

Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi

TUULIA ROTKO & KATRI HANNIKAINEN-INGMAN & JUKKA MURTO & TAPANI KAUPPINEN & NIINA MUSTONEN

Terveyserojen kaventaminen Suomessa

Kaikilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia terveyteen. Terveyden riskitekijät, kuten vähäinen koulutus, heikot työolosuhteet, raskas ja epävarma työ, pitkäaikainen työttömyys, köyhyys, alhainen asumistaso, sosiaalisen tuen puute ja epäterveelliset elintavat, kasautuvat vaihtelevina yhdistelminä alimpiin sosiaaliryhmiin ja siirtyvät monesti sukupolvien yli. Vaikka suomalaisten terveys on keskimäärin parantunut, sosioekonomiset terveyserot, erityisesti sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot, ovat jopa kasvaneet (Tarkiainen & al. 2012).

WHO:n komission työ terveyden sosiaalisista determinanteista¹ (CSDH 2008) painottaa yhteiskuntapolitiikan keskeistä merkitystä terveyden mahdollisimman tasaisen jakautumisen saavuttamisessa (Marmot & al. 2008). Suomen terveydenhuoltolaissa (2011) veloitetaan kuntia ottamaan terveyserot huomioon ja seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Terveyden eriarvoisuuden vähentämistä tavoitellaan Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (STM 2001), jota on konkretisoitu Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011 (STM 2008).

Suomessa hyvän kuvan sosioekonomisten terveyserojen laajuudesta, ilmenemismuodoista ja ajallisesta kehityksestä saa kattaviin rekisteriai-

neistoihin ja laajoihin väestön terveystutkimuksiin perustuvista tutkimustiedoista (Palosuo & al. 2007). Sen sijaan ymmärrys terveyserojen syntymekanismeista ja terveyserojen kaventamisen keinoista on vielä vähäistä (Sihto & al. 2007). Puuttuu tutkimuksellista näyttöä, mitkä poliittikat tai toimenpiteet voisivat vähentää terveyseroja (vrt. Mackenbach & al. 2002; Palosuo & al. 2013). Tutkimusnäytön puuttuminen kaventamisen keinoista ei saisi olla kuitenkaan este toimia; vain kokeilemalla löytyy ratkaisuja.

Terveyteen suorasti tai epäsuorasti vaikuttavia päätöksiä tehdään eri tasoilla (globaali, EU, kansallinen, alueellinen ja kunnallinen) ja eri hallinnonaloilla. Vain keskusjohto voi johtaa ja ohjata kaikkia sektoreita, ja sen pitää sekä valtakunnan että paikallistasolla sisäistää terveyden merkitys yhteiskunnan kehittämiseksi ja huolehtia terveyden huomioon ottamisesta kaikissa politiikoissa (Melkas 2013). Päätöksissä pitäisi kyetä ottamaan eri väestöryhmiin kohdistuvat erilaiset vaikutukset huomioon.

Tämä artikkeli pohjautuu prosessiarviointiin, jolla haluttiin tehdä näkyväksi, millaista työtä kunnissa ja alueilla on tehty. Artikkelissa pyritään selvittämään, mitä terveyserojen kaventaminen on tarkoittanut alueilla käytännössä. Artikkelissa analysoidaan kolmen tapauksen avulla sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen prosesseja, esteitä ja edellytyksiä.

Alueiden prosessikuvaukset

Prosessiarvioinnin tavoitteet ja toteuttaminen

Prosessiarvioinnin avulla halutaan kuvata, mitä kehittämistyön aikana on tapahtunut ja millaisen toiminnan, minkälaisen vaiheiden tai rat-

¹ Terveyden determinantilla tarkoitetaan tekijää, joka vaikuttaa terveyteen positiivisesti tai negatiivisesti. Terveyden determinantit ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia ja kulttuurisia tekijöitä. Niitä ovat mm. elinolot, toimeentulo, koulutus, työolot, palvelujen saatavuus ja toimivuus sekä ihmisten omat terveyteen liittyvät tiedot, taidot, asenteet ja elintavat.

kaisujen tai minkäläisten ennakoimattomien tapahtumien kautta lopputuloksiin päästään. Katsoamalla pelkkiä lopputuloksia ei voida tehdä päätelmiä toiminnan ja tulosten keskinäisistä yhteyksistä ja vaikutusketjuista (Robson 2000). Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa ja hyödyntää tietoa, edistää toimintaa sekä löytää hyviä toimintatapoja. Toisaalta on tärkeää tunnistaa myös toimintatapoja, jotka eivät johtaneet toivottuun lopputulokseen tai joita on mahdollista kehittää paremman lopputuloksen aikaansaamiseksi. (Seppänen-Järvelä 2004.)

Terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan kokemuksia ja kuvauksia kaventamistyön hyvistä toimintatavoista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishankkeen (TEROKA) tavoitteena oli kansallisen terveyseroja koskevan tiedon nykytilan kartointus, tietoisuuden nostaminen ja toiminnan tukeminen. Artikkelissa kootaan keskeisiä huomioita alueyhteistyöstä Kainuun maakunnan, Pohjois-Pohjanmaan ja Turun kaupungin kanssa. Tarkastelu kattaa TEROKA-hankkeen toiminta-ajan vuosina 2006–2010. Yhteistyön avulla haluttiin sitouttaa kuntapäätäjät ja alueelliset viranhaltijat terveyserojen kaventamiseen, jotta terveyserot huomioitaisiin osana kaikkea päätöksentekoa kunnissa – sekä sosiaali- ja terveyssektoreilla että muilla sektoreilla. Yhteistyöprosesseista on pyritty tunnistamaan ja esiintuomaan toimintatapoja, jotka ovat parhaiten edistäneet terveyserojen kaventamiseen tähtäväää työtä alueilla.

Prosessiarvioinnin pohjaksi laadittiin ensin kultakin alueelta prosessikuvaukset (Hannikainen-Ingman 2010; Murto 2012; 2013), joissa esitellään, minkälaisesta taustasta kaventamistyö kumpuaa, ja kuvataan 2000-luvun kaventamistyön konteksti kullakin alueella. Tämän jälkeen hahmotettiin alueiden terveyserotyön ideointi-, suunnittelu- ja toteuttamisvaiheita sekä arvioitiin alueiden terveyserotyön nykytilannetta ja tulevaisuuden näkymiä. Lopuksi kultakin alueelta koottiin huomiot arviointiosuuteen, jossa niitä vertailtiin keskenään.

Kirjallisena aineistona käytettiin hankehakemuksia, työsuunnitelmia, kokousmuistioita, toimintakertomuksia, esitelmiä, strategia-asiakirjoja, maakuntien sosiaali- ja terveystoimialan asiakirjoja sekä eri projektien ja Terve Kunta -verkoston materiaaleja. Prosessikuvausta varten haasteltiin alueilta useiden eri organisaatioiden toimijoita, jotka ovat olleet mukana terveyserojen

kaventamiseen tähtävässä yhteistyössä prosessiarvioinnin aikana. Haastattelut tehtiin Kainuussa (6) syksyllä 2009, Pohjois-Pohjanmaalla (3) keväällä 2010 ja Turussa (3) vuoden vaihteessa 2010–2011.

Aluekumppaneiden lähtökohdat

Kainuussa asukasluvun lasku, ikärakenteen vanheneminen, yritystoiminnan supistuminen ja työpaikkojen väheneminen herättivät huolta vuosituuhannen vaihteessa. Keskustelu eriarvoisuudesta ja joidenkin väestöryhmien syrjäytymisestä lisääntyi, kun uhkana oli, että väestölle ei kyettäisi turvaamaan yhdenvertaisia ja laadukkaita kunnallisia peruspalveluita. Ratkaisua haettiin uudesta hallintokokeilusta (2005 alkaen), jonka tarkoituksena oli koota pienen maakunnan voimavaroja vahvemmin yhteen.

Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen johdossa päätettiin hankkia alueellista tietoa terveyseroista ja haettiin terveyden edistämisen määrärahaa keväällä 2005. Kuntayhtymän ja THL:n yhteistyön tuloksena syntyi *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa* -raportti (Kaikkonen 2008). Samana vuonna maakuntakuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakuntatyöskentelyssä otettiin käyttöön ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmä (IVA), johon liitettiin terveys- ja hyvinvointierojen näkökulma (IVA+). Kainuussa kehitettiin näin Suomen ensimmäinen malli sosioekonomisiin väestöryhmiin kohdistuvien vaikutusten ennakoimiseksi lautakuntapäätöksissä. Vuodesta 2007 alkaen terveyserojen kaventamistavoite on kirjattu kaikkiin maakunnan strategioihin ja kehittämissuunnitelmiin. (Hannikainen-Ingman 2010.)

Pohjois-Pohjanmaalla on tehty pitkään väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäväää työtä niin Pohjois-Pohjanmaan maakuntaliitossa, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kuin eri järjestöissäkin. Muun muassa Oulun lääninhallitus (nyk. Pohjois-Suomen aluehallintovirasto) on koontanut alueen toimijoita yhteen tavoitteena nostaa alueen päätöksentekijöiden tietoisuutta terveyseroista ja sitouttaa toimijoita erojen kaventamistavoitteisiinsa. Aihepiiriä on käsitelty myös Terve Kunta -verkostossa, johon osa alueen kunnista on osallistunut.

Erityisesti hyvinvointiohjelmatyön myötä lähdettiin alueella kartoittamaan maakunnan tilannetta hyvinvoinnin ja terveyden osalta. Poh-

jois-Pohjanmaan havaittiin olevan Suomen sairain maakunta. Myös alueen suuri nuorisotyöttömyys ja nuorten hyvinvointi, lapsiperheet sekä heikommassa asemassa olevien väestöryhmiin palveluiden turvaaminen nousivat teemoina esiin. Haluttiin lisää tutkittua tietoa alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, erityisesti väestöryhmittäinen tieto kiinnosti. Kansanterveyslaitoksen kanssa yhteistyössä toteutettiin *Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla* -raportti (Murto & al. 2009), jonka tuloksia hyödynnettiin alueella runsaasti terveyserotietoisuuden nostamisessa.

Pohjois-Pohjanmaalla käynnistettiin vuonna 2006 hyvinvointialaan liittyvä kehittämis-työ laajana yhteistyöprosessina. Tuolloin keskeisillä kehittäjä- ja toimijatahoilla, esimerkiksi Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksella (POSKE), sairaanhoitopiirillä ja kunnilla, oli omat erilliset strategiansa ja suunnitelmansa. Tähän haluttiin yhtenäisyyttä. Laadittiin Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2008–2017, johon terveyserojen kaventaminen kirjattiin yhdeksi strategiseksi linjaukseksi. (Murto 2012.)

Turku on ollut mukana WHO:n Healthy Cities -työssä vuodesta 1987 asti. Sekä WHO:n verkoston että kansallisen Terve Kunta -verkoston toiminnassa on ollut vahvasti mukana terveyden sosiaaliset determinantit ja eriarvoisuus -teemoja. Turussa tehtiin myös harrastuksiin ja hyvinvointiin liittyvät selvitykset, joissa tarkasteltiin terveyseroja.

Terveyserojen kaventamisen kehittämishankkeen käynnistäminen käsiteltiin palvelutoimen johtoryhmässä ja esiteltiin kaupungin hallitukselle keväällä 2007. Tämän jälkeen asetettiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmä, johon kaupunginhallitus nimesi luottamushenkilöedustajat ja kaupunginjohtaja virkamiesedustajat hallintokuntien johtoryhmistä. Hyvinvointijohtoryhmän tehtävä oli terveyden ja hyvinvoinnin poikkihallinnollinen koordinaatio ja toiminnan laaja-alainen valmistelu. Konkreettisia tehtäviä olivat muun muassa kaupungissa toteutettavien terveyttä ja hyvinvointia edistävien hankkeiden ja hyvien käytäntöjen kokoaminen ("tietopankki"), toimenpide-ehdotusten tekeminen kaupungin luottamuselimille ja johtoryhmille hyvinvoinnin edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi sekä alueellisen/seudullisen hyvinvointifoorumimallin kehittäminen ja toteuttaminen. (Murto 2013.)

Turussa haluttiin saada päätöksenteon ja suunnittelun tueksi luotettavaa tutkimustietoa alueen väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja niissä havaittavista väestöryhmittäisistä ja kaupungin sisäisistä eroista. Turku oli pilottialueena THL:n toteuttamassa Alueellisissa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) vuonna 2010 ja sai ensimmäisenä Suomessa käyttöönsä sosioekonomisten terveyserojen seurantajärjestelmän kaupunkilaisten hyvinvoinnin edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen.

Prosessien vertailua

Terveyserojen kaventamisen ja terveyden edistämisen malleja

Terveyserojen kaventamisen ja terveyden edistämisen elementtien ja prosessien malleissa on vaihtelevasti yhteisiä piirteitä. Useissa näistä ensimmäinen vaihe on tietoisuuden nostaminen ja siihen liittyvä asiaan sitoutuminen. Margaret Whitehead (1998) puhuu tietoisuuden nostamisesta, Michael Marmot ja kumppanit (2012) laaja-alaisesta terveyserojen syytekijöiden näkemisestä yhteisenä haasteena. Eeva Ollila (2011) on puhunut agendalle nostamisesta (ks. myös Palosuo & al. 2013).

Sitoutumiseen (Koskinen & Teperi 1999) liittyy halu ryhtyä toimeen (Whitehead 1998), yhteiskunnan kokonaisorientaation muutos (Marmot 2012), poliittisten sopimusten teko (Ollila 2011), resursointi (THL 2010) ja sidosryhmätyöskentely (EU 2011). Sitoutuminen johtaa päätösten tekemiseen (Koskinen 1999) ja edelleen toimenpiteiden toteuttamiseen, jonka kaikki prosessin jäsentäjät mainitsevat (Whitehead 1989; Koskinen 1999; THL 2010; Ollila 2011; EU 2011; Marmot 2012; Palosuo & al. 2013).

Toimenpiteiden toteuttamiseen liittyy paitsi hankkeet ja tekniset työkalut myös rakenteellinen kehitys ja hallinto (Whitehead 1998; THL 2010; EU 2011) sekä koordinoiva politiikka ja keskinäisen vastuun luominen (Whitehead 1998; THL 2010; EU 2011; Marmot 2012). Arvioinnin ja oppimisen mainitsee omina kokonaisuuksina kaksi lähdettä (THL 2010; EU 2011).

Kolme erilaista prosessia

Tarkasteltujen alueiden terveyserojen kaventamisen prosessit olivat erilaisia (Hannikainen-Ingman 2010; Murto 2012; Murto 2013). Millään

kolmesta alueesta ei ollut havaittavissa suoraviivaista prosessia vaiheesta toiseen: eri toimet vuorottelivat, etenivät rinnakkain, vaihtelivat järjestystä ja etenivät eri tahtiin. Kaventamistoiminta ei myöskään edennyt suoraan minkään tunnetun prosessimallin mukaisessa järjestyksessä millään kolmesta yhteistyöalueesta (esim. Whitehead 1989; Koskinen 1999; THL 2010; Ollila 2011; EU 2011; Marmot & al. 2012).

Eriarvonäkökulma ymmärrettiin erilaisten teemojen ja sisältöjen kautta. Pohjois-Pohjanmaalla se ilmeni sairastavuutena, Kainuussa syrjäseudun rakenteellisina haasteina, ja Turussa käsite oli tuttu muun muassa WHO:n Healthy Cities -työn kautta. Kaventamistoiminnan käynnistäjiä olivat eri toimijat: Kainuussa kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen johto, Pohjois-Pohjanmaalla lääninhallitus, maakuntaliitto ja sairaanhoitopiiri yhdessä, ja Turussa edettiin kaupungin hallituksen tasolla, palvelutoimen johtoryhmässä ja hyvinvointijohtoryhmässä.

Kaventamistyö johti myös erilaisiin käytännön ratkaisuihin ja kaventamistoiimiin. Kainuussa otettiin käyttöön IVA-menetelmä, käynnistettiin hankkeita ja tehtiin muutoksia palvelurakenteessa. Pohjois-Pohjanmaalla tärkeitä olivat yhteistyöverkostot ja laaja-alainen sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen. Turussa on saatu johtoryhmätyöskentelyllä muut hallinnonalat mukaan. Terveysterotietoa on hyödynnetty tutkimuksessa sekä päätöksenteon ja suunnittelun tukena. Lisäksi on kehitetty sähköistä raportointia ja seuranta.

Kaikilla kolmella alueella eriarvoisuuden vähentäminen avautui terveyden sosiaalisten määrittäjien kautta, eikä suoraan yksilön terveyteen vaikuttavina riskitekijöinä. Kaventamistavoitteen muotoilu edellyttää, että eriarvoisuus tunnustetaan osana muita suuria hyvinvointiin liittyviä haasteita ja että eriarvoisuutta tarkastellaan osana laajempaa hyvinvointityötä. Tällöin kaventamistavoitteen taakse saadaan sitoutumaan laaja-pohjainen toimijajoukko. Esimerkiksi Kainuussa terveyserojen kaventamistavoite on kirjattu kaikkiin maakunnan strategia-asiakirjoihin vuodesta 2007 alkaen. Pohjois-Pohjanmaalla terveyserojen kaventaminen kirjattiin strategiseksi tavoitteeksi hyvinvointiohjelmaan, joka on maakunnan hyvinvointipoliittinen linjaus. Kuntien omaa terveydenedistämistoimintaa ohjaavan hyvinvointisopimuksen ovat allekirjoittaneet kaikki maakunnan 39 kuntaa. Turussa terveyserojen kaventamisen tavoite kirjattiin tavoitteeksi kau-

punkstrategiaan.

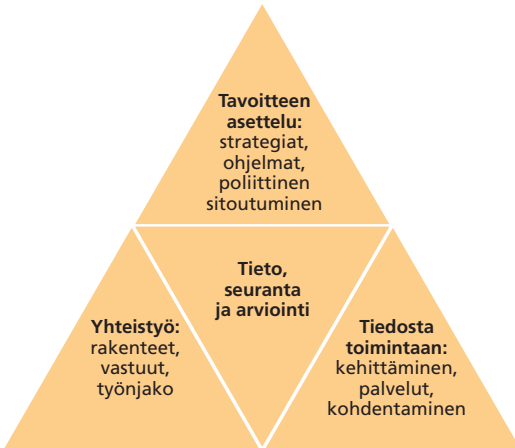
Yhteistä kaikilla kolmella alueella oli hyödyntää aiemmin tehtyä terveyden edistämistyötä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa – ymmärtää, mitä erojen kaventaminen käytännössä on, ja oivaltaa, että sitä on tehty aiemminkin. Olemassa olevien rakenteiden hyödyntäminen koettiin tärkeäksi: pyrkimys oli esimerkiksi saada ohjaus- ja työryhmät työskentelemään samansuuntaisesti ja niihin keskeiset toimijat mukaan. Lisäksi kartoitettiin alueen toimintaa ja ohjelmia, joissa terveyseronäkökulmaa lähdettiin vahvistamaan.

Kaikilla alueilla tarvittiin muutamia aktiivisia avainhenkilöitä käynnistämään pyörät ja puhumaan muut mukaan. Yhteistyön tarve oli yhteinen kaikilla alueilla, vaikka sen rakentaminen ilmeni eri vaiheissa, eri tasoilla ja eri syistä lähtien. Terveyseroilmiön ratkaiseminen vaatii kuitenkin erityistä huomiota, eikä se toteudu itsestään. Lisäksi paikallismedian hyödyntäminen tietoisuuden nostamisessa ja keskustelun herättelijänä oli merkittävää.

Yhteistä kaikille alueille oli halu ja tarve saada luotettavaa tietoa siitä, miltä terveys- ja hyvinvointierot omalla alueella näyttävät (Kaikkonen 2008; Murto & al. 2009; THL 2013). Kerättyä tutkimustietoa käytettiin muun muassa koulutustilaisuuksissa ja kuntakierroksilla eri toimijoiden sitouttamiseksi ja ymmärryksen lisäämiseksi. Alueellinen tieto puhuttelee päättäjiä ja saa aikaan konkreettisia toimia. Tiedon lisääntymisen myötä on voitu osoittaa asioiden tila ja esittää perustelu, miksi pitäisi toimia. Kun tutkittu tieto on turvana, asiaa on ollut helpompi tehdä tutuksi eri foorumeilla ja saada eri toimijoita vakuuttamaan terveyserotyön tarpeellisuudesta. Terveyseroilmiön näkyväksi tekeminen ja kaventamistavoitteen sisäistäminen vaatii paljon jalkatyötä.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen osa-alueet

Lähdekirjallisuuden ja tutkijoiden omien kokemusten pohjalta muodostui jäsenyys kaventamistyössä tarvittavista osa-alueista. Mallin toimivuutta on testattu myös kirjoittajien tekemän ministeriökierroksen aineistolla (Rotko & al. 2013) ja vertailtu Työterveyslaitoksen työpaikkojen terveyserojen kaventamista koskevaan tutkimukseen (Sirola & al. 2012). Hyvinvointi- ja



Kuvio1. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen osa-alueet.

terveyserojen kaventamisen osa-alueiden malli (kuvio 1) koostuu neljästä kokonaisuudesta, jotka ovat tavoitteen asettelu, yhteistyö, toimeenpano sekä tieto ja arviointi.

Tavoitteen asettelu

Valtakunnan tasolla terveyserojen kaventaminen on asetettu tavoitteeksi sekä hallitusohjelmassa että Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Sen lisäksi alueellista ja paikallista toimintaa ohjaamaan tarvitaan myös kaventamistavoitteita. Kaventamistavoitteen asettamisen edellytyksenä on ongelman tunnistaminen, oman alueen/kunnan erityispiirteiden ja mahdollisuuksien hahmottaminen sekä kaventamistoimien hyvinvointia ja taloutta tukevan potentiaalin ymmärtäminen.

Maakuntien hyvinvointiohjelmiin ja kuntastrategioihin on tarpeen kirjata eriarvoisuuden vähentämisen ja terveyserojen kaventamistavoite. Kuntastrategian tavoitteiden tulisi konkretisoida kaventamistavoitteina toiminta- ja taloussuunnitelmissa eri hallinnonaloilla. Se miten käsite *terveyserot* ymmärretään ja tulkitaan, vaikuttaa tavoitteiden muotoiluun. Tärkeää olisi tavoitella sosiaalisen aseman ja terveyden välisen kytköksen vähentämistä; hyvän terveyden edellytykset kuuluvat kaikille. Tavoitteen asettaminen osoittaa laaja-alaista sitoutumista ja tahtoa eriarvoisuuden kaventamiseen. Strategisen kaventamistavoitteen pitäisi myös ehkäistä eriarvoisuutta lisääviä ratkaisuja päätöksenteossa.

Kaikilla kolmella tarkastellulla alueella kaventamistavoite on viety strategioihin ja saatu johon sitoutumaan. Mikäli aluetoimijoiden joukos-

sa ei ole aihepiiriin puolestapuhujia ja käynnistäjiä, eriarvoisuuden vähentäminen ei välttämättä nouse teemaksi kunta- ja aluetoimissa, strategioissa ja päätöksissä lainkaan.

Kytkeytyminen muihin osa-alueisiin. Kaventamistavoitteen muotoilu kuntastrategiaan onnistuu vain laaja-alaisessa yhteistyössä. Eri hallinnonalojen sitouttaminen tämän yhteisen tavoitteen taakse mahdollistaa toimeenpanon laaja-alaisesti. Strateginen kaventamistavoite ohjaa ja tukee kaventamistyön toimeenpanoa. Kaventamistavoite pohjautuu väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevaan seurantatietoon (esim. hyvinvointikertomus), keinojen ja toimien arviointiin sekä vaikuttavuustietoon.

Yhteistyö

Sosiaalisen aseman ja terveyden välisen kytköksen seuraukset ovat laaja-alainen ja haastava ongelma, ja sen ratkaisemiseen tarvitaan koko yhteiskuntaa. Terveyserojen syytekijöihin puuttuminen edellyttää kaikkien hallinnonalojen toimia ja yhteistyötä. Hyvinvointierojen kaventaminen auttaa terveyserojen vähentämisessä. Laaja-alainen yhteistyö lisää ymmärrystä ilkeästä ongelmasta ja toisaalta mahdollistaa uusien kaventamiskeinojen innovoinnin. Kaventamistoimintaa tulee johtaa, koordinoita ja resursoida.

Yhteistyörakenteita tarvitaan toiminnan eri tasoilla: johtoryhmätasolla (päätosvalta), toiminnan käynnistämisen ja koordinoimintatasolla sekä palvelujärjestelmän tasolla (esimerkiksi moniammatillisuus, yhden oven palvelut). Yhteistyöhön kuuluu myös vastuista ja työnjaosta sopiminen. Kunnan hyvinvointijohtoryhmän tehtäviin kuuluu muun muassa seuranta- ja arviointitiedon kokoaminen, käsittely ja niiden pohjalta johtopäätösten tekeminen (ml. strategiset tavoitteet ja keinojen valinta).

Alueyhteistyö osoitti, että terveyden sosiaalisten taustatekijöiden kautta päästään ongelman juurille ja kaikilta hallinnonaloilta löytyy toimia, joilla voidaan vaikuttaa eriarvokehitykseen. Yhteinen suunnittelu eriarvoisuuden vähentämiseksi ja toimeenpanon resursointi nähtiin tärkeänä. Eriarvoisuuden vähentämisestä on löytynyt yhteinen kohde, jota eri toimijat edistävät omilla toimillaan. Myös riittävän laajapohjainen operatiivinen työryhmä on tarpeen käytännön toiminnan ohjaamiseen.

Haasteiksi alueiden kokemuksissa nousi asian omistajuus ja voimattomuus kansallisten pää-

tösten vaikutusten edessä. Aluksi vastuuta hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisesta ei ollut kenelläkään. Sitten asian ympärillä toimi useita, jopa kilpailevia, toimijoita, joiden keskinäinen rooli ei ollut selkeä. Kiinteiden rakenteiden (esimerkiksi nimetty kaventamisen koordinointi-tehtävä) puuttuessa esimerkiksi henkilövaihdokset voivat lamaannuttaa toiminnan.

Kytkeytyminen muihin osa-alueisiin. Kaventamisen toimeenpanossa mahdollisimman laaja-alainen soveltaminen on tarpeen. Näin myös eri hallinnonalojen monipuolinen keinovalikoima saadaan hyödynnettyä. Eri hallinnonalojen seuranta- ja vaikuttavuustieto saadaan kerättyä yhteiseen tarkasteluun kokonaisuuden hahmottamiseksi.

Toimeenpano

Tiedosta toimintaan siirtymisessä haasteena on terveyseroproblematiikan monimuotoisuus. Terveyseroja ei voi suoraan kaventaa, vaan kaventamistoimet pitää pilkkoa konkreettisiksi tehtäviksi (Sihto & al. 2013; ks. myös Palosuo & al. 2013). Informaatiosta olisi edettävä ymmärrykseen, niin kansallisia ohjelmia ja suosituksia kirjoitettaessa kuin niitä kunnan tasolla tulkittaesakin (Hakkala 2013). Vaikka meillä on vähän tutkimustietoa vaikuttavista kaventamiskeinoista, alue- ja kuntatasolla on päätettävä, mihin toimintaa kohdennetaan, mitä konkreettista pitää tehdä ja miten. Vaikutusten ennakoarvioinnin avulla voidaan ottaa huomioon kaikkien hyvinvointi ja terveys sekä ehkäistä eriarvoisuutta lisääviä ratkaisuja päätöksenteossa.

Kaventamistoimia suunniteltaessa tulee täsmentää, mihin pyritään vaikuttamaan: elinympäristöön, asuin- ja työolosuhteisiin, hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiin (työ, koulutus), käyttäytymiseen, valintoihin vai sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Kohdistetaanko toimet suoraan terveyteen vaikuttaviin tekijöihin, esimerkiksi ehkäistään ja hoidetaan tehokkaasti heikossa sosiaalisessa asemassa olevien sairauksia. Kumpi on tehokkaampaa, vaikuttaminen yksilöön (esim. elintavat) vai rakenteisiin (esim. palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisesti)? Koko väestöön kohdistuvat toimet saattavat pahimmassa tapauksessa jopa lisätä terveyseroja, etenkin jollei kaikkia tavoiteta. Jos lisäksi tunnustetaan enemmän tukea tarvitsevat ja kohdennetaan lisätukea heille, eriarvoisuuden vähentäminen on mahdollista. Halutaanko vaikuttaa eriarvoisuu-

den syytekijöihin, jolloin terveyserot ymmärretään sosiaalisena ongelmana ja puututaan sosiaaliseen eriarvoisuuteen (esim. tulot, työ, koulutus, mahdollisuuksien tasa-arvo)?²

Kytkeytyminen muihin osa-alueisiin. Ennakoarvioinnin avulla voidaan seurata, onko toteutunut politiikka ollut strategisen kaventamistavoitteen mukaista. Toimien seuranta ja keinojen ja vaikuttavuuden arviointi on mahdollista vain riittävän lähellä hanke- ja kehittämistyötä. Palvelujärjestelmän toimeenpanossa korostuu tärkeänä moniammatillinen yhteistyö ja asiakkaiden tilanteen ja tarpeiden kokonaisvaltainen hahmottaminen.

Tieto, seuranta ja arviointi

Seurantatietoa tarvitaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksestä hälyttävien ilmiöiden tunnistamiseksi sekä toimien kohdentamiseksi mielekkäällä tavalla. Eriarvoisuutta kuvaavaa alueellista tietoa väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluiden käytöstä saadaan muun muassa THL:n Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta ja kunnan omista tietojärjestelmistä. Tarpeen olisi kerätä myös laadullista tietoa kuten ammattilaisten hiljaista tietoa ja asukkaiden kokemustietoa. Tieto kaventamisen keinoista ja vaikuttavuudesta auttaa toimien valinnassa. Kaventamistoimien ja tavoitteiden toteutumista tulisi seurata sekä prosessi- että lopputulosindikaattoreilla. Myös tehtyjen ennakoarviointien vaikutusten seuranta olisi tärkeää.

Prosessiseurannan aikana kaikilla kolmella alueella osattiin hyödyntää eriarvotietoa ja koulutuskierrokset auttoivat tietoisuuden lisäämisessä ja sitouttamisessa. Tieto alueen hyvinvointi- ja terveyseroista nosti eriarvoisuuden yleiseen keskusteluun. Eriarvoisuuden haluttiin puuttua ja kehittää konkreettisia kaventamisen toimintamalleja.

Yhteisen ymmärryksen saavuttaminen ja laaja-alainen kaventamistoimintaan sitoutuminen on kuitenkin pitkä prosessi. Pääasiassa hankkeiden varassa toimivalla kehittämistyöllä on vaikea osoittaa, että on tehty oikean suuntaisia ratkaisuja. Lyhytkestoisten hankkeiden tuloksia mitataan usein lopputulosindikaattoreilla (esim. kuolleisuus). Prosessi-indikaattoreiden avulla pitäisi pystyä vakuuttamaan johto ja päättäjät siitä, että ollaan menossa oikeaan suuntaan.

2 Lisää kaventamisen keinoista: www.thl.fi/kaventaja

Kytkeytyminen muihin osa-alueisiin. Yhteistyö-
elimen (esim. hyvinvointijohtoryhmä) tehtävä
on koota ja käsitellä edellä mainittua tietoa sekä
seurata politiikkojen, toimien ja tavoitteiden vai-
kutuksia ja toteutumista. Tietoon perustuva toi-
minta edellyttää johtopäätösten tekemistä, strate-
gisten tavoitteiden asettamista ja keinojen valin-
taa. Eriarvosta koottu tieto voi toimia myös työ-
kaluna asian edistämässä – ymmärryksen lisää-
misessä, asiaan sitouttamisessa, yhteistyökump-
paneiden hankkimisessa.

Katse tulevaan

Prosessiarviointi osoitti, että kaupungit, kunnat
ja alueet ovat erilaisia, eikä ole yhtä oikeaa tapaa
toimia. Terveysterotietoa tarvitaan ”omasta” väes-
töstä herättämään päättäjät. Sitä tarvitaan myös
kaventamistoimien perusteluksi ja kohdentami-
seksi. Kaventamistavoitteen tulee sisältyä kan-
santerveysohjelman lisäksi kuntien ja maakun-
tien strategioihin, jotta se johtaisi kaventamis-
toimiin. Tarvitaan tehokasta poikkihallinnollista
yhteistyötä sekä tiivistä yhteistyötä ammatti-
laisten, päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden
välillä. Eriarvonäkökulma tulee sisällyttää hyvin-
vointijohtamiseen ja käytössä oleviin työkalui-
hin (mm. hyvinvointikertomus, vaikutusten en-
nakoarviointi IVA/EVA). Sosiaali- ja terveyden-
huollon kehittämissuunnitelma KASTE tarjoaa han-
kerahoitusta ja kehittämistyön tukea hyvinvoin-

ti- ja terveyserojen kaventumistavoitteensa mu-
kaisesti.

Sakari Suomisen ja Hanna Lintulan (2013)
mukaan vahvaa ja kokoavaa aluetason terveys-
politiikan edistäjää ja yhteistä foorumia ei tällä
hetkellä ole olemassa. Aluetasolla tehdään kui-
tenkin paljon työtä kansalaisten hyvinvoinnin ja
terveyden edistämiseksi. Toimijoiden keskinäis-
tä yhteydenpitoa, koordinaatiota ja yhteistyötä
parantamalla olisi jo nykyresursseilla mahdollis-
ta parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämi-
sen vaikuttavuutta. Erityisesti sosiaali- ja tervey-
denhuollon rakenteita uudistettaessa tulisi huo-
lehtia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja
eriarvoisuuden vähentämisen koordinoinnin ja
vastuiden jatkuvuudesta.

Teemakeskustelukierros ministeriöissä (Rotko
& al. 2013) osoitti, että myös valtakunnan tasol-
la tarvitaan samantapaisia rakenteita ja toiminta-
tapoja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventami-
seen kuin kunnissa ja alueilla. Työterveyslaitok-
sen työpaikkojen terveyserojen kaventamista kos-
kevan tutkimuksen (Sirola & al. 2012) mukaan
työpaikoilla voidaan tehdä paljon eriarvoisuu-
den vähentämiseksi. Tutkimuksen mukaan kei-
noja ovat esimerkiksi sitoutuva johtaminen ja esi-
miestyö, toimiva vuorovaikutus ja tiedonkulun
varmistaminen, vaikutusmahdollisuuksien lisää-
minen ja konkreettiset toimet terveyden edistä-
miseksi. Eriarvoisuuden vähentäminen on kaik-
kien asia ja se on mahdollista, jos niin halutaan.

KIRJALLISUUS

CSDH: Closing the Gap in a generation. Health equi-
ty through action on the social determinants of
health. Final report of the Commission on Social
Determinants of Health. Geneva: World Health
Organization, 2008.

EU: Case Studies on tackling health inequalities at the
regional level: Guidelines. European Union: Equi-
ty action, Work package 5: ”Regions”, 2011.

Hakkala, Mari: Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnalli-
nen toiminta. S. 103–108. Teoksessa Sihto, Mari-
ta & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuoren-
koski, Lauri, & Leppo, Kimmo (toim.): Terveys-
politiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Tervei-
den ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Hannikainen-Ingman, Katri: Sitkeästi terveyse-
roja vastaan: Arviointi sosioekonomisten terveyse-

rojen kaventamiseen tähtäävästä työstä Kainuus-
sa 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä.
Kainuun maakunta, 2010. http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Sitkeasti_terveyseroja_vastaan.pdf (luettu 13.1.2013)

Kaikkonen, Risto & et al.: Sosioekonomiset terveys-
erot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Raportti
B27/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2008.

Koskinen, Seppo & Teperi, Juha: Väestöryhmien vä-
listen terveyserojen supistaminen. Helsinki: Sta-
kes, 1999.

Mackenbach, Johan & Bakker, Martijntje & Sihto,
Marita & Diderichsen, Finn: Strategies to redu-
ce socioeconomic inequalities in health. P. 25–29.
In Reducing inequalities in health. London: Rout-
ledge, 2002.

- Marmot, Michael & Allen, Jessica & Bell, Ruth & Bloomer, Ellen & Goldblatt, Peter: WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 380 (2012): 9846, 1011–1029.
- Marmot, Michael & Friel, Sharon & Bell, Ruth & Houweling, Tanja & Taylor, Sebastian: Closing the gap in a generation; health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 378 (2008): 8, 1661–1669.
- Melkas, Tapani: Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveyspolitiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013): 2, 181–196.
- Murto, Jukka: Prosessiarviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamistyöstä Turussa (2008–2010). Julkaisematon käsikirjoitus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Murto, Jukka: Prosessiarviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamistyöstä Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa (2008–2010). Julkaisematon käsikirjoitus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto & Kostianen, Elisa & Koskinen, Seppo & Linnanmäki, Eila: Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. Raportti 31/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Ollila, Eeva: Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (2011): 6, 11–18.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari: Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Palosuo, Hannele & et al.: Terveyden eriarvoisuus Suomessa: sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Raportti 23/2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.
- Robson, Colin: *Small-scale evaluation : principles and practice*. Thousand Oaks, Calif: SAGE, 2000.
- Rotko, Tuulia & Mustonen, Niina & Kauppinen, Tapani: Eriarvoisuuden vähentäminen kaikissa politiikoissa – kokemuksia ministeriökierrokselta. *Työpäperi* 32/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Seppänen-Järvelä, Riitta: Prosessiarviointi kehittämissä projektissa: opas käytäntöihin. Helsinki: Stakes, 2004.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri, & Leppo, Kimmo: Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Sihto, Marita, Palosuo, Hannele & Linnanmäki, Eila: Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. S. 197–218. Teoksessa *Terveyden eriarvoisuus Suomessa: sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.
- Sirola, Pia & Puustinen, Susanna & Jurvansuu, Hanna & Virtanen, Simo & Husman, Päivi: Työpaikat terveyserojen kaventajina: osallistamalla oikeita ratkaisuja. Helsinki: Työterveyslaitos, 2012.
- STM: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.
- STM: Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001.
- Suominen, Sakari & Lintula, Hanna: Aluetason terveyspolitiikka. S. 109–113. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri, & Leppo, Kimmo (toim.): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani: Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66 (2012): 7, 573–578.
- Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326 www.finlex.fi.
- THL: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.terveytemme.fi/ath/index.html> (13.1.2013)
- THL: Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa: tukiaineistoa kuntajohdolle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Whitehead, Margaret: Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *The Milbank quarterly* 76 (1998): 3, 469–492.