2010 (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta). Tupakkatuotteiden ja niiden tavaramerkkien esilläpito tupakkatuotteiden vähittäismyynnissä loppuu vuoden 2012 alusta alkaen (Asetus tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden vähittäismyynnistä 99/2009). Savukkeiden hintoja korotettiin vuosien 2009 ja 2010 alusta.
- Tupakkatuotteiden vähittäismyynti tuli luvanvaraiseksi huhtikuun 2009 alusta. Tavoitteena on tehostaa lapsia ja nuoria koskevien tupakkatuotteiden myyntikieltoja ja ehkäistä laittomien tupakkatuotteiden myyntiä. Kesäkuun 2007 alusta lähtien tupakointi on ollut sallittu ravintoloissa vain tähän tarkoitukseen hyväksytyssä erillisessä tupakointitilassa.
- Ehdotus matkustajatuonnin rajoittamiseksi (HE 227/2008): pakkausmerkinnöiltään tupakkalainsäädännön vaatimuksista poikkeavien tupakka-

tuotteiden yksityiselle maahantuonnille ja hallussapidolle asetettaisiin määrälliset rajoitukset.

5.2 Päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta

- STM ja Kela neuvottelevat sairausvakuutuskorvauspiirin laajentamisesta. Vieroituslääkkeiden korvaus tulisi maksamaan arviolta 30–40 milj. €. Tupakoinnin lopettamisen tuen ja vieroituspalvelujen tilannetta terveydenhuollossa selvitetään parhaillaan THL:ssä ja toimenpiteitä sen vahvistamiseksi suunnitellaan. Ensimmäinen toimenpide olisi vieroituslääkkeiden korvaus silloin, kun kyseessä on tupakoinnin aiheuttaman sairauden hoito. Seuraava askel olisi myös tupakka/nikotiiniriippuvuuden määrittely sairaudeksi ja korvattavuuden laajennus riippuvuuden hoitoon. Vai toimenpiteistä yksi on vieroituslääkkeiden saattaminen nikotiiniriippuvuuden sekä muun tupakoinnin aiheuttaman sairauden hoidon osalta korvattavuuden piiriin. Toimenpide on kesken.

6 Edistetään edullisten ja ravitsemussuositusten mukaisten ruokapalvelujen saatavuutta erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekevillä joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tekemien toimenpide-ehdotusten mukaisesti

- STM:n asettama joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmä antoi toimenpidesuosituksen (STM, selvityksiä 2010:11). Toimenpidesuosituksessa on mukana 1) suositus ravitsemuksellisen laadun indikaattoreista ja niiden käytöstä ruokapalveluyritysten hankinnoissa, ruoanvalmistuksessa ja lopputuotteissa, 2) esitys laadukkaiden ruokapalvelujen saatavuuden, houkuttelevuuden ja käytön lisäämiseksi ja 3) esitys tarvittavasta valtakunnallisesta seurantajärjestelmästä.
- TTL kehittää toimintamalleja työaikaisten ruokailumahdollisuuksien ja elintapojen parantamiseen ammattikuljettajille.
- THL selvittää yhteistyössä muiden tahojen kanssa, millä tavoin on mahdollista koota väestötutkimusten ulkopuolelle jäävää joukkoruokailua koskevaa seurantatietoa sekä osallistuu suosituksessa esitettyjen toimenpiteiden toteutukseen ja seurantaan.

7 Terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen pohjalta käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi

- Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta, valtion ravitsemusneuvottelukunta ja STM ovat valmistelleet valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (STM esitteitä 2008:10) ja sen toimeenpanosuunnitelman kuluvalle hallituskaudelle. Peri-

aatepäätöksen tavoitteissa ja toimeenpanosuunnitelmassa kiinnitetään erityistä huomiota sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien väestöryhmiin.

- Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon valtioneuvoston periaatepäätöksen toimenpidesuunnitelmaan vuosille 2008–2011 sisältyviä toimia (yhteistyössä TEPO ja LNPO):
 - Käynnistetään hankekokonaisuus, jossa kohteena ovat ylipainoiset lapset ja nuoret sekä sosioekonomisesti vaikeassa asemassa olevat perheet, lapset ja nuoret. Nuori Suomi ry toteuttaa kohderyhmää koskevien hyvien hankkeiden tulosten kokoamisesta, tuotteistamisesta ja levittämisestä.
 - Kannustetaan kuntia laajentamaan koulujen ja oppilaitosten liikuntatilojen käyttöä ilta-aikoina ja tarjoamaan näin laajemmat mahdollisuudet liikuntaan kaikille kuntalaisille.
 - Kohdennetaan terveystuotteen resursseja räätälöityihin liikuntapalveluihin ja kampanjoihin sekä levitetään hyviä malleja erityisesti riskiryhmiin kuuluville henkilöille, muun muassa huonokuntoisille miehille, joilla on myös muita terveysongelmia. Myös mielenterveyskuntoutujille kohdistetaan toimenpiteitä sekä kehitetään erityisryhmien liikuntapalveluja.
 - Laaditaan kunnille terveyttä edistävän liikunnan suositukset, joissa huomioidaan heikommassa asemassa olevat väestöryhmät
 - Kannustetaan kuntia lisäämään ikäihmisille tarjottavia maksuttomia tai edullisia liikuntamahdollisuuksia, jotka tukevat erityisesti lihaskunnan ja tasapainon vahvistamista.

8 Sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään ja kohdennetaan väestöryhmittäisen terveysseurannan osoittaman tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen perusteella

Terveyserojen kaventamisen näkökulma sisällytetään alla esitettyihin terveydenhuollon kehittämisohjelmiin ja -hankkeisiin.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste) on STM:n lakisääteinen strateginen ohjausväline sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Kaste määrittelee alan uudistustyön tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Se täsmentää hallitusohjelmaa ja tukee kunta- ja palvelurakennemuutosta. Se sisältää myös lähivuosien lainsäädäntö- ja valvontasuunnitelman. Ohjelman tavoitteet ovat: 1. Osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, 2. Hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja 3. Palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot kapenevat. Kaste-ohjelman toimenpiteitä kunnissa tuetaan valtionavustuksin.
- STM:ssä v. 2008 käynnistetty Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma keskittyy keskeisiin perusterveydenhuollon toimivuutta edistäviin osa-alueisiin.

eisiin: perusterveydenhuollon ohjaukseen ja rakenteiden kehittämiseen, potilaiden/asiakkaiden hoitoon pääsyyn, terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen työnjako (yhteistyöhön) sekä seurantaan ja valvontaan (ml. laatu ja potilasturvallisuus). Perusterveydenhuollon kehittämisen yhteydessä on varmistettu yhteys sosiaalipalveluihin niin, että palveluprosessit ja -ketjut ovat toimivia ja vaikuttavia.

- Uusi terveydenhuoltolaki on tarkoitus antaa eduskunnan käsiteltäväksi keväällä 2010. Lakiehdotuksen tavoitteena on mm. asiakaslähtöisyyden parantaminen, perusterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistaminen ja toiminnan painopisteen siirtäminen korjaavasta toiminnasta ennaltaehkäisevään työhön sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio. Palvelujen saumattomuus ja potilaan ja asiakkaan oikeudet ja yhdenvertainen kohtelu tulee turvata ehkäisevistä palveluista laitoshuoltoon.
- Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä (toimikausi on 1.5.2009 - 31.12.2011). Työryhmä antoi selvityksenä pohjalta väliraportin maaliskuussa 2010. Siinä esitetään keskeiset linjaukset sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisesta. Tavoitteena on, että 1) sosiaalihuolto tukee ja vahvistaa ihmisten hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista sekä ehkäisee sosiaalisten ongelmien syntymistä ja lisääntymistä, 2) sosiaalipalvelujen saatavuus, asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus paranevat ja palvelut tuotetaan nykyistä tehokkaammin, 3) sosiaalihuollon ja sen erityispalvelujen sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyö vahvistuu ja 4) sosiaalihuollon edellytykset yhteistyöhön työ-, asunto- ja opetusviranomaisten, järjestöjen ja yksityisten toimijoiden kanssa paranevat.
- STM:n käynnistämä Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke kehittää palveluja ja toimintamalleja, jotka toimivat heikommassa asemassa olevien asiakkaiden ja potilaiden kannalta aiempaa paremmin.

9 Kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana selvitetään kuntoutuksen kohdentumista ja toiminnan kehittämisessä otetaan huomioon kuntoutettavien sosioekonominen asema.

- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön Kuntoutusasiain neuvottelukunnan käynnistämä maamme kuntoutuslaitoksia koskeva selvitystyö on valmistunut 20.1.2010. Kuntoutuslaitosselvityksen mukaan kuntoutuslaitosten palvelutarjonnan monipuolistaminen ja selkeämpi yhdistäminen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään nousevat keskeisiksi kuntoutuslaitosten kehittämiskohteiksi. Selvitys nostaa kehityskohteeksi myös työelämään suuntautuvan kuntoutuksen kehittämisen kuntoutuslaitosten, Kansaneläkelaitoksen, työeläkevakuuttajien, työnantajien ja työhallinnon yhteistyönä.

10 Kunnat vakiinnuttavat työttömien työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut käynnissä olevien kokeilujen pohjalta

- Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja terveydenhuollon tehostamista varten kunnille on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän kautta lisärahoitusta vuodesta 2006 lähtien. Vuonna 2010 summa on 2 milj. €.

- THL:n Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen (PTT-hanke) tavoitteena on kehittää toimintamalleja vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi. Ensimmäinen vaihe 2007–2009: Toimintamalleja kuvaava loppuraportti (THL, Raportti 23/2009) ja arviointitutkimuksen raportti (THL, Raportti 22/2009). Toisessa vaiheessa 2009–2010 painopiste on kehiteltävien toimintamallien juurruttamisessa paikallisesti ja alueellisesti sekä toimiviksi arvioitujen työtapojen ja toimintamallien levittämiseksi valtakunnallisesti. Ammattikorkeakoulujen kanssa on käynnistetty erillishanke työttömien terveydenhuollon verkkokoulutusaineiston toteutuksesta 2009–2010 (VirtuaaliAMK).
- Paltamon kunnassa käynnistettiin v. 2009 uuden työllistämismallin kokeilu, jossa pyritään työllistämään kaikki työnhakijat (ks. www.paltamo.fi/). THL:ssä on käynnistetty Paltamon työllistämismallin terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointihanke, jonka tulokset raportoidaan vuosina 2011–2013. Rahoitusta ovat myöntäneet STM, TEM ja Kela.

11 Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalveluja

- THL toteuttaa maahanmuuttajien terveyttä ja palvelutarvetta kartoittavan tutkimuksen. Tutkimustiedon avulla voidaan kehittää ja suunnata erilaisia kehittämishankkeita.
- TTL, Kuntoutussäätiö ja THL tuottivat Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan Osaaminen, työ ja hyvinvointi -jaokselle esiselvityksen Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti julkaistiin maaliskuussa 2009. (www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tiede/setu/liitteet/Setu_9-2009.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhdessä muiden ministeriöiden kanssa toimintaohjelman, joka sisältää maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen osana normaalijärjestelmää. Selvitetään toimintaohjelman tarve ja sisältö em. terveystutkimuksen pohjalta.

12 Kehitetään terveyserojen seurantajärjestelmiä

12.1 Määritellään seurattavat terveys- ja hyvinvointiosoitimet valtakunnallisella sekä kunta- ja aluetasolla

- KTL:n terveysosoittimien asiantuntijaryhmä teki yhteistyössä TTL:n ja Stakesin asiantuntijoiden kanssa v. 2008 STM:lle esityksen aluetasolla seurattavista keskeisimmistä terveys- ja hyvinvointiosoitimista. Terveysosoitinryhmän esitykseen sisältyy myös ehdotus siitä, mitä terveysseurannan kehittämiseksi olisi ryhmän mielestä tehtävä ja miten tulisi koota sitä aluetasosta tietoa, jota ei nykyisistä tietolähteistä saada. Asiantuntijaryhmän työ jatkuu THL:n terveyden, hyvinvoinnin ja palvelujen avainosoitimia koskevassa temaattisessa ohjelmassa (INDI, 2009-12).

12.2 Yhdistetään terveysseurannan kannalta välttämättömät rekisteritiedot

- Tilastokeskuksen koulutus- ja ammattitiedot liitetään terveysseurannan tärkeimpiin rekisteriaineistoihin 1-4 vuoden välein sekä kysely- ja haastateluaineistoihin otoksen poimintavaiheessa. THL:n vetämä terveysseurannan kehittämissuunnitelma on tehnyt aloitteen tietojen liittämistä vuosittain, mutta aloite ei ole johtanut käytännön toimenpiteisiin.

12.3 Kehitetään terveyserotietojen sähköisiä jakelujärjestelmiä

- THL kehittää ja ylläpitää helppokäyttöistä verkkopalvelua (www.terveytemme.fi), joka sisältää valittuja terveys- ja hyvinvointiosoitimia. Verkkopalvelussa terveysosoitimia voi tarkastella väestöryhmittäin, alueittain ja aikajaksoittain. Palvelu sisältää myös terveysosoittimien tiiviit taustatiedot ja tulkintaohjeet. Vuosina 2010–2012 verkkopalvelun jatkokehitystä sekä tietosisältöjen täydentämistä toteutetaan osana THL:n temaattista ohjelmaa avainindikaattoreista (INDI). Verkkopalvelun tietosisältöjä täydennetään INDI-avainindikaattoriohjelman ehdotusten mukaisesti. Lisäksi Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tulokset raportoidaan Terveystemme -verkkopalvelun kautta.

12.4 Kehitetään väestöryhmittäisen tarkastelun mahdollistavaa alueellista terveys- ja hyvinvointikyselyä

- THL kehittää aikuisväestölle suunnattavan alueellisen terveys- ja hyvinvointikyselyn (ATH). Kyselyn tarkoituksena on luoda kunnille/kuntayhtymille edellytykset seurata väestönsä ja sen osaryhmien terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä verrata omia tietojaan vastaaviin muiden alueiden tietoihin, koko väestön tilanteeseen ja asetettuihin tavoitteisiin. Tutkimusten tulosten raportointiin sisällytetään kuntien ja alueiden toimijoille ehdotuksia siitä, millaisiin toimenpiteisiin tulokset antavat aihetta.

13 Tarpeellisten erilliselvitysten määrittely ja toteuttaminen

THL ja TTL suunnittelevat ja toteuttavat yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa terveysseurannan tietopohjan kehittämisen kannalta tarpeellisia erilliselvityksiä. Erilliselvitysten suunnittelussa ja toteutuksessa otetaan huomioon terveysseurannan kaventamisen toimintaohjelman toteutuksen ja seurannan tietotarpeet. Tällä hetkellä on suunnitteilla tai valmisteilla seuraavia erilliselvityksiä:

- THL valmistelee useiden yhteistyökumppaneiden kanssa vuonna 2011 toteutettavaa Terveys 2000 -seurantatutkimusta, jonka avulla seuranta-asetelmaan perustuen voidaan seurata terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn kehitystä eri väestöryhmissä ja arvioida sosiaalisen aseman terveysvaikutuksia välittävien vaikutettavissa olevien tekijöiden merkitystä.
- Lähivuosina Suomessa toteutetaan EUROSTATin koordinoima eurooppalainen terveyshaastattelututkimus (EHIS), jossa otantayksikköinä ovat kotitaloudet. Tämä luo hyvät edellytykset jatkaa terveydenhuollon väestötutkimusten (TERVA) -sarjaa, jolla täydennetään terveydenhuollon rekistereistä ja tilastoista saatavaa kuvaa avohoidon piirissä olevan väestön terveydentilasta ja palvelujen käytöstä sekä perheiden sairaanhoitokustannuksista.

- THL kehittää lasten ja nuorten väestöryhmittäistä terveysseurantaan kehittämällä vertailukelpoisten tietojen keruuta neuvoloista ja kouluterveydenhuollosta LATE-hankkeessa ja raporttoimalla tiedot Terveystemme-järjestelmän avulla. Kun lapsista ja nuorista saadaan kattavaa tietoa suoraan terveydenhuollon tietojärjestelmistä, erillisselvitysten tarve vähenee.
- THL ja Työterveyslaitos selvittävät 2009–2011 sairaalapalvelujen käytön sosioekonomisia eroja mm. rekisteritutkimuksissa, joissa hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) tietoja yhdistetään väestönlaskentojen ja työssäkäyntitilastoaineistojen tietoihin. Hankkeissa selvitetään palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja tarpeenmukaisen käytön eroja sekä työhön liittyvien sairauksien esiintyvyyden sosiaaliluokka-, ammattiryhmä- ja toimialakohtaisia eroja.
- THL yhteistyössä Tilastokeskuksen kanssa suunnittelee ja toteuttaa hankkeen, jossa arvioidaan terveydenhuollon keinoin estettävissä olevasta kuolleisuuden käyttökelpoisuutta terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden väestöryhmien välisten erojen seurantaindikaattorina.

14 Jatketaan ja vahvistetaan terveyserotutkimusta sekä kehitetään terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arviointia

14.1 STM:n sektoritutkimuslaitokset sekä yliopistot jatkavat ja vahvistavat terveyserotutkimusta

- Useita tutkimushankkeita on käynnissä.

14.2 THL kehittää terveyserot huomioon ottavaa vaikutusten arviointia

- TEROKA-hankkeen osana on kehitetty terveyserot huomioon ottavaa vaikutusten arviointia vuodesta 2005 (raportit, seminaarit, arviointikokeimuksen kerääminen).
- Integroidaan terveyserot huomioiva vaikutusten arviointi muihin vaikutusten arviointeihin (mm. ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, lapsivaikutusten arviointi, ympäristövaikutusten arviointi, sukupuolivaikutusten arviointi, mielenterveysvaikutusten arviointi). Säädosvalmistelun apuna on toteutettu koulutusta sekä tutkimus hallituksen esityksen laadusta (Oikeus -lehti 2009:2). Kuntaliiton integroivan ennakoarvioinnin oppaan valmistaminen. Tutkimuksia ja artikkeleita. Yhteistyöllä, koulutuksella ja oppimateriaalia tuottamalla edistetään ja tuetaan vaikutusten arvioinnin käyttöönottoa.

14.3 Suomen Akatemia sisällyttää terveyserot vuonna 2009 käynnistyvän Kansanterveyden haasteet (SALVE) -tutkimusohjelmaan sekä valmisteilla olevaan Lasten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelmaan

- Kansanterveyden haasteet -tutkimusohjelma (SALVE) käynnistyi 1.1.2009. Terveiden eriarvoisuus on yksi ohjelman neljästä teema-alueesta.
- Suomen Akatemian käynnisti Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelman (SKIDI-KIDS), joka ajoittuu pääosin vuosille 2010–2013. Eriarvoistumisen ja syrjäytymisen syiden selvittäminen tutkimuksellisin keinoin on tutkimusohjelman läpileikkaavana teemana.

15 STM:n sektoritutkimuslaitokset ja Kuntaliitto laativat ja toteuttavat soveltuvilta osin yhteistyössä järjestöjen edustajien kanssa yhteistyösuunnitelman tiedon levittämiseksi strategiselle ja käytännön tasolle kuntiin, alueille ja järjestötoimijoille

- Kuntaliiton ja TEROKAn yhteistyösopimus on tehty. Kuntaliiton viestintäkanavia hyödynnetään terveyserotiedon levittämiseksi kuntiin ja alueille.
- THL tuottaa kunnille suunnatun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tukiaineiston, johon integroidaan terveyseronäkökulma.
- THL perustaa verkkosivustolleen Terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen teemapalvelun.