

KANSALLINEN TERVEYSEROJEN  
KAVENTAMISEN TOIMINTAOHJELMA  
2008–2011

ISSN 1236-2050

ISBN 978-952-00-2609-7 (nid.)

ISBN 978-952-00-2616-3 (PDF)

Kannen kuva: Teemu Jehkonen / Plugi

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2008

# TIIVISTELMÄ

*Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimitaohjelma 2008–2011. Helsinki 2008. 168 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050; 2008:16) ISBN 978-952-00-2609-7 (nid.), ISBN 978-952-00-2616-3 (PDF)*

Terveysterojen kaventamisen toimitaohjelmassa määritellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveysterojen vähentämiseksi. Erillinen toimitaohjelma katsottiin tarpeelliseksi, koska terveysterot ovat osoittautuneet vaikeaksi terveys- ja yhteiskuntapoliittiseksi ongelmaksi. Terveysterojen vähentyminen on ollut Suomen terveystoiminnan tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan, mutta tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet.

Terveysterojen kaventamisen toimitaohjelma kytkeytyy tiiviisti hallituksen Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan. Terveysterojen kaventamisen toimitaohjelma toteuttaa osaltaan myös terveystoimintapolitiikkaa pitkällä aikavälillä linjaavan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta, jonka mukaan ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuusterojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä.

Toimitaohjelman valmistelu aloitettiin syksyllä 2006 pääministeri Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän toimeksiantannosta kansanterveyden neuvottelukunnassa. Valmistelussa on kuultu laajaa joukkoa asiantuntijoita eri hallinnonaloilta, tutkimuslaitoksista, yliopistoista, kunnista, terveystoimintajärjestelmästä sekä kansalais- ja ammattijärjestöistä. Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhanke TEROKAn asiantuntijoilla on ollut tärkeä rooli toimitaohjelman suunnittelussa ja valmistelussa.

Toimitaohjelman tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Terveysteroja pyritään vähentämään siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien

terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Terveyserojen väheneminen vaikuttaa myönteisesti koko kansanterveyteen, palveluitten turvaamiseen väestön ikääntyessä, työllisyysasteen nostamiseen sekä kustannusten hillintään.

Väestöryhmätasolla tapahtuvat terveyden muutokset edellyttävät usein pitkäkööä aikaväliä. Terveyserojen kaventaminen vaatii onnistuakseen pitkäjänteistä työtä ja eri sektoreiden välistä yhteistyötä. On puututtava terveyserojen taustalla oleviin sosiaalisiin syytekijöihin ja prosesseihin. Tässä ohjelmassa terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyritään seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen
- Tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä
- Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä

Näihin tavoitteisiin pyrkiminen ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta edellyttävät luotettavaa tietopohjaa ja tehokasta tiedonvälitystä, joita varten

- kehitetään terveyserojen seurantajärjestelmää
- vahvistetaan tietopohjaa
- kehitetään koulutusta ja viestintää koskien terveyseroja ja niiden kaventamista

Toimintaohjelmassa on esitetty 15 toimenpidettä. Nämä edustavat terveyserojen kannalta keskeisimpiä toimia, joiden ei ole katsottu etenevän riittävän vahvasti muualla. Toimenpiteet on valittu siten, että ne voidaan aloittaa ja osin myös toteuttaa kuluvan hallituskauden aikana. Ohjelma tavoittelee kuitenkin pitemmän aikavälin yhteiskunnallisia vaikutuksia ja monet tavoitteet ulottuvat hallituskauden ohi.

Terveyseroihin vaikutetaan monissa meneillään olevissa ohjelmissa ja hankkeissa joko suoraan tai välillisesti. Toimintaohjelmaan on koottu näistä sellaisia toimenpiteitä, joita halutaan tämän ohjelman myötävaikutuksella vahvistaa. Toimintaohjelman tehtävänä on myös

huolehtia siitä, että asianomaisilla toimijatahoilla kiinnitetään huomiota eri väestöryhmiin kohdistuviin vaikutuksiin.

Toimintaohjelman toimeenpanoa ja seuranta varten tehdään tarkennettu toimeenpanosuunnitelma, josta käyvät ilmi myös seurannassa ja arvioinnissa käytettävät tulos- ja prosessiosoittimet. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ohjelman toimeenpanosta sekä sen seurannasta ja arvioinnista. Kansanterveyden neuvottelukunta toimii ohjelman ohjausryhmänä. STM:n hallinnonalan tutkimuslaitokset KTL, Stakes ja TTL osallistuvat toimeenpanoon, seurantaan ja arviointiin. Tutkimuslaitosten asiantuntijatuki kanavoidaan laitosten Terveyserojen kaventamisen yhteistyöhanke TEROKAn kautta.

## **Asiasanat**

Hyvinvointi, terveys, terveystalitiikka, toimintaohjelmat, yhteiskuntapolitiikka

# SAMMANDRAG

*Handlingsprogram för minskning av hälsoskillnaderna 2008–2011. Helsingfors 2008. 168 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050; 2008:16) ISBN 978-952-00-2609-7 (inb.), ISBN 978-952-00-2616-3 (PDF)*

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnaderna fastställer de praktiska riktlinjerna för verksamheten för att minska de socioekonomiska hälsoskillnaderna. Ett separat handlingsprogram ansågs nödvändigt eftersom hälsoskillnaderna hade visat sig vara ett svårt hälso- och samhällspolitiskt problem. Målet för hälsopolitiken i Finland har redan under ett par decennier varit att minska hälsoskillnaderna men målet har inte nåtts utan skillnaderna har delvis till och med vuxit.

Handlingsprogrammet för en minskning av hälsoskillnaderna är nära förknippad med regeringens Politikprogram för hälsofrämjande. Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnaderna förverkligar för sin del även målet för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 som på lång sikt drar upp riktlinjerna för hälsopolitiken. Enligt detta program ska skillnaderna i dödlighet mellan yrkesgrupper och utbildningsgrupper minska med en femtedel fram till utgången av år 2015.

Beredningen av handlingsprogrammet inleddes på hösten 2006 i folkhälsodelegationen på uppdrag av den socialpolitiska ministerarbetsgruppen i statsminister Vanhanens första regering. Vid beredningen har en bred grupp sakkunniga hörts inom olika förvaltningsområden, forskningsinstitut, universitet, kommuner, hälsoservicesystemet samt medborgar- och yrkesorganisationer. Sakkunniga inom Folkhälsoinstitutets samarbetsprojekt TEROKA har haft en viktig roll i planering och beredning av handlingsprogrammet.

Målet för handlingsprogrammet är att minska skillnaderna mellan de socioekonomiska befolkningsgrupperna i fråga om arbets- och funktionsförmåga, upplevd hälsa, sjukfrekvens och dödlighet. Man strävar efter att minska hälsoskillnader så att hälsotillståndet för de

sämst lottade närmar sig hälsolivån för de grupper som uppnått en bättre hälsa. En minskning av hälsoskillnaderna inverkar positivt på hela folkhälsan, tryggar servicen när befolkningen blir äldre, höjer sysselsättningsgraden och hejdar kostnaderna.

Förändringar av hälsan som sker på befolkningsgruppsnivå förutsätter ofta ett långt tidsintervall. För att en minskning hälsoskillnaderna ska lyckas krävs långsiktigt arbete och samarbete mellan olika sektorer. Man måste ingripa mot sociala orsaksfaktorer och processer bakom hälsoskillnaderna. Detta program strävar efter målet att minska hälsoskillnaderna genom följande huvudlinjer:

- Genom samhällspolitiska åtgärder påverka fattigdom, utbildning, sysselsättning och boende
- Stödja sunda levnadsvanor inom hela befolkningen och särskilt inom de befolkningsgrupper där osunda levnadsvanor är utbredda
- Förbättra jämlik och adekvat tillgång till och användning av social- och hälsovårdstjänster

Att sträva efter dessa mål och följa upp att målen nås förutsätter tillförlitligt kunskapsunderlag och effektiv informationsförmedling för vilka man

- utvecklar ett uppföljningssystem för hälsoskillnader
- förstärker kunskapsunderlaget
- utvecklar utbildning och kommunikation med avseende på hälsoskillnader och en minskning av dem

Handlingsprogrammet har presenterat 15 åtgärder. Dessa utgör de viktigaste åtgärderna i fråga om hälsoskillnader som man inte har ansett ha framskridit tillräckligt på annat håll. Åtgärderna har valts så att de kan börja vidtas redan nu och delvis även genomföras under den innevarande regeringsperioden. Programmet strävar dock efter samhälleliga effekter och flera mål sträcker sig över regeringsperioden.

Flera pågående program och projekt inverkar på hälsoskillnaderna antingen direkt eller indirekt. I handlingsprogrammet har man från dessa samlat åtgärder som har inverkan och som man vill förstärka

genom programmets medverkan. Handlingsprogrammets uppgift är även att se till att aktörerna fäster uppmärksamhet på effekterna för olika befolkningsgrupper.

För genomförande och uppföljning av handlingsprogrammet upprättas en preciserad genomförandeplan, ur vilken framgår även resultat- och processindikatorer som används vid uppföljning och utvärdering. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för genomförandet av programmet samt uppföljning och utvärdering. Folkhälsodelegationen fungerar som styrgrupp för programmet. Forskningsinstitutet inom SHM:s förvaltningsområde, Folkhälsoinstitutet (KTL), Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) och Arbetshälsoinstitutet (TTL), deltar i genomförandet, uppföljningen och utvärderingen. Forskningsinstitutets sakkunnighjälp kanaliseras genom samarbetsprojektet för minskning av hälsoskillnaderna (TEROKA).

## **Nyckelord**

Handlingsprogram, hälsa, hälsopolitik, samhällspolitik, välfärd



## SUMMARY

*National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011. Helsinki 2008. 168pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050; 2008:16) ISBN 978-952-00-2609-7 (pb), ISBN 978-952-00-2616-3 (PDF)*

The National Action Plan to Reduce Health Inequalities outlines proposals for strategic policy definitions and the most important measures to reduce socioeconomic health inequalities in Finland. A separate action plan was deemed necessary since inequalities persist despite the efforts undertaken through health and social policy. Narrowing health gaps has been the objective of Finnish health policy since the 1980s. This objective has not been achieved, however, and the inequalities have partly even grown.

The National Action Plan to Reduce Health Inequalities is closely linked with the Government's Health Promotion Policy Programme. The Action Plan will also for its part implement the aim of the national "Health 2015" programme to reduce mortality differences by a fifth by 2015.

The preparation of the Action Plan began in autumn 2006 at the multisectoral Advisory Board for Public Health (within the Ministry of Social Affairs and Health) on assignment from the ministerial group for social policy issues of Prime Minister Vanhanen's first Government. Throughout the preparation, a vast number of experts from several administrative sectors, research institutes, universities, local governments and the health service system as well as NGOs and professional organisations have been consulted. Members of the TEROKA project, which is being carried out together by the National Public Health Institute, the National Research and Development Centre for Welfare and Health and the Finnish Institute of Occupational Health, have had an important role in planning and preparing the Action Plan.

The objective of the Action Plan is to reduce social inequalities in work ability and functional capacity, self-rated health, morbidity and

mortality by levelling up. Narrowing of the inequalities will have a positive effect on public health and help to secure the services as the population ages, raise the employment rate and restrain the costs.

Changes in the health of entire population groups often take a long period of time to materialise. Persistent, multisectoral work is needed to reduce health inequalities. Social determinants of health and the processes behind the inequalities must be addressed. To pursue the objective of reduction in health inequalities, the Action Plan mainly operates in the following three priority areas:

- Social policy measures: improving income security and education, and decreasing unemployment and poor housing
- Strengthening the prerequisites for healthy lifestyles: measures to promote healthy behaviour of the whole population with special attention to disadvantaged groups where unhealthy behaviour is common
- Improving the availability and good quality of social and health care services for everyone

To pursue these goals and monitor the attainment of them, reliable knowledge base and effective communication are needed. For this purpose,

- a follow-up system for health inequalities is developed
- knowledge about the scope of and trends in health inequalities is strengthened
- education and communication concerning health inequalities and their reduction is advanced.

Fifteen new actions are proposed in the Action Plan. These represent the most essential actions to bridge the health inequalities that have not been addressed sufficiently elsewhere. The proposals have been chosen so that they can be launched and partly realised during the current Government's four-year period in office. However, a long-term perspective for structural changes is emphasised and many of the aims extend beyond the present Government term.

Many ongoing programmes and projects address health inequali-

ties either directly or indirectly. Some proposals given in other programmes are included in the Action Plan in order to further emphasise them. The role of the Action Plan is also to ensure that the involved actors take account of the impacts their actions have on different population groups.

A detailed implementation plan including result and process indicators to be used in monitoring and assessment of the Action Plan will be prepared. The Ministry of Social Affairs and Health is responsible for the implementation and its monitoring and assessment. The Advisory Board for Public Health acts as a steering group for the Action Plan. Research institutes operating under the Ministry of Social Affairs and Health participate in the implementation, monitoring and assessment of the Action Plan. The institutes' expertise will be channelled through the project for reducing socioeconomic inequalities in health, known as TEROKA.

### **Key words**

Action programmes, health, health policy, social policy, wellbeing

# SISÄLLYS

ESIPUHE .....	15
1 OHJELMAN LÄHTÖKOHDAT.....	17
1.1 Toimintaohjelman yleiset tavoitteet ja linjaukset.....	17
1.2 Toimintaohjelman kytkeytyminen muihin ohjelmiin.....	19
1.3 Sosioekonomiset terveyserot ja terveyden eriarvoisuus.....	22
1.4 Terveyserojen nykytila ja kehityssuunnat .....	23
1.5 Terveyserojen kaventamisen perustelut.....	25
1.6 Terveyserojen syyt ja politiikan vaikuttamiskohdat.....	26
1.7 Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman yleisiä periaatteita.....	28
2. LINJAUKSET JA TOIMENPITEET.....	31
2.1 Terveyserojen vähentämisen ja syrjäytymisen ehkäisyyn yleiset yhteiskuntapoliittiset toimet.....	31
2.1.1 Vähennetään köyhyyttä.....	32
2.1.2 Parannetaan peruskoulun mahdollisuuksia ehkäistä ja vähentää terveyseroja.....	33
2.1.3 Edistetään toisen asteen ammatillisessa koulutuk- sessa olevien nuorten terveyttä ja hyvinvointia .....	35
2.1.4 Turvataan nuorille tukitoimet koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheissa .....	37
2.1.5 Työllistetään pitkäaikaistyöttömiä sekä työkyvyttö- myseläkkeellä ja kuntoutustuella olevia .....	39
2.1.6 Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria.....	40
2.1.7 Vähennetään asunnottomuutta .....	41
2.2 Elintapoihin vaikuttaminen politiikan keinoin.....	42
2.2.1 Vähennetään alkoholihaittoja.....	42
2.2.2. Vähennetään tupakointia.....	44
2.2.3 Edistetään terveellisiä ruokatottumuksia ja liikuntaa.....	46
2.3. Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittäminen.....	47
2.3.1 Kehitetään sosiaalityötä ja perusterveydenhuoltoa sekä niiden yhteistyötä.....	49

2.3.2	Parannetaan päivähoidon ja neuvoloiden mahdollisuuksia ehkäistä terveyseroja osana verkostoituvia palveluja .....	51
2.3.3	Kehitetään työikäisten oikea-aikaista ja tarpeenmukaista kuntoutusta .....	53
2.3.4	Turvataan pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyshuoltopalvelujen ulkopuolella olevien työikäisten työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut .....	56
2.3.5	Kehitetään ja vahvistetaan mielenterveystyötä .....	56
2.3.6	Turvataan ikäihmisten tasa-arvoiset palvelut .....	57
2.3.7	Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien palveluja .....	59
2.4	Terveyserojen seurantajärjestelmien kehittäminen .....	60
2.5	Tietopohjan vahvistaminen ja viestintä .....	62
3	TOIMIJATAHOT, TOIMEENPANO JA SEURANTA .....	53
3.1	Terveyserojen kaventamisen keskeiset toimijatahot .....	63
3.1.1	Valtionhallinto .....	63
3.1.2	Kunnat ja kuntayhtymät .....	65
3.1.3	Kansalaisjärjestöt ja kirkon diakoniatyö .....	68
3.1.4	Työmarkkinaosapuolet ja elinkeinoelämä .....	70
3.2	Ohjelman toimeenpano, seuranta ja arviointi .....	72
3.3	Toimeenpanosuunnitelma .....	73
LIITTEET		
Liite 1.	Kansanterveyden neuvottelukunnan ja sen jaostojen jäsenet sekä ohjelman valmistelussa kuullut asiantuntijat ....	78
Liite 2.	Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Ruotsissa, Englannissa ja Norjassa .....	81
Taustamuistiot		
Liite 3.	Terveys ja terveyserot kaikissa politiikoissa .....	90
Liite 4.	Terveyserojen kaventamistyön vahvistaminen kunnissa .....	98
Liite 5.	Terveyserojen kaventaminen elintapoihin vaikuttamalla ....	106
Liite 6.	Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen .....	118
Liite 7.	Terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisy lapsuudessa ja nuoruudessa .....	125
Liite 8.	Työikäisten terveyserojen kaventaminen .....	140
Liite 9.	Ikääntyneiden terveyserojen kaventaminen .....	150
Liite 10.	Väestöryhmien välisten terveyserojen seurantajärjestelmien kehittäminen .....	161

# ESIPUHE

Terveyserojen kaventaminen on ollut Suomessa terveystaloudellisesti tavoitteena jo pitkään, mutta sen saavuttamisessa ei ole riittävästi edetty. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa määritellään ensimmäistä kertaa suuntaviivojen ohella käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi suunnittelun ja toiminnan eri tasoilla.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelu aloitettiin syksyllä 2006 pääministeri Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministeriryhmän toimeksiannosta sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivassa kansanterveyden neuvottelukunnassa. Neuvottelukunta on valtioneuvoston asettama, ja siinä ovat edustettuina useat hallinnon alat, kuntakenttä, terveystaloudellisuusjärjestelmä, kansalais- ja ammattijärjestöt sekä terveystutkimus. Neuvottelukunnan puheenjohtaja on kansliapäällikkö Kari Välimäki. Valmistelua on ohjannut kansanterveyden neuvottelukunnan valtakunnallisen yhteistyön jaoston puheenjohtaja on johtaja Tapani Melkas. Neuvottelukunnan ja jaoston jäsenet on esitetty liitteessä 1.

Toimintaohjelman valmistelu rakentui alkuvaiheissaan seitsemälle etenemissuunnalle, jotka oli esitetty toimintaohjelmaa pohjustamaan sosiaalipoliittiselle ministeriryhmälle laaditussa muistiossa. Etenemissuunnille nimettiin seuraavat vastuuhenkilöt ja asiantuntijasitteerit (esitetty suluissa tässä järjestyksessä):

- 1) Terveys kaikissa politiikoissa -teeman (HiAP) vahvistaminen ja terveyseronäkökulman kytkeminen siihen kiinteästi (Tapani Melkas STM, Timo Ståhl Stakes)
- 2) Terveyserojen kaventamistyön vahvistaminen kunnissa (Kerttu Perttilä Stakes, Tuulia Rotko Stakes)
- 3) Alkoholi- ja tupakkapolitiikka (Erkki Vartiainen Kansanterveyslaitos, Eila Linnanmäki STM/Kansanterveyslaitos)

- 4) Palvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen (Juha Teperi STM/Stakes, Hannele Palosuo Stakes)
- 5) Lasten ja nuorten terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy (Marjaana Pelkonen STM, Tuija Martelin Kansanterveyslaitos)
- 6) Työikäisten terveyserojen kaventaminen (Hilkka Riihimäki Työterveyslaitos, Simo Virtanen Työterveyslaitos)
- 7) Väestöryhmien välisten terveyserojen seuranta järjestelmien kehittäminen (Seppo Koskinen Kansanterveyslaitos, Eila Linnanmäki STM/Kansanterveyslaitos)

Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhankkeen TEROKAn (Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen) asiantuntijat ovat osallistuneet toimintaohjelman suunnitteluun ja valmisteluun. Eila Linnanmäki oli hankkeesta virkavapaalla vuoden ajan sosiaali- ja terveysministeriössä kokoamassa ohjelmaa. Kaikkien edellä mainittujen lisäksi toimintaohjelman valmistelussa on kuultu laajaa joukkoa asiantuntijoita eri hallinnonaloilta, tutkimuslaitoksista, yliopistoista, kunnista, terveyspalvelujärjestelmästä sekä kansalais- ja ammattijärjestöistä. Asiantuntijat käyvät ilmi liitteestä 1.

# 1 OHJELMAN LÄHTÖKOHDAT

## 1.1 Toimintaohjelman yleiset tavoitteet ja linjaukset

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma toimeenpanee osaltaan pääministeri Vanhasen II hallitusohjelman tavoitteita edistää terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Toimintaohjelma kytkeytyy tiiviisti hallituksen käynnistämään Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma liittyy lisäksi moniin muihin eri sektoreilla meillä oleviin ohjelmiin ja hankkeisiin.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma tukee Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001) toimeenpanoa. Suomen terveystaloutta pitkällä aikavälillä linjaavan kansanterveysohjelman päätavoitteet ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ohjelmassa edellytetään, että kaikkiin terveyden edistämisen ja terveystalouden kehittämisen tavoitteisiin pyritään siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Kansanterveysohjelmassa on ensimmäistä kertaa asetettu myös määrällinen tavoite, jonka mukaan ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Viimeaikaisten tutkimustulosten mukaan tavoitetta ei ole kuitenkaan lähestytty, vaan erot ovat jopa kasvaneet.

Toimintaohjelman tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Terveyseroja pyritään vähentämään siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa.



Pyrittäessä vaikuttamaan väestöryhmien välisiin terveyseroihin, on otettava huomioon se, että väestöryhmätasolla tapahtuvat terveyden muutokset edellyttävät usein pitkähköä aikaväliä. Terveyserojen kaventaminen vaatii onnistuakseen pitkäjänteistä työtä ja eri sektoreiden ja hallinnonalojen välistä yhteistyötä. On puututtava terveyserojen taustalla oleviin syytekijöihin ja prosesseihin. Tässä ohjelmassa terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyritään seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen
- Tukemalla terveellisiä elintapoja yleisesti ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä
- Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä

Näihin tavoitteisiin pyrkiminen ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta edellyttävät luotettavaa tietopohjaa ja tehokasta tiedonvälitystä, joita varten

- kehitetään terveyserojen seurantajärjestelmää
- vahvistetaan tietopohjaa sekä
- kehitetään koulutusta ja viestintää koskien terveyseroja ja niiden kaventamista

Ohjelmaa laadittaessa on käyty läpi terveyserojen kaventamisen laajaa ja monitoimijaista kenttää. Terveyseroihin vaikutetaan monissa meneillään olevissa ja valmisteltavissa ohjelmissa ja hankkeissa joko suoraan tai välillisesti. Toimintaohjelmaan on koottu näistä sellaiset toimenpiteet, joita halutaan tämän ohjelman myötävaikutuksella vahvistaa. Toimintaohjelman tehtävänä on myös huolehtia siitä, että eri tahoilla kiinnitetään huomiota eri väestöryhmiin kohdistuviin vaikutuksiin.

Varsinaisia omia toimenpiteitä toimintaohjelmassa on esitetty 15 kpl. Nämä edustavat terveyserojen kannalta keskeisimpiä toimia, joiden ei ole katsottu etenevän riittävän vahvasti muualla. Osassa toi-

menpiteitä vahvistetaan jo käynnistettyjä toimia. Monet toimenpiteet edellyttävät lisäselvityksiä ja/tai -resursseja, mutta osa voidaan toteuttaa kohdentamalla uudelleen jo olemassa olevia resursseja. Toimenpiteet on valittu siten, että ne voidaan aloittaa kuluvan hallituskauden aikana. Ohjelma tavoittelee kuitenkin pitemmän aikavälin yhteiskunnallisia vaikutuksia ja erityisesti rakenteellisia muutoksia edellyttävät tavoitteet ulottuvat hallituskauden ohi. Toimintaohjelma on tarkoitettu päivittämään vuonna 2011.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden laajempia taustoja ja perusteluja aihealueittain on esitetty kahdeksassa taustamuistiossa (liitteet 3-10). Taustamuistioissa on esitetty tähän ohjelmaan kirjattujen toimenpiteiden lisäksi myös muita toimenpide-ehdotuksia.

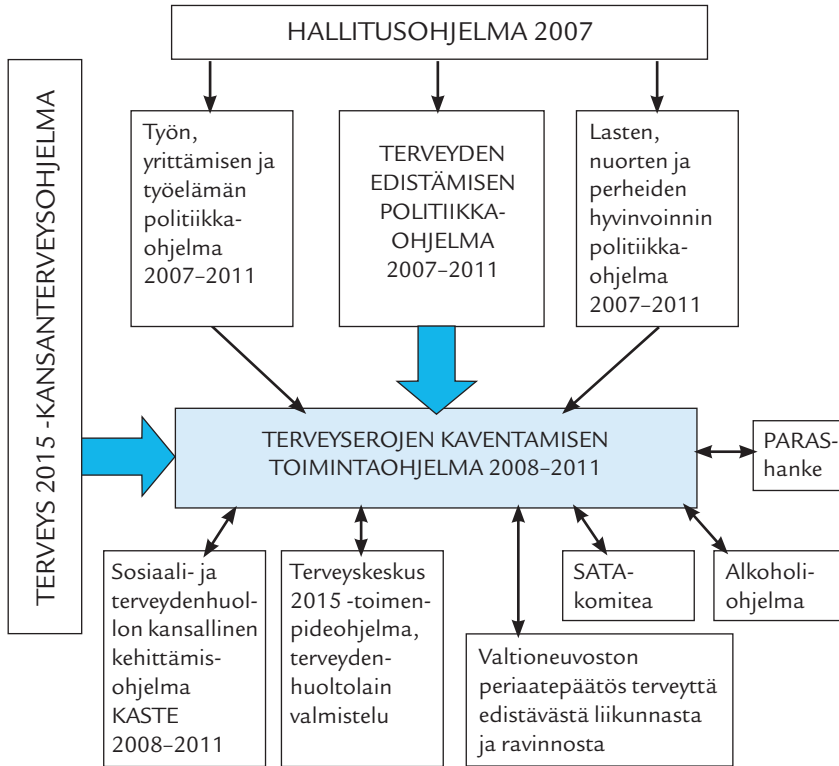
## 1.2 Toimintaohjelman kytkeytyminen muihin ohjelmiin

Ohjelma kytkeytyy useisiin käynnissä oleviin ohjelmiin ja hankkeisiin. Näistä keskeisimpiä on koottu kuvioon 1.

Pääministeri Vanhasen II hallituksella on kolme poikkihallinnollista politiikkaohjelmaa: työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma, terveyden edistämisen politiikkaohjelma sekä lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. Politiikkaohjelmat koostuvat eri hallinnonalojen ja eri toimijoiden toimenpiteitä hallituksen priorisoimien tavoitteiden saavuttamiseksi.

**Terveyden edistämisen politiikkaohjelman** tavoitteena on väestön terveydentilan paraneminen ja terveyserojen kaventuminen. Politiikkaohjelman tehtävänä on terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen, kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen, terveitä elintapoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen ja terveyden edistämisen uusien työmuotojen kehittäminen sekä järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen erityisesti osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukena.

Kuvio 1. Terveyserojen kaventamisen kytkenät muihin hankkeisiin ja ohjelmiin.



**Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman** painopisteenä on ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen. Tavoitteena on vahvistaa lapsiystävällistä Suomea, jossa tuetaan lasten, nuorten ja perheiden arjen hyvinvointia, vähennetään syrjäytymistä, lisätään nuorten osallistumista ja kuulemista sekä lasten oikeuksista tiedottamista. **Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman** tavoitteena on muun muassa työvoiman tarjonnan lisääntyminen ja ilman ammatillista koulutusta jäävien osuuden väheneminen, työmarkkinoiden kohtaanto-ongelmien väheneminen sekä työolosuhteiden ja työssä jaksamisen parantaminen.

Hallitus käynnisti kesällä 2007 laaja-alaisen **sosiaaliturvauudistuksen (SATA-komitea)**, jonka tavoitteena on työn kannustavuuden

parantaminen, köyhyyden vähentäminen sekä riittävän perusturvan tason turvaaminen kaikissa elämäntilanteissa. Komitean on määrä saada työnsä valmiiksi vuoden 2009 loppuun mennessä.

Valtioneuvosto käynnisti vuonna 2005 **kunta- ja palvelurakenteen uudistamisen (PARAS-hanke)**. Tavoitteena on turvata asukkaille kuntien vastuulla olevat hyvinvointipalvelut. Tavoite saavutetaan, kun kuntarakennetta ja rahoituspohjaa vahvistetaan, kuntien yhteistyötä tiivistetään ja palveluverkon kattavuus varmistetaan. Lisäksi on uudistettava toimintatapoja. Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskeva lainsäädäntö tuli voimaan 23.2.2007.

Valtioneuvoston vuoden 2008 alussa hyväksymässä **Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE)** määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Kehittämissuunnitelma antaa sekä kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta että nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin vuosina 2008–2011 suunnataan Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen ja lääninhallitusten työpanosta ja kehittämissuunnitelman määrärahoja. Sosiaali- ja terveysministeriön **Terveyskeskus 2015 -toimenpideohjelman** tavoitteena on, että terveyskeskus on vuonna 2015 koko väestön korkealaatuinen peruspalveluyksikkö, jolla on koordinaattorooli väestön hyvinvoinnin edistämiseksi ja avainrooli terveydenhuollon palveluketjujen hallinnassa. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän valmistelemaan ehdotusta uudesta **terveydenhuoltolaista** toukokuun 2008 loppuun mennessä. Uuden lain tavoitteena on tukea ja vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja edistää terveyspalvelujen saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä. Lain tulee madaltaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitoja. Työryhmän toimeksiannossa keskeisiä lähtökohtia ovat väestöryhmien välisten ja alueellisten terveyserojen kaventaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla **valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävästä liikunnasta ja ravinnosta**. Valmistelu tehdään yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön alaisen terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan sekä maa- ja metsä-

talousministeriön alaisen Valtion ravitsemusneuvottelukunnan kesken. Periaatepäätöksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on pienentää liikuntaan ja ravitsemukseen liittyviä sosioekonomisia eroja.

Monissa muissa maissa, kuten Englannissa, Ruotsissa ja Norjassa on aktiivisesti kehitetty toimia ja ohjelmia, jotka tähtäävät terveyserojen kaventamiseen (liite 2). Näiden maiden kokemukset osoittavat, että terveyserojen supistaminen vaatii huomattavien voimavarojen suuntaamista kaventamistoimien kehittämiseen ja kokeiluun.

### **1.3 Sosioekonomiset terveyserot ja terveyden eriarvoisuus**

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä systemaattisia eroja sosioekonomisten väestöryhmien välillä. Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään tavallisimmin koulutusta, ammattiin perustuvaa sosiaaliluokkaa, työmarkkina-asemaa sekä tuloja ja varallisuutta. Osoittimet liittyvät vahvasti toisiinsa, mutta kullakin on myös oma itsenäinen yhteytensä terveyteen. Sosioekonomiset terveyserot ovat osin limittäisiä muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kanssa, joista tärkeimpiä ovat sukupuolten, siviilisäätyjen, alueiden ja etnisten ryhmien väliset erot.

Terveyden eriarvoisuudella viitataan epäoikeudenmukaiseen terveyden vaihteluun. Kyse on terveyseroista, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat selvästi ja joiden syntyä ei voida pitää pelkästään ihmisten vapaan valinnan tai väistämättömien biologisten lainalaisuuksien tuloksina. Kun puhutaan terveyden eriarvoisuudesta, tarkoitetaan tavallisesti juuri sosioekonomisia terveyseroja.

Terveys on yksi hyvinvoinnin keskeisimmistä ulottuvuuksista ja osatekijöistä. Muita hyvinvoinnin osatekijöitä ovat koulutus, työllisyys, asumisolot, asuinympäristö, perhesuhteet, sosiaaliset suhteet sekä taloudelliset ja poliittiset voimavarat. Hyvinvoinnin vajeet, kuten heikko terveys, voivat kasautua tiettyihin väestöryhmiin. Huono-osaisuuden kasautuminen johtaa puolestaan yhteiskunnallisen jakautumisen syvenemiseen.

Väestötutkimukset osoittavat varsin johdonmukaisesti, että terveydentila paranee asteittain sosiaalisen aseman parantuessa. Tätä ilmiötä kutsutaan terveyden sosiaalisiksi gradientiksi.

## 1.4 Terveyserojen nykytila ja kehityssuunnat

Suomalaisten keskimääräinen terveydentila on viime vuosikymmeninä monessa suhteessa kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet.<sup>1</sup> Elinajan odottees-  
sa erot ilmenevät hyvin selvinä. Ylempiin toimihenkilöihin kuuluva 35-vuotias suomalainen mies voi odottaa elävänsä kuusi vuotta pitempään kuin samanikäinen työntekijämies; naisilla vastaava elinajanodotteen ero on runsaat kolme vuotta. Erot ovat samansuuruisia myös koulutusryhmien välillä, ja ne ovat parinkymmenen viime vuoden aikana kasvaneet huomattavasti.

Myös sairastavuudessa on selviä eroja. Pitkäaikaissairastavuus on alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 prosenttia yleisempää kuin ylimmissä ryhmissä. Sosioekonomiset erot toimintakyvyssä ja työkyvyssä sekä itse arvioidussa eli koetussa terveydessä ovat niin ikään suuria. Vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä.

Koska huonossa yhteiskunnallisessa asemassa olevat kuolevat keskimääräistä nuorempina ja useimmat sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet ovat heillä yleisimpiä, sosioekonomisten ryhmien väliset erot terveen elinajan pituudessa ovat vielä selvästi suuremmat kuin edellä esitetyt kokonaiselinajan erot. 1990-lukua koskeneissa laskelmissa korkea-asteen koulutuksen saaneilla 25-vuotiailla miehillä ja naisilla oli odotettavissa keskimäärin 13 tervettä elinvuotta enemmän kuin perusasteen koulutuksen saaneilla.

Elintavoilla on nyky-yhteiskunnassa huomattava vaikutus väestön terveydentilaan. Myös niissä on selviä sosioekonomisen aseman mu-

---

<sup>1</sup> Tutkimustietoa terveyserojen suuruudesta ja muutoksista Suomessa viime 25 vuoden ajalta on koottu raporttiin Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym. (toim.). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

kaisia eroja, erityisesti työikäisessä väestössä. Erot näkyvät kuitenkin jo nuorissa ikäryhmissä, mikä osaltaan ennakoii terveyserojen kärjisty- mistä tulevaisuudessa. Alkoholin riskikäyttö ja tupakointi aiheuttavat arviolta jopa puolet työikäisten miesten sosioekonomisista kuollei- suuseroista. Alkoholin kulutus on kaikkiaan lisääntynyt merkittävästi, ja alkoholia käytetään verrattain runsaasti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Suurkulutus ja humalajuominen on kuitenkin yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä, minkä seurauksena alkoholin terveyshaittoja on monin verroin enemmän alimmissa kuin ylimmissä sosioekonomisissa ryhmissä.

Työikäisten tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat kasvamassa. Lasten kannalta on huomionarvoista, että vähemmän koulua käyneet tulevat äidit ja isät tupakoivat odotusaikana muita enemmän. Amma- tillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret tupakoivat ja juovat itsensä humalaan paljon useammin kuin samanikäiset lukiolaiset.

Ruokatottumuksissa on Suomessa tapahtunut viime vuosikym- meninä myönteistä kehitystä: vihannesten, juuresten ja hedelmien käyttö on lisääntynyt samalla kun maitorasvojen käyttö on vähen- tynyt. Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat noudattavat kui- tenkin suositusten mukaisia ruokatottumuksia yleisemmin kuin muut. Ylipainisuuden sosioekonomiset erot saattavat saada alkun- sa jo imeväisiässä. Vähän koulutusta saaneet äidit imettävät lapsiaan muita lyhyemmän ajan ja antavat vauvoille lisäruokia suosittelua ai- kaisemmin.

Lasten ja nuorten liikunnan harrastuksen tiedetään vaihtelevan perheen sosioekonomisen aseman mukaan. Koulumenestys ja koulu- tusaste näyttävät olevan yhteydessä nuorten liikkumiseen siten, että koulussa huonosti menestyvät ja lyhyelle koulutusuralla hakeutuvat harrastavat liikuntaa vähemmän kuin pitkän koulutusuran valinneet. Työikäisten miesten liikuntaharrastus on jatkuvasti ollut yleisintä ylimmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Myös eniten kuolemia aihe- uttavien kansantautien biologisten riskitekijöiden, korkean verenpai- neen, kolesterolitason ja ylipainon sosioekonomiset erot ovat säilyneet suurina.

Terveydenhuoltopalvelujen käytössä on sosioekonomisia eroja, jotka eivät vastaa arvioitua palvelujen tarvetta, vaan ilmentävät palvelujen ja hoitojen eriarvoista kohdentumista. Vakavien tautien sairaalahoidoissa on eroja: esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia sekä tekonivelleikkauksia on tarve huomioon ottaen tehty enemmän suurituloisille kuin pienituloisille.

## 1.5 Terveyserojen kaventamisen perustelut

Terveyserojen kaventamiselle voidaan esittää useita perusteluita, jotka koskevat erojen eettistä hyväksyttävyyttä ja sosiaalista merkitystä sekä kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia:

1) *Terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä*

Kansalaisten ja väestöryhmien tasa-arvoon tähtäävässä hyvinvointiyhteiskunnassa ehkäistävissä olevia terveyseroja ei voida pitää oikeudenmukaisina.

2) *Huono terveys on sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä*

Terveyserojen vähentäminen siten, että heikompiosaiten terveys kohenee, voi lisätä yhteiskunnan sosiaalista kiinteyttä. Kysymys on myös ihmisoikeuksien turvaamisesta, jota pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa pidetään tärkeänä.

3) *Kansanterveys kohenee tehokkaimmin, kun onnistutaan parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasautuvat*

Koko väestön terveyden näkökulmasta voidaan todeta, että 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.

4) *Terveyserojen kaventuminen auttaa turvaamaan riittävät palvelut*

Väestön ikääntyessä avun ja hoivan tarve kasvaa vuodesta 2000 arviolta 40 prosenttia vuoteen 2015 mennessä ja 80 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Palvelutarpeen kasvua voidaan vähen-



tää, jos erityisesti vähän koulutettujen iäkkäiden ihmisten toimintakykyä saadaan parannettua. Esimerkiksi kävelyvaikeuksista kärsivien suomalaisten lukumäärä pienenisi alle puoleen nykyisestä, jos kävelyvaikeuksien yleisyys pienenisi alemmissä koulutusryhmissä samanlaiseksi kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä.

*5) Terveyseroja vähentämällä voidaan hillitä kustannuksia*

Se, että suuri osa väestöstä jää kauas periaatteessa mahdollisesta terveyden tasosta, aiheuttaa huomattavia kustannuksia sekä tulojen menetyksiä niin valtiontaloudelle kuin kuntataloudellekin, samoin kuin kotitalouksille.

*6) Terveyseroja vähentämällä voidaan luoda edellytyksiä työllisyysasteen nostamiselle*

Työvoiman riittävyyden ja eläkkeelle jäämisiän nostamisen kannalta on tarkoituksenmukaista panostaa erityisesti työntekijäammateissa toimivien ja perusasteen koulutuksen saaneiden työkyvyn ja työssä pysymisen edistämiseen. Työkykynsä rajoituneeksi arvioivista 30–64-vuotiaista noin puolet on saanut enintään perusasteen koulutuksen.

## **1.6 Terveyserojen syyt ja politiikan vaikuttamiskohdat**

Terveyserot syntyvät monien tekijöiden yhteisvaikutuksena. Väestöryhmien välisten erojen taustalla on aineellisten, sosiaalisten, tiedollisten ja kulttuuristen voimavarojen epätasainen jakautuminen yhteiskunnassa. Terveyserojen syyt kytkeytyvät siten yhteiskunnan rakenteisiin (esimerkiksi tulonjakoon ja koulutusjärjestelmään) sekä työ- ja asumisoloihin. Terveydelle haitalliset työ- ja asumisolot sekä elintavat ovat välittäviä lenkkejä ketjussa, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen. Lisäksi perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat käyttäytymistä eri tavoin eri väestöryhmissä.

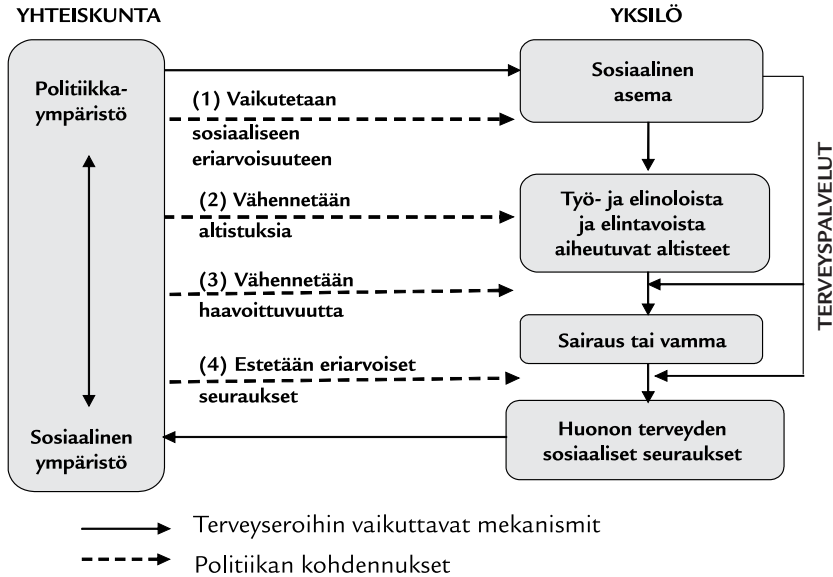
Myös terveydenhuolto voi kärjistää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tutkimuksissa on todettu, että hyvätuloiset saavat tarpeeseen suhteutettuna muita enemmän muun muassa kirurgisia hoitoja, terveystarkastuksia, kotiin annettuja hoiva- ja tukipalveluja sekä psykoterapiaa ja heillä on myös enemmän lääkärikäyntejä. Nämä erot johtuvat ainakin osaksi palvelujärjestelmän rakenteista. Kaiken kaikkiaan eri taustatekijöiden merkitys voi vaihdella eri aikoina ja eri maissa sekä riippua esimerkiksi tarkasteltavasta terveyden osa-alueesta tai väestöryhmästä.

Sosioekonomisten terveyserojen juuret ovat lapsuudessa osan lapsista joutuessa kasvamaan terveyttä heikentävissä elinolosuhteissa ja ympäristöissä. Terveyttä heikentäviä tekijöitä kasautuu usein huonossa sosiaalisessa asemassa oleville, vähän koulutetuille ja pienituloisille. Ne myös ”periytyvät” usein yli sukupolvien. Vastaavasti väestötasolla tarkastellen terveyttä vahvistavat tekijät kasautuvat hyväosaisille ryhmille.

Sosiaaliryhmien väliset terveyserot eivät ole luonnonlakien säättämiä, vaan ne ovat seurausta ihmisten toiminnasta ja yhteiskunnallisista päätöksistä. Vastaavasti niitä voidaan vähentää yhteiskuntapolitiittisilla päätöksillä ja toimilla. Kuviossa 2 on esitetty malli terveyseroihin vaikuttavista mekanismeista ja politiikan vaikuttamiskohdista. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma pyrkii vaikuttamaan terveyserojen syihin ja katkaisemaan terveyseroja muodostavia syytekijöiden ketjuja politiikan eri tasoilla.

Yhteiskuntapolitiikan keinoin voidaan vaikuttaa ensinnäkin hyvinvoinnin sosioekonomisiin resursseihin, kuten koulutukseen, taloudelliseen toimeentuloon ja työllisyyteen (kuvion kohdennusalue 1). Nämä tekijät määrittävät ihmisten asemaa sosiaalisissa hierarkioissa. Toiseksi voidaan kohentaa heikommassa asemassa olevien työ-, asumis- ja elinoloja ja elintapoja (nuoli 2). Kolmanneksi voidaan suunnata toimia haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden tukemiseen, pehmentää riskien vaikutuksia ja estää sairastumista (nuoli 3). Neljänneksi korjataan jo tapahtuneita vaurioita ja estetään huonon terveyden vaikutuksia ihmisten toimeentuloon ja elinoloihin (nuoli 4).

Kuvio 2. Viitekehys terveyserojen taustatekijöistä ja vaikuttamisen mahdollisuuksista.



Lähde: Diderichsen F, Evans T ja Whitehead M. 2001. The Social Basis of Disparities in Health. Teoksessa Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A ja Wirth M (toim.). Challenging Inequities in Health. The Rockefeller Foundation, Oxford University Press.

Geneettisistä ja biologisista tekijöistä aiheutuvien terveysongelmien ei katsota kuuluvan sosioekonomisten terveyserojen piiriin. Silti myös näiden tekijöiden erilaisiin seuraamuksiin voidaan vaikuttaa tasa-arvoisilla terveyspalveluilla ja kuntoutuksella.

Terveyserojen kaventamisen politiikkaympäristössä on lisäksi otettava huomioon, että terveyden vaikuttavia poliittisia ja taloudellisia päätöksiä tehdään kansallisen, alueellisen ja kuntatason lisäksi enenevästi myös EU-tasolla ja globaalisti.

## 1.7 Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman yleisiä periaatteita

Kansanterveys määräytyy suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista tekijöistä, kuten työoloista, elintavoista, elinympäristöstä ja tuotteiden laadusta. Valtio ja kunnat vaikuttavat kansalaisten terveyden

edellytyksiin kaikkien hallintosektoriensa kautta. Myös yksityisten yritysten ja erilaisten etujärjestöjen toiminnalla on merkittävä vaikutus terveyteen ja terveyden edellytyksiin. Eri hallinnonalojen ja toimijoiden paikalliset ratkaisut, jotka vaikuttavat arkielämään kodeissa, päiväkodeissa, oppilaitoksissa, työpaikoilla, palveluissa ja liikenteessä, voivat joko edistää tai vahingoittaa terveyttä. Vaikutukset voivat olla erilaisia eri väestöryhmille.

Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies, HiAP) on strateginen lähestymistapa, jonka tavoitteena on saada politiikan eri alueet tukemaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin kohentamista. WHO on pitkään kehittänyt terveystavoitteista yhteiskuntapolitiikkaa ja poikkihallinnollista terveyden edistämistä. Suomi nosti EU-puheenjohtajuuskautenaan vuonna 2006 Terveys kaikissa politiikoissa -teeman terveyspolitiikan painopisteeksi. Näkemys horisontaalisesta ja laaja-alaisesta terveyspolitiikasta on vahvistunut EU:ssa ja Terveys kaikissa politiikoissa -periaate on sisällytetty EU:n terveysstrategiaan.

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavalla on suuri potentiaali myös terveyserojen kaventamiselle. Terveyserojen vähentymiseen tarvitaan monien tahojen pitkäjänteistä, samansuuntaista ja samanaikaista toimintaa. Kaikessa päätöksenteossa, niin kansallisella kuin kunta- ja aluetasolla, tulisi kiinnittää päätösten yleisten terveysvaikutusten lisäksi huomiota siihen, millaisia vaikutuksia päätöksillä on eri sosioekonomisiin väestöryhmiin. Terveyssektorin on asiantuntemuksellaan tuettava muita hallinnonaloja toimintojen suuntaamisessa terveyttä edistäviksi ja terveyseroja kaventaviksi.

Terveyssektori ei ole ainoa sektori, joka tarvitsee muiden hallinnonalojen kanssa tehtävää yhteistyötä. Kaikki hallinnonalat ovat päätöksenteossaan ja omien tavoitteittensa läpiviemisessä yhä riippuvaisempia toisista hallinnonaloista. Siksi on panostettava eri hallinnonalojen sekä järjestöjen ja toimijoiden välisen yhteistyön kehittämiseen.

Myös kansainvälisessä yhteistyössä ja EU-politiikassa on tuotava esille niitä pohjoismaisen hyvinvointipolitiikan perinteisiä arvoja ja tavoitteita, jotka vahvasti puoltavat tasa-arvonäkökohtia.

Terveyserojen kaventamispolitiikka edellyttää monessa kohdin eräänlaisia kaksoisstrategioita. Toimintaohjelmassa kiteytyy terveyspoliittisten ohjelmien johtoajatus tavoitella sekä terveyden hyvää tasoa että terveyden tasaista jakautumista eri väestöryhmissä.

Toimintaohjelma suunnataan sekä kaikkein huono-osaisimpiin että lukumäärältään suuriin keskiryhmiin. Yhtäältä tavoitteena on käynnistää toimenpiteitä, joilla voidaan kohentaa nimenomaan huono-osaisimpien ryhmien, kuten pitkäaikaistyöttömien, terveyttä. Toisaalta tavoitteena on kohentaa kaikkien sosioekonomisten ryhmien terveyttä mahdollisimman lähelle sitä tasoa, jonka parhaassa asemassa olevat ovat jo saavuttaneet. Tällöin on kyse esimerkiksi vähän koulutettujen, työntekijäasemassa olevien ja pienituloisten väestöryhmien terveyden parantamisesta lähemmäksi pitkälle koulutettujen, ylempien toimihenkilöiden ja suurituloisten terveyden tasoa.

Ohjelmassa pyritään kautta linjan kiinnittämään huomiota myös joihinkin erityisryhmiin, kuten maahanmuuttajiin, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviin perheisiin, yksinhuoltajiin, koulupudokkaisiin, varusmies- ja siviilipalveluksen keskeyttäneisiin ja ulkopuolelle jääneisiin, mielenterveyskuntoutujiin, yksinäisiin vanhuksiin, asunnottomiin ja vankilasta juuri vapautuneisiin. Ryhmät ovat hyvin heterogeenisia, eivätkä kaikki näihin ryhmiin kuuluvat ole välttämättä sosiaalisesti heikossa asemassa. Joidenkin kohdalla kasautuu monia terveyttä vaarantavia tekijöitä, jolloin voidaan puhua haavoittuvista ryhmistä.

Universaalit palvelut, jotka ovat kaikille tarjolla ja joista kaikki hyötyvät, muodostavat välttämättömän perustan terveyserojen kaventamistyössä. Ne eivät kuitenkaan ratkaise kaikkia heikommassa asemassa olevien ongelmia. Siksi universaaleja palveluja on täydennettävä tarjoamalla haavoittuvassa asemassa oleville kohdennettuja toimenpiteitä.

## 2 LINJAUKSET JA TOIMENPITEET

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet perustuvat kansanterveyden neuvottelukunnan ja sen jaostojen käymiin asiantuntijakeskusteluihin sekä valmisteluun kutsuttujen asiantuntijaryhmien näkemyksiin. Nämä toimenpiteet edustavat terveyserojen kannalta keskeisimpiä toimia, jotka voidaan käynnistää tämän hallituskauden aikana ja joiden ei ole katsottu etenevän riittävän vahvasti muualla.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaan on lisäksi koottu muissa ohjelmissa ja hankkeissa toteutettavia toimia, joilla on vaikutuksia suoraan terveyseroihin tai niitä synnyttäviin taustatekijöihin. Näitä toimia halutaan tämän ohjelman myötävaikutuksella vahvistaa.

### 2.1 Terveyserojen vähentämisen ja syrjäytymisen ehkäisyn yleiset yhteiskuntapoliittiset toimet

Terveyteen ja hyvinvointiin merkittävästi vaikuttavina perusedellytyksinä voidaan pitää riittävää taloudellista toimeentuloa, asuntoa ja mahdollisuuksia työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Myös luottamus yhteiskuntaan ja muihin ihmisiin sekä turvallisuuden tunne ovat tärkeitä terveyttä vahvistavia tekijöitä. Näiden perustekijöiden puuttuessa voi olla mahdotonta kohentaa terveydentilaa tai edes ylläpitää sitä.

Syrjäytyminen voidaan määritellä huono-osaistumisen prosessiksi, jossa ongelmat eri elämänalueilla kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Syrjäytyminen ilmenee eri ulottuvuuksilla: syrjäytymisenä koulutuksesta, työstä, sosiaalisista suhteista ja vaikutusmahdollisuuksista. Syrjäytymisprosessiin liittyy usein myös terveyttä vaarantavia elintapoja. Ongelmat voivat myös siirtyä sukupolvelta toiselle.

### 2.1.1 Vähennetään köyhyyttä

Köyhyysloukkuun saattaa johtaa useita eri syitä. Tutkimusten mukaan erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on entistä selvemmin yhteydessä köyhyyteen. Muita yksittäisiä tai yhdessä esiintyviä köyhyyteen johtavia syitä ovat esimerkiksi palkka- tai eläketulojen pienuus, yksinhuoltajuus, suuret asumismenot sekä sairastamisesta tai vammaisuudesta johtuvat suuret terveydenhoito-, lääke-, apuväline- ja sairauskulut. Köyhyys voi olla myös seurausta pätkätyöstä toistuvine työttömyysjaksoineen sekä työmarkkinatuen ja viimesijaisten etuuksien, kuten toimeentulotuen ja asumistuen, suhteellisen alhaisesta tasosta.

Lapsuusiän heikot taloudelliset ja sosiaaliset elinolosuhteet lisäävät syrjäytymisen riskiä ja vaikuttavat voimakkaasti aikuisiän terveyteen. Köyhyys ja huono-osaisuus periytyvät usein sukupolvelta toiselle. Lapsuudenkodin köyhyyden on todettu ennustavan kaksinkertaista köyhyysriskiä aikuisiällä. Suhteellisen köyhyysrajan alapuolella elävissä perheissä asuvien lasten osuus (ns. lapsiköyhyysaste) on kasvanut 1990-luvulta lähtien. Vuonna 2005 lapsiköyhyysaste oli noin 12 prosenttia, kun se vuonna 1995 oli 5 prosenttia. Erityisesti yksinhuoltajien, pienten lasten perheiden ja monilapsisten perheiden tilanne on muita lapsiperheitä huonompi. Neljännes yksinhuoltajaperheistä sai toimeentulotukea vuonna 2005.

Laaja-alainen asiantuntijaryhmä julkaisi syksyllä 2007 selvityksensä Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehdot<sup>2</sup>. Ryhmän mielestä **perusturvaetuuksien**, kuten kansaneläkkeen, työttömyysturvan peruspäivärahan ja työmarkkinatuen, vähimmäistasoisten vanhempainetuuksien, sairauspäivärahan, lapsilisän ja opintorahan tasoa pitäisi korottaa. Lisäksi etuudet tulisi sijoittaa indeksiin, jotta ne pysyisivät kohtuullisella tasolla.

Hyvällä sosiaaliturvajärjestelmällä ehkäistään ja korjataan syrjäytymistä. Sosiaaliturvajärjestelmän tulee olla asiakaslähtöinen, joustava ja nopeasti ihmisten todellisiin tilanteisiin ja tarpeisiin reagoiva. Hal-

<sup>2</sup> Särkelä R, Eronen A (toim.). Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehdot. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. 2007.

litusohjelmaan sisältyvän sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen (SATA) yhteydessä arvioidaan **verotuksen, perusturvan** (mukaan lukien asumistuki) sekä **työttömyysturvan** uudistaminen. Tukien saajan asemaa parannetaan **yksinkertaistamalla ja selkeyttämällä järjestelmää**. Uudistus toteutetaan siten, että sosiaaliturvan rahoitus on pitkällä tähtäimellä kestäväällä pohjalla. Sosiaaliturvauudistuksen yhteydessä selvitetään myös **sosiaalietuuksien verotus ja asiakasmaksut**. Työelämän **sosiaalivakuutuslainsäädäntöä ja ansioturva** koskevat hallituksen ratkaisut valmistellaan yhteistyössä työmarkkinaosapuolten kanssa.

Opetusministeriön Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman mukaan on kiinnitettävä erityistä huomiota pienituloisten **lapsiperheiden tulokehitykseen** ja huolehdittava **perhepoliittisten tulonsiirtojen tason säilymisestä**. Myös Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmaan sisältyy tavoite vähentää lapsiperheiden köyhyyttä ja siten edistää lasten keskinäistä tasa-arvoa. Tätä varten politiikkaohjelma seuraa sosiaaliturvan uudistuskomitean (SATA) työtä ja sen ehdotuksia. Lisäksi politiikkaohjelmassa arvioidaan vaihtoehtoisten ja kohtuuhintaisten **asumisratkaisujen** tavoitettavuutta kaikille väestöryhmille ja alueellisesti yhdenvertaisesti.

Kelan vastuulla on erilaisia sosiaaliturvaetuuksia, joiden on tarkoitus tulonsiirtojen ja palvelujen avulla vähentää sosiaalisia eroja ja tätä kautta myös terveyseroja. Arviota siitä, missä määrin eri etuudet todella vähentävät terveyseroja ei kuitenkaan ole tehty. Tilanteen arviointi on erityisen ajankohtaista nyt kun sosiaaliturvaa ollaan uudistamassa. Kela valmistelee vastuullaan olevien sosiaaliturvaetuuksien arviointia terveyserojen kannalta.

### 2.1.2 Parannetaan peruskoulun mahdollisuuksia ehkäistä ja vähentää terveyseroja

Julkisen vallan on huolehdittava perustuslain mukaisesta veloitteesta, jonka mukaan jokaisella tulee olla yhtäläinen mahdollisuus saada kykyjensä ja erityisten tarpeidensa mukaisesti opetusta sekä kehittää itseään varattomuuden sitä estämättä. Peruskoulussa on hyvät mah-



dollisuudet puuttua oppilaiden kotitaustasta, oppimisvaikeuksista tai muista tekijöistä johtuviin terveyseroja synnyttäviin kehityspolkuihin.

Opetusministeriön Koulutus ja tutkimus 2007–2012 -kehittämissuunnitelman mukaan on parannettava kaikkien koulutusasteiden läpäisyä ja vähennettävä opintojen keskeyttämistä. **Opinto-ohjausta, kodin ja koulun yhteistyötä** sekä **kouluterveydenhuoltoa** on kehitettävä. **Joustavan perusopetuksen (JOPO)** -toiminta sekä toisen asteen **ammattilliseen koulutukseen ohjaava ja valmistava koulutus** vakiinutetaan.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä on valmisteilla asetus, jossa määritellään muun muassa **terveystarkastusten ja terveystieteiden sisällön sisältö kouluterveydenhuollossa**. Asetuksen tarkoituksena on parantaa yksilöllisen palvelutarpeen tunnistamista, lisätukea ja muita kohdennettuja toimenpiteitä ja jatkohoitoon ohjaamista sekä hyödyntää moniammatillista asiantuntemusta. Myös Terveyden edistämisen politiikka-ohjelma kiinnittää huomiota kouluterveydenhuollon kehittämiseen.

Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa esitetään, että kaikille 1. ja 2. luokan oppilaille on varmistettava mahdollisuus saada **aamu- ja iltapäivätoimintapaikka** perheen maksukyvyistä riippumatta sekä varmistettava heikommassa taloudellisessa asemassa olevien lasten mahdollisuus osallistua kunnan järjestämään **harrastustoimintaan**. Kehittämissuunnitelman mukaan nuorisolakiin (72/2006) lisätään säädös **kuntien moniammatillisten yhteistyöryhmien** toiminnasta. Sosiaali- ja terveystoimen, nuorisotoimen, koulutoimen ja poliisin edustajista koostuvan yhteistyöryhmän tehtävänä on edistää lasten ja nuorten suotuisia kasvu- ja elinoloja. Yhteistyöryhmä toimii kokoaikaisesti ja vuorovaikutuksessa seurakuntien sekä järjestöjen kanssa. Koulujen roolia osana kunnan yhteistyöryhmiä vahvistetaan oppilashuoltoryhmien välityksellä. Yhteistyöryhmät ovat esillä tässä ohjelmassa myös luvussa 2.1.4.

Opetusministeriö käynnisti vuonna 2006 useampivuotisen toimenpidekokonaisuuden kouluhuvinvoinnin lisäämiseksi, syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja koulun kehittämiseksi lasten ja nuorten hyvin-

vointia edistäväksi yhteisöksi. Kehittämisen erityisinä painoalueina ovat olleet

- ongelmien ehkäiseminen ja varhainen puuttuminen (vertaissovittelu, LukiMat)
- koulukiusaamisen vähentäminen (KiVa)
- koulupudokkaiden aktivointi eli Joustava perusopetus -hanke JOPO
- oppilashuollon palvelurakenteen kehittäminen
- oppilaiden osallisuuden lisääminen
- koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnan laajentaminen

Opetusministeriön Perusopetus paremmaksi -ohjelman tavoitteiden mukaan valtion erityisavustukset perusopetuksen laadun kehittämiseen suunnataan erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden opetuksen ja tukitoimien sekä oppilaanohjauksen kehittämiseen. Erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden opetuksen painopistettä siirretään oppilaalle annettavaan ennalta ehkäisevään ja varhaiseen tukeen. Perusopetuksen oppilaanohjausta ja erityisesti uravalinnan ohjausta tehostetaan koulutuksen nivelkohdissa. Lisäksi tavoitteena on pienentää ryhmäkokoja ja edistää kerhotoimintaa sekä kodin ja koulun välistä yhteistyötä.

Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelman mukaisesti tehdään perusselvitys lapsille ja nuorille tarjottavista tukipalveluista ja niiden saavutettavuudesta.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta seuraa lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierojen muutoksia ja osallistuu kehitystyön ohjaamiseen.

### **2.1.3 Edistetään toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa olevien nuorten terveyttä ja hyvinvointia**

Ammatillisen koulutuksen aloittaneista noin 10 prosenttia keskeyttää opintonsa. Toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien terveys on keskimäärin huonompi ja riskikäyttäytyminen ja oirei-

lu yleisempää kuin samanikäisten lukiolaisten. Opiskelijahuoltoa ja opiskeluterveydenhuoltoa toteutetaan selvästi heikommin kuin muilla opiskelijoilla. Jos terveyden ja hyvinvoinnin kannalta haitallisia kehityskulkuja ei määrätietoisesti pysäytetä, ammattiryhmien ja koulutusryhmien väliset terveyserot säilyvät tai mahdollisesti kasvavat.

Opetusministeriön Koulutus ja tutkimus -kehittämissuunnitelmassa todetaan, että koulutuksen läpäisyä on parannettava. Keskeyttämisen vähentämiseksi **kehitetään opinto-ohjausta, koulutusta koskevaa tiedotusta ja neuvontaa, opiskelijavalintaa, opintotukea, opiskelun henkilökohtaistamista ja opintojen seurannan järjestelmiä sekä opiskeluterveydenhuoltoa.** Myös Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmassa kiinnitetään huomiota ammatillisen koulutuksen keskeyttämisen vähentämiseen tavoitteena turvata työvoiman tarjontaa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla asetus, jossa määritellään muun muassa **opiskeluterveydenhuollon** tarkempi sisältö (ks. myös luvussa 2.1.2. kouluterveydenhuollon kehittäminen). Myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelma kiinnittää huomiota opiskeluterveydenhuollon kehittämiseen.

Opetusministeriö kehittää Opetushallituksen kanssa ammatilliseen koulutukseen **ammattiosaajan työkykypassia**, joka innostaisi opiskelijoita huolehtimaan toiminta- ja työkyvystään. Passin tavoitteena on lisätä opiskelijoiden tietoja, taitoja ja motivaatiota huolehtia omasta hyvinvoinnistaan jo opiskelun aikana ja varmistaa sujuva työelämään siirtyminen ja siellä jaksaminen. Lisäksi tavoitteena on aktivoida koulutuksen järjestäjiä järjestämään vapaa-ajan toimintaa ja ottamaan opiskelijat mukaan suunnitteluun, päämääränä hyvinvoiva oppimisympäristö. Toiminta aloitetaan kokeiluluonteisena syksyllä 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta seuraa lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierojen muutoksia ja osallistuu kehitystyön ohjaamiseen.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpide:**

1. Kunnat järjestävät yhteistyössä eri toimijoiden kanssa toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon kansallisen ohjeistuksen mukaiseksi. Koulutuksen järjestäjät kehittävät oppilaitosten opiskelijahuoltoa sekä terveystiedon opetusta. KTL ja Stakes kehittävät ja levittävät tietoa hyvistä terveyden edistämisen käytännöistä oppilaitosten käyttöön.

#### **2.1.4 Turvataan nuorille tukitoimet koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheissa**

Työelämän rakennemuutoksiin liittyvä koulutustasovaatimusten kiristyminen on lisännyt toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jääneiden riskiä syrjäytyä työelämästä. Tämä kasvattaa huono-osaisuuden vaaraa myös muilla elämänalueilla koko aikuisiän ajan. Myös varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttämiseen tai sen ulkopuolelle jäämiseen saattaa liittyä ongelmia eri elämänalueilla. Turvaamalla koulutuksen suorittaminen ja sen jälkeen kiinnittyminen työelämään voidaan ehkäistä syrjäytymistä ja vähentää terveyseroja.

Nivelvaihettyötä tehdään oppilaitosten lisäksi työvoimahallinnossa, sosiaalitoimissa, työpajoilla ja nuorisotoimissa. Kohderyhminä ovat peruskoulun päättäneet nuoret, jotka eivät ole sijoittuneet toisen asteen koulutukseen, toisen asteen opinnot keskeyttäneet nuoret sekä työttömät tai muuten työvoimahallinnon asiakkaana olevat nuoret. Käytännössä työ käsittää esimerkiksi peruskouluarvosanojen korottamista, ammatinvalinnan tukemista ja sosiaalisten taitojen opettelua.

Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman yhteydessä suunnataan entistä voimakkaampia työvoimapolitiittisia toimia nuorten kiinnittymiseksi työmarkkinoille.

Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa esitetään mm. seuraavia toimenpiteitä nuorten koulutuksen ja työllistymisen edistämiseksi:

- Nuorisolakiin (72/2006) säädetään kuntien moniammatillisten yhteistyöryhmien toiminta. Kunnassa tulee olla työvoimatoimiston, sosiaali- ja terveystoimen, nuorisotoimen ja koulutoimen yhteistyöryhmä, jonka tehtävänä on seurata sijoittumista jatkokoulutukseen ja työelämään.
- Jokaiselle alle 25-vuotiaalle työtä tai koulutuspaikkaa vailla olevalle varmistetaan mahdollisuus saada apua henkilökohtaisen suunnitelman tekemisessä ja tukea sen toteuttamisessa.
- Koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevien nuorten määrää ja taustoja on seurattava säännöllisesti.
- Taataan työhallinnon nuorille tarjoamien ohjauspalvelujen saataavuuden säilyminen vähintään nykyisellä tasolla.
- Lisätään nuorille niin sanottuja matalan kynnyksen ohjauspaikkoja nuorisotoimen palveluna.
- Lisätään työpajatoimintaa tarpeen mukaan alueille, joilla sitä ei vielä ole.

**Nuorten yhteiskuntatakuu** koskee julkisesta työvoimapalvelusta annetussa laissa määritellyä nuorta eli alle 25-vuotiasta työtöntä työnhakijaa. Yhteiskuntatakuun mukaisesti jokaiselle alle 25-vuotiaalle työttömälle nuorelle on tarjottava koulutus-, työharjoittelu-, työpaika- tai työpaikka kolmen kuukauden kuluessa työttömyyden alkamisesta. Työvoimatoimisto vastaa toimialueellaan yhteiskuntatakuun toimeenpanosta.

Opetushallituksen vuosina 2003–2007 käynnissä ollut **Nuorten osallisuushanke** loi uusia toimintamalleja nivelvaiheeseen. Hankkeen verkkosivuilla on julkaistu käytäntöpakki, jonne on koottu 37 paikallishankkeen tuottamia hyviä käytäntöjä.

Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneille on kehitetty ”**Aikalisä! Elämä raiteilleen**” – toimintamalli, josta on saatu lupaavia tuloksia. Terveysten edistämisen sekä Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmissa tuetaan toimintamallin laajentamista ja vakiinnuttamista koko maahan.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta seuraa lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointierojen muutoksia ja osallistuu kehitystyön ohjaamiseen.

### 2.1.5 Työllistetään pitkäaikaistyöttömiä sekä työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevia

Työelämään osallistumisen lisääminen on tärkeä taloudellinen ja inhimillinen tavoite yhteiskunnassa. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärän nousu rasittaa huoltosuhdetta ja lisäksi uhkaa syrjäyttää henkilöitä pysyvästi työmarkkinoilta. Pitkän työkyvyttömyyden jälkeen kuntoutuvien henkilöiden mahdollisuus palata työelämään toteutuu heikosti.

Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman mukaan vaikeasti työllistyvien saamiseksi ansiotyöhön avoimille työmarkkinoille on haettava ratkaisuja paitsi työvoimapolitiikan keinoin myös kehittämällä **välityömarkkinoiden** toimivuutta ja parantamalla **sosiaaliturvan työhön kannustavuutta**. Sosiaaliset yritykset, kuntouttava työtoiminta, aikuisten työpajat, matalan kynnyksen työpaikat ja työttömien kuntoutus- ja terveystyöpalvelut ovat lähivuosien välityömarkkinoiden kehittämisen painoalueita. Sosiaaliturvan työhön kannustavuus on esillä myös sosiaaliturvan uudistamista valmisteleavassa SATA-komiteassa.

Työ- ja elinkeinoministeriöllä on keskeinen rooli välityömarkkinoiden kehittämisessä osatyökykyisten ihmisten työllistämässä. Työministeri asetti vuonna 2007 selvityshenkilön kartoittamaan kuntoutustuella ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työllistymisedellytyksiä ja työelämään paluun mahdollisuuksia. Selvitystyö Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön valmistui maaliskuussa 2008. Selvityshenkilön arvion mukaan 30 000 työkyvyttömyyseläkkeellä olevaa haluaisi palata työelämään. Selvityshenkilö ehdottaa muun muassa seuraavia toimenpiteitä:

- työkyvyttömyyseläkkeeltä työhön pyrkivillä osatyökykyisillä tulee olla mahdollisuus kaikkiin työvoimatoimiston palveluihin ja työllistymisen tukitoimiin
- työkyvyttömyyseläkkeellä olevan palkkauskustannuksiin myönnetään palkkatukea
- työkyvyttömyyseläkkeeltä sosiaalisiin yrityksiin työllistyville myönnetään pitkäaikaista palkkatukea
- työnantajalle maksetaan tukea työkyvyttömyyseläkkeellä olevan henkilön rekrytointiin
- työkyvyttömyyseläkkeille asetetaan yleinen 700 euron kuukausiansioraja ja työeläkelain mukaisiin eläkkeisiin luodaan takuueläkejärjestelmä
- sosiaalisten yritysten työterveyshuoltoon ja työhyvinvoinnin kehittämiseen kiinnitetään huomiota ja rahoitusmahdollisuuksia

Vaikeasti työllistyvät ovat usein sekä työvoimahallinnon että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita. KASTE-ohjelman yhteydessä toteutettavat toimenpiteet on esitetty luvussa 2.3.3.

### **2.1.6 Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria**

Työpaikat ovat keskeinen arena työikäisen väestön terveyden edistämässä. Terveyttä ja työhyvinvointia edistäviä toimia pitää vahvistaa erityisesti niillä ammattialoilla, joihin terveyttä kuormittavat haittatekijät kasautuvat. Näitä aloja ovat esimerkiksi rakennusala, siivousala, hotelli- ja ravintola-ala ja kuljetusala. Usein myös terveydelle haitalliset elintavat ovat yleisempiä näiden alojen (suorittavilla) työntekijöillä.

Työpaikoilla on hyvät mahdollisuudet yhdessä työterveyshuollon kanssa edistää työntekijöiden terveyttä ja työkykyä. Työhyvinvointia voidaan parantaa kehittämällä työyhteisöjen ja organisaatioiden toimivuutta sekä työn ja työympäristön turvallisuutta, edistämällä työn-

tekijöiden ammatillista osaamista, tukemalla työntekijöiden voimavaroja sekä vaikuttamalla elintapoihin.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman yhteydessä toteutetaan **terveyttä edistävän työpaikan kriteeristöä** koskeva yhteiskehittämisshanke, käynnistetään **työhyvinvointifoorumi** sekä tuoteistetaan työelämän ja työhyvinvoinnin kehittämissuunnitelmassa syntyviä **hyviä käytäntöjä** ja levitetään niitä työpaikkojen käyttöön. Myös työurien pidentämisen kannalta on tärkeää se, että työhön osallistumiselle on mahdollisimman vähän terveydellisistä syistä johtuvia keskeytyksiä, mikä tuodaan esille Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmassa.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpide:**

2. Työterveyslaitos kehittää laajassa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa terveyden edistämiseen tähtäävää toimintaa niillä toimi- ja ammattialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä.

## **2.1.7 Vähennetään asunnottomuutta**

Asunnottomuus on osoittautunut vaikeasti ratkaistavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi. Asunnottomista mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, ns. kaksois- tai monidiagnoosiasiakkaat sekä vankilakierteeseen ajautuneet rikoksenuusijat ovat erityisen vaikeasti asutettavia. Jälkimmäiset on määritelty Suomen köyhimmäksi, huono-osaisimmaksi ja sairaimmaksi väestöosaksi. Määrällisesti näitä ihmisiä ei ole kovin paljon, mutta koska kyse on syvimmin syrjäytyneestä väestöosasta ja monille elämänalueille ulottuvasta marginalisoitumisprosessista, on perusteltua pyrkiä kehittämään tuettua ja muuta palveluasumista heidän lähtökohdistaan. Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että elämänmuutos on mahdollinen, mikäli siihen saa riittävän tuen.

Valtioneuvosto on tehnyt 14.2.2008 periaatepäätöksen asuntopoliittiseksi toimenpideohjelmaksi. Asuntopoliittinen ohjelma käsittelee koko maan asuntopoliittisia kysymyksiä ja kehittämistoimenpiteitä.



Erillisellä pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmalla luodaan edellytyksiä pitkäaikaisasunnottomuuden vähentymiseen. Ohjelmassa esitetään muun muassa seuraavia toimenpiteitä:

- Asuntorakentamisen lisääminen kasvukeskuksissa ja erityisesti Helsingin seudulla sekä kasvukeskusten vuokra-asuntotarjonnan turvaaminen
- Erityisryhmien, kuten asunnottomien, mielenterveyden häiriöistä kärsivien, vammaisten ja huonokuntoisten vanhusten, asuntotilanteen parantaminen

## 2.2 Elintapoihin vaikuttaminen politiikan keinoin

Elintapoihin vaikuttavista politiikoista tarkastellaan tässä alkoholi-, tupakka-, ravitsemus- ja liikuntapolitiikkaa, koska ne ovat tutkimustiedon perusteella tärkeimpiä politiikan lohkoja, jotka vaikuttavat sosioekonomisiin ja myös sukupuolten välisiin sairastavuuden ja kuolleisuuden eroihin. Alkoholin riskikäytön ja tupakoinnin on todettu selittävän jopa puolet työntekijämiesten ja ylempien toimihenkilömiesten välisestä elinajanodotteen erosta. Lihavuuden sosioekonomisten erojen vähentämiseksi on vaikutettava ravitsemukseen ja liikuntaan. Liikunnalla on merkitystä myös toimintakyvyn ja mielenterveyden erojen vähentämisessä.

### 2.2.1 Vähennetään alkoholihaittoja

Yleinen juomiskulttuuri ja lähiympäristö vaikuttavat merkittävästi juomiseen. Tutkimusten mukaan suurkuluttajat muuttavat juomistaan muun väestön mukana. Näin ollen on jatkettava koko väestöön kohdentuvia kokonaiskulutusta vähentäviä toimenpiteitä. Tällaisia ovat alkoholijuomien kuluttajahintojen nostaminen ja saatavuuden rajoittaminen. Hintaan ja saatavuuteen puuttuminen ovat tehokkaita keinoja vaikuttaa myös nuorten kulutukseen. Alkoholilakiin olisi syytä sisällyttää alkoholiveron merkitys kulutuksen ja

terveyshaittojen vähentämiseksi vastaavalla tavalla kuin tupakka-  
verolaissa on kirjattu. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa  
kiinnitetään huomiota **alkoholiverotuksen** uudistamistarpeeseen.  
Vuoden 2008 alussa toteutettiin väkevien alkoholijuomien 15 % sekä  
viinin ja oluen 10 % korotus. Lisäksi on päätetty, että hallituskauden  
aikana toteutetaan toinen korotus. Valtioneuvoston 31.1.2008 hyväk-  
symän KASTE-ohjelman tavoitteena on, että vuoteen 2011 mennessä  
alkoholijuomien kokonaiskulutus vähenee vuoden 2003 tasolle (9,4  
litraa alkoholia asukasta kohti), mikä vastaa noin 10 prosentin vä-  
hennystä vuoden 2006 tasosta (10,3 litraa).

Edellä mainittujen koko väestöön kohdistuvien toimien rinnalla  
on tärkeää auttaa suurkuluttajia ja muita erityisryhmiä vähentämään  
kulutustaan ja pääsemään eroon haitoista. Päihdepalveluihin pääsyn  
erilaiset kynnykset, kuten ajanvarausten noudattaminen ja päihtyneen  
hoitoon pääsyn esteet, vaikeuttavat vaikeasti syrjäytyneiden hoitoa.  
Kuntien päihdepalveluihin varattujen määrärahojen on todettu usein  
loppuvan kesken vuoden, jolloin toistuvasti laitoshoitoon hakeutuneiden  
päihdeongelmaisten laitoshoitoon pääsy on vaikeutunut.

Ehkäisevä päihdetyö kytkeytyy laajasti hyvinvointia ja terveyttä  
edistävien toiminta- ja elinympäristöjen luomiseen. Ehkäisevää päih-  
detyötä tehdään sosiaali- ja terveystoimen lisäksi useilla tahoilla kuten  
opetus-, nuoriso- ja vapaa-aikatoimessa. Myös järjestöillä ja elinkei-  
noelämällä on merkittävä rooli. Päihdetyön kokonaisuus – ehkäisevä  
päihdetyö, päihdehoito ja -kuntoutus – vaatii voimavarojen käytön  
suunnittelua ja koordinoimista.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma tukee alkoholinkäytön  
**riskien arvioinnin** ja **mini-intervention** käytön tehostamista peruster-  
veydenhuollossa ja työterveyshuollossa sekä niiden laajentamista eri-  
koissairaanhoidon ja sosiaalipalveluihin. Stakesin tulee tukea **päihde-  
työn koulutuksen** kehittämishankkeen avulla päihdetyön opettajien  
verkostoitumista sekä oppilaitosten ja opettajien päihdetyön koulu-  
tuksen kehittämistä. Terveyden edistämisen keskus toteuttaa vastaavan  
kehittämishankkeen järjestötoimijoille. Lisäksi terveyden edistämisen  
politiikkaohjelman mukaan sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee

esityksen **raskaana olevien päihdeongelmaisten** naisten kattavan hoidon tarpeen tunnistamisen ja hoidon järjestämiseksi. Myös odottavien isien päihdeongelmiin tulisi puuttua. Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelman mukaisesti lapsille ja nuorille turvataan **tukipalvelut** etenkin, kun perheessä esiintyy väkivaltaa, mielenterveys- tai päihdeongelmia. Myös Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa esitetään, että **lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalvelujen yhteistyötä** kehitetään siten, että pystytään ottamaan huomioon aikuispalveluja tarvitsevien vanhempien lasten suojelun ja kuntoutuksen tarpeet sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien lasten ja nuorten auttaminen.

Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa kiinnitetään huomiota päihdetapaturmien merkitykseen turvallisuuden riskitekijänä. Päihdeongelmallisille tarjottavissa asumisratkaisuissa otetaan huomioon suuri tapaturmariski ja opastus turvalliseen asumiseen.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet:**

3. Nostetaan alkoholiveroa siten, että kulutus laskee vuoden 2003 tasolle tai alle. Korotustarve arvioidaan vuosittain.
4. Kunnat sisällyttävät ehkäisevän päihdetyön osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteita ja sovittavat päihdehuollon palvelut muiden sosiaali- ja terveystieteiden kanssa saumattomasti yhteen sopiviksi.

## **2.2.2 Vähennetään tupakointia**

Tupakointi on nykyisin voimakkaasti polarisoitunut koulutusryhmittäin. Kaikista tupakoitsijoista vain noin kymmenen prosenttia kuuluu korkeasti koulutettujen ryhmään. Tupakoitsijoilla on tietoa tupakoinnin terveyshaitoista, eikä perinteisellä valistuksella enää ole saavutettavissa merkittävää tupakoinnin vähentymistä. On tuettava savuttomuuteen sitoutumista arkisissa elinympäristöissä, kuten opiskelupaikoilla (ks. luku 2.1.3.), harrastusyhteisöissä ja pientyö-

paikoilla (ks. luku 2.1.6.) Äitiys- ja lastenneuvoloissa on puututtava vanhempien tupakointiin raskausajalta lähtien. Samanaikaisesti on nostettava tupakkatuotteiden hintoja verotuksella, rajoitettava saata- vuutta ja tuettava vieroitusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut eduskunnan kevät- istuntokaudelle 2008 tupakkalain muutosesityksen, jossa tupakka- tuotteiden **vähittäismyynti** ehdotetaan säädettäväksi luvanvaraiseksi ja luvan käsittely ja myöntäminen sekä **myynnin valvonta** maksulli- seksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tupakkatyöryhmän, joka antoi väliraporttinsa tupakkaveron korotusehdotuksista 8.5.2008 loppuun mennessä. Työryhmä ehdottaa, että tupakkaveroa krotetaan asteittain vuosien 2009 ja 2010 alussa. Työryhmä valmistelee ehdo- tuksen **tupakkaveron korottamisesta** ja rakenteellisista muutoksista sekä erilaisista toimenpiteistä ehkäisemään **laittoman kaupan** uhkaa, jota hinnankorotukset aiheuttavat. Tupakan matkustajatuonnin va- pautuminen EU:n uusista jäsenvaltioista uhkaa synnyttää kaksihinta- järjestelmän, jossa Suomessa verotetun tupakan myynti laskee, mutta samalla naapurimaista ostetun tupakan tuonti moninkertaistuu. Ellei tupakan matkustajatuontia rajoiteta tupakkalailla, myös salakauppa ja tupakan välittäminen alaikäisille lisääntyy.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman mukaisesti **tupakoinnin vieroitus** sisällytetään osaksi jokaisen potilaan hoitoa, jonka sairaus aiheutuu kokonaan tai osittain tupakkatuotteiden käytöstä. Neu- vonnassa käytetään hyväksi myös apteekkien osaamista. Vieroitusta koskevat **Käypä hoito -suositukset** vakiinnutetaan käyttöön, ja niiden käyttöä tehostetaan etenkin raskauden aikana ja pikkulapsiperheissä.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet:**

5. Nostetaan tupakkaveroa asteittain siten, että tupakointi vähenee selvästi. Seuraavat korotukset toteutetaan vuosien 2009 ja 2010 alussa. Samalla toteutetaan lainsäädännölliset toimet matkustaja- tuonnin ja harmaan kaupan rajoittamiseksi. Päätetään tupakoin- nin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta.

### 2.2.3 Edistetään terveellisiä ruokatottumuksia ja liikuntaa

Terveellisten ruokatottumusten ja liikunnan lisääntymisen tavoite toteutuu parhaiten siten, että parannetaan terveellisen ruoan saataavuutta sekä arkiliikunnan mahdollisuuksia jokapäiväisessä elinympäristössä. Tällaisia kaikille soveltuvia valikoimattomia mutta todennäköisesti tehokkaita vaikuttamistapoja ovat muun muassa päiväkotien, koulujen, oppilaitosten ja työpaikkojen ruokailun tukeminen, äitiys- ja lastenneuvoloiden ravitsemus- ja liikuntaneuvonta, liikunnan integroiminen päiväkotien, koulujen, oppilaitosten, työpaikkojen ja vapaa-ajanvieton normaaliin toimintaan sekä kävelyn, pyöräilyn ja joukko liikenteen tukeminen.

Valmisteilla olevassa **valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveyttä edistävästä liikunnasta ja ravinnosta** terveystoimintaa ja terveellistä ravitsemusta edistetään 1) vaikuttamalla elinympäristöön, olosuhteisiin ja rakenteisiin, 2) varmistamalla, että kansalaisilla on riittävästi tietoa ja taitoja terveyttä edistävien valintojen pohjaksi sekä 3) kannustamalla ja tukemalla kansalaisia tekemään terveyttä edistäviä valintoja. Periaatepäätökseen liitetään toimeenpanosuunnitelma, johon kootaan tavoitteita tukevat hankkeet. Hankkeet kohdistuvat eri ikä- ja väestöryhmien liikunnan ja terveellisen ravinnon edistämiseen, arkiympäristön ja liikuntapaikkojen kehittämiseen, liikunnan ja terveellisen ravinnon parempaan huomioon ottamiseen päätöksenteon eri tasoilla sekä liikuntaan ja ravintoon liittyvän koulutuksen, tutkimuksen ja seurannan kehittämiseen. Kaikissa toimissa pyritään ottamaan huomioon heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien näkökulma.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa ehdotetaan sosiaali- ja terveysministeriön **joukkoruokailun seuranta- ja kehittämisryhmän** asettamista. **Äitiys- ja lastenneuvoissa** on kiinnitettävä huomiota vanhempien ylipainoon sekä liikunta- ja ruokailutottumuksiin raskausajalta lähtien ja tarjottava yksilöllistä tehostettua neuvontaa ja ohjausta käytännön toimintaan (esimerkiksi perheliikunta, ruoanvalmistuksen opetus) yhteistyössä paikallisten järjestöjen kanssa. Lisäksi

tulee kannustaa kansallisten suositusten mukaiseen rintaruokintaan ja tukea erityisesti vähän koulutusta saaneita äitejä.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan sisältyy **ikäntyneiden maksuttomien tai edullisten liikuntamahdollisuuksien** selvittäminen. Politiikkaohjelma tukee myös liikunta-alan ym. järjestöjen sekä kuntien yhteisen **hankekokonaisuuden** käynnistämistä, jossa kohteena ovat ylipainoiset lapset ja nuoret ja heidän vanhempansa sekä heikossa sosioekonomisessa asemassa olevat perheet, lapset ja nuoret. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma edistää **kuntien koordinoimien liikunnallisen iltapäivätoiminnan** yhteishankkeita.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet:**

6. Edistetään edullisten ja ravitsemussuositusten mukaisten ruokapalvelujen saatavuutta erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekeillä joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tekemien toimenpide-ehdotusten mukaisesti.
7. Valmistellaan terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskeva valtioneuvoston periaatepäätös. Sen pohjalta käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi.

## **2.3 Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen**

Riittävien sosiaali- ja terveystalouden saanti on säädetty perustuslaissa jokaisen perusoikeudeksi. Julkisen vallan tehtävä on huolehtia, että palvelut kohdentuvat niiden todellisen tarpeen eikä esimerkiksi asiakkaan maksukyvyyn tai asuinpaikan mukaan. Tämä tavoite ei nykyisin toteudu riittävästi.

Palvelujärjestelmän on turvattava tasapuolinen sairauksien hoito ja estettävä tai vähintäänkin lievennettävä sairauksien sosiaalisia ja taloudellisia seuraamuksia. Terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ

ovat avainasemassa kavennettaessa terveyseroja sosiaali- ja terveydenhuollon toimin. Haasteena on ehkäisevän työn ankkuroiminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon perusrakenteita ja toimintaa, mukaan luettuna tietojärjestelmät ja johtaminen.

Sosiaalialan kehittämishankkeen (2003–2007<sup>3</sup>) mukaan sosiaalipalvelut keskittyvät monissa kunnissa korjaavaan ja ensiapuluontoiseen työhön. Vanhustenhuoltoa pidetään sosiaalihuollon heikoimpana lenkkinä. Koti- ja laitoshoidossa on henkilöstöpula ja puutteita työkäytännöissä. Lisäksi koko maassa on pula pätevistä sosiaalityöntekijöistä, pienimmissä kunnissa ei aina ole edes yhtä pätevää sosiaalityöntekijää. Avun oikea-aikaisuuteen liittyen hankkeessa nostettiin esille puutteet sosiaalipalvelujen ja erityisesti sosiaalitoimistojen asiakaslähtöisyydessä, esimerkiksi palveluohjausta tulisi tehostaa. Sosiaalipalvelujen tiedontuotannon kehittymättömyys ja palveluja koskevan arviointitiedon niukkuus nähtiin keskeiseksi esteeksi sosiaalipalvelujen oikea-aikaiselle avun antamiselle ja palvelujen kehittämiseksi. Palvelujen tarpeen kartoittamisessa, palvelujen tilastoinnissa, tiedon kokoamisessa sekä palvelujen laadun ja vaikutusten arvioinnissa on merkittäviä puutteita.

Terveydenhuollon toimin estettävissä olevassa kuolleisuudessa on suuria, viime vuosina kasvaneita sosiaaliryhmien välisiä eroja. Terveydenhuollosta on viime vuosina kertynyt runsaasti tutkimustuloksia, jotka osoittavat useiden erityyppisten palvelujen saannin suosivan paremmassa sosiaalisessa asemassa olevia. Uusimmat tutkimustulokset viittaavat vastaaviin eroihin myös hoidon kattavuudessa ja laadussa. Vaikka yksittäisten sairauksien seuranta on merkittävästi kehitetty, terveydenhuollossa ei ole yleisiä menettelytapoja hoidon kattavuuden ja laadun arvioimiseksi. Tavoitteena tulee olla järjestelmä, joka kykenee takaamaan ehkäisyn ja hoidon kehittyvien menetelmien tuottaman terveys- ja hyvinvointihyödyn kaikille Suomessa asuville.

---

<sup>3</sup> Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3

### 2.3.1 Kehitetään sosiaalityötä ja perusterveydenhuoltoa sekä niiden yhteistyötä

Sosiaalityöllä on keskeinen merkitys terveyserojen syntymisen ehkäisyssä. Työn tavoitteena on yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen omaehtoisuuden tukeminen. Lähtökohtana on sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä tuen tarpeessa olevien kansalaisten voimavarojen vahvistaminen. Sosiaalityötä on edelleen kehitettävä, jotta se entistä paremmin edistäisi ja ylläpitäisi kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta.

Sosiaalityön neuvottelukunta linjasi Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 –toimenpideohjelmissa<sup>4</sup> sosiaalityön kehittämisen pääsuunnat vuoteen 2015 saakka. Toimenpideohjelman linjaukset ovat 1) **sosiaalityön työorientaatioiden** kehittäminen osaamisperustaksi, 2) **sosiaalityön rakenteiden** ja organisoinnin muuttaminen sosiaalityön osaamista ja asiakkaiden tarpeita vastaaviksi, 3) **asiakkaiden osallisuuden** ja sosiaalityön eettisyyden vahvistaminen sekä 4) sosiaalityön **koulutuksen ja tutkimuksen** suuntaaminen alan perustutkimukseen sekä vastaamaan nopeasti kehittyviin yhteiskunnallisiin muutoksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE pyrkii vahvistamaan **sosiaalihuollon kehittämistoiminnan pysyviä rakenteita** ja näiden yhteyksiä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

Perusterveydenhuolto on terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen kivijalka. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olevan uuden **terveydenhuoltolain** yhtenä tavoitteena on **perusterveydenhuollon vahvistaminen**. Lain valmistelussa otetaan huomioon väestöryhmien välisten ja alueellisten terveyserojen kaventaminen. Myös KASTE-ohjelman yhteydessä valmisteilla olevassa Terveyskeskus 2015 -toimenpideohjelmissa vahvistetaan perusterveydenhuoltoa. Toimenpideohjelmissa kiinnitetään huomiota siihen, että **terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen tulisi nykyistä vahvemmin sisältyä terveyskeskusten** toimintaan. Koko ikäluokat kattavia ehkäiseviä

<sup>4</sup> Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13



terveyspalveluja on vahvistettava ja huolehdittava hyvästä yhteistyöstä sosiaalitoimen kanssa. Stakesiin perustetaan perusterveydenhuollon **kehittämissyksikkö**, joka yhteistyössä terveyskeskusten, yliopistojen ja muiden laitosten kanssa tuottaa tietoa hyvistä hoitoprosesseista ja toimintakäytännöistä sekä huolehtii tarvittavien kehittämisen työkalujen saatavuudesta. Palveluinnovaatiohanke tuottaa osana KASTE-ohjelmaa Hyvä Käytäntö -verkoston tukemaan palveluinnovaatioiden tuotteistamista, levittämistä ja käyttöönottoa.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma toteuttaa Työterveys 2015 -ohjelman mukaista **työterveyshuollon kehittämistä**, jonka yhtenä kohderyhmänä terveyden tasa-arvon näkökulmasta ovat pientyöpaikat, rakennusala, hotelli- ja ravintola-ala, pätikätyöläiset ja yrittäjät. Työterveys 2015 -ohjelman mukaisesti kehitetään myös työttömien terveysneuvontaa yhteistyössä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, työvoimanpalvelukeskusten ja sosiaalitoimen kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikka on syntynyt vuosikymmenten mittaan lukuisin erillispäätöksin. Viime vuosina kokonaisuutta on tarkasteltu lähinnä teknisistä ja taloudellisista näkökulmista. Koko maksujärjestelmä on arvioitava kattaaen kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut rahoittajasta ja tuottajasta riippumatta. Tarkastelussa tulee varmistaa sosiaali- ja terveyspolitiikan yleisten ja erityisesti tasa-arvotavoitteen toteutuminen. Maksukattojen osalta työ on jo käynnissä osana SATA-komitean tehtäviä.

Terveydenhuollon asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien väestöryhmittäisestä kohdentumisesta on melko runsaasti tutkimustietoa, mutta niiden itsenäistä vaikutusta palvelujen käyttöön tunnetaan rajallisesti. Vaikutusten arvioimiseksi saattaa olla tarpeen toteuttaa kohdennettu tutkimushanke.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpide:**

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

### 2.3.2 Parannetaan päivähoidon ja neuvoloiden mahdollisuuksia ehkäistä terveyseroja osana verkostoituvia palveluja

Hyvinvoinnin sosioekonomiset erot ilmenevät jo lapsuudessa. Vanhempien työttömyys, mielenterveys- ja päihdeongelmat, perheen toimeentulovaikkeudet, huonot asumisolot ja ongelmalliset asuinympäristöt heijastuvat lasten ja nuorten fyysisinä ja psyykkisinä terveysongelmina ja terveyttä vahingoittavina elintapoina. Lastensuojelun piirissä olevien lasten määrä on kasvanut ja alueelliset erot ovat suuria.

Terveyserojen kaventaminen lapsuudessa ja nuoruudessa edellyttää, että lapsen etu otetaan nykyistä vahvemmin huomioon lainsäädännössä, suunnittelussa ja päätöksenteossa. Kehitteillä oleva lapsivaikutusten ennakointi ja arviointi tukee tätä pyrkimystä. Kaikkien lasten, nuorten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin ja osallisuuden parantaminen tukee myös terveyserojen kaventamistyötä. Siksi on tarpeen kehittää lasten ja nuorten sosiaalisia ja fyysisiä kehitysympäristöjä, tukea pärjäämistä ja huolehtia riittävien universaalien palvelujen turvaamisesta ja niiden pitkäjänteisestä kehittämisestä. Toisaalta on välttämätöntä kohdentaa ajoissa voimavaroja syrjäytymisvaarassa oleviin perheisiin, lapsiin ja nuoriin. Tukipalvelut on järjestettävä lasta, nuorta ja perhettä kuunnellen ja leimaamattomasti normaaliin palvelujen yhteydessä.

KASTE-ohjelmassa **uudistetaan lasten, nuorten ja perheiden palveluja kokonaisuutena** siten, että perustasolla kehitetään ja nivotaan yhteen kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät ja korjaavat palvelut yli nykyisten sektorirajojen (kuten terveys-, sosiaali-, nuoriso-, sivistys- ja poliisitoimi). Lisäksi kehitetään **erityispalveluja** tukemaan peruspalveluja erilaisilla toimintavaihtoehtoilla (kuten lastenpsykiatria, lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvolat). Myös Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman mukaan kasvatus- ja perheneuvoloiden voimavaroja lapsiperheiden matalan kynnyksen tukipaikkoina on vahvistettava ja **kuntien kotipalvelun saatavuutta** lisäävä lapsiperheiden arjen tilanteiden tukena.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen edellyttää **lapsiperhetyötä tekevien yhteistyörakenteiden** kehittämistä perhekeskus- tai perhepalveluverkosto -mallien mukaisesti. Yhteistyörakenteen avulla voidaan parantaa perheiden tarpeista lähtevää ja tuloksellista voimavarojen käyttöä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, ml. toiminnan kohdentaminen heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien tarpeiden mukaisesti. Stakes jatkaa perhepalvelujen verkostoimisen kehittämistä ja ottaa huomioon PERHE-hankkeen (2004–2007) arviointitulokset.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla asetus, jossa määritellään muun muassa **hyvän neuvolatoiminnan sisältö**, mukaan lukien terveystarkastukset ja terveysneuvonta (ks. myös luvuissa 2.1.2 ja 2.1.3 koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kehittäminen). Lisäksi korostetaan erityisen tuen tarpeen varhaista tunnistamista ja tarpeellisen tuen järjestämistä. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa esitetään, että **äitiys- ja lastenneuvoille laaditaan ohjeistus** erityistukea tarvitsevien varhaiseen tunnistamiseen ja tuen järjestämiseen. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma kiinnittää huomiota asetustyöhön ja siihen, että **neuvolatoiminnan tulee olla riittävästi resursoitua**.

Kaikille lapsille tarkoitettut päivähoitopalvelut turvaavat lasten välisen tasa-arvon riippumatta perheen taloudellisesta asemasta. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä 2005–2007 toimineen varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan tehtävänä oli tukea varhaiskasvatuksen pitkäjänteistä kehittämistä tulevaisuuden tarpeita ennakoiden. Loppuraportissaan<sup>5</sup> neuvottelukunta esittää, että lainsäädäntöä olisi uudistettava muun muassa **päivähoidon henkilöstön, hoidettavien lasten määrän, erityistä tukea tarvitsevien lasten palvelujen sekä varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden** osalta. Perheille olisi tarjottava enemmän **avoimia ja osa-aikaisia varhaiskasvatuspalveluita** vaihtoehtoina kokopäiväiselle päivähoidolle. Päivähoidossa on myös osattava tunnistaa **erityistarpeet** ja järjestää **tukitoimia**.

<sup>5</sup> Varhaiskasvatus vuoteen 2020. Varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:72.

Varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan maahanmuuttajatyön kehittämisaikajärjestelmä ehdotti muun muassa, että on huolehdittava siitä, että **maahanmuuttajataustaiset lapset** voivat osallistua viimeistään 3-vuotiaasta alkaen vähintään osa-aikaiseen varhaiskasvatukseen. Kotoutumissuunnitelman piirissä oleville lapsille tämän varhaiskasvatuspalvelun tulee olla maksutonta.

Vuoden 2008 alussa voimaan tullut uusi **lastensuojelulaki** (417/2007) tukee lasten ja nuorten terveyserojen ehkäisemistä ja vähentämistä. Uudessa laissa vahvistetaan **ehkäisevän lastensuojelun** asemaa. Lastensuojelulaki edellyttää laaja-alaista ja suunnitelmallista lasten ja perheiden ongelmia ehkäisevää toimintaa lastensuojelun ohella sosiaalitoimen muilla toimintasektoreilla (muun muassa päivähoitossa ja päihdehuollossa) sekä kunnan muilla toimialoilla, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä muussa terveydenhuollossa ja opetustoimessa. Lain mukaan kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen ja kunnan muiden viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä lasten ja nuorten hyvinvointia sekä poistettava kasvuolojen epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Kuntien on laadittava valtuustokaudeksi **suunnitelma lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi**. Suunnitelma tarjoaa hyvät mahdollisuudet terveys- ja hyvinvointierojen seurantaan ja niiden pitkäjänteiseen kaventamiseen. KASTE-ohjelmaan sisältyy uuden **lastensuojelulain vieminen käytäntöön** järjestämällä kunnille **koulutusta ja muuta valtakunnallista ohjausta**.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta seuraa lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierojen muutoksia ja osallistuu kehitystyön ohjaamiseen.

### 2.3.3 Kehitetään työikäisten oikea-aikaista ja tarpeenmukaista kuntoutusta

Suomen kuntoutusjärjestelmä on monimuotoinen ja asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna monimutkainen. Lääkinnällisessä kuntoutuksessa

on monia toimijoita: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, Kela ja tapaturmavakuutusyhtiö, jälkimmäisten osalta palvelujen tuottajina toimivat yksityiset kuntoutuslaitokset ja muut yksityisen sektorin terveystalvelujen tuottajat. Ammatillisessa kuntoutuksessa toimijoita ovat erikoissairaanhoido, Kela, työeläkelaitokset, työhallinto, ja tapaturmavakuutuslaitokset, palveluja tuottavat pääasiassa yksityiset tahot. Vakuutuspuolen kuntoutusta järjestää osin Vakuutus kuntoutus VKK. Ammatillisen kuntoutuksen työnjaosta on kuntoutusasiain neuvottelukunnan toimesta tehty eri toimijoiden tehtävämäärittely.

Asiakkaalla voi olla rinnakkaisia ja osin vaihtoehtoisia palveluja, mutta kokonaisuus on vaikeasti hallittavissa, koska jokainen tahoe tekee päätöksiä osaltaan. Järjestelmänäkökulmasta on havaittavissa, että jokainen tahoe optimoi omia resurssien käyttöjään. Järjestelmän monimutkaisuus heikentää myös toiminnan kannustinrakennetta: yhden järjestelmän panostus kuntoutukseen voi johtaa toisen järjestelmän järhentyviin tai pieneneviin kustannuksiin.

Kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003 säädetty laki edellyttää, että kaikissa kunnissa on kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä, jossa on edustajat sosiaalihuollosta, terveydenhuollosta, opetustoimesta, työvoimatoimistosta ja Kelasta. Kuntoutusjärjestelmän toimijoiden **yhteistyötä ja työnjakoa** on edelleen kehitettävä.

Kuntoutustarpeesta tehdyissä tutkimuksissa on osoitettu, että kuntoutusta tarvitsevien osuus on huomattavasti suurempi kuin kuntoutusta saaneiden osuus. Kuntoutuksen oikeudenmukaisuuden takia olisi tärkeää, että yhtäläisessä tarpeessa olevilla olisi yhtäläinen pääsy tarjolla olevaan kuntoutukseen. Sosiaaliryhmä, ammattiala, työ- ja työttömyyshistoria tai työpaikan koko eivät saisi vaikuttaa ammatilliseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen pääsyyn.

Kuntoutustarve tulee tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kuntoutustoimenpiteiden tulee olla oikea-aikaisia ja riittävässä määrin työlähtöisiä. Näitä tavoitteita varten **työterveyshuollon** palveluja on kehitettävä edelleen ja **varhaisen puuttumisen mallit** on otettava käyttöön työpaikoilla. Epätyypillisissä työsuhteissa olevat voidaan ohjata kuntoutukseen myös työvoimatoimistoista.

Kelan tulisi kehittää **työttömien työhön paluuta tukevaa** kuntoutusta. **Hylkäävän eläkepäätöksen saaneet** työttömät työnhakijat ovat erityisessä syrjäytymisvaarassa oleva ryhmä, joiden kuntoutus tulisi järjestää yhteisvastuullisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) yhteydessä vaikeasti työllistyviä autetaan kuntoutumaan seuraavilla toimenpiteillä:

- kuntouttavaa työtoimintaa kehitetään sisällöllisesti ja lainsäädäntö uudistetaan
- kehitetään työhön kuntouttavia malleja vaikeasti työllistyvien tueksi työhallinnon ja kuntien, järjestöjen, sosiaalisten yritysten, työnantajien ja muiden palvelujen tuottajien yhteistyönä
- tuotetaan tietoa aktivoivien toimintamallien työllisyys- ja hyvinvointivaikutuksista
- kehitetään edelleen työvoiman palvelukeskuksissa tarjottavia sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja, ja levitetään kehitettyjä malleja myös niiden kuntien käyttöön, jotka eivät ole mukana työvoiman palvelukeskustoiminnassa

Kuntoutusasiain neuvottelukunta ohjaa, kehittää ja yhteensovittaa viranomaisten, yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä. Neuvottelukunnassa on tekeillä **kuntoutustarpeesta ja kuntoutuksesta vastaavien tahojen osaamisesta** laaja selvitys. Selvityksessä pohditaan muun muassa mikä on kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon perustoiminnan suhde kuntoutuksen tilaamiseen suhteessa Kelan tai muiden vakuutuslaitosten palvelujen tilaamiseen. Lisäksi tarvitaan selkeitä linjauksia siitä, mikä on vakuutuslaitosten rooli suhteessa kunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisveloitteeseen. On määriteltävä, miten kuntoutus toimii asiakkaan kannalta, mitkä ovat asiakkaiden yhdenvertaiset oikeudet kuntoutukseen, mitä osaamista laitoksissa on, ja pitääkö tarpeiden pohjalta suunnata toimintaa uudelleen.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpide:**

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

#### **2.3.4 Turvataan pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveys- huoltopalvelujen ulkopuolella olevien työkäisten työkykyä vahvistavat terveyspalvelut**

Valtioneuvoston periaatepäätöksen Työterveys 2015<sup>6</sup> mukaan terveyskeskusten on vastattava pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollosta.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa on esillä meneillään oleva Työttömien terveydenhuollon kehittämishanke. Hankekokonaisuutta koordinoi Stakes ja sitä toteutetaan yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön, Työministeriön, Kansaneläkelaitoksen, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen ja kuntien kanssa. Työttömien terveydenhuollon kehittämishanke sisältää 17 paikallista hanketta, jotka kestävät toukokuuhun 2009.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpide:**

10. Kunnat vakiinnuttavat työttömien työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut käynnissä olevien kokeilujen pohjalta.

#### **2.3.5 Kehitetään ja vahvistetaan mielenterveystyötä**

Sosioekonomisen aseman ja terveyden väliset suhteet ovat mielenterveyden häiriöissä usein monimutkaisempia kuin monissa somaattisissa sairauksissa: yhtäältä elinoloihin liittyvät ongelmat ja vajeet altistavat mielenterveyden häiriöille, toisaalta varhain alkavat mielenterveyden häiriöt heikentävät kouluttautumisen-, työllistymisen- ja perheellistymismahdollisuuksia. Etenkin vakavien mielenterveyden häiriöiden on

<sup>6</sup> STM 2004:3

todettu olevan yhteydessä huonoon sosiaaliseen asemaan, vähäiseen koulutukseen, työttömyyteen ja yksinasumiseen. Mielenterveyspalveluihin pääsy on vaikeaa, ja osa hoidon tarpeessa olevista jää hoitamatta tai hoito on puutteellista. Erityisryhmille sekä sosiaalisesti ja taloudellisesti huono-osaisille hoitoon pääsy on erityisen ongelmallista.

MASTO-ohjelman puitteissa yhtenä tarkastelunäkökulmana on **kuntoutusjärjestelmän kehittäminen**, koska mielenterveyskuntoutuksen järjestelmä ei toimi riittävän hyvin. Mielenterveyskuntoutuksen tulee niveltä saumattomasti hyviin hoitokäytäntöihin ja hoitoketjuihin ja se tulee **resursoida** tarkoituksenmukaisesti.

Valtakunnallinen **mielenterveys- ja päihdesuunnitelma** laaditaan vuosien 2007–2008 aikana sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa Mieli 2009-työryhmässä. Tavoitteena on tuottaa toimintamallit mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä niihin liittyvän päivystyksen järjestämiseksi alueellisena kokonaisuutena sekä tehdä tarpeen mukaan ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi. Suunnitelman valmistelu tukeutuu käynnissä olevien mielenterveys- ja päihdehankkeiden työhön. Siinä otetaan huomioon Vantaan kaupungin Sateenvarjo-projektin, Pohjanmaa-hankkeen sekä Rovaniemen seudullisen mielenterveys- ja päihdehuollon kehittämishankkeen kokemukset. Hankkeissa palvelukokonaisuuksien kehittäminen kohdistuu kaikkiin ikäryhmiin ja niissä korostetaan peruspalvelujen roolia ja monialaista yhteistyötä.

Myös Terveiden edistämisen politiikkaohjelma kiinnittää huomiota mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoon, lisäksi politiikkaohjelman yhteydessä valmistellaan **Työterveyshuollon hyvät käytännöt**: Depressio -suositus, tarkistetaan **osasairauspäivärahaa** koskeva lainsäädäntö sekä vahvistetaan **lasten ja nuorten** mielenterveyspalveluja ja parannetaan niiden oikea-aikaista saatavuutta.

### 2.3.6 Turvataan ikäihmisten tasa-arvoiset palvelut

Iäkkäiden toimintakyky ja terveys vaihtelevat sosioekonomisen aseman, erityisesti koulutuksen, aiemman ammatin, tulojen ja asumis-



muodon mukaan. Ikääntyneen haavoittuvaa asemaa lisää toimintakyvyn heikentyessä huono taloudellinen tilanne, yksin ja varsinkin syrjässä asuminen, puutteellinen asunto ja asuinympäristö sekä tukihenkilöiden puute. Toimintakykyä voidaan kohentaa kohdentamalla voimavaroja sairauksien hoitamiseen ja tapaturmien ehkäisyyn sekä ikääntyneiden aktiivisuuteen ja toimintaympäristöön.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2008 **Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen**<sup>7</sup>. Suosituksessa esitetään ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi strategisia linjauksia kolmella osa-alueella: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, 2) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä 3) asumis- ja hoitoympäristöt. Laatusuosituksessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhtenä keskeisenä sisältönä on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen.

Sekä laatusuositukseen että Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelmaan sisältyy koko maan kattavan **ikäihmisten neuvontakeskusten verkoston** luominen. Matalan kynnyksen neuvontakeskuksissa annetaan tietoa, neuvontaa ja ohjausta palveluista, liikunta- ja muista harrastusmahdollisuuksista, järjestöjen toiminnasta, asumisvaihtoehtoista, apuvälineistä ja tapaturmien ehkäisystä. Neuvontapisteissä voidaan myös arvioida ja seurata toimintakykyä ja terveydentilaa sekä tarvittaessa ohjata palveluihin.

Laatusuosituksessa ja politiikkaohjelmassa painotetaan **ehkäisevien kotikäyntien** asemaa. Niiden tarkoitus on tukea ja arvioida itsenäistä suoriutumista ja kotona asumista mahdollisimman pitkään, tiedottaa palveluista sekä ennakoida yksilöllisten palvelujen tarvetta. Ehkäisevät kotikäynnit kohdennetaan ensisijaisesti niille vanhuksille, jotka eivät ole säännöllisten sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaita. Erityishuomio on kohdennettava riskiryhmiin, joita ovat esimerkiksi sosioekonomiselta asemaltaan heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevat, monisairaant ja yksinäiset ikäihmiset.

---

<sup>7</sup> Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3

Akuuttihoidon jälkeen nopeasti käynnistyvä **kuntoutus ja kuntouttava hoito** ovat tuloksellisia, ja niihin panostaminen estää tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Kuntoutuksen kohdentaminen edellyttää kuntoutustarpeiden ja -perusteiden tarkkaa määrittämistä, jotta ne ikäihmiset, jotka hyötyvät kuntoutuksesta, saisivat tarkoituksenmukaiset kuntoutuspalvelut. Asiakkaiden kotiutumiseen tähtäviä kuntoutusjaksoja ja kotona annettavaa kuntoutusta tarvitaan lisää.

### 2.3.7 Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien palveluja

Kotouttamislain mukaan maahanmuuttajien kotouttamisen yleinen kehittäminen, suunnittelu, ohjaus ja seuranta kuuluvat 1.1.2008 alkaen sisäasiainministeriölle. Maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisestä ovat pääosin vastanneet maahanmuuttajia vastaanottaneet kunnat.

Maahanmuuttajataustaisten palvelutarpeet tulisi ottaa huomioon kunnissa eri hallinnonaloilla palveluita suunniteltaessa läpäisyperiaatteella. Avainasemassa ovat kieli- ja muu koulutus, työvoimapalvelut, sosiaalipalvelut, kuten päivähoito, asuminen ja terveydenhuolto. On myös otettava huomioon, että eri maahanmuuttajaryhmien tarpeet eroavat toisistaan huomattavasti. Maahanmuuttajat tulisi saattaa tietoiseksi suomalaisen yhteiskunnan palveluista. Kotouttamisen poik-kihallinnollinen koordinointi ja seuranta tulisi järjestää.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa esitetään, että maahanmuuttajien kotouttamistoimenpiteiden kehittämisen yhteydessä laaditaan suunnitelma maahanmuuttajien **erityistarpeista** terveyden edistämisessä. Tässä yhteydessä huomioidaan meneillään olevan kotouttamisen ja etnisten suhteiden puiteohjelman valmistelu sisäasiainministeriössä. Puiteohjelman valmisteluun on haettu jatkoaikaa vuoden 2008 kesään saakka.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpide:**

11. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhdessä muiden ministeriöiden kanssa toimintaohjelman, joka sisältää maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen osana normaali-järjestelmää. Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos toteuttavat maahanmuuttajien terveyttä ja palvelutarvetta kartoittavan tutkimuksen.

## **2.4 Terveyserojen seurantajärjestelmien kehittäminen**

Terveyserojen seurantajärjestelmää on kehitettävä, jotta 1) väestöryhmien terveyserot ja niiden poistamisessa keskeiset toiminnot tehdään näkyviksi kaikilla päätöksenteon ja toiminnan tasoilla valtionhallinnosta kuntiin ja niiden toimipaikkoihin, 2) palvelut ja muu toiminta voidaan oikeudenmukaisesti kohdentaa kulloinkin kyseessä olevalla hallinnon ja toiminnan tasolla väestön tarpeiden mukaisesti, 3) tiedot tukevat terveysvaikutusten arviointia terveystieteellisen päätöksenteon kaikilla tasoilla, ja 4) luodaan hyvät edellytykset terveyserojen syitä ja kaventamista koskevalle tutkimukselle.

Terveyserojen seurantajärjestelmän tulee tuottaa väestöryhmittäin ajantasaista ja vertailukelpoista tietoa:

- terveyden ja toimintakyvyn tärkeimmistä ulottuvuuksista sovituisissa ikäryhmissä,
- tärkeimmistä terveyseroihin vaikuttavista elinolo-, työolo- ja elintapatekijöistä,
- palvelutarpeista, sairauksien hoidon ja ehkäisyn sekä terveyden edistämisen kattavuudesta, sisällöstä ja tuloksellisuudesta
- sairauksiin liittyvien sosiaaliturvaetuuksien saannista.

Tiedot on saatettava käyttökelpoisessa muodossa niitä tarvitsevien käyttöön. Terveyserojen seuranta varten tulee kehittää tietojen sähköinen jakelujärjestelmä, jossa terveyserojen kannalta tärkeimpien tietojen kerääminen, raportointi ja jakelu tietoja tarvitseville on taattu.

On sovittava koko maassa yhteisistä käytännöistä terveyserojen kannalta olennaisten tietojen tallentamisesta hyvinvointipalvelujen asiakirjajärjestelmiin. Ohjelmistojen tuottajien olisi kehitettävä näiden tietojen tallentamiseen tarvittavat helppokäyttöiset käyttöliittymät ja ajan tasaisen tilastoraportoinnin toiminnan kaikilla tasoilla mahdollistavat raportointimenettelyt. Kuntien omia tarpeita palvelevan terveyseroseurannan kehittämisessä tarvitaan valtakunnallisen koordinaation lisäksi aluetason osaamiskeskuksia. Pilottihankkeiden käynnistäminen olisi tarpeellista kunnissa/sairaanhoidopiireissä palvelujärjestelmän tuottamien tietojen keruun ja raportoinnin kehittämiseksi.

Kansanterveyslaitokselle on perustettu työryhmä, jonka tehtävänä on tehdä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa kokoava esitys sosiaali- ja terveysministeriölle terveys- ja terveyseroseurannassa käytettävistä terveyden ja hyvinvoinnin avainosoittimista, niiden taustamuuttujista ja tietolähteistä valtakunnallisella sekä kunta- ja aluetasolla.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet:**

12. Tilastokeskuksen koulutus- ja ammattitiedot liitetään terveysseurannan tärkeimpiin rekisteriaineistoihin 1-4 vuoden välein sekä kysely- ja haastatteluaineistoihin otoksen poimintavaiheessa. Terveyserotiedot esitetään yleisten terveysseurantatilastojen sähköisissä jakelujärjestelmissä ja terveysseurannan perusraporteissa.
13. Määritellään tarpeelliset erillisselvitykset ja niiden rahoitus eri tahojen yhteistyönä. KTL kasvattaa tärkeimpien väestötutkimustensa otoskokoja, jotta mahdollistetaan väestöryhmittäinen tarkastelu.

## 2.5 Tietopohjan vahvistaminen ja viestintä

Väestön terveysseurannan kehittämisen ohella on välttämätöntä tutkia edelleen väestöryhmien välisten terveyserojen syitä, syntymekanismia ja pienentämiskeinoja. Sosiaali- ja terveystieteiden strategisiin valintoihin ja niiden toimeenpanoon liittyvä tutkimus voi tukea ratkaisevalla tavalla toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamista.

Yksi tärkeimpiä terveystutkimuksen haasteita on tutkimustiedon välittäminen sitä tarvitseville ja parhaan olemassa olevan tiedon soveltaminen yhteiskunta- ja terveystieteisiin. Tietoisuutta terveyseroista, niiden syntymekanismista ja vaikuttamiskeinoista on lisättävä. Terveyserojen kaventamisen näkökulma on saatava vahvemmin esiin valtakunnallisessa, alueellisessa sekä kunta- ja järjestötason toiminnassa, hankkeissa ja ohjelmissa. Tämä edellyttää, että sosiaali- ja terveysalalla toimivien osaamista sosioekonomisten terveyserojen ehkäisemisestä ja kaventamisesta vahvistetaan.

### **Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet:**

14. STM:n sektoritutkimuslaitokset jatkavat ja vahvistavat terveyserotutkimusta sekä kehittävät erot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia. Suomen Akatemia sisällyttää terveyserot vuonna 2009 käynnistyvään Kansanterveyden haasteet -tutkimusohjelmaan sekä valmisteilla olevaan Lasten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelmaan.
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.

## 3 TOIMIJATAHOT, TOIMEENPANO JA SEURANTA

### 3.1 Terveyserojen kaventamisen keskeiset toimijatahot

#### 3.1.1 Valtionhallinto

Terveyserojen ja niiden taustatekijöiden moninaisuudesta johtuen terveyserojen kaventamisen vastuu jakaantuu usealle hallinnonalalle. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on päävastuu kaventamistyöstä ja sen koordinoinnista.

Terveyserojen kaventaminen edellyttää sosiaali- ja terveystoimien lisäksi terveyttä tukevien työ- ja elinolojen rakentamista ja muun muassa talous-, työllisyys-, koulutus-, asunto-, alue-, sekä yhdyskuntasuunnittelun toimia. Vuoden 2006 Sosiaali- ja terveyskertomuksessa<sup>8</sup> tarkasteltiin aikaisempaa perinpohjaisemmin kaikkien hallinnonalojen toimia väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi vuosina 2002–2005. Tarkastelu osoitti valtionhallinnon eri sektorien työhön sisältyvän runsaasti toimintoja, joissa terveysnäkökulma on mukana ainakin välillisesti, vaikkei sitä olisi selkeästi kirjattu hallinnonalan asiakirjoihin.

Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalaan kuuluvat muun muassa liikenneturvallisuus, kävelyn ja pyöräilyn edistäminen, liikenteen meluntorjunta, esteettömän liikennejärjestelmän edistäminen sekä tietoyhteiskuntapalveluiden turvaaminen vammaisille käyttäjäryhmille.

Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan toimet painottuvat terveyden näkökulmasta elintarvikepolitiikkaan ja tarttuvien tautien ehkäisyyn. Sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta korostuvat toimet maaseudun monimuotoisuuden edistämiseen ja maaseudun palvelujen turvaamiseen.

<sup>8</sup> Sosiaali- ja terveyskertomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:4.

Oikeusministeriö vastaa kansalaisyhteiskunnan perustehtävistä, demokratian ja oikeuden toteutumisesta sekä luo edellytyksiä tehokkaalle rikosentorjunnalle. Hallinnonalalla pyritään vähentämään väkivaltaa, edistämään vankien terveyttä ja integroitumista yhteiskuntaan sekä ehkäisemään uusintarikollisuutta.

Opetusministeriö vastaa koulutus-, tiede-, liikunta-, kulttuuri- ja nuorisopolitiikan kehittamisestä. Koulutuspolitiikan alaan kuuluvat muun muassa perusopetuksessa olevien lasten hyvinvointi, koululaisien aamu- ja iltapäivätoiminta, terveystiedon opetus, peruskoulusta toisen asteen koulutukseen siirtymisen turvaaminen sekä opiskelijoiden hyvinvointi, koulutuksen keskeyttämisen ehkäisy sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja opettajien koulutus. Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopolitiikan alaan kuuluvat muun muassa nuorten työpajatoiminta, lähiliikuntaedellytysten lisääminen, lasten ja nuorten liikkumismahdollisuuksien edistäminen, mediakasvatus sekä kirjastopalvelut.

Puolustusministeriö vastaa asevelvollisten kunnosta, terveydestä ja hyvinvoinnista heidän palvelusaikanaan.

Sisäasiainministeriön toimialaan kuuluvia terveyden ja hyvinvoinnin kannalta merkittäviä alueita ovat muun muassa yleinen järjestys ja turvallisuus, kunnallishallinto ja pelastustoimi. Myös maahanmuutto- ja kotoutusasiat kuuluvat sisäasiainministeriölle.

Työ- ja elinkeinoministeriö kehittää työelämän toimivuutta ja laatua sekä edistää työllisyyttä. Ministeriön toimet koskevat kaikkia työkäisiä ja erityisesti työmarkkinoilta syrjäytymisvaarassa olevia työttömiä, kuten pitkäaikaistyöttömiä, ikääntyneitä ja vajaakuntoisia. Myös nuorisotyöttömyyden vähentäminen on hallinnonalan keskeisiä tavoitteita. Elinkeinopolitiikalla säädellään ja muovataan kansalaisten arkielämää. Ministeriö vaikuttaa kaupan rakenteeseen ja palvelujen saantiin esimerkiksi kilpailulainsäädännöllä, joskin myös kunnilla ja kaavoituksella on keskeinen rooli kauppapalveluiden saatavuudessa. Kuluttajapolitiikan tavoitteena on lisätä taloudellista turvallisuutta, edistää laadukkaita elintarvikemarkkinoita ja turvata kuluttajansuoja.

Ulkoasiainministeriön harjoittaman ulkomaankauppapolitiikan kansainvälisillä sopimuksilla estetään esimerkiksi haitallisiksi todettujen tuotteiden pääsy maahan.

Valtiovarainministeriön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta keskeiset toimet liittyvät veropolitiikkaan ja tullivalvontaan. Veropolitiikalla säädellään alkoholijuomien ja tupakkatuotteiden verotusta. Tullivalvonnalla pyritään estämään huumaus- ja dopingaineiden sekä määräysten vastaisten elintarvikkeiden ja tuotteiden pääsyä markkinoille. Valtiovarainministeriö vastaa myös valtion talousarvion valmistelusta.

Ympäristöministeriön hallinnonalalla on useita toiminta-alueita, joilla on joko suora tai välillinen vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Nämä koskevat ilman laatua, veden ja maaperän puhtautta, elinympäristöä, asunto-, alue- ja yhdyskuntasuunnittelua, rakentamista, melua, kemikaaleja ja jätteitä.

### **3.1.2 Kunnat ja kuntayhtymät**

Kunnat ovat keskeisessä asemassa terveystalouden toteuttajina. Niillä on itsehallintonsa ja laajan toimivaltansa vuoksi hyvät mahdollisuudet väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen haasteet ovat erilaisia suurissa kaupungeissa verrattuna pieniin kaupunkeihin ja maaseutuun. Suurissa kaupungeissa sosiaaliset ongelmat saattavat kasaantua, kun taas maaseudulla ongelmana on väestökadon ja vinoutuneen ikärakenteen myötä palvelujen köyhtyminen ja sitä mukaa yhteisöllisyyden ja terveellisiä elintapoja tukevien mahdollisuuksien kuihtuminen. Monet tehtävistä voidaan toteuttaa kuntien yhteistoiminnalla ja näitä yhteistyön muotoja ollaan parhaillaan muotoilemassa kunta- ja palvelurakennemuutoksen (PARAS) yhteydessä.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman keskeinen tehtävä on vahvistaa terveysnäkökohtien ottamista huomioon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä – niin valtion-, alue- kuin paikallishallinnossakin. Politiikkaohjelma ja terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen osana PARAS-hanketta tulee toteuttaa si-



ten, että terveyserojen kaventaminen on keskeinen sisältöalue terveyden edistämisessä.

Väestön hyvä terveys ja toimintakyky ovat terveys- ja hyvinvointipolitiikan perustavoitteita. Lukumääräisesti suuren väestöosan jääminen kauas saavutettavissa olevasta terveyden tasosta aiheuttaa kuntataloudelle suuria kustannuksia ja tulojen menetyksiä. Esimerkiksi palvelutarpeen kasvua voitaisiin hillitä panostamalla pienituloisten ikäihmisten toimintakykyyn tai haavoittuvassa asemassa olevien lasten ja nuorten syrjäytymisen uhkan tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen. Korjaavan ja akuutin hoidon painottaminen kasvattaa kuntien menoja. Terveyden edistämistä pidetään tehokkaimpana tapana leikata pitkällä aikavälillä terveydenhuollon menojen kasvua.<sup>9</sup>

Väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi on kiinnitettävä huomiota seuraavanlaisiin strategisiin linjauksiin:

1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat kuntastrategiassa ja toiminnan suunnittelussa painoalueita. Toimia suunnataan erityisesti hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen.
2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista kehitetään hallinnonalat ylittävän yhteistyön suuntaan.
3. Hyvinvointi- ja terveyseroja koskevan tiedon saatavuutta ja hyvinvoinnin ja johtamisen tietojärjestelmiä kehitetään. Kunnan johdolla on myös velvoite käyttää ja levittää tätä tietoa toimijoille.
4. Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen, peruspalvelujen saatavuus ja ehkäisevien palvelujen toimivuus turvataan.
5. Turvataan terveelliset elinympäristöt ja -olosuhteet ja parannetaan heikkoja asuinalueita ja elinympäristöjä.
6. Terveellisten elintapojen edistämisessä toimia kohdennetaan niistä eniten hyötyviin ryhmiin.

---

<sup>9</sup> Valtioneuvosto 4/2007. Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisymerkitys.

Terveyden edistämisen vastuu on kunnan korkeimmalla johdolla. Kaikissa kunnissa (tai kuntien yhteenliittymissä) on syytä laatia **hyvinvointitavoitteet** sisältävä kuntastrategia siten, että terveyserojen kaventaminen on terveyden edistämisen sisältöalue ja myös **toiminta- ja taloussuunnitelmiin** sekä toimeenpano-ohjelmiin kirjattu tavoite. Huolehditaan siitä, että terveyden edistämisen yksiköt ja **vastuuhenkilöt** sijoittuvat uusiin rakenteisiin (PARAS-hankkeen jatkovalmistelussa) siten, että niillä on toimivaltaa poikkihallinnollisiin, terveyttä edistäviiin ratkaisuihin (esimerkiksi terveyden edistämisen laatusuosituksen käytössä).

Jotta strategiaan tavoitteisiin olisi mahdollista päästä, tarvitaan nykyistä parempia kunta- ja aluetasoa palvelevia **tietojärjestelmiä**. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietojärjestelmät tulisi luoda siten, että niistä on saatavissa tietoa väestön ja sen osaryhmien hyvinvoinnista ja terveydestä, palvelujärjestelmän kyvystä vastata hyvinvointitarpeisiin sekä toiminnan vaikuttavuudesta. Lisää tietoa tarvitaan myös toimintakäytännöistä ja kustannusvertailuista. Vaikuttavuuden ja kustannusten arviointi edellyttää kattavaa **seurantajärjestelmää**, joka tuottaa myös terveystieteiden päätöksenteon kannalta olennaista tietoa, esimerkiksi keinoista puuttua heikommassa asemassa olevien tilanteen korjaamiseen. Toimipaikkakohtaisen terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmän kehittäminen tulee tuomaan tähän työvälineitä. Tilasto- ja tutkimustietojen hankinta ja tulkitseminen edellyttävät **ammattitaitoa ja erityisosaamista**, mihin on luotava toimiva järjestelmä (ks. luvut 2.4 ja 2.5).

Kunnan terveystoimi voi vaikuttaa kuntalaisten terveyden edellytyksiin käynnistämällä **yhteistyötä** kunnan muiden hallinnonalojen ja muiden paikallisten toimijoiden, kuten järjestöjen, yritysten, työvoimahallinnon, seurakuntien ja tiedotusvälineiden kanssa. Terveyden- ja sosiaalihuollon asiantuntemusta on käytettävä muun muassa kaavoitusprosesseissa siten, että niissä käsitellään ihmisten elinoloihin ja elinympäristöön sekä terveyteen liittyvät vaikutukset. Toiminnan ja päätösten väestöryhmittäisiä terveysvaikutuksia ei nykyisellään juuri arvioida ennakkoon. Tavoitteena on, että kunnat ja kuntayhtymät

ottavat päätöksenteossaan käyttöönsä **vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän** nostaakseen tietoisuuteen eri hallinnonalojen päätösten vaikutukset hyvinvointiin ja terveyteen. Kunnanvaltuuston on edellytettävä myös terveyserot huomioon ottavan terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöä ja valtuuston sekä tarkastuslautakunnan on **seurattava ja arvioitava** tavoitteiden toteutumista.

Toimiva ja tehokas perusterveydenhuolto, työterveyshuolto mukaan lukien, on terveyden edistämisen kivijalka. Terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen näkökulman tulisi nykyistä vahvemmin sisältyä myös perusterveydenhuoltoon. Se edellyttää riittävien resursien turvaamista terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen terveyskeskuksissa.

### 3.1.3 Kansalaisjärjestöt ja kirkon diakoniatyö

Kansalaisjärjestöillä on tärkeä rooli hyvinvoinnin edistämässä ja yhteiskunnallisen hyödyn tuottamisessa. Järjestöjen tavoitteita ovat muun muassa työskenteleminen kasvavaa eriarvoistumista vastaan, kosketuspinnan säilyttäminen kansalaisten arkeen ja kansalaisten tasa-arvoisen aseman turvaaminen palvelujen saannin suhteen.

Järjestöissä ihmisillä on mahdollisuus osallistua yhteiskunnan toimintaan ja erilaisiin harrastuksiin. Järjestötoiminta lisää yhteiskunnallisia vaikuttamismahdollisuuksia myös niille kansalaisille, joiden ääni tulee muutoin heikosti kuulluksi. Järjestöt pyrkivät vaikuttamaan siihen, että hyvinvointipalvelujen tuottamisesta vastuussa olevat tahot toteuttaisivat tehtävänsä mahdollisimman laadukkaasti.

Sosiaali- ja terveysjärjestöt kokoavat ihmisiä yhteen toimimaan sairauksien, vammaisuuden tai sosiaalisten ongelmien seurausten lievittämiseksi tai, jos mahdollista, poistamiseksi. Järjestöjen keskeinen tehtävä on muun muassa syrjäytymisvaarassa olevien ja pitkäaikaissairaiden oikeuksien ajaminen sekä tukitoimien tarjoaminen näille ryhmille.

Järjestöt tukevat ihmisiä selviytymään ensisijaisesti vertaistoiminnan ja vapaaehtoistyön avulla, mutta myös ammattiapua tarjoamalla. Yhteiskunnallisella tasolla sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskeisimpiä

tehtäväalueita ovat jäsenistön edunvalvonta, vertaistoiminnan sekä vapaaehtoistoiminnan mahdollistaminen, asiantuntijuus tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, hyvinvointipalvelujen tuottaminen sekä kansainvälinen toiminta ja yhteistyö. Asiakkaiden osallistumisen varmistaminen on tärkeä osa järjestöjen työtä.

Terveyden edistämisen keskuksessa selvitettiin vuonna 2007 sosiaali- ja terveysjärjestöjen pyrkimyksiä sosioekonomisten ja sukupuolten välisten terveyserojen kaventamiseen. Selvityksen mukaan järjestöjen toiminta painottui usein joko kaikkein huono-osaisimpaan väestöryhmään tai laajemmin koko väestöön. Huono-osaisia kohderyhmiä olivat muun muassa erilaisista päihdeongelmista kärsivät, asunnottomat, työttömät tai taloudellisissa ongelmassa olevat sekä syrjäytymisvaarassa olevat lapset, nuoret ja ikääntyneet.

Selvityksen mukaan huono-osaisiin ryhmiin toimintansa suunnanneet järjestöt keskittyivät kohderyhmänsä aineellisten ja kulttuuristen voimavarojen lisäämiseen sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittämiseen. Laajoihin väestöryhmiin toimintansa suunnanneet järjestöt puolestaan pyrkivät sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen lisäksi tukemaan terveyttä edistäviä elintapoja. Laajoihin väestöryhmiin suunnattu vaikuttamistoiminta kohdistui väestön keskimääräisen terveydentilan parantamiseen, ei niinkään terveyserojen kaventamiseen.

Järjestöt synnyttävät vuorovaikutuksellisuuden ja yhteisöllisyyden kautta sosiaalista pääomaa. Lisäksi julkinen ja yksityinen sektori sekä järjestöt voivat yhdessä tuottaa riittävän asiantuntemuksen erilaisten sosiaali- ja terveysalan ongelmien ratkaisemiseksi. Järjestöjen keskinäisen sekä kuntien ja järjestöjen välisen yhteistyön kehittäminen ja uudet kumppanuudet ovat tärkeällä sijalla väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamistyössä.

### *Kirkon diakoniatyö*

Suomen evankelisluterilaisen kirkon organisaatio kattaa koko maan. Yksi kirkon strategisista suuntaviivoista vuoteen 2015 on huolehtia heikommista ja toimia heikommassa asemassa olevien puolestapuhu-

jana. Diakoniatyö kohtaa vastaanotolla ja kodeissa vaikeissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä.

Kirkkohallituksen diakonia- ja yhteiskuntatyö on perustanut valtakunnallisen työryhmän pohtimaan terveyden ja sairauden kysymyksiä diakoniassa. Työryhmän tehtävänä on tehdä kirkon diakoniatyölle ehdotukset terveyden edistämiseen liittyvistä linjauksista. Työryhmän raportti julkaistaan keväällä 2009. Tavoite on, että sairaanhoitaja-diakonisojen täydennyskoulutuksessa painotetaan entistä paremmin terveyden edistämistä. Yhteistyössä DIAK:n ja Stakesin kanssa ollaan käynnistämässä Viimeisellä luukulla 2 -tutkimusta. Hankkeen tavoitteena on tutkia diakoniatyön näkökulmasta terveydenhuoltojärjestelmän ongelmakohtia. Tutkimus julkaistaan vuoden 2009 alussa.

Kirkon diakoniatyö tukee erityisesti avohoidossa olevia mielen-terveyspotilaita, yksinasuvia, syrjäseudulla asuvia sekä vanhuksia. On tarpeen selventää työhön liittyviä vastuunjakokysymyksiä ja luoda edellytyksiä hyvälle yhteistyölle terveydenhuollon toimijoiden ja eri järjestöjen välille.

### **3.1.4 Työmarkkinaosapuolet ja elinkeinoelämä**

Työmarkkinaosapuolten ensisijainen tehtävä on jäsentensä edunvalvonta. Työkyvyn ja terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen ja heidän jäsenistönsä yhteinen etu. Hyvinvoiva ja terve työntekijä on työnantajalleen merkittävä kilpailu- ja tuotantotekijä. Työntekijöiden hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen on tulevaisuudessa tärkeä valtti kilpailtaessa osaavasta työvoimasta, etenkin jos ennustettu työvoimapula toteutuu. Työvoiman ikääntyessä ja työelämään siirtyvien ikäluokkien pienenemisessä tarvitaan kaikkien aktiivista työpanosta Suomen kilpailukyvyttä huolehtimisessa globaaleilla työmarkkinoilla.

Terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen lisää hyvinvointia ja parantaa työntekijöiden elämänlaatua paitsi työssä myös työn ulkopuolisessa elämässä.

Työmarkkinaosapuolet voivat osallistua terveyden edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen esimerkiksi yhteisillä kannanotoilla ja suosituksilla, levittämällä terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen ajattelua ja keinoja omien tiedonvälityskanaviensa kautta sekä tukemalla aktiivisesti työpaikkoja terveyttä edistävässä ja terveyseroja kaventavassa kehittämistoiminnassa.

Työterveyshuolto on terveellisen työpaikan kehittämisen keskeinen toimija ja työpaikkojen tukiorganisaatio. Työmarkkinajärjestöt toimivat aktiivisesti työterveyshuollon kehittämiseksi ns. kolmikantayhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunnassa. Neuvottelukunnassa on käsitelty ja hyväksytty kehittämishankkeita, joiden tarkoituksena on yrittäjien, pientyöpaikkojen, rakennusalan, kuljetusalan, hotelli- ja ravintola-alan sekä pätkätyöläisten työterveyshuollon toimivuuden parantaminen.

Työpaikka on erinomainen areena edistää työkykyä ja terveyttä ja kaventaa sosioekonomisia ja sukupuolten välisiä terveyseroja monin erilaisin keinoin. Työpaikkojen mahdollisuuksia ei toistaiseksi ole laajamittaisesti hyödynnetty. On otettava käyttöön työpaikan mahdollisuudet tukea ja vahvistaa terveyden kannalta hyvien valintojen tekemistä ja hyvää terveyskäyttäytymistä. Terveyserojen kaventamiseksi toimenpiteitä on suunnattava erityisesti niihin toimialoihin ja ammattiryhmiin, joihin työn altistus- ja kuormitustekijät kasautuvat ja joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä.

Väestön hyvä terveys on keskeinen osa sitä inhimillistä pääomaa, joka on yhä tärkeämpi kansantalouden ja yritysten kilpailukyvyyn edellytys. Kansalaiset arvostavat terveyttä paljon, mikä vaikuttaa myös heidän tekemiinsä valintoihin tavaroiden ja palvelujen kuluttajina. Terveellisillä ja terveysvaikutteisilla tuotteilla sekä hyvinvointipalveluilla on nopeasti kasvavat markkinat. Täten terveys on monella tavoin elinkeinoelämälle tärkeä asia.

Elinkeinoelämän toiminta muodostaa keskeisen osan ihmisten terveyden kannalta keskeisestä arkiympäristöstä – työympäristöinä, tuotantolaitosten ja tuotantotoiminnan vaikutuksena muuhun ym-

päristöön, tuotteiden ja palvelujen muodossa ja markkinoinnin vaikutuksena informaatio- ja kulttuuriympäristöön. Tämän ohjelman toteutumisen kannalta keskeistä on, että elinkeinoelämä näkee sekä mahdollisuutensa että vastuunsa terveyden edistämässä yhteistyössä muiden terveyden edistämisestä kiinnostuneiden osapuolten kanssa.

### 3.2 Ohjelman toimeenpano, seuranta ja arviointi

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma liitteineen muodostaa ensimmäisen kattavan ja laaja-alaisen kuvan terveyserojen kaventamistoimista Suomessa. Terveyserojen kaventaminen on saatava pysyväksi osaksi hyvinvointipolitiikan kehittämistä, terveydenhuollon toimintaa ja terveyden edistämistä.

Toimintaohjelman toimeenpanoa ohjataan lainsäädännöllä, tutkimuslaitosten tulossopimuksilla, Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteutuksen kautta, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) kautta sekä sosiaali- ja terveysministeriön myöntämien terveyden edistämisen määrärahojen avulla.

Sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen osasto vastaa ohjelman toimeenpanosta sekä sen seurannasta ja arvioinnista. Kansanterveyden neuvottelukunta kansliapäällikön johdolla toimii ohjelman ohjausryhmänä. STM:n hallinnonalan tutkimuslaitokset Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos osallistuvat toimeenpanoon, seurantaan ja arviointiin. Tutkimuslaitosten asiantuntijatuki kanavoidaan laitosten Terveyserojen kaventamisen yhteistyöhanke TEROKAn kautta.

Ohjelman seuranta jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen seurataan sitä, onko ohjelmassa esitettyjen toimenpiteiden toimeenpano toteutunut toimeenpanosuunnitelman mukaisesti. Tähän tarkoitukseen käytettävistä toimintaa kuvaavista prosessiosoittimista sovitaan asianomaisten vastuutahojen kanssa erikseen. Toiseksi seurataan tavoitteiden toteutumista seurantaosoittimien avulla Osoittimet valitaan sosiaali- ja terveysministeriölle tehdyn esityksen (ks. luku 2.4) pohjalta.

Toimintaohjelman toimeenpanoa ja seurantaan varten tehdään tarkennettu toimeenpanosuunnitelma, josta käyvät ilmi myös ohjelman seurannassa ja arvioinnissa käytettävät osoittimet.

Toimintaohjelman toimeenpanon tilannearvio tehdään ennen hallituskauden päättymistä vuonna 2010. Tilannearvio julkaistaan Terveyden eriarvoisuus Suomessa -tutkimusraportista<sup>10</sup> tehtävän seurantaraportin yhteydessä. Toimintaohjelma päivitetään tilannearvion pohjalta vuonna 2011.

Toimintaohjelmalle valmistellaan erillinen viestintäsuunnitelma. Pääasiallisena viestintäkanavana toimii sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 -ohjelman verkkopalvelu [www.terveys2015.fi](http://www.terveys2015.fi). Terveystyöryhmien yleinen seuranta sijoitetaan Terveystyöryhmien kaventamisen yhteistyöhanke TEROKAn verkkosivuille [www.teroka.fi](http://www.teroka.fi).

### 3.3 Toimeenpanosuunnitelma

Aihe	Toimenpide	Koordinaatiovastuussa oleva taho	Osallistuvat tahot	Aikataulu
Edistetään ammatillisessa koulutuksessa olevien nuorten terveyttä ja hyvinvointia	1. Kunnat järjestävät yhteistyössä eri toimijoiden kanssa toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon kansallisen ohjeistuksen mukaiseksi. Koulutuksen järjestäjät kehittävät oppilaitosten opiskelijahuoltoa sekä terveystiedon opetusta. KTL ja Stakes kehittävät ja levittävät tietoa hyvistä terveyden edistämisen käytännöistä oppilaitosten käyttöön.	STM  OPH  KTL Stakes	Kunnat, koulutuksen järjestäjät OPM, Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta	2008-2011
Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikkojen toimintakulttuuria	2. Työterveyslaitos rakentaa laajassa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa terveyden edistämiseen tähtäävää toimintaa aloilla, joilla terveyttä kuormittavat haittekiijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä.	TTL	Työmarkkinajärjestöt, työnantajat, STM, työsuojeluhallinto, työterveyshuollon yksiköt	2008-2011

<sup>10</sup> Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007:23



Aihe	Toimenpide	Koordinaatiovastuussa oleva taho	Osallistuvat tahot	Aikataulu
Vähennetään alkoholihaittoja	3. Nostetaan alkoholiveroa siten, että kulutus laskee vuoden 2003 tasolle tai alle. Korotustarve arvioidaan vuosittain.	VM	STM	2009–2011
	4. Kunnat sisällyttävät ehkäisevän päihdetyön osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteita ja soveltavat päihdehuollon palvelut muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa saumattomasti yhteensopiviksi.	Stakes	STM, kunnat, Terveyden edistämisen keskus, järjestöt, seurakunnat, elinkeinoelämän edustajat	2008–2011
Vähennetään tupakointia	5. Nostetaan tupakkaveroa astittain siten, että tupakointi vähenee selvästi. Seuraavat korotukset toteutetaan vuosien 2009 ja 2010 alussa. Samalla toteutetaan lainsäädännölliset toimet matkustajatuonnin ja harmaan kaupan rajoittamiseksi. Päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta.	VM  STM	STM  Kela	2008–2011  2009
	6. Edistetään edullisten ja ravitsemussuositusten mukaisten ruokapalvelujen saatavuutta erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekevilla joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tekemien toimenpide-ehdotusten mukaisesti.	STM	STM, MMM, STM:n joukkoruokailun työryhmä, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, työmarkkinaosapuolet, ruokapalveluiden tuottajat	2008–2011
Edistetään terveellisiä ruokatuotteita ja liikuntaa	7. Valmistellaan terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskeva valtioneuvoston periaatepäätös. Sen pohjalta käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi.	STM	MMM, OPM, LVM, YM, Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, kunnat, liikunta- ja terveysjärjestöt	2008–2011

Aihe	Toimenpide	Koordinaatiovastuussa oleva taho	Osallistuvat tahot	Aikataulu
Kehitetään sosiaalityötä ja perusterveydenhuoltoa sekä niiden yhteistyötä	8. Sosiaali- ja terveystalvuuja kehitetään ja kohdennetaan väestöryhmittäisen terveysseurannan osoittaman tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen perusteella.	STM	Stakes, kunnat	2008–2011
Kehitetään työikäisten oikea-aikaista ja tarpeenmukaista kuntoutusta	9. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana selvitetään kuntoutuksen kohdentumista. Toiminnan kehittämisessä otetaan huomioon kuntoutettavien sosioekonominen asema.	STM, Kuntoutusasiain neuvottelukunta	Kela, työeläkelaitokset, kunnat, valtiokonttori, Stakes	2008–2011
Turvataan pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyshuoltopalvelujen ulkopuolella olevien työikäisten terveyspalvelut	10. Kunnat vakiinnuttavat työttömien työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut käynnissä olevien kokeilujen pohjalta.	Stakes	Kunnat, STM, TEM, KTL, TTL, Kela	2008–2011
Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien palveluja	11. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhdessä muiden ministeriöiden kanssa toimintaohjelman, joka sisältää maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen osana normaalijärjestelmää. Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos toteuttavat maahanmuuttajien terveyttä ja palvelutarvetta kartoittavan tutkimuksen.	STM  KTL	SM, TEM  Stakes, TTL	2008–2011  2008–2010

Aihe	Toimenpide	Koordinaatiovastuussa oleva taho	Osallistuvat tahot	Aikataulu
Kehitetään terveyserojen seurantajärjestelmä	12. Tilastokeskuksen koulutus- ja ammattitiedot liitetään terveysseurannan tärkeimpiin rekisteriaineistoihin 1-4 vuoden välein sekä kysely- ja haastatteluaineistoihin otoksen poimintavaiheessa. Terveyserotiedot esitetään yleisten terveysseurantatilastojen sähköisissä jakelujärjestelmissä ja terveysseurannan perusraporteissa.	KTL	Tilastokeskus, Stakes, TTL ETK, Kela, Kuntaliitto	2008-2011
	13. Määritellään tarpeelliset erillisselvitykset ja niiden rahoitus eri tahojen yhteistyönä. KTL kasvattaa tärkeimpien väestötutkimustensa otoskokoja, jotta mahdollistetaan väestöryhmittäinen tarkastelu.	KTL	Kela, Stakes, STM	2008-2009
Vahvistetaan tietopohjaa ja kehitetään viestintää	14. STM:n sektoritutkimuslaitokset jatkavat ja vahvistavat terveysseurattamista sekä kehittävät erot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia. Suomen Akatemia sisällyttää terveyserot vuonna 2009 käynnistyvään Kansanterveyden haasteet (SALVE) -tutkimusohjelmaan sekä valmisteilla olevaan Lasten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelmaan.	KTL, Stakes, TTL Suomen Akatemia	STM, yliopistot	2008-2011
	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.	Stakes ja KTL	TTL, Kuntaliitto, STM, läänit, Tekry	2008-2011

Edellä esitettyjen toimenpiteiden lisäksi on seurattava erityisesti seuraavien ohjelmien ja hankkeiden etenemistä ja toimenpiteiden toteutumista terveyserojen kaventamisen näkökulmasta:

Aihe	Toimenpide	Työryhmä/ohjelma/hanke	Seurantavastuussa oleva taho
Vähennetään köyhyyttä	Perusturva, työttömyysturva	SATA-komitea	STM
	Lapsiperheiden tulokehitys	Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma	OPM
Parannetaan peruskoulun mahdollisuuksia ehkäistä ja vähentää terveyseroja	Opinto-ohjaus, erityistä tukea tarvitsevien tukitoimet, iltapäivätoiminta	Koulutus ja tutkimus -kehittämissuunnitelma, Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma	OPM
Turvataan nuorille tukitoimet koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheissa	Moniammatilliset yhteistyöryhmät, työpajatoiminta, opinto-ohjaus	Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma, Koulutus- ja tutkimus -kehittämissuunnitelma	OPM
	Nuorten kiinnittyminen työmarkkinoille	Nuorten yhteiskuntatakuu	TEM
	Tukitoiminta syrjäytymisen ehkäisemiseksi	Aikalisä-hanke	Stakes
Työllistetään pitkäaikaisesti työttömiä sekä työkyvyttömyyseläkkeellä olevia ja kuntoutustuella olevia	Välityömarkkinoiden kehittäminen, palkkatuki, rekrytointituki, työkyvyttömyyseläkkeiden kuukausiansioraja	Selvitysmiehen raportti	TEM
Vähennetään asunotto- muutta	Asuntotarjonnan lisääminen erityisryhmille	Asuntopoliittinen toimenpideohjelma	YM
Kehitetään sosiaalityötä ja perusterveydenhuoltoa sekä niiden yhteistyötä	Perusterveydenhuollon kehittämisyksikkö, ehkäisevät terveyspalvelut, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö	Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE	STM
		Terveyskeskus 2015 -toimenpideohjelma	STM
Parannetaan päivähoidon ja neuvoloiden mahdollisuuksia ehkäistä terveyseroja osana verkostoituvia palveluja	Ehkäisevä lastensuojelu, palveluiden verkostoiminen, moniammatillinen yhteistyö, palvelujen kohdentaminen	Lastensuojelulaki, Valtioneuvoston asetus lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevistä terveyspalveluista ja opiskeluterveydenhuollosta, Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta, KASTE-ohjelma	STM
Vahvistetaan mielenterveytyötä	Kuntoutusjärjestelmän kehittäminen Toimintamallit mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämiseksi	MASTO-ohjelma	STM
		Mieli 2009 -työryhmä	STM
Turvataan ikäihmisten tasa-arvoiset palvelut	Neuvontakeskusten verkosto, ehkäisevät kotikäynnit	Ikääntyneiden palveluiden laatusuositus	STM

## KANSANTERVEYDEN NEUVOTTELUKUNNAN JA SEN JAOSTOJEN JÄSENET SEKÄ TOIMINTAOHJELMAN VALMISTELUSSA KUULLUT ASiantuntijat

### Kansanterveyden neuvottelukunta

Kari Välimäki, pj. (STM), Mikko Hurmalainen (STM), Kimmo Leppo (STM), Aino-Inkeri Hansson (STM), Tapani Melkas (STM), Marja-Liisa Partanen (STM), Jari Korhonen (Itä-Suomen lääninhallitus), Tytti Tuulos (Oulun lääninhallitus), Matti Aho (MMM), Riitta Heinonen (MMM), Marja-Liisa Niemi (OPM), Timo Haukilahti (OPM), Pekka Puska (KTL), Erkki Vartiainen (KTL), Harri Vainio (TTL), Hilikka Riihimäki (TTL), Anssi Auvinen (Tampereen yliopisto), Hilikka Soinen (Kuopion yliopisto), Viveca Hagmark (Folkhälsan), Sirpa Aalto (Munuais- ja maksaliitto), Mika Pyykkö (Terveyden edistämisen keskus), Marita Ruohonen (Ensi- ja turvakotien liitto), Riitta Keskitalo (Suomen Lääkäriliitto), Risto Ihalainen (Suomen Lääkäriliitto), Eeva-Liisa Urjanheimo (Suomen Terveystoimintajaliitto), Eija Kemppainen (Suomen Terveystoimintajaliitto), Merja Merasto (Tehy), Kristiina Kariniemi-Örmälä (Tehy), Jorma Järvisalo (Kela), Elise Kivimäki (Kela), Maire Ahopelto (Utajärven kunta), Aki Lindén (Varsinais-Suomen shp), Katariina Myllärniemi (LVM), Outi Väkevä (LVM), Maijaliisa Junnila (Stakes), Kerttu Perttilä (Stakes), Leena Mannonen (TEM), Kristian Tammivuori (TEM), Elina Rautalahti-Miettinen (YM), Timo Saarinen (YM), Jussi Merikallio (Suomen Kuntaliitto), Yrjö Lehtinen (Suomen Kuntaliitto), Taru Koivisto, siht. (STM)

### Kansanterveyden neuvottelukunnan valtakunnallisen yhteistyön jaosto

Tapani Melkas, pj. (STM), Erna Snellman (STM), Marja-Liisa Niemi (OPM), Timo Haukilahti (OPM), Katariina Myllärniemi (LVM), Joanna Kurki (MMM), Tuire Nikulainen (YM), Leena Mannonen (KTM), Tarja Mankkinen (SM), Kyösti Lehtomäki (Pääesikunta), Ilmo Keskimäki (Stakes), Ritva Prättälä (KTL), Hilikka Riihimäki (TTL), Marita Ruohonen (Suomen Mielenterveysseura ry), Harri Vertio (Suomen Syöpäyhdistys ry), Irmeli Vuoriluoto (Tehy), Jorma Järvisalo (KELA), Päivi Kantanen (TEM), Taru Koivisto (STM), Eila Linnanmäki, siht. (STM/KTL)

### Kansanterveyden neuvottelukunnan paikallistoiminnan jaosto

Kaija Hartiala, pj. (Turun kaupunki), Maire Kolimaa (STM), Taru Koivisto (STM), Tytti Tuulos (Oulun lääninhallitus), Kerttu Perttilä (Stakes), Antti Uutela (KTL), Kaj Husman (TTL), Lauri Nuutinen (Pohjois-Pohjanmaan shp), Erkki Kesti (Kuusiokuntien terveystoimintayhtymä), Tarja Hartikainen (Suomen Kuntaliitto), Tor Jungman (Suomen Sydäntautiliitto), Jorma Huttunen (Suomen Diabetesliitto), Eeva-Liisa Urjanheimo (Suomen Terveystoimintajaliitto), Hanna Järvinen (KELA), Sara Syyrakki (Hämeenlinnan seudullinen ympäristötoimi), Kaarina Wilskman, siht. (Stakes)

## Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke

### TEROKAn projektiryhmä

Katri Hannikainen-Ingman (Stakes), Päivi Husman (TTL), Elisa Hyvönen (KTL), Risto Kaikkonen (KTL), Ilmo Keskimäki (Stakes), Seppo Koskinen (KTL), Eila Linnanmäki (STM/KTL), Tuija Martelin (KTL), Jukka Murto (KTL), Hannele Paalosuo (Stakes), Ritva Prättälä (KTL), Tuulia Rotko (Stakes), Marita Sihto (Stakes), Simo Virtanen (TTL)

### Muut kuullut asiantuntijat

Asko Aalto (STM), Pekka Anttila (Suomen Lääkäriliitto), Viveca Arrhenius (STM), Maria Kaisa Aula (STM), Rolf Eriksson (Suomen Kuntaliitto), Mervi Flinkman (STTK), Mika Gissler (Stakes), Raoul Grönqvist (TTL), Päivi Haavisto-Vuori (TM), Tuovi Hakulinen-Viitanen (Neuvolakeskus), Mervi Hara (Ash ry.), Eino Heikkinen (Gerontologian tutkimuskeskus), Heikki Hiilamo (Suomen ev.lut. kirkon Diakonia ja yhteiskuntatyö -yksikkö), Heikki Hirvonen (Mikkelin kaupunki), Taina Huurre (KTL), Tiina Huusko (KELA), Arja Häggman-Laitila (Hoitotyön tutkimussäätiö), Rauno Ihalainen (Pirkanmaan shp), Marja Jylhä (Tampereen yliopisto), Irmeli Järventie (Tampereen yliopisto), Mirjam Kalland (Folkhälsan), Pirkko Karjalainen (Vanhustyön Keskusliitto), Vappu Karjalainen (Stakes), Sakari Karvonen (Stakes), Anna Kattainen (KTL), Timo Kauppinen (TTL), Hannele Kerola (VM), Laura Kestilä (KTL), Aarne Kinnunen (OM), Marja-Liisa Kinnunen (Jyväskylän yliopisto), Timo Klaukka (Kela), Maire Kolimaa (STM), Päivikki Koponen (KTL), Pirjo Koskinen-Ollonqvist (Tekry), Eija Kujansuu (Nokian kaupunki), Martti Kuokkanen (TTL), Patrik Kuusinen (TM), Eeva Kuuskoski (MLL), Ilmo Laaksonen (Puolustusvoimat), Tiina Laatikainen (KTL), Eero Lahelma (Helsingin yliopisto), Marjaana Lahti-Koski (Sydänliitto), Tarja Laine (Uudenmaan Ympäristökeskus), Matti Lamberg (STM), Ritva Larjomaa (Suomen Kuntaliitto), Annukka Lehtonen (KTM), Jaakko Luomahaara (Hämeenkyrön kunta), Anna-Liisa Lämsä (Merikosken ammatillinen koulutuskeskus), Jouko Lönnqvist (KTL), Kristiina Manderbacka (Stakes), Pekka Martikainen (Helsingin yliopisto), Raili Metsälä (Helsinki), Marjatta Montonen (STM), Saini Mustalampi (Stakes), Seija Muurinen (Stakes), Pia Mäkelä (Stakes), Jouni Mäkäpäinen (Jyväskylän kaupunki), Veijo Notkola (Kuntoutussäätiö), Hanna Nyfors (STM), Soile Paahtama (Suomen Kuntaliitto), Kari Paaso (STM), Auli Paavola (Lastensuojelun keskusliitto), Riitta Pakaslahti (Elämäntapaliitto), Helena Palmgren (TTL), Tiina Palotie-Heino (STM), Leila Palviainen (Helsingin kaupunki), Kai Parkkola (Puolustusvoimat), Airi Partanen (Stakes), Ritva Partinen (STM), Kristiina Patja (KTL), Johan Pawli (SM), Timo Peisa (Ranuan kunta), Heidi Peltonen (OPH), Maija Perho (STM), Kaisu Pitkälä (Helsingin yliopisto), Lea Pulkkinen (Jyväskylän yliopisto), Taina Rantanen (Gerontologian tutkimuskeskus), Matti Rautalahti (Suomen Syöpäyhdistys), Marie Rautava (MLL), Kari Reijula (TTL), Arja Rimpelä (Tampereen yliopisto), Matti Rimpelä (Stakes), Sirkka Rousu (Suomen Kuntaliitto), Minna Rydberg (Hyvinkään kaupunki), Liisa Saaristo (Suomen Mielenveysseura), Aino Sainio (Suomen fysioterapia- ja kuntoutusyritykset FYSI ry), Mikko Salas-

puro (HUS), Jukka Salminen (Eläkeliitto), Maarit Salo (Mikkelin kaupunki), Ulla Sepponen (Lahden kaupunki), Seija Sihvola (Lapsi 2000 ry), Olli Simonen (STM), Irja Sokka (Kuopion kaupunki), Tytti Solantaus (Stakes), Eija Stengård (Stakes), Marjatta Stenius-Kaukonen (Tampere), Annlis Söderholm (Suomen Lastenlääkäriyhdistys), Tuula Taskula (Kuntaliitto), Markku Tervahauta (Leppävirran kunta), Christoffer Tigerstedt (Stakes), Ismo Tuominen (STM), Jussi Vahtera (TTL), Jouko Vasama (Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY ry.), Kari Vihriälä (Etelä-Pohjanmaan shp), Elise Virnes (OPM), Jukka Vuori (TTL), Pirkko Vuorinen (Muuramen kunta), Anna-Leena Välimäki (Stakes), Pirjo Väänänen (SAK), Tuula Väättäinen (Eduskunta), Leena Warsell (Stakes)

## SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN RUOTSISSA, ENGLANNISSA JA NORJASSA

*Katri Hannikainen-Ingman ja Hannele Palosuo*

Terveyden epätasa-arvoon liittyvät kysymykset ovat olleet keskeinen osa eurooppalaista terveyspoliittista keskustelua erityisesti Maailman Terveysjärjestön Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman painotusten ansiosta 1980-luvulta lähtien. Merkittävänä vaikuttajana asian esiin nousemiselle oli myös Isossa-Britanniassa vuonna 1980 ilmestynyt Sir Douglas Blackin työryhmän raportti (The Black Report), joka viritti kiinnostusta terveyseroja koskevan tilanteen kartoitukseen useissa maissa. Tällä hetkellä kansainvälistä huomiota terveyseroihin on kiinnittänyt erityisesti terveyden sosiaalisiin determinantteihin keskittynyt WHO:n komissio. Tässä liitteessä kuvataan pääpiirteitä Englannissa, Norjassa ja Ruotsissa käynnissä olevasta sosioekonomisten terveyserojen kaventamistyöstä<sup>1</sup>.

### RUOTSIN KANSANTERVEYSOHJELMAN PERIAATTEITA

Ruotsin kansanterveysstrategia perustuu kolmivuotisen laajapohjaisen kansanterveyskomitean työlle, jonka loppumietintö *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* julkaistiin vuonna 2000. Hallitus muokkasi komitean ehdotuksista kansanterveysohjelman, joka hyväksyttiin valtiopäivillä vuonna 2003. Ohjelma rakentuu yhdentoista tavoitealueen ympärille. Päätaavoitteeksi on kirjattu paitsi parantaa kansanterveyttä myös kaventaa eri ryhmien välisiä terveyseroja ja luoda koko väestölle yhtäläiset hyvän terveyden edellytykset. Määrällisiä tavoitteita asetettiin vain tupakoinnille.

Kansanterveysohjelmassa on tehty strateginen valinta keskittymällä sairauksien ja terveysongelmien sijaan terveyden taustalla vaikuttaviin tekijöihin eli niihin rakenteellisiin tekijöihin, ihmisten elinolosuhteisiin, ympäristöihin, tuotteisiin

<sup>1</sup> Yhteenveto perustuu keskeisiin maakohtaisiin asiakirjoihin. Englannin politiikan kuvauksen pohjana ovat toimintaohjelma *Tackling Health Inequalities, A Programme for Action* (2003), seurantaraportit *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action* (2005), *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action – 2006 Update of Headline Indicators* (2006), *Tackling Health Inequalities: 2003–05 data update for the National 2010 PSA Target* (2006) sekä *Review of the Health Inequalities Infant Mortality PSA Target* (2007). Norjan tiedot perustuvat Norjan kansalliseen strategiaan vuodelta 2007 *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Ruotsia kuvataan pääasiassa ensimmäisen Kansanterveyspoliittisen raportin, *Folkhälsopolitisk rapport 2005*, pohjalta. Lisäksi Englannin ja Ruotsin kuvauksessa on käytetty raporttia Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R (2004): Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.



sekä elintapoihin, jotka joko edistävät terveyden säilymistä tai johtavat terveyden heikkenemiseen. Ohjelmassa painotetaan yhteistä vastuuta ja intersektoraalista toimintaa. Eri politiikka-alueiden toimijat, kansallisen tason, läänien ja kuntien viranomaiset on haluttu sitouttaa tavoitteiden toteuttamiseen ja myös elinkeinoelämän edustajien ja vapaaehtoisjärjestöjen toivotaan osallistuvan. Ruotsin Kansanterveyslaitos seuraa ohjelman toteutumista ja laatii joka neljäs vuosi raportin, jonka pohjalta hallitus esittelee eduskunnalle kansanterveyden kehitystä.

### **Tavoitealueet ja indikaattorit**

Ohjelman tavoitealueet ovat

1. Yhteiskunnallinen osallistuminen ja vaikuttaminen
2. Taloudellinen ja sosiaalinen turvallisuus
3. Turvalliset ja hyvät kasvuolosuhteet
4. Parempi terveys työelämässä
5. Terveet ja turvalliset ympäristöt ja tuotteet
6. Paremmiin terveyttä edistävä terveyden- ja sairaanhoito
7. Hyvä suoja tartuntatauteja vastaan
8. Turvallinen seksuaalisuus ja hyvä lisääntymisterveys
9. Lisääntynyt fyysinen aktiivisuus
10. Hyvät ruokailutottumukset ja turvalliset elintarvikkeet
11. Vähentynyt tupakointi ja alkoholin käyttö, huumeeton ja dopingista vapaa yhteiskunta sekä liiallisesta pelaamisesta aiheutuvien haittavaikutusten väheneminen

Kullekin tavoitealueelle on määritelty muutamia terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä (bestänningsfaktorer), joita vuoden 2005 Kansanterveyspoliittisessa raportissa esitellään kaikkiaan 50. Niin sanotuilla pääindikaattoreilla (yhteensä 36 kpl) on keskeinen merkitys koko tavoitealueen kannalta ja niiden arvioidaan olevan erityisen luotettavia terveyden ilmentäjiä. Osaindikaattoreiden (yhteensä 47 kpl) puolestaan arvioidaan olevan luotettavia tai jokseenkin luotettavia terveyden ilmentäjiä.

### **Ohjelman toteuttaminen ja seuranta**

Ohjelman yhdelletoista tavoitealueelle on määritelty yhteensä viitisenkymmentä kansallista viranomaistahoa, jotka vastaavat tavoitteen toteuttamisesta yhteensä yli kolmellakymmenellä politiikka-alueella. Vuoden 2005 politiikkaraportin ilmestymiseen mennessä kaikki viranomaiset eivät vielä olleet aloittaneet hallituksen strategian mukaista kansanterveystyötä. Kunnilla ja maakuntapäivillä on Ruotsissa merkittävä vastuu alueellisesta ja paikallisesta kansanterveystyöstä. Vuonna 2004 oli 116 kunnalla oma kansanterveystyötä koskeva toimintasuunnitelma. Kaikki maakuntapäivät ja alueet ovat myös hyväksyneet omat toimintasuunnitelmansa. Lääninhallitukset (21 kpl) toteuttavat hallituksen ja eduskunnan päätöksiä ja vahvistavat alueelliset tavoitteet. Syyskuussa 2003 perustettiin sosiaaliministeriön kansanterveys- ja sosiaalipalveluministerin alaisuuteen kansallinen ohjausryhmä, jonka tehtävänä on auttaa sovittamaan yhteen kansallisen,

alueellisen ja paikallisen tason kysymyksiä kansanterveysohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi.

Koska terveyden epätasa-arvon nähdään selvästi olevan yhteydessä muuhun yhteiskunnalliseen epätasa-arvoon, terveyseroja pitäisi Ruotsin kansanterveyspoliittisen raportin mukaan kaventaa ensisijaisesti yleisten hyvinvointipoliittisten toimenpiteiden avulla. Toimenpiteiden arvioinnissa tulisi ottaa erityisesti huomioon niiden vaikutukset eri sosioekonomisten ryhmien, eri sukupuolten ja eri syntyperää olevien ihmisten terveyteen. Raportissa tuodaan esille yhteensä runsaat 400 kehittämistarvetta ja ehdotusta kansanterveysohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi.

Vuoden 2005 raportissa pidetään koko kansanterveyden vaarantavina uhkina Ruotsissa heikentynyttä psyykkistä terveyttä, korkeita työperäisiä sairastavuuslukuja, ilmansaasteita, vakavia tartuntatauteja, lihavuutta, fyysisistä toimettomuutta, lisääntyvää alkoholinkulutusta ja sukupuolisidonnaista väkivaltaa. Näihin uhkisiin liittyville toimenpide-ehdotuksille annetaan ensisijainen asema.

## ENGLANNIN TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN TOIMINTAOHJELMA

Terveyserojen kaventaminen otettiin Englannissa terveystalouden keskeiseksi painoalueeksi pääministeri Tony Blairin kauden alussa. Uuden kansanterveysohjelman suunnittelu aloitettiin vuonna 1997 ja kaksi vuotta myöhemmin ilmestyi ”White paper” *Saving Lives: Our Healthier Nation*. Vuosituhannen vaihteessa käynnistettiin lukuisia hankkeita ja interventioita, joilla tähdättiin mm. heikosti kehittyneiden alueiden ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien terveyden tason nostamiseen. Toiminnan suunnittelua jatkettiin eri alojen ministereiden, viranomaisten ja paikallishallinnon edustajien yhteistyönä 2000-luvun alussa. Aktiivisena toimijana oli mm. valtiovarainministeriö. Vuonna 2003 ilmestyi terveyserojen kaventamiseen tähtäävä uusi toimintaohjelma *Tackling Inequalities in Health, A Programme for Action*. Terveyserojen kaventamiselle on asetettu määrälliset tavoitteet, joiden mukaan vuoteen 2010 mennessä olisi vähennettävä 10 prosentilla rutiininomaista ja ruumiillista työtä tekevien ja muun väestön välillä ilmenevää eroa imeväiskuolleisuudessa sekä 10 prosentilla elinajanodotteen eroa koko väestön sekä terveyden ja deprivatioindikaattoreiden osalta alimpaan viidennekseen kuuluvien alueiden välillä.

Terveyserojen kaventaminen on Englannissa kytketty kiinteästi köyhyyden vähentämiseen ja työllisyyden parantamiseen. Koska erot terveydessä ja elinajanodotteessa ovat yhteydessä muuhun yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen, ohjelman tavoitteena on vaikuttaa terveyden determinantteihin. Tällaisina determinantteina nähdään köyhyyden lisäksi huono koulumenestys ja koulutusmahdollisuudet, lapsuudenaikaiset elinolosuhteet, työttömyys ja työllistymismahdollisuudet, asumisolosuhteet, asunnottomuus ja heikkojen asuinalueiden ongelmat yleensä. Toimintaohjelmassa kiinnitetään huomiota kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ryhmien ja alueiden lisäksi jossain määrin myös erilaisissa sosiaalisissa asemassa olevien ihmisten ja alueiden tarpeisiin.

## **Toimintaohjelmat teema-alueet ja pääindikaattorit**

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman neljä teema-aluetta ovat:

- 1) Tuetaan perheitä, äitejä ja lapsia
- 2) Kiinnitetään huomio yhteisöihin ja yksilöihin vahvistaen niiden kykyä tarttua paikallisiin ongelmiin ja puutteisiin
- 3) Ehkäistään sairauksia ja tarjotaan tehokasta hoitoa ja hoivaa, keinoina tupakkapolitiikka, perusterveydenhuollon parantaminen sekä ”suuriin tappajiin” sepelvaltimotautiin ja syöpään keskittyminen
- 4) Keskitytään terveyden taustalla vaikuttaviin determinantteihin tähden-tään yhteistyön tarvetta niin kansallisella kuin paikallisellakin tasolla

Strategian teema-alueita vahvistetaan seuraavien viiden periaatteen avulla: 1) ehkäistään terveyserojen kasvua, 2) pidetään perustoimintoja työskentelyn lähtökohtana, 3) kohdistetaan erityistoimenpiteitä tarvittaessa, 4) tuetaan toimintaa keskushallinnosta ja alueelliselta tasolta käsin ja 5) toteutetaan toimet paikallisella tasolla.

Kansallisten päätavoitteiden saavuttamista ja tavoitteiden toteutumisen seuranta varten on kehitelty 12 pääindikaattoria.

- 1) Kuolleisuus ”suuriin tappajiin” syöpään ja sydänsairauksiin
- 2) Teiniraskaudet
- 3) Tietapaturmat huono-osaisimmilla alueilla
- 4) Perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten lukumäärä
- 5) Flunssarokotteiden ottaminen
- 6) Ruumiillista työtä tekevien sekä raskaana olevien naisten tupakointi
- 7) Koulutukseen pääseminen
- 8) Hedelmien ja vihannesten kulutus
- 9) Heikoissa asuinolosuhteissa elävien osuus
- 10) Fyysinen aktiivisuus ja koululiikunta
- 11) Lapsiköyhyys
- 12) Tilapäisasunnoissa asuvat asunnottomat lapsiperheet

Indikaattorien kuvaamiin alueisiin suunnatuilla toimilla odotetaan olevan merkittävä vaikutus terveyden epätasa-arvon vähenemiseen. Indikaattoreissa tapahtuvien positiivisten muutosten ajatellaan vähitellen näkyvän myös päätavoitteissa.

## **Keinot terveyserojen kaventamiseksi**

Englannissa on käynnistetty monia suuria, usein aluepohjaisia hankkeita terveyserojen vähentämiseksi. New Deal for Communities -ohjelma on yksi suurimmista köyhimpiä lähiympäristöjä koskevista elvytysohjelmista. Strategian tavoitteena on saavuttaa korkeampi työllisyys, vähempi rikollisuus, parempi terveys, lisääntyneet taidot sekä parempi asumistaso ja fyysinen ympäristö. Tavoitteena on, että 10–20 vuoden kuluttua kenenkään ei tarvitsisi asuinpaikkansa takia olla vakavasti huono-osainen. Ohjelma alkoi vuonna 1998 ja se suunniteltiin 10-vuotiseksi.

Laajaan Health Action Zones -ohjelmaan valittiin 26 aluetta. Valittujen alueiden väestöllä on huonompi terveydentila ja enemmän huono-osaisuutta kuin Englannissa keskimäärin. Tavoitteena oli saavuttaa terveyden parempi taso, mutta myös kaventaa terveyseroja ja saada malleja terveyserojen kaventamiselle. Yhteistyösuhteiden luominen on koko hankkeessa ollut olennaista.

Sure Start -ohjelma on myös aluepohjainen yhteisöhanke, jonka lähtökohtana on pienten lasten hyvinvoinnin turvaaminen ja lasten ja perheiden elinehtojen parantaminen. Se on ollut yksi hallituksen laajimmista sosiaalisen syrjäytymisen vastaisista hankkeista. Mukaan haluttiin erityisesti vaikeasti saavutettavia ryhmiä kuten etniset vähemmistöt, lukutaitorajoitteiset, alle 20-vuotiaat vanhemmat, mielenterveysongelmaiset, pakolaiset ja turvapaikanhakijat. Varttuneemmille lapsille ja nuorille on lisäksi Sure Start Plus -ohjelma, ja teini-ikäisille oma valtakunnallinen raskauden ehkäisystrategia.

Smoking Kills vuodelta 1998 oli Englannin ensimmäinen tupakkapoliittinen ohjelma. Tupakoinnin vähentämisen määrälliset tavoitteet vuoteen 2010 mennessä asetettiin erikseen koko väestölle (28 %:sta 24 %:iin), raskaana oleville naisille (23 %:sta 15 %:iin) ja lasten tupakoinnille (13 %:sta 9 %:iin). Kaksi vuotta myöhemmin laaditussa syövänehkäisyohjelmassa esitettiin tupakoinnille sosioekonominen tavoite: ruumiillista työtä tekevien tupakointia haluttiin vähentää vuoteen 2010 mennessä 32 %:sta 26 %:iin.

## Tuloksia

Kun Englannin ohjelman toteutumista tarkasteltiin päätavoitteissa tapahtuneiden muutosten valossa, kehitys ei vielä vuosien 2003–05 tarkastelujaksossa näyttänyt toteutuneen aivan odotetulla tavalla. Sekä naisten että miesten elinajandote oli kyllä kasvanut koko maassa, mutta se oli kasvanut hitaammin alimpaan viidennekseen (tarkastelujakson alussa 1995–97) kuuluneilla alueilla. Naisilla suhteellinen ero oli kasvanut enemmän kuin miehillä. Kuitenkin kolme viidestä alimpaan viidennekseen kuuluvasta alueesta näyttäisi kulkevan kohti elinajandotteen 10 prosentin kaventamistavoitetta. Imeväiskuolleisuus oli vähentynyt tarkastelujakson alun vuosista 1997–1999 vuosiin 2003–05 tultaessa niin koko väestössä kuin myös ruumiillista työtä tekevien keskuudessa. Suhteellinen ero imeväiskuolleisuudessa ruumiillista työtä tekevien ja koko väestön välillä oli kuitenkin lisääntynyt.

Terveyden tasa-arvon lisääntymistä arvioidaan Englannin raporteissa myös 12 indikaattorissa tapahtuneiden muutosten valossa. Positiivista kehitystä on tapahtunut useiden indikaattoreiden kohdalla. Pienituloisissa perheissä elävien lasten osuus oli vähentynyt selvästi 1990-luvun lopulta tämän vuosikymmenen puoliväliin tultaessa. Heikoissa asuinolosuhteissa elävien kotitalouksien osuus oli vähentynyt vuodesta 1996 vuoteen 2004. Etnisistä vähemmistöistä suurempi osuus eli kuitenkin edelleen heikoissa asuinoloissa valkoiseen väestöön verrattuna. Myös niiden 16-vuotiaiden oppilaiden määrä on kasvanut, jotka saavat koulun loppututkinnoissa tarpeeksi hyvät arvosanat pyrkiäkseen yliopistoon. Influenssarokotteen ottaneiden yli 65-vuotiaiden rokotusaste on lisääntynyt 2000-luvun

alun aikana ja havaittavissa on myös lievää tasa-arvon lisääntymistä heikoimpien alueiden ja koko maan välillä.

Osassa indikaattoreista on tapahtunut positiivista kehitystä absoluuttisia eroja tarkasteltaessa, mutta ei suhteellisia eroja tarkasteltaessa. Syöpäkuolleisuudessa oli tarkastelujaksojen 1995–97 ja 2002–04 välisenä aikana tapahtunut lievää tasoittumista alimpaan viidennekseen kuuluvien alueiden ja koko maan välillä absoluuttisissa kuolleisuuslukuissa, mutta suhteellinen kuolleisuusero oli pysynyt jotakuinkin ennallaan. Samoin sydän- ja verisuonitaudeissa absoluuttiset erot kuolleisuudessa olivat tarkastelujaksojen välillä hieman laskeneet, mutta suhteelliset erot olivat lievästi kasvussa. Lasten tieliikenneonnettomuuksien välinen ero pieneni absoluuttisesti vuodesta 1998 vuoteen 2004 alimpaan viidennekseen kuuluvien alueiden ja koko maan välillä, mutta merkittävää suhteellista muutosta ei tapahtunut. Viidessä indikaattorissa ei tarkastelujaksojen aikana ollut tapahtunut erojen kapenemista.

Parhaimpiin tuloksiin on toistaiseksi päästy niiden indikaattoreiden kohdalla, joihin poliittisella tahdolla ja yhteiskunnan riittävällä taloudellisella ja sosiaalisella panostuksella voisi odottaakin nopeimmin kyettävän vaikuttamaan. Pienituloisissa perheissä elävien lasten osuus on mainittavasti vähentynyt, samoin heikoissa asuinolosuhteissa elävien ihmisten osuus. Ainakin osin siis köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa kamppailussa näytetään edettävän positiiviseen suuntaan. Sir Michael Marmot toteaa vuoden 2005 seurantaraportin tärkeäksi viestiksi sen, että muutokset vievät aikaa. Nyt nähtävillä olevat merkit huonommassa asemassa olevien ryhmien koulutustason paranemisesta saattavat vähentää kuolleisuutta, mutta tämä on nähtävissä vasta kymmenien vuosien kuluttua. Lisäksi muutokset tapahtuvat eri asioissa eri tahtiin.

## **NORJAN KANSALLINEN STRATEGIA SOSIAALISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEKSI**

2000-luvun alkupuolella Norjan hallitus kirjasi tavoitteekseen vähentää sosiaalisia terveyseroja ja vaikuttaa terveydellistä epätasa-arvoa luoviin olosuhteisiin. Pyrkimyksenä oli saada aikaan pitkän tähtäimen toimintaa, jossa keskitytään terveyden seurantaan, vahvistetaan tutkimusta ja kehitetään terveystyöntekijöiden terveyseroja koskevaa asiantuntemusta. Sosiaali- ja terveyshallitus valmisti toimintasuunnitelman ensi askeleena kohti kansallista terveyserojen kaventamiseksi tähtävää strategiaa.

Helmikuussa 2007 julkistetussa Norjan kansallisessa strategiassa sosiaaliset terveyserot nähdään sekä kansanterveydellisenä kysymyksenä että oikeudenmukaisuuskysymyksenä. Oikeudenmukaisempi aineellisten ja sosiaalisten resurssien jakautuminen nähdään osana hyvää kansanterveyspolitiikkaa. Terveyserojen kaventamiseen tähtävä strategia on osa hallituksen köyhyyden vastaista taistelua ja pahimmin syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien kansalaisten osallisuuden vahvistamista. Tavoitteisiin pyritään kehittämällä yleistä hyvinvointijärjestel-

mää, mutta myös kohdistamalla erityisiä toimenpiteitä apua eniten tarvitseville ryhmille. Selkeää aikarajaa strategian tavoitteiden toteutumiseksi ei ole asetettu, mutta jatkuvaa panostusta arvioidaan tarvittavan ainakin kymmenen vuoden ajan. Tuloksia yritetään saada aikaan yhteiskunnan eri tahojen yhteistyön tuloksena.

### **Strategian tavoitteet**

Norjan strategian päätavoite on vähentää sosiaalisia terveyseroja ilman että minäkään ryhmän terveys heikkenee. Strategia rakentuu neljän pääalueen ympärille, jotka puolestaan jaetaan osa-alueisiin. Osa-alueille määritellään tavoitteet ja useimmille myös alatavoitteita. Strategian pääalueet, osa-alueet ja niille määritellyt tavoitteet ovat seuraavat:

- 1) *Kavennetaan niitä sosiaalisia eroja, jotka vaikuttavat terveyseroihin*  
Osa-alueet tavoitteineen:
  1. Tulot: Tavoitteena on kaventaa taloudellisia eroja, poistaa köyhyys ja varmistaa perustoimeentuloturva kaikille
  2. Kasvu: Tavoitteena on taata kaikille lapsille yhtäläiset kehittymismahdollisuudet vanhempien taloudellisesta tilanteesta, koulutuksesta, etnisestä taustasta tai asuinpaikasta riippumatta
  3. Työ ja työympäristö: Tavoitteina ovat osallisuuden vahvistaminen työelämässä ja terveellisemmät työympäristöt
- 2) *Kavennetaan terveyskäyttäytymisessä ja terveyspalveluiden käytössä ilmeneviä sosiaalisia eroja*  
Osa-alueet tavoitteineen:
  1. Terveyskäyttäytyminen: Tavoitteena on kaventaa terveyskäyttäytymisen eri osa-alueilla ilmeneviä sosiaalisia eroja
  2. Terveyspalvelut: Tavoitteena on taata yhtäläiset terveys- ja hoivapalvelut
- 3) *Keskitytään osallisuuden vahvistamiseen*  
Tavoitteina ja alatavoitteina on parantaa vaikeimmassa asemassa olevien elinoloja
- 4) *Kehitetään tietopohjaa ja työvälineitä sektoreiden väliselle yhteistyölle*  
Osa-alueet tavoitteineen:
  1. Vuosittainen raportointi: Tavoitteena on sosiaalisten terveyserojen kaventamiseksi tehtävän työn systemaattinen seuranta

### **Esimerkkejä keinoista**

Yleisimmän tason toimissa ehdotetaan puuttumista esimerkiksi tulonjakoon ja verotukseen. Oikeudenmukaisempaan jakopolitiikkaan on pyritty mm. nostamalla verokattoa, korottamalla matalatuloisimpien vähimmäisverovähennyksiä, nostamalla suurimpia osinkotuloja saavien verotusta sekä korottamalla omaisuusveroa. Hallituksen tehtävänä on myös seurata tuloerojen kehittymistä. Työn ja työympäristön osalta ne keinot, joilla sosiaalisiin terveyseroihin pyritään

vaikuttamaan koskevat työympäristölainsäädäntöä, työlainsäädännönvalvontaa, työterveyshuollon toimivuutta, maahanmuuttajien työllistymistä, sosiaalisen ”dumppauksen” estämistä sekä työsyrynnän ja työstä poissaolojen tutkimusta.

Terveyskäyttämisen osalta pyritään vaikuttamaan päiväkotien, koulujen, työelämän ja terveyspalveluiden mahdollisuuksiin auttaa terveellisten elämäntapojen vahvistamisessa. Myös epäterveellisinä pidettyjen elintarvikkeiden, juomien ja nautintoaineiden saantiin ja hintaan koskevaan säännöstelyyn kiinnitetään huomiota.

Tärkeimpinä sosiaalisten terveyserojen taustalla olevina tekijöinä nähdään yhteiskunnan sosiaaliset ja taloudelliset rakenteet. Taloudellisten erojen kaventaminen, lasten ja nuorten elämään kuuluvien yhteiskunnallisten instituutioiden toiminnan kehittäminen ja oikeudenmukaistaminen sekä työelämän ja työympäristöjen kehittäminen ja ylipäätään työelämään pääsyn helpottaminen ovat keskeisiä keinoja, joilla sosiaaliin terveyseroihin voidaan vaikuttaa. Terveyskäyttämiseen pyritään myös vaikuttamaan samoin kuin terveyspalveluiden saatavuuteen. Tiedon lisääminen terveyseroista ja erityisesti terveyseroihin vaikuttavista tekijöistä nähdään myös tärkeänä, jotta toimenpiteitä voidaan kehittää oikeaan suuntaan.

## YHTEENVETO

Yhteiskunnan vaurastuessa kansanterveys on parantunut ja keskimääräinen elinajanodote on kasvanut kaikissa tarkastelluissa maissa, mutta väestöryhmien väliset terveyserot ovat joko pysyneet muuttumattomina tai kasvaneet. Sosioekonomisissa terveyseroissa on kyse koko yhteiskunnallisen hierarkian läpi kulkevasta terveyden sosiaalisesta jakaumasta. Englannissa, Norjassa ja Ruotsissa sosioekonomiset terveyserot nähdään aktiivisia toimenpiteitä vaativana sekä kansanterveydellisenä että oikeudenmukaisuuteen liittyvänä ongelmana, jonka ratkaisu edellyttää yhteiskunnan eri tahojen sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin ja toimenpiteisiin. Kaikkien näiden maiden ohjelmissa valtiollinen, alueellinen ja paikallinen taso halutaan mukaan kantamaan vastuuta asiasta, ja terveyseroihin vaikuttamisen katsotaan kuuluvan jotakuinkin kaikkien politiikan alueiden tehtäviin.

Huoli heikommassa asemassa olevien ihmisten terveydestä on kuulunut pohjoismaiseen, tasa-arvoa, julkista vastuuta ja heikoimmista huolehtimista korostaneeseen hyvinvoinnin eetokseen. Isossa-Britanniassa uusliberaalilla politiikalla on sen sijaan ajoittain ollut vahva asema, mutta heti Blairin kauden alussa alettiin käydä laajaa yhteiskunnallista keskustelua hyvinvointipolitiikan toteuttamisesta, jonka yhtenä tuloksena oli sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävä ohjelma.

Kaikissa maissa ollaan yksimielisiä siitä, että kyseessä on pitkän tähtäimen toiminta, jossa tuloksia voidaan odottaa vasta vuosien ja kymmenien vuosien työn jälkeen. Myös jatkuvaa terveyserojen seuranta, keinojen arviointia ja terveyseroihin liittyvän tutkimuksen ja tiedon vahvistamista tähdennetään. Terveyserot

nähdään ohjelmissa verrattain laaja-alaisesti yhteiskunnallisen epäoikeudenmukaisuuden korjattavissa olevina seurauksina. Ihmisten elintapoihin pyritään perinteiseen tapaan kaikissa ohjelmissa vaikuttamaan, mutta huonon terveyden taustalla nähdään kuitenkin olevan elinolosuhteisiin liittyviä tekijöitä. Ohjelmilla pyritään vaikuttamaan terveyserojen taustalla oleviin syytekijöihin kuten taloudelliseen eriarvoisuuteen, työttömyyteen, asumisolosuhteisiin, koulutusmahdollisuuksiin, lasten kasvuolosuhteisiin ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Englannissa ja Norjassa köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen politiikka kytketään osaksi terveyserojen kaventamista.



## TERVEYS JA TERVEYSEROT KAIKISSA POLITIIKOISSA

*Timo Ståhl, Taru Koivisto, Katri Hannikainen-Ingman, Tapani Melkas*

### TAUSTAA

Terveyserojen kasvualustana on yhteiskunnallinen eriarvoisuus eli aineellisten ja kulttuuristen voimavarojen epätasainen jakautuminen ammatti- ja koulutusryhmien välillä. Monet yhteiskunnan rakenteet voivat aiheuttaa ja ylläpitää terveyseroja. Tällaisia rakenteita, joita voidaan kutsua myös terveyserojen syiden syiksi, ovat muun muassa tulonjako, varallisuuden jakautuminen, työelämän rakenteet, koulutusjärjestelmä, terveydenhuoltojärjestelmä ja asumisolot. Näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa yhteiskuntapolitiikan toimin. Terveyserojen kaventamiseen tarvitaan monien tahojen pitkäjänteistä, samansuuntaista ja samanaikaista toimintaa.

Väestöryhmien välisiä terveyseroja on kaikissa maissa, joissa asiaa on luotetavasti selvitetty. Erojen kaventamiseen on kiinnitetty runsaasti huomiota erityisesti Ruotsin, Englannin ja Hollannin terveyspolitiikassa. Esimerkiksi Ruotsissa kuntien hyvinvointitaseita on pyritty kehittämään terveyserot huomioonottaviksi. Englannissa on kehitetty monialaiseen yhteistoimintaan perustuvia kumppanuusrakenteita ja toteutettu köyhyyden ja terveyserojen vähentämiseen tähtäviä laajoja alueellisia hankkeita. Hollannissa on järjestelmällisesti tutkittu erilaisten interventioiden vaikutuksia terveyseroihin. Muiden maiden kokemuksia pyritään hyödyntämään, kun haetaan Suomen oloihin sopivia terveyserojen kaventamisen menetelmiä.

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavan mukaan terveyserojen kaventamisessa on kyse ennen kaikkea terveyttä tukevien työ- ja elinolojen rakentamisesta ja siten muun muassa talous-, työllisyys-, koulutus-, asunto-, alue-, sosiaali- ja terveyspolitiikan sekä yhdyskuntasuunnittelun (mm. terveyttä edistävät liikuntaympäristöt) ratkaisuihin. Globaalit ja EU-tason päätökset ja sopimukset vaikuttavat kansallisen terveyspolitiikan toteuttamismahdollisuuksiin yhä enemmän. Kaikessa päätöksenteossa, kontekstista riippumatta tulisi kiinnittää yleisten terveysvaikutusten lisäksi huomiota siihen, miten vaikutukset jakaantuvat eri sosioekonomisissa väestöryhmissä.

Kansanterveys määrittyy terveydenhuollon toimien lisäksi elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta sekä yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä. Valtio ja kunnat vaikuttavat kansalaisten terveyden edellytyksiin kaikkien hallintosektoriensa kautta. Yksityiset yritykset ja erilaiset etujärjestöt vaikuttavat voimakkaasti terveyden edellytyksiin. Paikallisilla ratkaisuilla kodeissa, päiväkodeissa, oppilaitoksissa, työpaikoilla, palveluissa ja liikenteessä voidaan sekä edistää että vahingoittaa terveyttä. Yksilöiden, perheiden ja erilaisten ihmis-yhteisöjen valinnat ja toiminta osaltaan määrittävät terveyttä.

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavalla on suuri potentiaali, sillä kaikkien valtionhallinnon eri sektorien toimijoiden työhön sisältyy toimintoja, joissa terveysnäkökulma on mukana ainakin epäsuorasti, vaikka sitä ei aina olekaan selkeästi kirjattu esimerkiksi hallinnonalan tavoitteisiin. Tämä käy selkeästi ilmi vuoden 2006 sosiaali- ja terveystietokertomuksesta, jossa tarkasteltiin kaikkien hallinnonalojen toimintoja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi vuosina 2002–2005. Sen sijaan siitä, onko terveysvaikutukset huomioitu riittävässä määrin, ei ole tietoa [1]. Terveyden edistäminen on monien hallinnonalojen toiminnossa myös selkeästi auki kirjoitettu tavoite, esimerkiksi opetusministeriön liikunnan edistäminen, liikenne- ja viestintäministeriön kävelyn ja pyöräilyn edistäminen, työministeriön työelämän kehittämissuunnitelmat ja vajaakuntoisten työnhakijoiden asemaa parantavat toimet. Se, miten näiden tavoitteiden toteutumista seurataan tai mitä tavoitteiden saavuttamiseksi on tehty, ei ole aina selkeää. Terveyden tarkastelua terveyseronäkökulmasta ei ole nähtävissä.

Terveyttä käytetään myös strategisena välineenä muiden tavoitteiden toteuttamisessa. Esimerkiksi elintarviketeollisuus on valinnut terveysvaikutteiset tuotteet keskeiseksi kehittämiskohteeksi. Vaikka elintarviketeollisuuden tavoite on myynnin lisääminen, eikä väestön terveyden lisääminen sinänsä, on tämä tyyppinen win-win -tilanne, josta kaikki hyötyvät. Uudet tuotteet, jotka ovat vaatineet runsaasti tuotekehittelypanoksia, ovat kuitenkin usein kalliita ja näin ollen pienituloisten ulottumattomissa. Pitäisi siis vaikuttaa myös terveellisten elintarvikkeitten hintapolitiikkaan. Muita esimerkkejä terveydestä strategiana ovat hyvinvointiteknologian kehittäminen ja liikunnan terveysargumentit -terveysargumentteja käytetään väestön liikunnan edistämiseksi. Vastaavanlaisia tilanteita tunnistamalla ja niitä edistämällä on mahdollisuus vaikuttaa kansalaisten arkeen merkittävällä tavalla.

Suomessa on vankka pohja, josta terveyseroja kaventavaa toimintasuunnitelmaa on hyvä lähteä rakentamaan. Pitkäaikaisella määrätietoisella työllä Suomeen on kehitetty terveyden tasa-arvon kannalta hyviä järjestelmiä muun muassa koulutus-, työ-, sosiaali- ja terveyspolitiikan aloilla. Hyvien järjestelmien perustasta on pidettävä tulevaisuudessa erityistä huolta.

## KESKEISET HAASTEET

Hyvinvoinnin lisääntyminen ja elinolosuhteiden paraneminen eivät ole jakaantuneet tasaisesti, vaan on tapahtunut syrjäytymistä yleisestä myönteisestä valtavirrasta. Terveyserojen kaventamisen lähtökohtana onkin heikossa taloudellisessa ja/ tai sosiaalisessa asemassa elävien ihmisten elämisen reunaehtojen parantaminen. Monesti on kyse välttämättömyyksistä, joiden puuttuessa kohtuullisen terveydentilan ylläpitäminen tai terveydentilan kohentaminen on lähes mahdotonta. Ihmisillä on oltava asunto, riittävä taloudellinen toimeentulo ja mahdollisuuksia työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Näin ei kuitenkaan ole kaikkien kohdalla, ja hyvinvoinnin vajeet, kuten heikko terveys, kasautuvat entistä selkeämmin tiettyihin ryhmiin ja eri väestöryhmien välinen polarisaatio syvenee.

Tuloerot ovat kasvaneet, samoin köyhien lapsiperheiden määrä. Tilastokeskuksen tulonjakotilaston mukaan suhteellisen köyhyysrajan alapuolella elävissä perheissä asuvien lasten osuus (ns. lapsiköyhyysaste) on maassamme kasvanut lähes jatkuvasti 1990-luvun puolestavälistä tämän vuosikymmenen puoleenväliin tultaessa, ja vuonna 2003 se nousi korkeammaksi kuin köyhyysaste koko väestössä. Köyhyysrajan alittavissa kotitalouksissa eli vuonna 2005 noin 127 800 lasta. Myös lapsiperheiden osuus alimmassa tulokymmenyksessä on kasvanut. Köyhyys periytyy lisäksi usein sukupolvelta toiselle, ja myös Suomessa lapsuudenkodin köyhyyden on todettu ennustavan kaksinkertaista köyhyysriskiä aikuisiällä [2]. Tämän lisäksi useissa maissa, joissa tällä hetkellä pyritään sosioekonomisia terveyseroja kaventamaan, vallitsee yksimielisyys lapsuudenaikaisten taloudellisten ja sosiaalisten elinolosuhteiden merkityksestä aikuisiän terveyteen (esimerkiksi Norjan kansallinen strategia sosiaalisten terveyserojen kaventamiseksi, Ruotsin kansanterveysohjelma ja Englannin toimintaohjelma terveyserojen kaventamiseksi). Sekä yhteiskuntapolitiittisesti että kansanterveyden näkökulmasta on erittäin tärkeää pyrkiä vaikuttamaan lapsiperheiden köyhyyteen ja samalla pyrkiä ehkäisemään kaikkinaisen, myös terveyteen liittyvän, huono-osaisuuden ylisukupolvistumista.

Työelämään osallistuvuuden lisääminen on niin ikään tärkeä taloudellinen ja inhimillinen tavoite yhteiskunnassa. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärän nousu kohottaa huoltoastetta ja uhkaa syrjäyttää ihmisiä pysyvästi työmarkkinoilta. Pitkän työkyvyttömyyden jälkeen kuntoutuvien henkilöiden mahdollisuutta palata työelämään on kuitenkin hyödynnetty heikosti.

Asunnottomuus on osoittautunut hyvin sitkeäksi yhteiskunnalliseksi ilmiöksi. Asunnottomista huumeriippuvaiset, ns. kaksoisdiagnoosiasiakkaat sekä vankilakierteeseen ajautuneet rikoksenuusijat ovat erityisen vaikeasti asutettavia. Jälkimmäiset on jopa määritelty Suomen köyhimmäksi, huono-osaisimmaksi ja sairaimmaksi väestönosaksi [3][4]. Määrällisesti näitä ihmisiä ei ole kovin paljon, kun yllä mainitut ryhmät osin ovat vielä päällekkäisiä, mutta koska kyse on syvimmin syrjäytyneestä väestönosasta ja monille elämänilueille ulottuvasta marginalisointiprosessista, on perusteltua pyrkiä kehittämään tuettua asumista heidän lähtökohdistaan. Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että elämänmuutos on mahdollinen, mikäli siihen saa riittävän tuen [5].

Syksyllä 2007 nimettiin työryhmä laatimaan pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa vuosille 2008–2011. Työryhmässä on mukana ympäristöministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, valtion asuntorahasto ja stakes. Ehdotus tällaisen työryhmän perustamisesta esitettiin ympäristöministeriön raportissa 8/2006 ”Oikeus asuntoon, oikeus ihmisarvoiseen elämään. Valtakunnallisen (2001–2005) ja pääkaupunkiseudun (2002–2005) asunnottomuuden vähentämisen toimenpideohjelman arviointi”. Työryhmä tullee paneutumaan nimenomaan yllä mainittuihin vaikeasti asutettaviin ryhmiin, joten tässä yhteydessä asiasta ei esitetä omia toimenpide-ehdotuksia.

Terveyden ja terveyserojen huomioimiseksi kaikkien hallinnonalojen toiminoissa ja päätöksissä, on keskeistä, että hallinnonalat itse tunnistavat toiminto-

jensa terveysvaikutukset sekä niiden jakautumisen väestössä. Hallinnonalat tarvitsevat toimintojen suuntaamisessa ja vaikutusten tunnistamisessa terveyssektorin asiantuntemusta, mikä on suuri haaste terveyssektorille ja hallinnonalojen väliselle yhteistyölle. On huomattava, että koko kansanterveys kohenee tehokaimmin, kun onnistutaan parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasautuvat.

Tämän työn valmistelun aikana ajankohtainen asia on ollut säädösten valmistelutyön kehittäminen eli hallituksen esityksien vaikutusten arviointityön tehostaminen. Oikeusministeriön asettama työryhmä uudisti vaikutusarviointiohjeistuksen [6][7] ja Kauppa- ja teollisuusministeriön ja valtiovarainministeriön asettama työryhmä selvitti säädösten vaikutusarvioinnin asiantuntijatuen tehostamista [8]. Työryhmät saivat työnsä päätökseen tämän toimintaohjelman valmistelun aikana, ja niiden työhön osallistuttiin aktiivisesti. Työryhmien ehdotusten toimeenpano ja ”jalkauttaminen” vaativat pitkän aikavälin tarkastelua. Tässä työssä tulee ennakoida toimeenpanon tarpeita ja edistää niiden toteutumista. Kansallisella tasolla hallituksen esitysten vaikutusten arviointi on yksi keskeisimmistä kaikista sektoreita koskevista horisontaalisista mekanismeista.

Lakisääteisiin vaikutusten arviointeihin liittyen on myös terveysvaikutusten (ympäristöterveys näkökulmaa laajempi) tarkastelu ajankohtainen haaste, joka vaatii tiivistä yhteistyötä ympäristöministeriön, ympäristökeskusten ja kuntien kanssa. Sosiaali- ja terveystieteen 2006 valmisteluprosessista saadun varsin myönteisen palautteen perusteella on selkeä tarve pohtia, miten tehtyä työtä voidaan edelleen kehittää ja miten Sosiaali- ja terveystieteen poliittista merkittävyyttä ja painoarvoa voidaan lisätä. On myös viitteitä siitä, että vaikka kansallista EU-koordinaatiotamme pidetään varsin tehokkaana, osallistavana ja horisontaalisena mekanismina Suomen EU-kantojen muodostamisessa, ei terveysvaikutuksia ole aina arvioitu riittävällä tarkkuudella.

## LINJAUKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Tavoitteena on saada koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia siten, että heikommassa sosiaalisessa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat.

- 1) Vahvistetaan terveyden tähtäävää toimintaa hallituksen koko politiikassa
- 2) Luodaan terveyttä tukevia ympäristöjä ja olosuhteita sekä vähennetään vaaratekijöitä.
- 3) Vahvistetaan huonossa asemassa olevien väestöryhmien aineellisia, tiedollisia ja kulttuurisia voimavaroja sekä lisää osallisuutta.
- 4) Pidetään pohjoismaisen hyvinvointipolitiikan arvoja ja tavoitteita yhtenä keskeisenä lähtökohtana kansainvälisessä yhteistyössä ja EU-politiikassa.

## Ehdotus tärkeimmistä toimenpiteistä

1. *Vahvistetaan terveyteen tähtäväää toimintaa hallituksen koko politiikassa*
  - 1.1. Hallitusohjelmassa olevien politiikkaohjelmien toimeenpanossa priorisoidaan toimia, joilla voidaan vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja, TAE:issä ym. asetetaan terveyttä ja sitä määrittäviä tekijöitä koskevia tavoitteita ja linjataan toimia niiden saavuttamiseksi
    - valtioneuvoston periaatepäätöksen uudistamistyössä ”Terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista” kiinnitetään erityistä huomiota kaikkein matalimpiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien väestöryhmien mahdollisuuksiin liikkua ja harrastaa liikuntaa.
  - 1.2. Sosiaalisten ja terveysvaikutusten arvioinnin osaamista kehitetään osana integroitua vaikutusten arviointia lainsäädännön, ohjelmien, strategioiden, hankkeiden ja politiikkatoimenpiteiden valmistelussa.
    - Vakiinnutetaan Stakesin asema STM:n hallinnonalan sosiaalisten ja terveysvaikutusten ennakoarviointia koordinoivana tahona. Stakes, KTL ja TTL toimivat ennakoarvioinnin asiantuntijoina oman osaamisensa mukaisilla aloilla.
    - Käynnistetään ympäristöministeriön kanssa hanke, jossa arvioidaan ihmisiin kohdistuvien sosiaalisten ja terveysvaikutusten huomioimisen tila ja laaditaan oppaat laajan terveysvaikutuksen huomioon ottamiseksi YVA- ja SOVA- lain mukaisissa hankkeissa ja suunnitelmissa/ohjelmissa.
  - 1.3. Annetaan alkavalla hallituskaudella eduskunnalle terveyspoliittinen selonteko.
2. *Luodaan terveyttä tukevia ympäristöjä ja olosuhteita sekä vähennetään vaaratekijöitä*
  - 2.1. Terveyttä ja terveellistä elämäntapaa tukevat yhdyskunnat
    - Kehitetään yhdyskuntia terveyttä edistävään liikkumiseen kannustavina ja houkuttelevina ympäristöinä
      - Edistetään ehyiden yhdyskuntarakenteiden muodostumista siten, että kävelyn ja pyöräilyn sekä niihin liittyvän joukkoliikenteen edellytykset parantuvat
      - Kohennetaan kävely- ja pyöräilyreittien yhtenäisyyttä, kattavuutta ja kunnossapitoa
      - Kävelypainotteisia palvelu- ja asuinalueita ja kävelykeskuksia laajennetaan ja näillä olevat kävely- ja pyöräilyreitit liitetään nykyistä paremmin osaksi yhdyskunnan puisto-, virkistysalue- ja luontoliikuntaverkkoa
      - Varmistetaan lähiliikuntapaikkojen säilyminen ja parannetaan niiden laatua ja toimivuutta
      - Parannetaan elinympäristön esteettömyyttä

## 2.2. Asuminen

- Pienituloisten lapsiperheiden asumistukea korotetaan siten, että he voivat asua hyvätasoisissa asunnoissa turvallisissa ja terveellisessä ympäristössä.
- Asuntokannan peruskorjaamisen rahoitusta lisätään terveellisyyttä, turvallisuutta ja esteettömyyttä edistävällä tavalla. Edistetään korjausavustuksilla asuintalojen hissien rakentamista ja korjaamista sekä liikkumisesteiden poistamista, jotta kaikki asukkaat, erityisesti vanhukset ja vammaiset, voivat liikkua asuinrakennuksissa helposti ja turvallisesti. Tuetaan korjausavustuksilla vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaamista asukkaiden tarpeita vastaaviksi niin, että kotona asuminen voi jatkua turvallisesti mahdollisesta sairaudesta ja liikuntaongelmista huolimatta.
- Tuetaan erityisryhmien tarpeita vastaavien asuntojen rakentamista ja korjaamista. Jatketaan erityisryhmien asuntojen rakentamisen, hankinnan ja korjaamisen tukemista investointiavustuksilla. Korotetaan avustusten enimmäissuuruutta nykyisestä tasosta silloin, kun asunnot on tarkoitettu pitkäaikaisasunnottomille tai vammaisille. Toteutetaan erityisryhmien asumisturvallisuutta kartoittaneen työryhmän suositukset [9] asumiseen liittyvien onnettomuuksien ja tapaturmien ehkäisemiseksi.
- Käynnistetään poikkihallinnollinen ohjelma lähiömäisten asuinalueiden viihtyvyyden parantamiseksi. Ohjelman tavoitteena on muun muassa segregaaation ehkäiseminen ja kiinteistöjen käytön ja kunnan kehittäminen.
- Jatketaan työtä asunnottomuuden vähentämiseksi. Osana asuntopoliittista ohjelmaa laaditaan pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma vuosille 2008–2011.

## 2.3. Työpaikat

- Työsuojelelun korkea taso säilytetään ennallaan ja toiminta kohdistetaan etenkin työntekijä ja matalapalkka-aloille
- Laajennetaan terveyden edistämistä työpaikoilla työperäisiä ongelmia laajemmalle. Keskeistä on esimerkiksi työn ja perhe-elämän yhteensovittamista edistävät toimenpiteet
- Suunnataan Työyhteisöliikunta 2010-hanketta (STM, OPM, TM, työmarkkina- ja liikuntajärjestöt) siten, että siinä kehitetään toimintoja erityisesti työntekijä- ja matalapalkka-aloille.

## 2.4. Liikkuminen

- Liikenne- ja viestintäministeriön Liikenne 2030 strategialinjausten (2007) mukaisesti kehitetään ihmisten arkiliikkumisen olosuhteita turvallisiksi ja kaikille sopiviksi alueellisessa liikennejärjestelmäsuunnittelussa

- Liikennepoliittisessa selonteossa (10-11/2007) ja sen jälkeisessä toimenpideohjelmassa tavoitellaan turvallista ja kansalaisia palvelevaa ympäristöä ja olosuhteita
  - Jatketaan taajama- ja koulukohtaisia hankkeita kevyen liikenteen liikenneturvallisuuden teemapaketin toteuttamiseksi vv. 2007-2008
  - Alueellista liikenneturvallisuuden edistämistyötä jatketaan lääninhallitusten liikenneosastojen koordinoimana mm. päiväkotien ja peruskoulujen neuvontatyönä.
- 2.5. Kulutustavara- ja elintarviketarjonta
- Julkinen valta tukee yrityksiä niiden pyrkimyksessä ottaa kulutustavara- ja elintarviketuotteiden turvallisuus ja terveellisyys kilpailutekijäksi
  - Vaikutetaan lapsiin kohdistuvaan markkinointiin ohjeistamalla ja yhteistyössä sidosryhmien kanssa
3. *Vahvistetaan huonossa asemassa olevien väestöryhmien aineellisia, tiedollisia ja kulttuurisia voimavaroja sekä lisätään osallisuutta*
- 3.1. Kuluttajaneuvonnan uudelleenorganisointi niin, että mahdollistetaan alueellinen tasa-arvoisuus palveluiden saamiseksi
- 3.2. Toteutetaan laaja koulutuksen keskeyttämisen vähentämisen lisätoimenpideohjelma
- 3.3. Laaditaan toimintaohjelma tietotekniikan saavutettavuuden ja osaamisen turvaamiseksi
- 3.4. Taiteen ja kulttuurin saavutettavuuden parantaminen
- Parannetaan julkisten kulttuuripalvelujen saavutettavuutta erityisesti pienituloisille toteuttamalla opetusministeriön taiteen ja kulttuurin saavutettavuusohjelmaa 2006-2010 ja huolehtimalla lähikulttuuripalvelujen (esim. lähikirjastot) säilymisestä ja kehittämisestä.
  - Pyritään saamaan taide ja kulttuuri pysyväksi osaksi erilaisten hoitolaitosten arkea tukemalla Terveyttä kulttuurista -verkoston toimintaa (STM ja OPM)
  - Tuetaan vammaisten sekä kieli- ja kulttuurivähemmistöjen taiteellista ja kulttuuritoimintaa (määrärahat vammaisyhteisöjen kulttuuritoimintaan ja kulttuurin saavutettavuuden edistämiseen, monikulttuurisuuden tukemiseen ja rasmin vastaiseen työhön sekä saamelaiskulttuurin tukemiseen)
  - Lisätään työelämän ulkopuolella olevien (mm. eläkeläisten, työttömien ja syrjäytyneiden) osallistumista ja osallisuutta taide- ja kulttuuritoimintojen avulla
- 3.5. Käynnistetään opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä osana terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa kulttuurin terveydellisten ja hyvinvointivaikutusten edistämishanke.
- Laaditaan toimintaohjelma arjen kulttuurisuuden edistämiseksi osana hyvinvointipolitiikkaa

4. *Pidetään pohjoismaisen hyvinvointipolitiikan arvoja ja tavoitteita yhtenä keskeisenä lähtökohdana kansainvälisessä yhteistyössä ja EU-politiikassa.*
  - 4.1. Vaaditaan komissiolta peruskirjan Terveys kaikissa politiikoissa -velvoitteen ja terveysvaikutusten arvioinnin laajaa toteuttamista.
  - 4.2. Suomi ajaa EU:ssa aktiivisesti terveyslähtöistä alkoholi- ja tupakkapolitiikkaa.
  - 4.3. Huolehditaan kansallisessa EU-valmistelussa terveyden laajasta huomioon ottamisesta.
  - 4.4. Vaikutetaan kansainvälisen yhteistyön kautta (erityisesti WHO ja muut YK:n toimielimet ja prosessit) terveysvaikutusten ja -näkökohtien huomioon ottamiseen eri politiikoissa ja päätöksenteossa. Lisäksi käytetään hyväksi kansainvälisiä tutkimuksia ja hyviä kokemuksia.

## LÄHTEET

- 1 Sosiaali- ja terveystietokeskus (2006). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:4. Helsinki.
- 2 Moisio P (2006): Kasvanut polarisaatio lapsiperheiden parissa. Teoksessa Kautto M (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski.
- 3 Granfeldt R (2007): Tuettua polkua vapauteen. Selvitys Kriminaalihuollon tukisäätiön asumispalveluista ammatillisen tuen näkökulmasta. Kriminaalihuollon tukisäätiö. Raportteja 1/2007.
- 4 Hyten K (2004): Vankilasta vuosina 1993–2004 vapautuneet ja vankilaan uudestaan palanneet. Rikosseuraamusviraston julkaisu 1/2004.
- 5 Granfeldt R (2003): Vankilasta kotiin vai kadulle? Vangit kertovat asunnottomuudesta. Ympäristöministeriön julkaisu 613. Helsinki.
- 6 Oikeusministeriö (2007a). Säädösehdotusten ja säädösten vaikutusten arviointi -opas lainvalmistelijoille. Luonnos 15.1.2007.
- 7 Oikeusministeriö (2007b). Säädösehdotusten vaikutusten arviointiohjeet. Helsinki, Oikeusministeriö, Julkaisu 2007:6.
- 8 Valtiovarainministeriö (2007). Säädösten vaikutusarvioinnin asiantuntijapalvelut -työryhmän väliraportti. Työryhmämuistioita 1/2007. Helsinki, Valtiovarainministeriö.
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:25. Helsinki.



## TERVEYSEROJEN KAVENTAMISTYÖN VAHVISTAMINEN KUNNISSA

*Kerttu Perttilä, Timo Ståhl, Tuulia Rotko, Seija Muurinen ja Hannele Palosuo*

### TAUSTAA

Kunnilla on itsehallintonsa ja laajan toimivaltansa vuoksi monia mahdollisuuksia vaikuttaa väestönsä terveyteen ja hyvinvointiin. Väestöryhmittäin tarkasteltuna terveys ei jakaudu tasaisesti. Sosioekonomiset terveyserot ovat valtakunnallisten selvitysten mukaan suuria ja joiltakin osin erot näyttävät kasvavan. On syytä olettaa, että koko väestössä todetut ammattiaseman ja koulutuksen mukaiset terveyserot pätevät myös kunta- ja aluetasolla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edellytykset ovat erilaisia suurissa ja pienissä kaupungeissa tai maaseudulla. Kaupunkikeskusten kasvaessa sosiaaliset ongelmat kasaantuvat keskuksiin. Maaseudulla ongelmana on autoituminen ja palvelujen tarjonnan köyhtyminen ja sen rinnalla yhteisöllisyyden ja terveellisiä elintapoja tukevien mahdollisuuksien kuihtuminen. Erot edellyttävät erilaisia painotuksia paikallisessa hyvinvointipolitiikassa, yhdyskuntasuunnittelussa ja terveyspalvelujen suuntaamisessa.

Valtioneuvoston hyväksymä Terveys 2015 -kansanterveysohjelma [1] korostaa tavoitteissaan eriarvoisuuden vähentämistä parantamalla heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia. Tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä ohjelmakauden aikana. Tehtävään tulisi tarttua kansalaisten kaikilla arkielämän areenoilla; kodeissa, kouluissa, työelämässä, vapaa-ajan ympäristöissä, liikenteessä ja julkisia palveluja suunniteltaessa ja elämänkulun kaikissa vaiheissa vastasyntyneistä iäkkäiden ihmisten palveluihin. Ohjelma suosittelee, että terveysvaikutusten arviointi otetaan käytännöksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Meneillään olevan Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen (PARAS-hanke) tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä laadukkaiden palveluiden turvaaminen asuinpaikasta riippumatta. Palvelurakenneuudistus luo uusia mahdollisuuksia ja tapoja järjestää palvelut lähipalveluina sekä seudullisina ja alueellisina palveluina toimivaa ja tehokasta kokonaisuutta rakentaen. Uudistus on nostanut esiin myös uhkia. Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialainen yhteistyö toteutuu, jos terveys- ja sosiaaliala eriytyvät liiaksi muusta toiminnasta? Esimerkiksi kun opetus, kulttuuritoimi, vapaa-aika, ympäristötoimi ja tekninen toimi sekä osa sosiaalitoimesta jäävät peruskuntiin ja erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuolto ja osa sosiaalitoimesta muodostavat seudullisia ja alueellisia yhteistoiminta-alueita, hyvinvoin-

nin ja terveyden edistämisen kokonaisvaltaista suunnittelua ja toteutusta varten tarvitaan uusia yhteistyösopimuksia ja johtamiskäytäntöjä. Monimutkaiset kuntayhteistyösopimukset jäykistävät ja hankaloittavat moniammatillista ja monialaista yhteistyötä ja kuntalaisille tarjottavaa hyvinvointitukea.

Väestöryhmien välisiä terveyseroja kavennetaan parhaiten kohdentamalla toimintaa terveyteen vaikuttaviin tekijöihin, terveyden determinantteihin. Terveyden determinantteja ovat muun muassa väestön elinolot, elinympäristö, toimeentulo, työllisyys, koulutus, elämänhallinta, sosiaalisen vuorovaikutuksen taidot ja tila, yksilölliset tiedot ja taidot sekä palvelujärjestelmän toimivuus ja palvelujen tarpeenmukainen saatavuus. Terveyserojen syistä voidaan erotella rakenteellisia tekijöitä kuten työmarkkinat ja koulutusjärjestelmä, yksilön yhteiskunnallista asemaa ja kulttuurisia kytkentöjä osoittavia tekijöitä kuten sosioekonominen asema, sukupuoli ja etninen tausta sekä yhteiskunnallisesti määräytyviä olosuhteita kuten asuinolosuhteet ja työolosuhteet. Omat elintavat ja käyttäytyminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat myös terveyseroja lisääviä tai vähentäviä tekijöitä [2][3].

Kunnilla on mahdollisuus vaikuttaa päätöksillään ja toiminnallaan useimpiin terveyseroja muokkaaviin tekijöihin. Kunta tekee päätöksiä elinympäristöstä (yhdyskuntasuunnittelu, liikenne- ja ratkaisut), elinoloista (asuinolosuhteet, työllisyys ja työolot), perheiden hyvinvoinnista (toimeentulo, hyvinvointituen antaminen, yhteisöllisyyden tukeminen), terveyttä edistävästä elintavoista (liikuntamahdollisuudet, paikalliset ravitsemuspolitiikan painotukset, päihteiden käytön ehkäisy) sekä palvelujärjestelmän toimivuudesta, palvelujen laadusta ja saatavuudesta. Terveyserojen kaventaminen lähtee kuntapolitiikassa eri väestöryhmien ja erityisesti huonompiosaisten terveyden erilaisten edellytysten huomioon ottamisesta.

## KESKEISET HAASTEET

Terveyserojen kaventamisesta on puhuttu pitkään kansallisessa terveyspolitiikassa [4], mutta siihen on tartuttu varsin heikosti kuntien strategioissa tai toiminnan ja talouden suunnitelmissa. Mitä ovat terveyserojen kaventamisen keskeisiä haasteita kunnissa?

### Tietopohja ja seurantajärjestelmät

Tarttuminen väestöryhmien välisiin terveyseroihin edellyttää tietoa kuntalaisten terveydestä, hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä (terveyden determinanteista). Tällä hetkellä käytettävissä oleva tieto painottuu tietoon taloudellisesta hyvinvoinnista, elinoloista, elinympäristöstä, koulutuksesta ja työllisyydestä sekä kuntalaisten terveydestä ja palvelujen käytöstä. Useimmat terveyteen, terveyskäyttäytymiseen, elämäntapoihin ja elämänhallintaan liittyvät tiedot joudutaan kokoamaan erillisselvityksillä. Väestöryhmittäistä tietoa kunnilla on varsin niukasti käytettävissään, mikä vaikeuttaa tarpeiden arviointia, toiminnan kohdentamista, resurssien ohjausta ja toteutumisen seuranta.

Useimmissa Suomen kunnissa terveyseroja koskevien tietojen ja erityisesti niistä tehtävien päätelmien luotettavuutta rajoittaa olennaisesti pieneen väestöpohjaan liittyvä suuri satunnaisvaihtelu. Sen vuoksi väestöryhmien välisiä terveyseroja kuvaavat tiedot voivat olla vain suurissa kunnissa kuntakohtaisia ja pienemmissä kunnissa alueellisesti koottuna esim. PARAS-hankkeen tavoitteen mukaisesti vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjiin perustuen. Saatavilla olevien tilasto- ja tutkimustietojen hankinta ja tulkitseminen edellyttävät ammattitaitoa ja erityisosaamista.

Tietoa terveyserojen kaventamisen hyvistä käytännöistä ja toimintakäytäntöjen vaikuttavuudesta on satunnaisesti saatavilla. Erilaisten toimintakäytäntöjen kustannusten ja vaikuttavuuden arviointi on vielä niukkaa. Vaikuttavuuden ja kustannusten arvioimiseksi tarvitaan toimintaa seuraava seurantajärjestelmä, joka tuottaa tarvittavan tiedon samalla terveystieteellisen päätöksenteon tarpeisiin kaikille tasoille (kts. tämän ohjelman kohdat 2.4 Terveyserojen seurantajärjestelmien kehittäminen ja 2.5 Tietopohjan vahvistaminen ja viestintä).

### **Terveyden edistäminen ja terveyserot päätöksenteossa**

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on kunnan terveyden edistämistyöhön sisältyvä painoalue, joka tulisi nostaa kuntastrategioissa terveyttä edistävän työn päämääräksi ja konkretisoida kuntien toiminnan ja talouden suunnitelmissa. Tavoite olisi kirjattava jokaisen hallinnonalan omassa toiminnan ja talouden suunnitelmassa niin että hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi tehtävä työ on näkyvää ja siihen on varattu tarvittavat voimavarat. Myös toiminnan edellyttämästä osaamisesta ja yhteistyön käytännöistä on varmistuttava suunnitelman hyväksymisen yhteydessä (kts. ohjelman luku 1.8.2).

Kunnan kriittisiä menestystekijöitä kuvaaviin hyvinvointi-indikaattoreihin tulee sisällyttää ainakin muutamia sellaisia, jotka kuvaavat valittujen strategioiden toteuttamista ja tuloksia väestöryhmittäin. Terveyserojen vähentämisen tavoitteet ja toimenpiteet sekä niiden toteutumista kuvaavat indikaattorit olisi kirjattava kunnan toiminnan ja talouden suunnitelmiin niin konkreettiseksi, että kunnanvaltuustolla ja tarkastuslautakunnalla on mahdollisuus seurata ja arvioida toiminnan tuloksia.

Väestöryhmien väliset terveyserot voidaan tehdä näkyväksi suunnittelu- ja seurantatyötä varten kunnan/seutukunnan hyvinvointikertomuksessa (<http://info.stakes.fi/hyvinvointikertomus/>). Hyvinvointikertomuksen valmistelussa on tarkoituksenmukaista kuulla eri hallinnonalojen ammattilaisia. Heillä on paras tuntuma oman alueensa väestöryhmien välisistä terveyseroista ja niihin vaikuttavista hyvinvointiongelmista.

Väestöryhmien väliset terveyserot tulevat kuntien päätöksenteossa harvoin näkyviin. Päätösten terveysvaikutusten arviointia voi päätöksenteossa systematisoida ottamalla käyttöön terveysvaikutusten arvioinnin menetelmä (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, IVA-menetelmä). Menetelmä toimii esittelijän työkaluna lautakuntapäätöksiä valmisteltaessa ([www.stakes.fi/IVA](http://www.stakes.fi/IVA)). Samalla päätösten ja vaihtoehtojen perustelut tulevat läpinäkyvämmiksi.

## LINJAUKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Monet terveyserojen kasvua ennustavat ongelmat, sairaudet ja häiriötilat ovat tilastojen ja tutkimusten mukaan lisääntymässä. Tällaisia ovat mielenterveyden häiriöt, lastensuojelun tarve, oppimisvaikeudet ja kouluongelmat, toisen asteen opiskelijoiden elintapojen heikkeneminen, toimeentulotukijonojen kasvu ja syrjäytyvien lapsiperheiden määrän kasvu. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävät toimenpiteet kohdistuvat ongelmien, sairauksien ja häiriötilojen ehkäisyyn.

Ehdotukset ja esimerkit esitetään ohjelman jaottelua mukaellen: 1) Kuntapolitiikan keinot ja syrjäytymisen ehkäisy, 2) Elintapoihin vaikuttaminen, 3) Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kehittäminen ja 4) Terveyserojen tietopohjan kehittäminen.

Esimerkit terveyserojen kaventamistyöstä on koottu ohjelman valmisteluvaiheessa kunta-asiantuntijoiden kanssa käydyistä keskusteluista. Esimerkit voivat olla osittain päällekkäisiä ohjelmassa esitettyjen linjausten ja toimenpide-ehdotusten kanssa.

### Kuntapolitiikan keinot ja syrjäytymisen ehkäisy

Kuntapolitiikan keinot liittyvät kunnan hyvinvointipolitiikkaan ja muiden kuin sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämiseen.

TAVOITTEITA	ESIMERKKEJÄ TOIMENPITEISTÄ
1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen hyväksytään kuntapolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Valtuusto hyväksyy hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen yhdeksi kunnan strategiseksi painoalueeksi</li><li>■ Kaikki hallinnonalat sisällyttävät tavoitetta konkrctisoivat tehtävät omiin toiminnan ja talouden suunnitelmiinsa ja osoittavat tehtävien toteuttamiseen riittävät voimavarat</li><li>■ Sovitaan eri hallinnonalojen välisestä yhteistyöstä tavoitteiden toteuttamiseksi</li><li>■ Kunnat ja kuntayhtymät ottavat päätöksenteossaan (lautakunta- ja hanketyöskentelyssä) käyttöön vaikutusten ennakoarvioinnin (IVA) menetelmän nostaakseen tietoisuuteen eri hallinnonalojen päätösten terveystalvvelvaikutukset ja mahdolliset eri tavoin eri väestöryhmiin kohdistuvat vaikutukset pitkällä aikavälillä</li></ul>
2. Kuntalaisille turvataan terveellinen elinympäristö ja vahvistetaan elinoloja (asuinolot, työolot)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Parannetaan yhdyskuntasuunnittelun keinoin erityisesti heikkoja asuinalueita ja elinympäristöjä (asuinalueiden liikuntamahdollisuuksia, turvallisuutta ja viihtyisyyttä) ja turvataan kohtuuhintaisia ja kohtuutasoisia asuntoja kaikille</li><li>■ Huolehditaan esteettömien ja turvallisten kevyenliikenteen väylien rakentamisesta ja kunnosta sekä julkisesta liikenteestä (sen sijaan että luodaan yksityisautoriippuvuutta)</li><li>■ Edistetään kunnan tilojen moninaiskäyttöä ja maksuttomuutta (lasten ja nuorten harrastukset, työttömät, vanhukset).</li></ul>

TAVOITTEITA	ESIMERKKEJÄ TOIMENPITEISTÄ
3. Järjestöjen edellytyksiä toimia terveyserojen kaventamistyössä vahvistetaan (mm. rahoitus-, verotus- ja kilpailukysymykset)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tuetaan järjestöjen osallistumista rahoituksen ja yhteistyön avulla. Pyritään poistamaan kilpailukysymysten aiheuttamia esteitä</li> </ul>
4. Nuorille turvataan tarpeenmukaiset tukitoimet koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Järjestetään ura- ja elämänsuunnitteluohjausta osana opetusta ja opinto-ohjausta peruskoulussa ja toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa</li> <li>■ Ehkäistään ammatillisen koulutuksen keskeyttämisiä lisäämällä koulutuksen motivaatiota (tukihenkilöjärjestelmät, omien vahvuuksien löytäminen, seuranta koulutuksessa olevista ja pudokkaista)</li> <li>■ Tarjotaan työllistämisen tukitoimia tarvitseville työpajatoimintaa</li> <li>■ Vakiinnutetaan varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävien tai sen keskeyttävien tukitoimet</li> </ul>
5. Peruskoulun mahdollisuuksia ehkäistä terveyserojen syntymistä ja syrjäytymistä vahvistetaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uudistetaan koulupäivien rakennetta ns. ehyttävien koulupäivien kokemusten suuntaisesti</li> <li>■ Turvataan tarpeenmukaiset tukitoimet oppimisvaikeuksista kärsiville oppilaille (kohtuullisen kokoiset luokkakoot ja kouluavustajien riittävyys)</li> <li>■ Kehitetään kodin ja koulun aktiivista ja myönteistä kasvatuskumppanuutta</li> </ul>
6. Vajaakuntoisten ja pitkäaikaisesti työttömien työllistäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Luodaan järjestelmä, jossa tuetaan yrityksiä vajaakuntoisten työllistämiseksi (velvoitetöylyttäminen).</li> </ul>
7. Onnistunut ikääntyminen eli tuetaan fyysisen toimintakyvyn myönteistä kehitystä ja kognitiivista toimintakykyä	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Turvataan ikääntyvien mahdollisuus osallistua liikuntaan, järjestötoimintaan, opiskeluun ja sosiaaliseen kanssakäymiseen</li> <li>■ Tarjotaan yli 70-vuotiaille vapaa pääsy kunnan kulttuuri- ja virkistystoimintaan ja yli 60-vuotiaille maksuttomat kuntosalikortit</li> </ul>
8. Vähennetään pitkäaikaisasunnottomuutta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asumiskustannukset varmistetaan toimeentulon mukaisesti ja häätöjä ehkäistään tukitoimin.</li> <li>■ Lisätään asunnottomien yhteisöllisyyttä ja tuetaan elämänhallintaa.</li> </ul>

### Elintapoihin vaikuttaminen

Elintapoja koskevat esimerkit liittyvät päihteiden käytön vähentämiseen, terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan lisäämiseen.

TAVOITTEITA	ESIMERKKEJÄ TOIMENPITEISTÄ
<p><i>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</i></p> <p>9. Alkoholihaittojen ehkäisy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Otetaan mini-interventio käyttöön riskiryhmien kohdalla työterveys- huollon terveystarkastuksissa sekä kohdennetusti perusterveyden- huollossa ja erikoissairaanhoidossa</li> </ul>
<p>10. Tehostetaan ehkäisevää päihde- työtä riskiryhmien piirissä</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Otetaan varhainen puuttuminen käytännöksi tilanteissa, joissa luontevasti kohdataan perheitä, nuoria ja eri-ikäisiä riskiryhmiä. Sovitaan eri toimialoilla yhteiset toimintakäytännöt</li> <li>■ Tehdään riskikartoitus koulu- ja opiskeluhuollon, työterveyshuollon, kotisairaanhoidon ja vapaa-aikatoimen asiakaskontakteissa</li> <li>■ Luodaan yhteiset alueelliset käytännöt rajoittaa alaikäisten alko- holin ja tupakan saatavuutta, sopia myynnin valvontakäytännöistä ja suosituksista yleisillä paikoilla kuten erilaisissa tapahtumissa, liikuntapaikoilla ja seurojen toiminnassa tupakoinnista ja alkoholin käytöstä</li> </ul>
<p>11. Kehitetään päihdepalvelujen saatavuutta ja laatua erityisesti riskiryhmiin kuuluvien kohdalla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kehitetään matalakynnyksisiä päihdepalveluja, esim. hoidon saatavuutta päihtyneenä</li> <li>■ Luodaan päihdepalvelujen rinnalle tukipalveluja kuten asumispal- veluja ja päiväkeskustoimintaa ja tuetaan yhteisöllisyyttä</li> </ul>
<p><i>TUPAKOINTI</i></p> <p>12. Tupakoinnista vierottaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Luodaan positiivista mainontaa ja viestintää tupakoinnin vähentä- miseksi</li> <li>■ Liitetään tupakasta vierottaminen terveyspalvelujen tehtäväksi</li> <li>■ Tuetaan perheitä savuttomuuteen erityisesti raskauden aikana.</li> </ul>
<p><i>RAVITSEMUS</i></p> <p>13. Lihavuuden hoidossa paino- piste ehkäisyyn ja ongelmien tunnistamiseen kiinnittäen huomiota eri sosiaaliryhmien mahdollisesti erilaisiin tarpeisiin ja edellytyksiin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oppilaiden laatuneuvosto varmistamaan kouluruokailun laatua</li> <li>■ Tarjotaan äitiys- ja lastenneuvolassa tarpeen mukaan kohdennet- tua yksilöllistä neuvontaa</li> <li>■ Liitetään painon ja vyötärön ympäryksen seuranta osaksi tervey- dentilaselvitystä.</li> <li>■ Tehdään elintarvikeammattilaisten kanssa yhteistyötä terveellisen ruoan hinnoitteluun, mainontaan ja pakkauskokeihin vaikuttaen</li> </ul>
<p><i>LIIKUNTA</i></p> <p>14. Liikuntapalvelujen tarjonta koh- dennetusti maksuttomasti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rääätälöidään liikuntapalveluja erityisesti riskiryhmiin kuuluville (huonokuntoiset miehet, mielenterveyskuntoutujat, työttömät)</li> <li>■ Tiedotetaan liikuntaseteleistä ja annetaan niiden tarjonta esim. asukasyhdistyksille, yhteispalvelupisteisiin, KELA:lle ja/tai työvoi- matoimistoihin</li> </ul>
<p>14. Lisätään liikuntaa kouluissa, päiväkodeissa ja kerhoissa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Huolehditaan koulujen liikuntavälineiden ajanmukaisuudesta ja liikuntaan inspiroivasta ympäristöstä.</li> <li>■ Tarjotaan vaihtoehtoja avoimien ovien periaatteella, erityishuomio vähän liikkuvien lasten ja nuorten liikuntaan.</li> </ul>

## Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän kehittäminen

Sosiaali- ja terveystalvelut ovat terveyserojen kaventamisen kannalta avainasemassa. Perustalvelujen riittävällä resursoinnilla hillitään erityistalvelujen kasvun tarvetta ja säästetään kustannuksia. Turvaamalla ehkäisevien talvelujen (perhetyön, ehkäisevän lastensuojelutyön, neuvolatyön, koulu- ja opiskelu(terveyden) huollon) toimivuus mahdollistetaan kohdennettu varhainen tuki ja hyvinvointiongelmien puuttuminen riittävän varhain. Terveystalvelujen kaventamista lasten, nuorten ja lapsiperheiden talvelujen avulla kuvataan tarkemmin liitteessä Terveystalvelujen ja syrjäytymisen ehkäisy lapsuudessa ja nuoruudessa.

TAVOITTEITA	ESIMERKKEJÄ TOIMENPITEISTÄ
15. Turvataan ja vahvistetaan tarpeen mukaan olemassa olevat toimivat ja tasa-arvoon tähtäävät ehkäisevien talvelujen järjestelmät kuten neuvolatyö, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, kouluruokailu, mielenterveys-työ, varhaiskasvatus, perhetyö ja ehkäisevä lastensuojelutyö.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Toteutetaan tarvittaessa positiivista diskriminointia eli annetaan erityistä tukea heikoimmassa asemassa oleville (tarvelähtöisyys). Kohdennetaan erityistoimenpiteitä sellaisille riskiryhmille, joiden kasautuneet elämäntapaongelmat edellyttävät väliintuloa, esimerkiksi mini-interventio terveydenhuollossa tai liikunnan ja muiden harrastusmuotojen tarjonta</li> <li>■ Lisätään moniammatillista yhteistyötä esim. vahvistamalla hyvinvointitukea lasten kehitysympäristössä (perhepalvelukäytännöt).</li> <li>■ Tuetaan elämäntalvelua psykososiaalisen perhetyön avulla ja antamalla sosioemotionaalista tukea koulussa</li> </ul>
16. Parannetaan toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa terveyttä edistäviä rakenteita ja prosesseja	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vahvistetaan opiskeluterveydenhuoltoa ja opiskeluhuoltoa</li> <li>■ Parannetaan terveystiedon opetusta</li> </ul>
17. Kehitetään käytäntöjä, joilla terveysriskiryhmiin kuuluvat, hoitoa tarvitsevat saadaan mahdollisimman varhain tuen/hoidon piiriin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Otetaan käyttöön varhaisen puuttumisen menetelmät ja käytännöt</li> <li>■ Tehdään riskikartoituksia asiakastalveluissa (sosiaali- ja terveydenhuolto, koulu- ja opiskeluhuolto, työterveyshuolto, vanhustenhuolto ja päihdetyö).</li> </ul>
18. Tuetaan lapsen ja vanhempien varhaista vuorovaikutusta ja sosioemotionaalista kehitystä.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen vakiinnutetaan osaksi perhepalvelukäytäntöä/neuvolajärjestelmää</li> <li>■ Kehitetään vertaisryhmätoimintaa</li> </ul>
19. Vakiinnutetaan lapsiperhetyötä tekevien yhteistyörakenteet ja prosessit ja sitoutetaan henkilöstö terveyserojen kaventamiseen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Varmistetaan lastensuojelulain (4417/2007) edellyttämän suunnitelman laatiminen eri hallintokuntien yhteistyönä</li> <li>■ Kehitetään lapsiperhetyötä tekevien yhteistyörakenteita perhepalvelujärjestelmän ja verkostotoiminnan mallien mukaisesti</li> </ul>
20. Lisätään etsivää työtä kuten ehkäiseviä kotikäyntejä ja varhaisen mukaantulon työvälineiden käyttöä	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tehdään kotikäynnit riskiryhmissä oleville ikäihmisille (esimerkiksi yksin asuville miehille, pienituloisille, vähän koulutetuille, muistihäiriöisille) ja ohjataan tarpeen mukaan seniorineuvolaan (fyioterapia, toimintaterapia, neuvonta)</li> <li>■ Turvataan vanhuksille kotona asuminen mahdollisimman pitkään huolehtimalla asuntojen esteettömyydestä ja kotihoidon talveluista.</li> </ul>

### **Terveyserojen tietopohjan kehittäminen**

Jotta strategiaan tavoitteisiin olisi mahdollista kunnissa päästä, tarvitaan kunta- ja aluetasoa palvelevaa tietojärjestelmää. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietojärjestelmät tulisi luoda toimipaikkakohtaisesti sekä kunta- ja aluekohtaisesti siten, että niistä on saatavissa tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä (tietosuojakysymykset huomioon ottaen), niiden jakautumisesta ja muutoksista, palvelujärjestelmän kyvystä vastata hyvinvointitarpeisiin sekä toiminnan vaikuttavuudesta. Väestöryhmien välisiä terveyseroja kuvaavat tiedot tulisi olla saatavissa suurissa kunnissa kuntakohtaisesti ja pienemmissä kunnissa alueellisesti koottuna. Kunta- ja aluekohtaisesta tiedosta koostuisi valtakunnallinen seurantatietojärjestelmä. Tietojärjestelmiin tulisi sisältyä myös yhteisöille ja kuntalaisille osoitettua terveystietoa sekä tietoa toimien vaikuttavuudesta. (ks. raportin luvut 2.4 ja 2.5).

### **LÄHTEET**

- 1 STM (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2001:4 Helsinki.
- 2 Graham H, Kelly MP (2004) Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy. Health Development Agency, London.
- 3 WHO Commission on Social Determinants of Health, [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)
- 4 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1986) Suomen terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.



## TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN ELINTAPOIHIN VAIKUTTAMALLA

*Ritva Prättälä, Eila Linnanmäki, Erkki Vartiainen*

### TAUSTA

Tupakka, päihteet sekä epäterveelliset ravinto- ja liikuntatottumukset ovat tärkeimpien sosioekonomisia kuolleisuus- ja sairastavuuseroja aiheuttavien sairauksien yhteisiä riskitekijöitä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat jyrkkiä verenkierroelinten sairauksissa, hengityselinten taudeissa, runsaaseen alkoholinkäyttöön liittyvissä sairauksissa ja miehillä myös keuhkosyövässä. Myös esimerkiksi diabeteksen esiintyvyydessä on suuria sosioekonomisia eroja. Liiallisen energiansaannin ja liikkumattomuuden seuraus - ylipaino - on monien kansansairauksien riskitekijä, joka on yleisempi alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä kuin ylemmissä. Elintapojen väestöryhmäerot ovat enimmäkseen samansuuntaisia kuin kuolleisuuden ja sairastavuuden väestöryhmäerot. Terveyttä edistävät elintavat ovat keskimäärin yleisempiä naisilla, korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja ylemmillä toimihenkilöillä kuin miehillä, perusasteen koulutuksen saaneilla ja työntekijäammateissa toimivilla.

Elintavat ovat sosiaalisesti ja kulttuurisesti määräytyneitä, eikä niitä voi pitää pelkästään yksilön vapaan valinnan tuloksena. Elintavat ovat osa ryhmän tai yksilön elämäntyyliä. Elämäntyyli muotoutuu yksilöllisten valintojen sekä kulttuuristen ja aineellisten valinnan mahdollisuuksien vuorovaikutuksessa. Siten ihmisten aineelliset ja henkiset voimavarat, taloudellinen toimeentulo, sosiaaliset suhteet ja elinympäristö, arjen kulttuurit, arvot ja asenteet sekä markkinointi ja mainonta vaikuttavat suuresti elintapoihin. Elintapojen väestöryhmäerot syntyvät varhain. Eroja havaitaan jo yläasteikäisillä: huonosti koulussa menestyvät ja/tai huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien vanhempien lapset esimerkiksi tupakoivat muita useammin.

Elintapoihin voidaan periaatteessa vaikuttaa koko elämänkulun ajan, sen jälkeenkin kun yhteiskunnallinen asema, esimerkiksi koulutustaso ja ammatti-asema, ovat vakiintuneet. Pyrittäessä vaikuttamaan elintapoihin tulee erityisesti kiinnittää huomiota politiikan mahdollisuuksiin tehdä terveyttä edistävät elintavat helpommiksi valita kaikissa väestöryhmissä. Tiedotus ja koulutus ovat tärkeitä mielipideilmastoon ja kulttuuriin vaikuttavia keinoja. Niitä tulee kuitenkin edelleen kehittää, jotta ne tavoittaisivat parhaiten juuri ne ryhmät, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisimpiä.

Elintapoihin liittyvistä politiikoista tässä tarkastellaan alkoholi-, tupakka-, ravitsemus- ja liikuntapolitiikkaa, koska ne ovat yhteydessä keskeisiin sairastavuuden ja kuolleisuuden eroihin. Suunniteltaessa elintapoihin vaikuttavia toimia

on kiinnitettävä huomiota sekä koko väestöön että kaikkein huono-osaisimpiin väestöryhmiin. Pitkäaikaisten vaikutusten aikaansaamiseksi on otettava huomioon se, että terveyttä vahvistavat elinolot ja taloudellisen ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy elämänkulun eri vaiheissa ovat edellytyksiä terveyttä edistäville elintavoille.

### **Alkoholinkäytön väestöryhmittäiset erot**

Vakavat alkoholinkäytön haitat, kuten alkoholikuolemat ja sairaalahoidot, ovat monta kertaa yleisempiä alemmissa kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. Miehillä työntekijöiden alkoholikuolleisuus on noin nelinkertainen verrattuna ylempiin toimihenkilöihin. Alkoholiveron laskun jälkeinen kuolleisuuden kasvu vuonna 2004–2005 oli tuntuvin erikoistumattomilla työntekijämiehillä ja -naisilla sekä työttömällä. Työttömien alkoholikuolleisuus on peräti kymmenkertainen verrattuna työssäkäyviin.

Alkoholimyrkytykseen kuolleista miehistä yli 70 prosenttia on työntekijäammateissa ja kuusi prosenttia toimihenkilöasemassa. Miesten alkoholitaudeista lähes 70 prosenttia todetaan työntekijöillä ja toimihenkilöillä 10 prosenttia. Kaiken kaikkiaan alkoholinkäytön on todettu selittävän neljäsosan työntekijämiesten ja ylempien toimihenkilömiesten välisestä elinajanodotteen erosta.

Juodun alkoholin kokonaismäärässä ei ole suuria sosioekonomisia eroja, mutta juomatavoissa on jonkin verran eroa. Työikäisistä naisista ja miehistä alkoholin suurkulutus ja humalajuominen ovat yleisempiä vähän koulutetuilla ja työntekijäammateissa toimivilla. Nuortenkin alkoholinkäyttö vaihtelee sekä nuoren oman että hänen vanhempiansa sosioekonomisen aseman mukaan. Humalajuominen on yhteydessä huonoon koulumenestykseen ja on yleisempää toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien keskuudessa kuin lukiolaisilla.

Alkoholiongelmat johtavat helposti syrjäytymiseen ja saattavat siirtyä sukupolvelta toiselle. Alkoholiongelmaikäyttö on yhteydessä työ- ja perhe-elämän vaikeuksiin sekä mielenterveysongelmiin. Toisaalta ongelmat perheessä, työssä tai mielenterveydessä saavat aikaan ja pahentavat alkoholiongelmia.

### **Tupakoinnin väestöryhmittäiset erot**

Suomessa on edelleen noin miljoona tupakoitsijaa, ja tupakoinnin aiheuttama tautitaakka on suuri. Päivittäinen tupakointi jakautuu voimakkaasti sosiaaliryhmittäin. Vähiten koulutetuista miehistä lähes 40 prosenttia tupakoi, eniten koulutetuista alle 20 prosenttia. Koulutusryhmien välinen ero on kasvanut tasaisesti 1970-luvun lopulta, kun korkeasti koulutetut ovat vähentäneet tupakointiaan. Vähän koulutetut naiset ovat lisänneet tupakointiaan niin, että nykyisin lähes 30 prosenttia tupakoi päivittäin, koulutetuista naisista vain joka kymmenes tupakoi.

Nuorten tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat jopa kärjistyneempiä kuin työikäisten, mikä ennakoii terveyserojen säilymistä vuosikymmeniä. Erityisen voimakkaasti tupakointi vaihtelee nuoren oman koulutuksen tai koulumenestyksen mukaan. Päivittäinen tupakointi on ammatillisissa oppilaitoksissa yli kolme kertaa yleisempää kuin lukioissa.

Tupakansavulle altistuneiden määrä on vähentynyt erityisesti työpaikkoja koskevan tupakkalain ansiosta. Tupakansavulle altistumisen takia Suomessa kuolee vuosittain ennen aikaisesti 20–30 tupakoimatonta keuhkosyöpään ja 250 sydän- ja verisuonisairauksiin. Joka viides pientyöpaikan työntekijä ilmoittaa edelleen altistuvansa tupakansavulle sisätiloissa.

### **Ravinnon ja liikunnan sosioekonomiset erot**

Ravinnon ja liikunnan tasapaino on ihannepainon edellytys. Koska lihavuus on kasvava kansanterveysongelma, lihavuuden ehkäisemiseksi tulee vaikuttaa niin ravintoon kuin liikuntaankin. Lihavuus vaihtelee sosiaaliryhmittäin etenkin naisilla; se on selvästi harvinaisempaa hyvin koulutetuilla. Lihavuuden sosioekonomiset erot eivät ole viime vuosikymmeninä pienentyneet, vaan pikemminkin kasvaneet. Lihavuuden yleistymisen taustalla ovat todennäköisesti elinympäristössä tapahtuneet muutokset. Liikunta työssä ja arkisissa askareissa on vähentynyt, mutta vapaa-ajan liikunnanharrastus tai ruokavalion kevennykset eivät ole riittäneet pitämään ravinnon saantia ja liikuntaa tasapainossa.

*Ravinto.* Suomalaiset saavat ruokavaliostaan liian paljon energiaa ja tyydyttyntä rasvaa. Sosioekonomisia eroja energian tai energiaravintoaineiden saannissa ei juuri ole, mutta rasvan lähteet vaihtelevat. Voin käyttö leipärasvana on ollut yleisempää alimmassa koulutusryhmässä kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Voin käyttö leipärasvana on kokonaisuudessaan vähentynyt. Miesten koulutusryhmittäiset erot leipärasvan käytössä ovat pienentyneet ja naisten erot hävinneet kokonaan. Juuston syöminen koulutusryhmittäiset erot ovat erisuuntaiset kuin voin. Hyvin koulutetut syövät keskimääräistä enemmän juustoa. Juuston merkitys hyvin koulutettujen väestöryhmien tyydyttyneen rasvaan lähteenä saattaa tulevaisuudessa pienentyä, sillä heidän on uusimmissa tutkimuksissa todettu syövän muita väestöryhmiä useammin vähärasvaisia juustoja.

Kasviksia tulee syödä runsaasti päivittäin ja niiden kulutusta tulisi suosituksen mukaan lisätä reilusti. Kasvisten syönti onkin parin viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt, mutta sosioekonomiset erot kasvisten päivittäisessä kulutuksessa ovat pysyneet. Mitä korkeampi koulutusryhmä, sitä enemmän ryhmässä on kasviksia päivittäin syöviä miehiä ja naisia. Uusimmat tutkimukset viittaavat siihen, että kasvisten syönnin sosioekonomiset erot olisivat kaventumassa.

Kansanterveyden kannalta tärkein ravitsemukseen liittyvä sosioekonominen ero on kasvisten käytössä. Ateriointiin liittyvät erot, kuten se, että hyvin koulutetuilla on keskimääräistä paremmat mahdollisuudet syödä lounas työpaikkaravintolassa, voimistavat tätä eroa. Työpaikkalounaan syöminen näyttää lisäävän erityisesti kasvisten ja kalan käyttöä ravitsemussuosittelusten mukaiseksi.

Ravinnon sosioekonomiset erot syntyvät jo vauvaiässä, sillä alempaan sosiaaliryhmään kuuluvien äitien on todettu imettävän lapsiaan lyhyemmän aikaa kuin ylemmän sosiaaliryhmän äitien.

*Liikunta.* Eri liikuntamuotojen, kuten työmatka- tai terveysliikunnan harrastamisen useudesta tai määrästä eri sosioekonomisissa ryhmissä on hyvin vähän tutkimustietoa. Hyvä sosioekonominen asema näyttää olevan yhteydessä liikun-

nan harrastamiseen, kunto- ja työmatkaliikuntaan, sekä aerobiseen kuntoon. Hyötyliikunnan (puutarhanhoito, kalastus, marjastus, jne.) harjoittamisessa vähemmän koulutetut miehet ovat jonkin verran aktiivisempia kuin paremmin koulutetut. Suomalaisten aikuisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt parin viime vuosikymmenen aikana kaikissa koulutusryhmissä. Ylimmän koulutusryhmän miehet harrastavat vapaa-ajan liikuntaa useammin kuin alempien. Naisilla vastaavaa eroa ei ole havaittu.

Vanhempien heikon sosioekonomisen aseman on osoitettu olevan yhteydessä lasten ja nuorten vähäiseen liikunnan harrastamiseen ja osallistumiseen urheilu- ja liikuntaseuraliikuntaan. Perheen heikko taloudellinen asema saattaa olla este lapsen liikuntaharrastukselle. Koulussa huonosti menestyvät ja opintonsa keskeyttäneet harrastavat vähemmän liikuntaa kuin pitkälle koulutusuralle hakeutuneet tai sitä suunnitelleet. Peruskoulua ja lukiota käyvät nuoret harrastavat enemmän liikuntaa kuin ammattikoululaiset. Huono koulumenestys on yhteydessä vähäiseen liikunnan harrastamiseen myös myöhemmin elämässä. Koulutus sekä koulusaavutukset näyttäisivätkin olevan lapsuuden perhetaustaa tärkeämpää tekijöitä myös aikuisiän fyysisen aktiivisuuden kannalta.

Eläkeikäisen väestön liikunnasta tai sen muutoksista on varsin niukasti väestötasoisia tietoja. Kävely on yksi suosituimmista liikuntamuodoista vanhusväestössä eikä mainittavia muutoksia kävelyn yleisyydessä tai systemaattisia koulutusryhmittäisiä eroja ole havaittu. Kyky harrastaa muuta liikuntaa kuin kävelyä on kuitenkin parempi ylimmässä koulutusryhmässä verrattuna alempiin koulutusryhmiin.

### **Alkoholipolitiikan nykytila ja haasteet**

Kansanterveyden merkitys varsinkin alkoholin - mutta myös tupakan - veropolitiikassa on viime vuosina selvästi heikentynyt samalla kun veropohjan turvaaminen ja elinkeinon toiminnan tukeminen ovat nousseet etualalle. EU-komission vuonna 2002 julkaisemassa alkoholiveroraportissa jäsenvaltiot eivät pitäneet kansanterveysperusteita tärkeinä veroratkaisuja tehtäessä.

Perinteinen suomalainen alkoholipolitiikka, joka on perustunut hinnan korkeana pitämiseen ja saatavuuden rajoittamiseen, on vaikeutunut. Alkoholimonopolit purettiin 1995 vähittäismyyntimonopolia (Alko Oy) lukuun ottamatta. Kansanterveyden kannalta vähittäismyyntimonopoli onkin merkityksellisin ja se tulee edelleen säilyttää. Monopoli on kokonaisvaltainen (siis ei syrjintää lisäävä) keino alkoholin kokonaiskulutuksen hillitsemiseksi.

1970-luvusta lähtien alkoholipolitiikka pyrki ennen kaikkea säätelemään kokonaiskulutusta. Tämä politiikka osaltaan hillitsi alkoholin aiheuttamien sosioekonomisten terveyserojen kasvua. Sittemmin alkoholin saatavuutta on lisätty. Alkoholiverotusta kevennettiin v. 2004. Hintojen aleneminen näyttää lisänneen erityisesti alempien sosiaaliryhmien kulutusta ja suurkulutusta.

Kontrollin lieventyessä ja hintojen laskiessa erot ovat kasvaneet. Alkoholihaitat ovat lisääntyneet jo siinä määrin, että suomalaiset ovat alkaneet 1990-luvun vapaamielisyyden vastapainona toivoa saatavuuden rajoituksia, kuten korkeam-

pia alkoholiveroja. Mielipideilmasto on 2000-luvulla muuttunut alkoholin saatavuuden rajoittamista ja valvontaa suosivaksi. Tämä ei ole kuitenkaan johtanut siihen, että kansanterveydelliset lähtökohdat esimerkiksi veropäätöksissä olisi otettu riittävästi huomioon.

Valtionhallinnon muutokset ovat siirtäneet alkoholiongelmien ehkäisyn painopistettä valtionhallinnosta kuntiin. Kunnat eivät kuitenkaan ole olleet valmiita ottamaan ehdoitta tätä vastuuta: puuttuu sekä resursseja että osaamista. Alkoholilain valvonnan painopiste siirtyi vuonna 2005 STTV:ltä lääneille ja siinä yhteydessä valvonnan resursseja myös jonkin verran lisättiin. Tämä on tukenut kunnissa tapahtuvaa vastuullista anniskelua (ravintolat) ja vastuullista myyntiä (vähittäismyynti ml. kioskit ja liikennemyymälät).

### **Tupakkapolitiikan nykytila ja haasteet**

Suomen tupakkapolitiikka on jäänyt jälkeen monista Euroopan maista. Tupakan reaalihintana Suomessa laskenut selvästi viiden viime vuoden aikana, ja se on alhainen verrattuna tulotasoltaan samankaltaisiin maihin. Lisäksi irtotupakkaa on kohdeltu verotuksellisesti kevyemmin. Se on johtanut siihen, että vähemmän koulutetuista merkittävä osuus polttaa itse käärittyjä savukkeita, joiden terva- ja häkäpitoisuudet ovat teollisia savukkeita suuremmat.

Nykyinen tupakkalaki on säädetty vuonna 1976, ja sitä on sen jälkeen muutettu keskimäärin joka toinen vuosi. Tämän seurauksena laki on sekava, sisältää ristiriitaisuuksia ja asioita, jotka eivät enää vastaa nykyaikaista säätelytekniikkaa ja oikeusjärjestystä. Esimerkiksi tupakkatuotteiden määrittely ei sisällä uusia markkinoille tulossa olevia tai jo olevia tuotteita ja verkko-ostamisen kieltä puuttuu. Lain valvonta on siirtynyt kokonaan keskushallinnosta kunnille, minkä vuoksi lain noudattaminen voi edelleen heikentyä.

Tupakan saatavuuden rajoittamista ei ole tuettu, eivätkä tupakkalain omaa valvontaan perustuva käytäntö ja vähäiset rangaistukset toimi. Tämä näkyy nuorten tupakkaostojen yleisyytenä. Lisäksi tupakoinnin rajoittaminen lasten elinympäristössä sekä nuorten toimintaympäristöissä on onnistunut huonosti. Kotona sisätiloissa tupakointi on lapsiperheissäkin yleistä ja kouluissa tupakointia valvotaan huonosti. Sen sijaan työpaikkarajoitukset ovat toimineet hyvin lukuun ottamatta pientyöpaikkoja. Tupakkalaki on saatava toimimaan myös pientyöpaikoilla.

Suomalaiset suhtautuvat positiivisesti tupakoinnin vähentämistyöhön ja sitä tukevan lainsäädännön kehittämiseen. Myös suurin osa tupakoitsijoista hyväksyy rajoitukset ja haluaisi lopettaa tupakoinnin. Työikäisen väestön tupakoinnista vieroitukseen on suunnattava resursseja nykyistä enemmän. Työterveyshuollon roolia tässä toiminnassa tulisi tehostaa.

Suomessa käytetään tupakoinnin vähentämistyöhön suhteellisen vähän varoja. Tupakkaveron tuotosta 0,75 prosenttia on suunnattu terveyden edistämiseen, josta osa käytetään tupakoimattomuuden edistämiseen. Muun muassa Isossa-Britanniassa, Irlannissa ja Islannissa suurempi osuus verosta ohjataan tupakoimattomuuden edistämiseen kuin Suomessa.

Tähänastiset tupakoinnin vähentämiseen tähtäävät toimet eivät ole pienentäneet tupakoinnin sosioekonomisia eroja. Niiden vaikutus on voinut olla jopa päinvastainen.

### **Ravitsemus- ja liikuntapolitiikan nykytila ja haasteet**

*Ravinto.* Ruokatottumusten sosioekonomiset erot ovat muuttuneet vain vähän kahden viime vuosikymmenen aikana – lukuunottamatta leipärasvojen käytön erojen selvää kaventumista. Ei ole tutkimuksellista näyttöä, mitkä toimenpiteet ovat kaventaneet rasvankäytön eroja, mutta muutos on todennäköisesti saatu aikaan yleisellä ravitsemusvalistuksella sekä tietoisilla ja ei-tietoisilla poliittisilla toimenpiteillä, kuten hinta-, vero- ja maatalouspolitiikalla. Ravinnon sosioekonomisten erojen kaventamisessa tehokkaimmalta toimintamallilta vaikuttaa se, että toimenpiteet kohdistetaan kaikkiin väestöryhmiin eikä pelkästään ns. huono-osaisiin. Käytännössä tämä tarkoittaa koulujen ja päiväkotien ruokaloiden jatkuvaa ja lisääntyvää tukemista, kansallisia ravitsemussuosituksia ja laajoja terveyden edistämiskampanjoita. Erityisen tehokkaita olisivat sellaiset kaikille suunnatut toimenpiteet, jotka kuitenkin hyödyttäisivät erityisesti matalassa sosioekonomisessa asemassa olevia. Näistä esimerkkinä voisi olla kasvien hinnan pitäminen riittävän alhaalla hinta-, vero- ja maatalouspolitiikan keinoin. Elintarvikkeiden arvonlisäverokannan alentaminen hyödyttää erityisesti pienituloisia kotitalouksia ja on esitetty, että elintarvikeverotuksen porrastaminen ruoan terveellisyyden perusteella parantaisi erityisesti pienituloisten kotitalouksien hankkimien ruoan ravitsemuksellista laatua.

Tulevaisuudessa sosioekonomisia eroja tulisi pyrkiä kaventamaan sekä valtakunnallisella politiikalla, kuntatason toimenpiteillä että kansalaisjärjestöjen toiminnalla. Valtio on keskeisessä asemassa kun vaikutetaan elintarvikkeiden hintaan, saatavuuteen ja annettaessa kansallisia ravintosuosituksia. Kunta on keskeisessä asemassa huolehtiessaan ateriapalveluista ja kansalaisjärjestöillä on keskeinen merkitys terveyden edistämishelmien suunnittelussa ja toteutuksessa.

*Liikunta.* Viime vuosikymmenien aikana vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, kun taas työmatka- ja työliikunta ovat vähentyneet. Ihmiset ovat muuttaneet yhä useammin tiheästi asutetuille kaupunkialueille, joissa liikunnan harrastamisen mahdollisuudet ovat erilaiset kuin haja-asutusalueilla. Liikunnan muutoksista tärkeimpiä saattaa olla työliikunnan vähentyminen, sillä työ on muuttunut yhä kevyemmäksi automaation myötä. Tämä koskee erityisesti matalammin koulutettua väestöryhmää, joka perinteisesti on tehnyt ruumiillisesti vaativaa työtä. Työn fyysisten vaatimusten keveneminen on toisaalta merkinnyt kuluttavien työasentojen vähenemistä ja ergonomian paranemista, mutta toisaalta energiankulutuksen vähenemistä eli lisääntynyttä lihomisriskiä.

Vapaa-ajan liikunnan lisääntyminen on ollut toivottu muutos, joka on oletettavasti tapahtunut tasaisesti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Silti väestöstä noin kolmannes on fyysisesti inaktiivisia. Olisi hyödyllistä tietää, mihin ryhmiin fyysisesti passiiviset henkilöt pääosin kuuluvat, jotta heidät voitaisiin ottaa paremmin huomioon terveys- ja liikuntapoliittisissa suunnitelmissa. Lisäksi tuli-

si selvittää missä määrin työaikainen liikunta, työmatkaliikunta ja erityyppiset vapaa-ajan liikuntamuodot (harrastukset vs. hyötyliikunta) vaihtelevat eri sosioekonomisissa ryhmissä ja mitä mahdollisia muutoksia näissä on tapahtunut ikäryhmittäin, jotta liikuntapoliittisten toimien vaikutuksia voitaisiin arvioida.

## LINJAUKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

### ALKOHOLI JA TUPAKKA

Päihdeongelmien kasvupohjana on yhteiskunnallinen eriarvoisuus ja siihen kytkeytyvä köyhyys, syrjintä työmarkkinoilla, työttömyys ja asunnottomuus. Alkoholihaitoissa ilmeneviä eroja ja tupakointieroja ei ole mahdollista poistaa yksinomaan alkoholi- ja tupakkapolitiikan keinoin, vaan on vaikutettava rakenteelliseen politiikkaan: ehkäistävä köyhyyttä ja syrjäytymistä työ-, palkka-, vero-, koulutus- ja sosiaalipoliittisilla toimenpiteillä. Kulttuuriin vaikutetaan kasvatuksen, koulutuksen, tiedotuksen ja valistuksen avulla sekä myös mainonnan rajoituksilla. Kulttuurisia keinoja suunniteltaessa on otettava huomioon se, että valistus ja tiedotus vaikuttavat parhaiten muiden toimenpiteiden rinnalla.

#### **Tavoitteet, toimintalinjat ja toimenpide-ehdotukset:**

##### **Alkoholi**

##### **Tavoite:**

Alkoholinkäytöstä aiheutuvien sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen

##### **Toimintalinjat:**

1. Vähennetään alkoholin kokonaiskulutusta
2. Vähennetään alkoholin riskikulutusta ja humalajuomista
3. Tehostetaan alkoholihaittojen ehkäisyä ja varhaista puuttumista alkoholi-ongelmiin erityisesti sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevissa ryhmissä
4. Parannetaan päihdepalveluja erityisesti heikommassa asemassa olevissa ryhmissä

##### **Toimenpide-ehdotukset:**

##### *A. Lainsäädännön ja viranomaisvalvonnan keinot*

Vastuutahot: VM, STM, SM, LVM, STTV, läänit

- a) Hintatason ja saatavuuden sääntely
  - Nostetaan alkoholiveroa siten, että kuluttajahinnat nousevat 30 prosenttia
  - Säilytetään viinien ja väkevien juomien vähittäismyynnin monopoli
  - Otetaan käyttöön matkustajien alkoholin maahantuontia koskevia rajoituksia
  - Kehitetään alkoholilupajärjestelmää niin, että vähittäismyynti- ja anniskelupaikkojen sijaintia ja tiheyttä voidaan rajoittaa sosiaali- ja terveystieteiden perusteiden paikallinen tilanne huomioon ottaen

- Rajoitetaan vähittäismyynti- ja anniskeluaikoja
  - Tehostetaan päihtyneille myyntiä ja anniskelua koskevan kiellon noudattamisen valvontaa
  - Tuetaan anniskelun ja vähittäismyyntin omavalvontaa lakisääteistämällä omavalvontavelvoite
- b) Vaikuttaminen alkoholinkäyttöä ja humalajuomista ylläpitäviin sosiaalisiin normeihin
- Otetaan käyttöön alkoholihaittoja koskevat varoitukset mainoksissa
  - Rajoitetaan alkoholijuomien elämäntyyliä ja urheilu- ja viihdesponsorointia
  - Alennetaan tie- ja vesiliikennejuopumuksen promillerajaa
- c) Erityisesti nuoriin kohdistuvat toimenpiteet
- Tehostetaan vähittäismyyntiä ja anniskelua koskevien ikärajojen noudattamisen valvontaa ja omavalvonnan tukemista
- B. Päihteettömyyttä edistävien elinympäristöjen ja kulttuurien tukeminen**
- Vastuutahot: OPM, TEM, STM, järjestöt, RAY, kunnat, läänit
- Tuetaan nuorten päihteetöntä vapaa-ajan- ja harrastustoimintaa
  - Kehitetään ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelijahuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa, terveystiedon opetusta ja oppilaitosten päihdeohjelmia ja -interventioita
  - Jatketaan nuorten työpajatoiminnan tukemista ja kehitetään edelleen sen yhteydessä terveyden edistämistä ja päihdehaittojen ehkäisyä
  - Tuetaan päihdehaittojen ehkäisyä osana työpaikan päihdeohjelmaa ja työterveyshuollon laaja-alaista toimintaa työpaikoilla, joissa henkilöstön enemmistö on työntekijäasemassa
  - Kehitetään päihdehaittojen ehkäisyä työttömille suunnatussa toiminnassa
  - Tuetaan päihteettömyyttä edistäviä yhteisöohjelmia sosioekonomisesti heikommilla asuinalueilla
  - Tehostetaan kohderyhmien tilanteet huomioon ottavaa tietotusta päihdehaitoista, haittojen ja riskien vähentämisen keinoista ja avunsaannin mahdollisuuksista erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa päihdeongelmien riskit ovat suurimpia
  - Vahvistetaan sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämisen näkökulmaa kansanterveysjärjestöjen toiminnassa
- C. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen**
- Vastuutahot: STM, kunnat, Kuntaliitto, järjestöt, RAY
- Organisoidaan ja resursoidaan laaja-alainen ehkäisevä päihdetyö kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä
  - Ohjataan kuntia järjestämään päihdepalvelut kunnassa ilmenevän tarpeen mukaisesti sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa että päihdehuollon erityispalveluina



- Kehitetään ehkäisevää ja varhaista lastensuojelutyötä, vahvistetaan perhetyötä osana lastensuojelun avohuollon tukitoimia (hallitusohjelmassa perhetyön vahvistaminen) ja kehitetään erityisesti päihdeongelmaisten lapsille ja perheille suunnattuja palveluita (Päihdehuoltolaki, hallitusohjelma)
- Toteutetaan Päihdehuoltolain velvoite auttaa päihteiden ongelmaikäyttäjää ratkaisemaan tarvittaessa toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia
- Kehitetään moniongelmaisten perheiden palveluja
- Päivitetään päihdepalveluiden laatusuositukset ja nostetaan laatusuosituksen sitovuusastetta
- Kehitetään pientyöpaikkojen työterveyshuollon mini-interventiota ja työterveyshoitajien jalkautumista työpaikoille
- Jatketaan ja laajennetaan perusterveydenhuollon mini-interventioita
- Selvitetään ja kirjataan päihteiden käyttö potilastietoihin kaikilta perusterveydenhuollon kontakteissa

## Tupakka

### Tavoite

Tupakoinnista aiheutuvien sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen

### Toimintalinjat

1. Vähennetään tupakointia koko väestössä
2. Ehkäistään tupakoinnin aloittamista erityisesti heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevissa ryhmissä
3. Tuetaan lopettamista erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa tupakointi on yleisintä
4. Turvataan savuton hengitysilma kaikissa ympäristöissä

### Toimenpide-ehdotukset

A *Lainsäädännön ja viranomaisvalvonnan keinot*

Vastuutahot: VM, STM, SM, STTV, Kela, läänit

- a) Hintatason ja saatavuuden sääntely
  - Nostetaan tupakkaveroa siinä määrin, että tupakan reaalihintaa nousee neljänneksen
  - Nostetaan irtotupakan veroa niin, että siitä käärittävä tupakka on yhtä kallista tehdasvalmisteisten savukkeiden kanssa
  - Tehdään tupakan myynti luvanvaraiseksi
  - Asetetaan maksimikiintiö tupakan matkustajatuonnille
  - Kielletään tupakkatuotteiden etäostaminen (internet- ja postimyynti)
  - Päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta
- b) Vaikuttaminen tupakointia ylläpitäviin sosiaalisiin normeihin
  - Otetaan käyttöön kuvalliset varoitusmerkinnät tupakkatuotteiden pakkauksissa

- c) Erityisesti nuoriin kohdistuvat toimenpiteet
- Asetetaan sanktio alaikäiselle myynnistä
  - Kielletään ja sanktioidaan tupakkatuotteiden välittäminen alle 18-vuotiaille
- B. *Tupakoimattomuutta edistävien elinympäristöjen ja kulttuurien tukeminen*
- Vastuutahot: OPM, järjestöt, RAY, STM, YM, kunnat, VM
- Tuetaan nuorten savutonta vapaa-ajan ja harrastustoimintaa
  - Kehitetään ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelijahuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa, terveystiedon opetusta ja tupakoinnin ehkäisy- ja vieroitusinterventioita
  - Jatketaan nuorten työpajatoiminnan tukemista ja kehitetään edelleen sen yhteydessä terveyden edistämistä ja tupakoinnin ehkäisyä
  - Valmistellaan ohjelma ja toimintatavat tupakkalain toimeenpanon edistämiseksi pientyöpaikoilla
  - Tuetaan tupakoinnin lopettamista työttömille suunnatussa toiminnassa
  - Tuetaan savuttomuutta edistäviä yhteisöohjelmia sosioekonomisesti heikommilla asuinalueilla
  - Tehostetaan kohderyhmien tilanteet huomioon ottavaa tiedotusta tupakoinnin haitoista ja lopettamiskeinoista erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa tupakointi on yleisintä
  - Analysoidaan nuoriin ja heikommassa asemassa oleviin ryhmiin kohdistuvaa tupakkayhtiöiden piilomarkkinointia ja kehitetään vastatoimia
  - Vahvistetaan sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämisen näkökulmaa kansanterveysjärjestöjen toiminnassa
- C. *Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen*
- Vastuutahot: STM, kunnat, Kuntaliitto, järjestöt, RAY
- Tuetaan kuntia neuvoloiden tupakoinnin vieroituspalvelujen järjestämisessä odottaville vanhemmille
  - Lisätään maksuttomia puhelinneuvontalinjoja ja verkkovieroitusta ja muita tupakoinnin lopettamista tukevia menetelmiä
  - Kehitetään tupakoinnin lopettamisen mini-interventioita perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa
  - Otetaan terveydenhuollossa käyttöön tupakoinnin Käypä hoito -suositukset
  - Selvitetään ja kirjataan tupakointi kaikilta perusterveydenhuollon kontakteissa

## RAVINTO JA LIIKUNTA

### Tavoite

Vaikuttaa terveellisiä elintapoja ylläpitäviin ja edistäviin rakenteisiin, olosuhteisiin ja elinympäristöihin siten, että terveellisten ruokatottumusten ja liikunta lisääntyvät erityisesti heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevissa ryhmissä.

## Toimenpide-ehdotukset

- Alennetaan kasvien, marjojen ja hedelmien arvonlisäveroa sekä tuetaan niiden tuotantoa ja jakelua maatalouspolitiikan keinoin.
- Parannetaan työpaikkaruokailun saatavuutta erityisesti sellaisilla ammattialoilla, joilla ruokailumahdollisuudet ovat huonot tai puuttuvat kokonaan.
- Pyritään parantamaan päiväkotij- ja kouluruokailun laatua ja oppilaiden mahdollisuuksia saada terveellisiä välipaloja koulussa.
- Ohjataan neuvolaverkoston kautta lisää resursseja heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien vanhempien neuvontaan ja tukemiseen, jotta vauvojen imetystä jatkettaisiin suositusten mukaiseen ikään asti.
- Valtioneuvoston terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskevan periaatepäätöksen toimeenpanosuunnitelmassa käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi.
- Parannetaan liikuntamahdollisuuksia peruskoulussa ja toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa.
- Kunnat tarjoavat liikuntavaihtoehtoja monipuolisesti avoimien ovien periaatteella. Erityishuomio tulee kiinnittää vähän liikkuvien lasten ja nuorten liikuntaan.
- Kunnat varaavat riittävät määrärahat kevyen liikenteen edistämiseen ja väylien kunnossapitoon.

Vastuutahot: VM, MMM, STM, OPM, työmarkkinaosapuolet, ruokapalveluiden tuottajat, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta, kunnat, järjestöt

## LÄHTEET

- Borodulin K, Helakorpi S, Sulander T, Puusniekka R, Prättälä R. Liikunta. Teoksessa Palosuo H ym. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005.
- Helakorpi S, Mäkelä P, Helasoja V, Karvonen S, Sulander T, Uutela A. Alkoholinkäyttö. Teoksessa Palosuo H ym. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23.
- Heliövaara M, Rissanen A. Lihavuus ja painonhallinta. Teoksessa Prättälä R, Paalanen L (toim.): Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Helsinki 2007.
- Herttua K, Martikainen P, Mäkelä P. Viina tappoi eniten yksinäisiä miehiä. Dialogi 2/2007.

- Karvonen S, Rahkonen O. Tupakka ja terveyden eriarvoisuus. Teoksessa Kangas I, ym. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, 2002, s. 83–99.
- Laaksonen M, Helakorpi S, Karvonen S, Patja K, Sulander T. Tupakointi. Teoksessa Palosuo H ym. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Teoksessa Nuorten aikuisten terveys. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B7/2005, s. 134–147.
- Mellin N, Vihmo J, Österberg E. Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Stakesin raportteja 10/2006.
- Mäkelä P, Holmila M, Kaukonen O. Päihteet ja päihdepolitiikka. Teoksessa Kangas I, ym. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, 2002, s. 101–122.
- Pennanen M, Patja K, Joronen K. Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2006.
- Prättälä R, Paalanen L (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B2/2007. Helsinki 2007.
- Prättälä R. Yhteenveto ja johtopäätökset terveyskäyttäytymisen muutoksista. Teoksessa Palosuo H ym. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Alkoholit ja huumeet. Stakes.
- Reunanen A, Kattainen A, Salomaa V. Biologiset vaaratekijät. Teoksessa Palosuo H ym. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23.
- Roos E, Ovaskainen M, Raulio S, Pietikäinen M, Sulander T, Prättälä R. Ruokatottumukset. Teoksessa Palosuo H ym. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:23.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Alkoholiolot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990–2005. STM:n selvityksiä 2006:19.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Alkoholipolitiikan ajankohtaiskatsaus 8.2.2007.
- Vihmo J. Alkoholilla on kallis hintalappu. Dialogi 1/2007.

## SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN TASA-ARVON LISÄÄMINEN

*Juha Teperi*

### TAUSTAA

Tämä muistio on tiivistetty katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymyksiin. Johdantoa seuraa yhteenvedo asiaa koskevasta määrällisestä tutkimustiedosta. Havaittujen ongelmien syiden esittelyn jälkeen niistä on johdettu mahdollisia korjaustoimenpiteitä. Kansanterveyden neuvottelukunnan toimeksiannon mukaisesti esitys on tasa-arvonäkökulmaan pitäytyvä asiantuntija-arvio. Niinpä esimerkiksi toimenpiteiden osalta ei ole pyrittykään tekemään tasapainotusta tasa-arvotavoitteiden ja muiden palvelujärjestelmän kehittämisen tavoitteiden välillä. Vaikka muistion laatijan apuna on ollut laaja asiantuntijajoukko, muistion sisällön on koontanut yhteen kirjoittaja.

Suomen Perustuslain ja kansainvälisten sopimusten mukaan eräiden palvelujen saaminen on perusoikeus. Perustuslain 19§:n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Tämä yhdenvertaisuusperiaate tarkoittaa velvoitetta kohdentaa palvelut niiden tarpeen mukaan. Jos palvelut jakaantuvat merkittävässä määrin jonkin toissijaisen tekijän mukaan (esim. sosiaalinen asema, asuinpaikka, sukupuoli tai etninen tausta) ilman että synnä ovat todelliset tarve-erot, perusoikeudet eivät toteudu täysimääräisesti. Terveyserojen kaventamistavoitteen kannalta tällainen tilanne tarkoittaa, että palvelujärjestelmä lisää terveyseroja (esimerkiksi jos maan vauraimman osan muuta maata terveempi väestö saa muita enemmän palveluja, palvelut lisäävät alueiden välisiä terveyseroja).

Palvelujärjestelmä on voimavaroiltaan suurin terveyspolitiikan instrumentti. Sen tulee myötävaikuttaa aktiivisesti pyrittäessä terveyspolitiikan keskeiseen tavoitteeseen, terveyserojen kaventamiseen. Käytännön kannalta tämä tarkoittaa velvoitetta luoda sellaisia toimintatapoja, jotka aktiivisesti varmistavat muita huonommasta terveydentilasta kärsivien väestöryhmien saavan vaikuttavia terveyspalveluja, mukaan lukien ehkäisevät toimenpiteet.

Alla on käsitelty terveydenhuollon nykytilaa, haasteita ja tulevaisuuden linjauksia ajatellen ensisijaisesti sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja. Sosioekonomisilla ryhmillä viitataan esimerkiksi tulojen, koulutustason tai ammatin mukaan muodostettuihin ryhmiin. Monet esitetyistä linjauksista tukevat kuitenkin myös tavoitetta kaventaa terveyseroja esimerkiksi alueiden välillä.

Tässä muistiossa ei käsitellä terveydenhuollon roolia terveydenhuollon ulkopuolella tapahtuvassa terveyden edistämisessä, koska sitä valmistellaan toimintaohjelman muilla etenemissuunnilla. Myös tulonsiirrot on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

## NYKYTILA

Sosiaali- ja terveystalouden oikeudenmukaisuudesta Suomessa on viime vuosina kertynyt melko paljon tutkimustietoa. Seuraavassa luonnehditaan lyhyesti tutkimusten luomaa yleiskuvaa. Tarkempaa tietoa on koottu yhteen äskettäin julkaistussa kokoomateoksessa (Teperi ym. 2006).

*Palvelujen käytöstä* eri sosioekonomisissa ryhmissä tiedetään melko paljon. Toisin kuin useimmissa muissa läntisissä OECD-maissa, lääkärikäynnit kohdentuvat Suomessa hyvätuloisia suosien. Monet kirurgiset toimenpiteet ovat pitkään olleet yleisempiä ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä, vaikka leikkauksin hoidettavat taudit ovat yleisempiä alemmissä ryhmissä. Osa näistä vielä 10–20 vuotta sitten räikeistä epäoikeudenmukaisuuksista on toimenpidemäärien kasvun myötä pienentynyt tällä vuosikymmenellä. Ainakin joissakin pitkäaikaissairauksien lääkehoidoissa kattavuus on parempi hyvätuloisilla, tyypillisenä esimerkkinä sepelvaltimotaudin hoito kolesterolilääkkein. Vielä tällä vuosikymmenellä tehdyn hammashuoltouudistuksenkin jälkeen matala tulotaso ennustaa muita pienempää hammaslääkärikäyntien määrää. Yksilöpsykoterapiassa edellä mainitun suuntainen yhteys tulotasoon on vahva. Vanhustenhuollon kotona selviämistä tukevien palvelujen käyttö on yleisempää ylemmissä tuloryhmissä.

Tieto palvelujen *laadun ja vaikuttavuuden* sosioekonomisista eroista on vähäisempää. Systemaattisia sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja hoidon sisällöissä on raportoitu yksittäisten sairauksien osalta (esimerkiksi sepelvaltimotaudin hoito), mutta ilmiön laajuutta yli palvelujen koko kirjon tunnetaan puutteellisesti. Terveystalouden toimin ehkäistävissä olevien kuolemien muuta kuolleisuutta suuremmat sosioekonomiset erot ja erojen nopea kasvu viime vuosina viittaavat ongelmiin hoitojen kattavuudessa ja vaikuttavuudessa. Eri tuloryhmiin kuuluvien kuolleisuuserot kasvavat sekä aikaista toteamista edellyttävissä, hoidettavissa olevissa vakavissa akuuteissa taudeissa että erityisesti hyvää hoitoa vaativissa pitkäaikaissairauksissa.

*Ehkäisevien palvelujen* kohdentumisesta tiedetään, että esimerkiksi terveystarastuksia tehdään sitä todennäköisemmin, mitä korkeampaan tuloryhmään henkilö kuuluu.

## HAASTEET

Palvelujärjestelmän tasa-arvoisuuden lisäämiseksi on puututtava niihin mekanismeihin, jotka luovat ei-toivottuja eroja palvelujen saatavuudessa, käytössä, laadussa ja tuloksissa.

Heikoimmassa asemassa olevien muita vähäisempi hakeutuminen sinänsä heille tarjolla olevan hoidon piiriin ei riitä selittämään palvelujen käytön eroja. Erot eivät selity syrjäytyneiden jättäytymisellä palvelujen ulkopuolelle, vaan käyttötöerot näkyvät läpi koko tulotasojakautuman. Merkittävä osa hakeutumisen eroista johtuu palvelujärjestelmän rakenteellisista ominaisuuksista. Näitä ovat erillisistä rahoituskanavista johtuva palvelujen tuotantojärjestelmän eriytyneisyys sekä eräät maksupolitiikan linjaukset.

Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan kolmessa erillisessä tuotantojärjestelmässä: kunnallisessa perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja yksityisten yleislääkäreiden vastaanotoilla. Kunnallinen perusterveydenhuolto (terveyskeskukset) on ainoa kaikille avoin järjestelmä. Käytännössä terveyskeskuksen vastaanotolle ei yleensä pääse yhtä helposti kuin työterveyshuoltoon tai yksityislääkärille.

Työterveyshuolto tarjoaa ainoat käyttäjälle käytön hetkellä kokonaan ilmaiset palvelut. Työterveyshuollon palvelut kohdentuvat vain työelämässä oleville kuitenkin niin, että epätyypillisissä työsuhteissa sekä eräillä toimialoilla (esimerkiksi maatalous- ja muut pienyrittäjät, kuljetus- ja rakennusalat) palvelujen kattavuus on muita huonompi.

Yksityisten yleislääkäripalvelujen saatavuus on monilla isoilla paikkakunnilla erittäin hyvä, mutta käyntipalkkioiden ja tutkimus- ja hoitotoimenpidemaksujen (kansainvälisesti vertaillen) erittäin korkeat omavastuuosuudet luovat käytölle merkittävän, tulotasosta riippuvan suhteellisen esteen.

Kaikille avoin kunnallinen perusterveydenhuolto on avainasemassa hoidon kattavuutta ja laatua varmistettaessa. Tulevaisuuden kannalta huolestuttavaa on se, että kunnallinen perusterveydenhuolto on viime vuosien ajan kehittynyt sekä euromääräisesti että työvoimaltaan muuta terveydenhuoltoa hitaammin. Ainakin lääkärikäyntien ja ehkäisevien palvelujen osalta toiminta on supistunut.

Perusterveydenhuolto toimii reittinä myös muiden palvelujen piiriin. Siksi väestöryhmien väliset erot lääkärikäynneissä välittyvät lähetekäytännön kautta eroiksi (kunnallisten) sairaalapalvelujen käytössä. Samalla lailla erot lääkäriin pääsyn helppoudessa saattavat heijastua muiden palvelujen käyttöön, vaikka tutkittua tietoa esimerkiksi apuväline-, kuntoutus- ja erilaisten terapiapalvelujen käytön sosioekonomisista eroista ei olekaan saatavissa.

Suomalainen terveydenhuolto mahdollistaa myös Kelan sairausvakuutuksen pieneltä osalta korvaaman hakeutumisen suoraan yksityiselle erikoislääkärille. Mitä huonompi terveyskeskusten vastaanottojen palvelukyky on ja mitä heikommin sairaaloiden avopalvelut on järjestetty, sitä enemmän erikoissairaanhoido uhkaa kohdentua tulotason mukaan.

Terveyskeskusten ja kunnallisten sairaaloiden käynti- ja hoitopäivämaksut ovat potilaalle kohtuulliset ja käytössä on maksukattojärjestelmä. On kuitenkin ilmeistä, että kaikkein heikoimmassa taloudellisessa asemassa oleville tämäkin muodostaa suhteellisen esteen palvelujen käytölle. Ongelmaryhmä ovat esimerkiksi kansaneläkkeen varassa elävät (usein monisairaata) vanhukset.

Korkeita käyttäjämaksuja (tai sairausvakuutuksen korvaamien palvelujen omavastuuosuuksia) liittyy useisiin yleisiin palveluihin (edellä mainittujen yksityislääkärikäyntien ja niillä määrättyjen tutkimusten ja hoidon lisäksi). Hammashuollon maksut ovat korkeahkoja, ja yksilöpsykoterapiasta aiheutuu asiakkaalle hyvin korkeat kustannukset. Lääkkeiden keskimääräinen korvaustaso on kansainvälisesti vertaillen matala. Kotiin annettavien (vanhusten) tukipalvelujen asiakkaalle maksettavaksi jäävät osuudet vähentävät vähävaraisten palvelukäyt-

töä. On mahdollista, että pienimpien eläkkeiden turvin elävät vanhukset joutuvat hakeutumaan laitoshoitoon muita aiemmin.

Useimpien sairauksien keskimääräiset hoitotulokset paranevat vuosi vuodelta. Samaan aikaan terveydenhuollon toimin estettävissä olevan kuolleisuuden ennuudestaan suuret sosioekonomiset erot kasvavat. Ilmiötä selittäviä mekanismeja ei ole järjestelmällisesti tutkittu. Näyttää siltä, että palvelujärjestelmä ei kykene välittämään mm. parantuneen hoitoteknologian mahdollistamaa myönteistä kehitystä yhtä hyvin kaikkiin sosioekonomisiin ryhmiin.

Estettävissä olevan kuolleisuuden erot näkyvät koko sosioekonomisen jakauman yli kulkevinasteittaisina eroina, ja ne ovat karkeasti samansuuruisia erityyppisiin palveluihin estettävissä olevien kuolemien osalta. Kyseessä ei siis ole syrjäytyneen väestönosan jääminen palvelujen ulkopuolelle. Erot eivät myöskään näyttäisi liittyvän yksittäisiin sairauksiin tai hoitomuotoihin. Ennemminkin kyseessä näyttäisi olevan erojen yleinen lisääntyminen hoidon kattavuudessa, hoidon aloittamisen nopeudessa ja / tai hoidon sisällössä.

Hoidon kattavuuden (hoidon piirissä olevien osuus kaikista hoitoa tarvitsevista) eroista sosioekonomisten ryhmien välillä ei juuri ole tutkimustietoa, koska hoidon alipeittoa ei ylipäätään ole järjestelmällisesti arvioitu ja seurattu. Sosioekonomisten ryhmien erot hoitoon hakeutumisen reiteissä voivat johtaa eroihin hoidon aloitusviiveessä ja osaltaan vaikuttaa estettävissä olevan kuolleisuuden eroihin. Eräiden kansansairauksien hoidon sisältöä koskevat havainnot osoittavat, että hoidon sisältö vaihtelee tulotason mukaan.

## LINJAUKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

### **Laaditaan ja toimeenpannaan perusterveydenhuollon kehittämisstrategia**

Perusterveydenhuolto tarvitsee kunnianhimoisen, näkyvän ja innostavan vision toimintansa kehittämiseksi. Vain osaamiseltaan ja muilta voimavaroiltaan riittävän vahva ja laaja-alainen kunnallinen perusterveydenhuolto voi vastata koko kohdeväestönsä terveydestä ja varmistaa yhdenvertaisen pääsyn kaikkiin terveydenhuollon palveluihin.

*Toimenpide 1.* Saatetaan osana kansallista terveysprojektia käynnistynyt perusterveydenhuollon kehittämisstrategian laatiminen päätökseen. Siinä muun muassa

- määritetään tulevaisuuden perusterveydenhuollon tehtäväksi väestön tarpeista johdettu, terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä painottava koko palvelujärjestelmän ensilinjan toiminta.
- laaditaan konkreettinen suunnitelma kansallisiksi toimiksi joilla perusterveydenhuollon voimavarojen (henkilöstö, osaaminen, taloudelliset voimavarat) riittävyys taataan pitkällä aikavälillä.
- linjataan palvelujärjestelmän kokonaisuutta koskeva lainsäädäntöuudistus (terveydenhuoltolain laatiminen) tavalla, jossa turvataan perusterveydenhuollon toimintaedellytykset saumattomana osana kokonaisuusjärjestelmää.



- kehitetään perusterveydenhuollon yhteistyötä sosiaalipalvelujen, erikoissairaanhoidon ja esimerkiksi työvoimaviranomaisten kanssa.

*Toimenpide 2.* Käynnistetään strategian toimeenpanoa tukeva perusterveydenhuollon kehittämisohjelma.

### **Laaditaan sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevän työn toimintaohjelma**

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa ehkäisevät palvelut sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen eivät ole saavuttaneet sitä painoarvoa, joka niille terveyspolitiikan peruslinjausten mukaan kuuluu. Ennaltaehkäisevän työn tulokset eivät tällä hetkellä ole riittävän hyviä. Haasteena on ehkäisevän työn ankkuroiminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon perusrakenteita ja toimintaa, mukaan luettuna tietojärjestelmät ja johtaminen.

*Toimenpide 3.* Valitaan kansallisella tasolla ne sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevän toiminnan toimintaperiaatteet ja toimintamallit, jotka ankkuroidaan osaksi palvelujärjestelmän toimintaa koko maassa.

*Toimenpide 4.* Valmistellaan tukitoimenpiteet joilla ankkurointi varmistetaan, mukaan lukien mahdolliset lainsäädännön muutokset, korvamerkityt määrärahat ja/tai muut taloudelliset yllykkeet.

### **Luodaan järjestelmä yleisten kansansairauksien hoidon kattavuuden ja laadun parantamiseksi**

Tutkimustieto viittaa terveydenhuollon vaikuttavuuden huomattaviin vajeisiin. Potilaiden hoitoprosessien nykyistä parempi laadun varmistaminen ei yksin riitä. Tarvitaan myös tapoja varmistaa aktiivisesti, että kaikki hoitoa tarvitsevat saadaan hoidon piiriin. Kun hoidon kattavuus ja laatu paranevat, paranee koko järjestelmän tehokkuus samalla kun väestöryhmien väliset erot pienenevät.

*Toimenpide 5.* Luodaan johtamiseen kytketty hoidon kattavuuden seurantajärjestelmä.

*Toimenpide 6.* Kehitetään toimintatapoja, joilla hoitoa tarvitsevat saadaan aiempaa kattavammin palvelujen piiriin (esimerkiksi kutsumenettely).

*Toimenpide 7.* Tärkeimmistä kansansairauksista aloittaen luodaan johtamiseen kytketty hoidon laadun seurantajärjestelmä.

### **Toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan uudistus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikka on syntynyt vuosikymmenten mittaan lukuisin erillispäätöksin. Viime vuosina kokonaisuutta on tarkasteltu lähinnä teknisistä ja taloudellisista näkökulmista. Nyt tarvitaan koko maksujärjestelmän arviointi kattaen kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut rahoittajasta ja tuottajasta riippumatta. Tarkastelussa tulee varmistaa sosiaali- ja terveyspolitiikan yleisten ja erityisesti tasa-arvotavoitteen toteutuminen.

*Toimenpide 8.* Laaditaan riittävän tarkka selvitys nykyisestä maksupolitiikasta ja sen vaikutuksesta eri sosiaaliryhmien palvelujen käyttöön, tarvittaessa lisätietoa keräämällä.

*Toimenpide 9.* Valmistellaan poliittiselle päätöksenteolle muun muassa käyttäjämaksuja, omavastuuosuuksia ja nykyistä kattavampia maksukattoja linjaava maksupolitiikan kokonaisuudistus, mukaan lukien sen edellyttämät säädösmuutokset.

### **Valmistellaan laaja-alaisessa prosessissa linjaukset monikanavaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamien ongelmien poistamiseksi**

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä johtaa palvelujen eriytymiseen sekä sen vuoksi tehokkuusvajeeseen ja erityisesti oikeudenmukaisuusongelmiin. Osa aiemmista ehdotuksista monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien purkamiseksi on ollut keskeneräisiä ja viime kädessä vaikeita hyväksyä poliittisesti. Rinnakkaisiin järjestelmiin liittyy paljon taloudellisia ja valtaan liittyviä eturistiriitoja. Jotta tulevaisuudessa päästään korjaaviin toimenpiteisiin, on uudistuksia valmisteltava laajapohjaisesti.

*Toimenpide 10.* Kootaan laaja-alainen komitea, jonka tehtävänä on tehdä ehdotus monikanavaisen rahoitusjärjestelmän luomien tehokkuus- ja oikeudenmukaisuusongelmien poistamiseksi.

### **Vahvistetaan palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta tukevaa ohjausjärjestelmää**

Sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukainen kohdentuminen on julkisen vallan ja erityisesti valtiovallan vastuulla. Monissa palvelujärjestelmän uudistuksissa on korostunut tehokkuuden näkökulma niin, että vaikutukset palvelujen oikeudenmukaisuuteen ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Ohjausjärjestelmän osittainen purku 1990-luvulla on johtanut tilanteeseen, jossa käytettävissä olevat keinot eivät täysin vastaa ohjaamisen haasteita. Valtiolla ei ole riittäviä keinoja turvata pienten ja haavoittuvien ryhmien tai syrjäytyneiden ja moniongelmaisten henkilöiden asemaa palvelujen käyttäjinä. Esimerkiksi työvoiman kohdentuminen eri osiin maata ja palvelujärjestelmää tulee vaikuttamaan voimakkaasti oikeudenmukaisuuteen. Tarvitaan uudistuksia kattaaen ohjauksen eri tasot ja keinot.

*Toimenpide 11.* Käynnistetään kansalaisille, poliitikoille, johtajille ja ammattilaisille näkyvä arvokeskustelu palvelujärjestelmän kehittämistavoitteista ja erityisesti palvelujen kohdentumisesta.

*Toimenpide 12.* Tehdään arvio niistä (säädös-, taloudellista ja informaatio-) ohjausta vahvistavista toimenpiteistä, jotka tarvitaan varmistamaan palvelujen ja niiden edellyttämien inhimillisten ja taloudellisten voimavarojen oikeudenmukainen kohdentuminen.

*Toimenpide 13.* Luodaan sellainen pääosin nykyistä tietopohjaa hyödyntävä palvelujen kohdentumisen kokonaisseurantamalli, joka on kansallisesti yhtenäinen ja samalla tukee suoraan alueellista ja paikallista suunnittelua ja johtamista (katso ehdotukset 5-7).

## **LÄHTEET**

Teperi, J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim.): Riittävät palvelut jokaiselle - Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006.

## TERVEYSEROJEN JA SYRJÄYTYMISEN EHKÄISY LAPSUUDESSA JA NUORUUDESSA

*Marjaana Pelkonen ja Tuija Martelin*

### TAUSTA

Erilaiset kehitysympäristöt vaikuttavat lapsen ja nuoren fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen. Näistä keskeisin on perhe, mutta myös muut kehitysympäristöt kuten päivähoito ja koulu sekä vapaa-ajan maailmat kuten ystävät, vertaisryhmät ja mediamaailma ovat tärkeitä. Yhteiskunnan tilanne ja lainsäädäntö muodostavat pohjan erilaisten kehitysympäristöjen toiminnalle. Suomalaisen lainsäädännön ja kansainvälisten sopimusten mukaan lapsella on oikeus turvattuun lapsuuteen, yksilölliseen kasvuun ja hyvinvointiin. Perheillä ja muilla lapsesta huoltapitivillä on oikeus saada tukea julkiselta vallalta tämän mahdollistamiseksi.

Terveys ei jakaudu Suomessa tasaisesti missään ikäryhmässä, ei myöskään lapsilla ja nuorilla. Näin on huolimatta korkeasta elintasosta ja siitä, että suurin osa suomalaislapsista ja -nuorista voi hyvin. Monet lasten ja nuorten terveyden ja elintapojen muotoutumisen kannalta haitalliset ilmiöt - kuten vanhempien työttömyys, köyhyys, terveysongelmat ja terveyttä vaarantavat elintavat sekä huonot asuinolot - ovat yleisempiä matalampaa sosioekonomista asemaa edustavissa perheissä. Nämä heijastuvat terveyden ja sen kannalta keskeisten elintapojen sosioekonomisina eroina jo lapsuus- ja nuoruusiässä.

Lasten ja nuorten sosioekonomisista terveyseroista on Suomessa toistaiseksi vähemmän tietoa kuin esimerkiksi keski-ikäisten terveyseroista. Monet lapsen terveyden kannalta epäsuotuisat raskauden ja varhaislapsuuden aikaiset tekijät, kuten äidin raskaudenaikainen tupakointi ja lyhyt imetys ovat yleisempiä vähän koulutetuilla äideillä kuin ylemmissä koulutusryhmissä [1][2][3]. Ennen aikaisten synnytysten ja pienen syntymäpainon riski sekä perinataalikuolleisuus (kuolleen syntyneet ja ensimmäisellä elinviikolla kuolleet) olivat 1990-luvulla sitä suurempia, mitä alempi äidin sosioekonominen asema oli; erot kuitenkin kapenivat vuosikymmenen aikana [1]. Myös neonataalikuolleisuuden (ensimmäisten neljän viikon aikainen kuolleisuus) äidin koulutuksen mukaiset erot ovat pienentyneet, mutta 1 - 12 kk:n ikäisten kuolleisuudessa suhteelliset erot kasvoivat Suomessa 1990-luvulla [4].

Rekisteriseurannan perusteella alempien sosioekonomisten ryhmien lapsilla on todettu olevan enemmän erilaisia sairauksia kuin ylempien sosiaaliryhmien lapsilla [5]. Pitkäaikaissairaudet lisääntyivät 1990-luvun puolivälissä 0-14-vuotiailla. Lisäys selittyi astmalla ja allergialla, joita molempia voidaan pitää elintasosairauksina. Ne lisääntyivätkin enemmän ylemmissä sosiaali- ja koulu-

tusluokissa, joissa myös hoitoon hakeutuminen oli aktiivisempaa [6]. Nuoruusikäisten 12-16-vuotiaiden ja nuorten aikuisten terveyden on todettu olevan sitä huonompi, mitä matalampi vanhempien sosiaaliryhmä ja koulutus olivat ja mitä huonompi oli nuoren oma koulumenestys tai koulutustaso [7][8]. Etenkin toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jääneet erottuvat enemmän koulutusta saaneista monessa suhteessa huono-osaisempina [9].

Lapsuuden ja nuoruuden merkitystä terveyserojen kaventamisen kannalta korostaa se, että monien aikuisiässä ilmenevien sosioekonomisten terveyserojen juuret löytyvät jo tässä elämänvaiheessa, tai jopa ennen syntymää. Lapsuus ja nuoruus ovat keskeisiä elämänvaiheita sekä aikuisiän terveyden, siihen vaikuttavien elintapojen että koulutus- ja ammattiuran muotoutumisen kannalta. Terveystieteiden ja niiden epätasaisen jakautumisen taustalla voivat olla kriittisiin kehitysvaiheisiin ajoittuvien kokemusten ja elämäntilanteiden pitkäaikaiset vaikutukset, ajautuminen huonoon terveyteen ja heikkoon sosiaaliseen asemaan johtaville kehityspoluille tai erilaisten huonojen kokemusten kasautuminen eri elämänvaiheissa [10]. Esimerkiksi äidin raskaudenaikainen päihteiden käyttö, sikiökaudella ja varhaislapsuudessa koettu vajaaravitsemus, varhaisten kiintymyssuhteiden häiriöt sekä vanhempien mielenterveysongelmat voivat eri mekanismien kautta häiritä lapsen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kehitystä ja lisätä esimerkiksi kouluongelmien riskiä lapsilla [11][12]. Alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvien perheiden lapsilla on todettu olevan enemmän ongelmia koulutyöskentelyssä kuin muilla [4][13]. Eri syistä johtuvat oppimis- ja muut kouluvaikeudet lisäävät koulun keskeytymisen ja heikon ammatillisen koulutuksen riskiä; myös psykosomaattinen oireilu nuoruusiässä ennustaa matalaa koulutustasoa [14]. Puutteellinen koulu-ura ennustaa ongelmia työelämään kiinnittymisessä ja ennakoii heikkoa sosiaalista asemaa myöhemmissä elämänvaiheissa. Myös vanhempien elintavat, kuten päihteiden käyttö ja tupakointi, voivat vaikuttaa lasten elintapoihin, jotka puolestaan ennustavat koulu-uraa, sosiaalista asemaa ja elintapoja aikuisuudessa [15][16]. Esimerkiksi monien terveyserojen taustalla olevat erot tupakoinnissa voivat osittain juontaa juurensa jo koulu-uran alkuvaiheista [17]. Myös ylipainoisuuden sosioekonomiset erot saattavat saada alkunsa jo imeväisiässä, sillä esimerkiksi ravitsemussuosituksien toteutuminen huonommin alemmissä SES-ryhmissä [18].

Pahimmillaan lapsi tai nuori voi joutua syrjäytymisen prosessiin, jossa ongelmat eri elämänalueilla kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Syrjäytyminen voidaan määritellä huono-osaistumisen prosessiksi, joka ilmenee eri ulottuvuuksilla: syrjäytymisenä koulutuksesta, työstä, sosiaalisista suhteista ja vallasta [19]. Tähän prosessiin liittyy usein myös terveyttä vaarantavia elintapoja. Syrjäytymisen sijasta puhutaan myös syrjäyttämisestä (social exclusion), mikä ilmaisee yhteiskunnan vastuun kansalaisistaan. Perheen sosiaaliseen syrjäyttämiseen ja sitä kautta lapsen syrjäyttämiseen johtavia tekijöitä voivat olla köyhyys, työttömyys, heikot koulutusmahdollisuudet, puutteelliset terveyspalvelut, huonot asuinolosuhteet ja ongelmalliset asuinympäristöt. Ulkomaisista tutkimuksista tiedetään, että huonotasoinen päivähoido ja koulu sekä levoton asuinympäristö muodostavat yhdessä syrjäyttävän kierteen sekä lasten että nuorten kohdalla. Ongelmat voivat siirtyä

sukupolvelta toiselle. Toisaalta myös jotkut perheestä riippumattomat tekijät, kuten kehitys- tai muu vamma tai pitkäaikainen sairaus, voivat lisätä lapsen ja nuoren syrjäytymisen riskiä. Lapsuus- ja nuoruusaikana käynnistyneen syrjäytymisprosessin seuraukset näyttäytyvät etenkin huonoimmassa asemassa olevien - kuten pienituloisten, pitkäaikaistyöttömien ja vähiten koulutusta saaneiden - huonona terveytenä.

Lasten erilaiset riskikokemukset ja ongelmat kasvuoloissa eivät kuitenkaan välttämättä johda syrjäytymiskehitykseen. Prosessia, jossa lapsi tai nuori vastoin odotuksia selviää vaikeistakin kokemuksista, voidaan nimittää pärjäämiseksi (resilience). Pärjäämiseen vaikuttavat suojaavat tekijät vähentävät riskikokemusten henkilökohtaisia vaikutuksia. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien huolenpito ja muut turvalliset ihmissuhteet. [20][21].

## NYKYTILA JA KESKEISET HAASTEET

Tässä luvussa tarkastellaan toisaalta lapseen tai nuoreen itseensä, toisaalta eri kehitysympäristöihin ja palvelujärjestelmiin liittyviä piirteitä ja trendejä, jotka tuottavat ja ylläpitävät sosioekonomisia terveyseroja lapsilla ja nuorilla. Lapsia, nuoria ja heidän perheitään kohderyhmänä tarkastellaan tässä muistiossa lapsen odotusajalta siihen asti kun nuori on työelämän kynnyksellä.

### Lapsi ja nuori

Tietyt lapseen tai nuoreen itseensä liittyvät, eri syistä (esim. kasvuoloihin liittyvistä tai geneettisistä tekijöistä tai sattumasta) johtuvat ominaisuudet ja ongelmat voivat vaarantaa hänen sosiaalisen, fyysisen ja psyykkisen kehityksensä. Käenlaiset poikkeamat ns. normaalista kasvusta ja kehityksestä johtavat helposti negatiivisten kokemusten kierteeseen ja pahimmassa tapauksessa käynnistävät syrjäytymisprosessin, jos lapsen tai nuoren erityistarpeita ei tunnisteta eikä niihin pystytä vastaamaan riittävän varhaisessa vaiheessa. Monet yhteiskunnallisen kehityksen piirteet, kuten esimerkiksi lisääntynyt alkoholinkäyttö, ovat olleet omiaan lisäämään tällaisiin riskiryhmiin kuuluvien lasten ja nuorten määrää.

Terveyserojen syntyminen näkökulmasta riskiryhmiä (osittain päällekkäisiä) ovat esimerkiksi:

- lapset ja nuoret, joilla on jokin heidän fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykynsä vaikuttava sairaus, häiriö tai pulma (esim. fyysinen tai psyykinen pitkäaikaissairaus, aistivamma, kehitysvamma, liikuntavamma, FAS- tai FAE-oireyhtymä tai neuropsykiatrinen häiriö kuten Aspergerin syndrooma, ADHD, oppimis- ja kouluvaikeuksia)
- muualta maahan muuttaneet mahdollisesti traumatisoituneet lapset (pakolaisperheiden lapset, lapset ilman huoltajaa, adoptiolapset)
- lapset ja nuoret, joiden oma toiminta tai ominaispiirteet (esim. päihteiden käyttö, tupakointi, riskialtis seksuaalinen käyttäytyminen tai muulla tavoin haastava käytös) vaarantavat heidän terveen ja tasapainoisen kasvunsa ja kehityksensä

## Perhe

Lapsiperheiden köyhyys ja taloudellisen toimeentulon ongelmat lisäävät lasten ja nuorten syrjäytymisen riskiä. Tässä suhteessa tilanne on Suomessa huonontunut. Lapsiperheiden suhteellinen köyhyys on kasvanut 1990-luvulta lähtien. Syitä ovat tuloerojen kasvu ja laman aikaan tehdyt lapsiperheiden sosiaalisia tukia koskevat leikkaukset, jotka jäivät pysyviksi. Kun köyhiksi määritellään henkilöt, joiden tulot jäävät alle 60 prosentin koko väestön keskimääräisestä tulotasosta, köyhien lapsiperheiden osuus ylitti vuonna 2003 koko väestön köyhyysasteen ja oli 12,3 % vuonna 2004. Erityisesti yksinhuoltajaperheiden, pienten lasten perheiden ja monilapsisten perheiden tilanne on muita huonompi. Vuonna 2004 köyhiksi laskettavissa perheissä asui yli 136 000 lasta. Työttömyys, työsuhteiden epävarmuus, irtisanomisten ja lakkautusten uhka lisäävät vanhempien taloudelliseen toimeentuloon liittyvää epävarmuutta ja heikentävät sitä kautta heidän edellytyksiään luoda lasten kasvulle turvalliset puitteet.

Erilaisilla sosioekonomisilla ongelmilla on myös taipumusta kasaantua ja lasten vaara syrjäytyä nousee moninkertaisesti, kun ongelmia on useita. Taloudelliset ongelmat verottavat usein vanhempien jaksamista ja parisuhdetta, jotka puolestaan johtavat vanhemmuuden ongelmiin, erityisesti kovakouraiseen ja ai-lahtelevaan vanhemmuuteen [22]. Vanhempien lisääntynyt alkoholinkäyttö ja mielenterveyden ongelmat sekä perheväkivalta ja parisuhdepulmat ovat näkyneet mm. lasten huostaanottojen määrän kasvuna. Lasten ja nuorten hyvinvointia heikentävät lisäksi yhteiskunnan nopeaan muutokseen ja työelämän lisääntyneisiin tehokkuusvaatimuksiin liittyvät ilmiöt. Myös yhteiskunnan monikulttuuristuminen sekä maahanmuuttajaperheiden tilanne ja erityistarpeet tuovat lisähaasteita perheiden hyvinvoinnin turvaamiselle.

Terveyserojen syntyminen näkökulmasta riskiryhmiä ovat esimerkiksi perheet,

- joiden lapset kuuluvat lastensuojelun piiriin
- joissa esiintyy lasten kaltoinkohtelua tai laiminlyöntiä
- joissa esiintyy pitkäaikaistyöttömyyttä ja/tai taloudellisia ongelmia
- joissa on alkoholi- tai muita päihdeongelmia, erityisesti äidin raskaudenaikaisista alkoholinkäytöstä
- joissa vanhemmat kärsivät mielenterveysongelmista tai muista pitkäaikaissairauksista, tai joissa esiintyy lähisuhdeväkivaltaa
- joilla on vähän tukiverkostoja ja heikot taidot lapsesta huolehtimiseen (mm. maahanmuuttajaperheet)

## Perheen ulkopuoliset kehitysympäristöt

Terveyserojen syntyminen ja syrjäytymisriskin kannalta myös muihin lapsen ja nuoren kehitysympäristöihin liittyy monia haasteita. Lasten ja nuorten sosioemotionaalinen kehitys on nousut teollisissa ja informaatioyhteiskunnan erityiseksi haasteeksi. Päivähoito, koulu ja vapaa-ajan maailmat ovat tärkeitä kehityksen näytämöt. *Päivähoidon* henkilöstön riittämättömyys ja vaihtuvuus sekä erityislasten riittämätön huomioiminen heikentävät mm. erilaisten kehitysongelmien varhai-

sen tunnistamisen ja tukemisen mahdollisuuksia. Peruskoulussa koulujen lak-kauttamiset, opetusryhmien kokojen kasvaminen sekä tuki- ja erityisopetuksen ja oppilashuollon palvelujen vähäisyys vaikuttavat lasten ja nuorten hyvinvointiin ja oppimiseen sekä koulutuksellisen syrjäytymisen riskiin.

*Toisen asteen koulutuksen aikana* puolestaan syrjäytymisriskiä lisäävät koulutuksen keskeyttäminen ja vaikeus kiinnittyä opintojen jälkeen vakaalle työuralle. Kriittisiä vaiheita ovat peruskoulusta toisen asteen opintoihin ja ammatillisesta koulutuksesta työelämään siirtyminen. Vuonna 2003 peruskoulun päättävistä 5,5 % jäi koulutuksen ulkopuolelle. Lisäksi esimerkiksi vuonna 2000 lukion aloitaneista 76,5 ja toisen asteen ammatillisen koulutuksen aloittaneista vain 56 % suoritti koulutusalsansa tutkinnon vuoden 2003 loppuun mennessä. Työelämän rakennemuutoksiin liittyvä koulutustasovaatimusten kiristyminen on lisännyt koulussa huonosti menestyvien ja toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jääneiden riskiä syrjäytyä työelämästä, mikä kasvattaa huono-osaisuuden vaaraa myös muilla elämänaueilla. Myös varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttävät tai sen ulkopuolelle jäävät muodostavat yhden riskiryhmän, johon kuuluvilla on usein ongelmia eri elämänaueilla.

Myös erot *vapaa-ajan harrastusten* laadussa, saavutettavuudessa ja tarjonnassa voivat vaikuttaa terveyserojen syntyamiseen. Nuoriso-, liikunta- ja kulttuuritoimen mahdollisuuksia lasten ja nuorten terveyserojen tasoittamisessa ei kunnissa vielä riittävästi hyödynnetä. Monet harrastusmahdollisuudet ovat liian riippuvaisia vanhempien varallisuudesta ja aktiivisuudesta. Tällöin ne lapset ja nuoret, jotka eniten tarvitsivat harrastusten antamia myönteisiä kokemuksia ja muita positiivisia vaikutuksia, jäävät herkimmin niistä paitsi. *Median ja verkkoyhteisöjen* merkitys erilaisten käyttäytymis- ja ajattelumallien välittäjänä on kasvanut, mihin voi sisältyä myös riskejä erityisesti niiden lasten ja nuorten kohdalla, jotka eri syistä ovat haavoittuvimpia. Halpa alkoholi ja yhteiskunnan alkoholimyönteinen ilmapiiri voivat vaikuttaa haitallisesti myös lasten ja nuorten omiin elintapavalintoihin.

## Palvelut

Suomen kansainvälisestäikin ainutlaatuista ehkäisevien terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestelmää (äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, päivähoito, kotiapu) on supistettu monessa kunnassa. Tämä on merkinnyt terveys- ja sosiaalipalvelujen painopisteen siirtymistä korjaaviin palveluihin (ainakin kustannusten mukaan tarkasteltuna). Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta pulmallista on, että palveluja ei ole pystytty riittävästi kohdentamaan lisätukea tarvitseville, jolloin ongelmiin tartutaan usein liian myöhään. Palvelujen ulkopuolelle jäävien määrää ei ole seurattu. Palvelujen laadun vaihtelusta kertoo se, että suuristakin ongelmista kärsivät voivat päästä monista seuloista läpi. Tämä kaikki näkyy lastensuojelutoimenpiteiden ja erityisopetuksen tarpeen kasvuna ja kustannusten nousuna. Ehkäisevän työn kustannuksista ja kustannusvaikuttavuudesta on kaikkiaan vähän tietoa.

Stakesin tilastoraportin mukaan [23] lasten ja nuorten psykiatrinen sairaala-hoito on lisääntynyt moninkertaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Eri-



tyisesti ovat lisääntyneet nuoruusikäisten tyttöjen sairaalahoidot, pakkohoidot ja pakkotoimet. On luultavaa, että tytöt ohjautuvat yhä edelleen psykiatriseen hoitoon kun taas pojat lastensuojeluun. Raportissa tulivat esille myös suuret alueelliset erot, mikä viittaa lasten ja nuorten alueelliseen eriarvoisuuteen mielen-terveyspalvelujen suhteen. Hoidon jakaantumisesta sosiaaliluokittain ei ole tietoa. Ei ole myöskään tietoa siitä, miten lapset ja nuoret ohjautuvat terveys- ja sosiaalipalveluihin. Raportti kertoo peruspalvelujen riittämättömyydestä, mitä tukee lasten- ja nuorisopsykiatristen hoitajajoukkojen jatkuminen hoitotakuusta huolimatta.

### **Kustannukset yhteiskunnalle**

Koska suuri osa aikuisiässä ilmenevistä sosioekonomisista eroista juontaa juurensa lapsuudesta ja nuoruudesta, kustannuksia arvioitaessa tulisi periaatteessa ottaa huomioon myös ne kulut, jotka ilmenevät vasta myöhemmissä elämänvaiheissa. Nimenomaan lapsuus- ja nuoruusvaiheessa ilmenevistä kustannuksista on saatavissa arvioita lähinnä äärimmäisten ilmiöiden osalta. Joidenkin arvioiden mukaan syrjäytyneen lapsen hoito- ja lääkekulut voivat olla miljoona euroa ja kriminalisoituvan lapsen aiheuttamat kulut lähes samaa luokkaa [24]. Huumeita käyttävän nuoren hoitokulut ovat jopa yli 140 000 € vuodessa, sillä hoitopäivämaksu huumeakatolla on n. 400 € [25]. Lastensuojelullinen sijoittaminen perheeseen tai laitokseen maksaa vuodessa noin 30 000–60 000 € lasta kohden. Riihimäellä tehdyn elinkaarikustannusten mallinnuksen valossa lapsen huostaanotto vauvana ja sijoitus perheeseen koko lapsuusajaksi lisää kunnalle asukkaasta 16-vuotiaaksi asti koituvia kustannuksia noin 180 000 €:lla [26]. Huostaanottojen määrä on ollut jatkuvassa kasvussa. Lastensuojelun kustannukset ovat vuosina 2000–2005 lisääntyneet 243 miljoonalla eurolla, vuonna 2005 ne olivat 405 miljoonaa euroa. Kasvu vuodesta 2004 vuoteen 2005 oli ennätyksellinen, 107 miljoonaa euroa.

## **LINJAUKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET**

Tavoitteena on ehkäistä terveyserojen syntymistä ja ylisukupolvista syrjäytymiskehitystä sekä kaventaa lasten ja nuorten terveyseroja. Tähän tavoitteeseen pyritään vahvistamalla lainsäädäntöä, asiakaslähtöisten palvelujen ja vaikuttavien menetelmien kehittämistä ja käyttöä sekä lasten ja nuorten kanssa työskentelevien terveys-, sosiaali- ja opetusalan ammattilaisten osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Terveys- ja hyvinvointierojen vähentämisen perustana ovat hyvin toimivat universaalit terveys- ja hyvinvointipalvelut ja palvelujen kohdentaminen niitä eniten tarvitseville sekä tarpeenmukaisten tukitoimien saatavuuden turvaaminen. Tämä ei onnistu ilman peruspalvelujen toimintaedellytysten vahvistamista. Se edellyttää myös lapsuuden ja vanhemmuuden itseisarvon tunnustamista ja huomioon ottamista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Tukipalvelut on järjestettävä lasta, nuorta ja perhettä kuunnellen ja leimaamattomasti normaaliin palvelujen yhteydessä. Terveyserojen kaventaminen on nostettava yhdeksi ta-

voitteeksi kaikissa lasten ja nuorten kehitysympäristöjä koskevissa ratkaisuisissa. Tavoitteena on siirtää kunnissa painopistettä terveyden edistämiseen ja ehkäisevään työhön ja vähentää näin korjaavien erityispalvelujen tarvetta ja kustannusten nousua.

Seuraavassa esitetään kuusi toimenpidekokonaisuutta ja niihin liittyvät toimenpide-ehdotukset. Ehdotuksia toteutetaan ja uusia keinoja kehitetään osana lapsiin ja nuoriin suuntautuvaa kansallista kehittämistyötä Kansanterveyslaitoksessa ja Stakesissa. Lasten ja nuorten kehitystä tuetaan ja palveluja uudistetaan osana uutta Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämissuunnitelmaa, nk KASTE-ohjelmaa (2008–2011). Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltavana olevassa neuvolatoimintaa, kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa ja lasten ja nuorten ehkäiseviä suun terveydenhuollon palveluja koskevassa asetuksessa määritetään terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöt ja määrät. Asetuksen yhtenä tarkoituksena on tehostaa lasten ja nuorten terveyserojen kaventamista. Ministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta seuraa lasten ja nuorten terveyseroja ja osallistuu kehitystyön ohjaamiseen.

## **I Vahvistetaan ammattihenkilöstön, johtavien viranhaltijoiden ja päättäjien valmiuksia ehkäistä ja vähentää lasten ja nuorten sosioekonomisia terveyseroja.**

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen edellyttää terveyseroja, niiden syitä ja ehkäisymahdollisuuksia koskevan tietoisuuden lisäämistä päätöksenteon kaikilla tasoilla. Tämän toteuttamiseksi:

- 1 Valmistetaan paikallisille, alueellisille ja kansallisille päättäjille ja johtaville viranhaltijoille oheisaineisto lasten ja nuorten sosioekonomisista terveyseroista ja niiden vähentämisen keinoista.
- 2 Sovitaan opetusministeriön ja opetushallituksen kanssa, miten sosioekonomisten terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisy sisällytetään kaiken opettajakoulutuksen sekä sosiaali- ja terveysalan ammatillisen koulutuksen *opetussuunnitelmiin, täydennyskoulutukseen, perehdytykseen* sekä kehittämistyön painopistealueisiin ja tuotetaan oppimateriaalia sekä *työvälineitä*.
- 3 Turvataan sosioekonomisia terveyseroja ja syrjäytymistä koskevan *seurannan* ja *tutkimuksen* jatkuvuus. Painopiste on terveyserojen kaventamiskeinoja koskevassa tutkimuksessa, mutta myös terveyseroja ja niiden taustatekijöitä koskevien tietoaukkojen paikkaaminen on tärkeätä (esim. terveyserot ja suojaavat pienillä lapsilla, mielenterveysongelmien sosioekonomiset erot).
  - 3.1 Käynnistetään lasten syrjäytymisen ehkäisyn vaikuttavuuden tutkimus- ja kehittämishanke valituissa kunnissa.
  - 3.2 Hyödynnetään Suomen Akatemiassa valmisteilla olevaa Lasten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelmaa.

## II Tuetaan mahdollisuuksia hyvään vanhemmuuteen perheissä, joissa on riskitekijöitä, tunnistetaan pulmat varhain ja järjestetään tarpeelliset tukitoimet

Perhe on lapsen tärkein kehitysympäristö. Sen riittävä tukeminen ja mahdollisten ongelmien varhainen tunnistaminen on keskeisessä asemassa terveyserojen ehkäisyssä. Tämän toteuttamiseksi:

- 4 Vähennetään ja ehkäistään lapsiperheiden köyhyyttä ja parannetaan toimeentuloa etenkin (yksinhuoltajaperheissä) perheissä, joissa toinen tai molemmat vanhemmat ovat työttömiä sekä maahanmuuttajaperheissä (vrt. EAPN-Fin:n työryhmän muistio [27]).
- 5 Vakiinnutetaan lapsiperhetyötä tekevien yhteistyörakenteet (perhepalvelukeskus- tai perhepalveluverkosto-malli), prosessit ja johtamiskäytännöt ja sitoutetaan henkilöstö terveyserojen kaventamistyöhön. Varmistetaan ehkäisevien palvelujen (äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, muut) toimintaedellytykset ml. henkilöstöresurssit ja osaaminen.
- 6 Hyödynnetään terveyserojen kaventamistyössä uuden lastensuojelulain (417/2007 12§) edellyttämää suunnitelmaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi.
- 7 Tuetaan *hyvää vanhemmuutta ja toimivaa parisuhdetta* uudistamalla perhevalmennuksen sisältö ja menetelmät ja organisoimalla se osaksi perhepalvelukeskusten tai -verkostojen työtä ja sisällyttämällä tarvittavaa ohjausta neuvoloiden, päivähoidon ja muiden lapsiperhepalvelujen toimintaan.  
Pienryhmätoimintana toteutettavaan perhevalmennukseen ja muuhun ohjaukseen sisällytetään:
  - tietoa lapsen hyvinvointia ja pärjäämistä edistävästä tekijöistä (mm. huolenpito lapsesta, lapsen psykososiaalisen kehityksen tukeminen, hyvinvointia ja terveyttä tukevat tottumukset, mm. alkoholinkäyttö lapsen näkökulmasta; tietoa lasta ja perhettä vahingoittavista tekijöistä mm. väkivalta)
  - tietoa vanhemmuudesta ja parisuhteesta ja tukea vanhempien taitojen kehittämiseen
  - tietoa vanhemmille saatavilla olevasta tuesta ja avusta sekä tilanteista, joissa avusta on hyötyä
- 8 Varmistetaan erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden varhainen tunnistaminen ja riittävän tuen järjestäminen.
  - 8.1 Äitiys- ja lastenneuolat tehostavat etsivää työtä ja seuraavat palvelujen ulkopuolelle jäävien sekä erityistukea tarvitsevien lasten ja perheiden määrää. Perheiden (ml. isät) tarpeiden tunnistamisessa ne käyttävät luotaviksi todettuja, varhaista tunnistamista helpottavia lomakkeita (esim. Audit, EPDS) ja puheeksi ottamisen menetelmiä.
  - 8.2 Äitiys- ja lastenneuolat vahvistavat heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien vanhempien elintapaneuvontaa ja psykososiaalista tukea osana kokonaiselämäntilanteen selvittelyä. Ne kiinnittävät huomiota painoon, ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin sekä mielenterveyteen

ja päihteisiin jo raskauden ajalta lähtien ja tarjoavat tehostettua tukea yhteistyössä perhepalveluverkoston ja paikallisten järjestöjen kanssa.

- 8.3 Laaditaan kansallinen ohjeistus sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta sekä tarvittavan varhaisen tuen suunnittelemisesta, järjestämisestä ja arvioinnista lapselle, nuorelle ja perheelle eri tahojen yhteistyönä.
- 8.4 Kootaan hyviä käytäntöjä ja arvioidaan niitä ja kehitetään ja kokeillaan uusia toimintatapoja lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveyserojen kaventamiseksi. Laitetaan arvioidut hyvät käytännöt Stakesin Hyvät käytännöt -kotisivuille. Esimerkiksi
  - vauvaperhetyö synnytyssairaloissa ja äitiys- ja lastenneuvoloissa
  - perheiden lisäkäynnit neuvolassa ja/tai terveydenhoitajan kotikäynnit tarpeen mukaan
  - tukiperhe- ja tukihenkilötoiminta, vertaisryhmät
  - kotiin viety perhetyö (vrt. MLL:n Lapsiperhe-hanke [28], eri maista saadut kokemukset kotikäyntien vaikuttavuudesta [29])
  - kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelu, palveluohjaus
  - lasten ja vanhemmuuden tukeminen odotusajalta lähtien perheissä, joissa vanhemmilla on mielenterveys- tai päihdeongelmia (esim. [30])
  - pari- ja lähisuhdeväkivallan kokijoiden ja tekijöiden palvelut

### III Parannetaan päivähoidon, peruskoulun ja muiden kehitysympäristöjen mahdollisuuksia ehkäistä ja vähentää sosioekonomisia terveyseroja

Suurin osa lapsista on jossakin vaiheessa päivähoidon piirissä, esi- ja peruskoulu tavoittavat koko ikäluokan. Niillä on siten hyvät mahdollisuudet puuttua lasten kotitaukusta, oppimisvaikeuksista tai muista tekijöistä johtuviin, terveyseroja synnyttäviin kehityspolkuihin ja tukea lasten ja nuorten omia kykyjä oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Tämän vuoksi tulee turvata päivähoidon sekä peruskoulun oppilashuollon voimavarat koko maassa ja kehittää menetelmiä, joilla voidaan tukea lasten kehitystä yleensä sekä erityisesti haavoittuvissa oloissa elävien lasten pärjäämistä, terveyttä edistävien elintapojen omaksumista, onnistumisen kokemusten syntyä ja myönteisten kaverisuhteiden kehittymistä. Myös lasten ja nuorten muut kehitysympäristöt ovat tärkeitä terveyserojen ehkäisyn kannalta. Terveyserojen ehkäisemiseksi ja jo syntyneiden erojen kaventamiseksi:

- 9 Parannetaan *päivähoitohenkilöstön* valmiuksia ja mahdollisuuksia vahvistaa etenkin haavoittuvissa oloissa elävien (kuten työttömien, päihde- tai mielenterveysongelmaisten tai väkivaltaisesti käyttäytyvien vanhempien) lasten pärjäämistä ja terveystottumuksia, ehkäistä ja vähentää lasten käytös- ja mielenterveysongelmia, tunnistaa ongelmat varhain ja tukea vanhempia kasvatuskumppanuuden hengessä.
- 9.1 Turvataan lisäresurssein päiväkotien henkilöstön riittävyys ja varmistetaan riittävä osaaminen.

- 9.2 Parannetaan päivähoitohenkilöstön kykyjä ja mahdollisuuksia tukea lasten kehitystä esim. laajentamalla lasten sosioemotionaalista kehitystä tukeva Yhteispeli-hanke [31] päivähoitoon.
- 9.3 Otetaan terveyserojen vähentäminen ja syrjäytymisen ehkäisy huomioon uusittavassa päivähoitolainsäädännössä.
- 10 Vahvistetaan peruskoulun mahdollisuuksia ehkäistä terveyserojen syntyä ja syrjäytymistä ja tunnistaa pulmat varhain.
- 10.1 Toteutetaan valtakunnallisesti Yhteispeli-hanke, jonka päämääränä on luoda sosioemotionaalista kehitystä edistäviä ja mielenterveys- ja päihdeongelmia ehkäiseviä toimintamalleja kouluihin. Arvioidaan muiden kouluhyvinvointia ja terveyttä edistävien hankkeiden vaikutukset terveyserojen kannalta ja vakiinnutetaan toimiviksi todetut käytännöt.
- 10.2 Kehitetään koulua koulupäivän rakenteen uudistamista ja ns. eheytettyä koulupäivää koskeneiden kokeilujen suuntaisesti mm. lisäämällä erilaisia maksuttomia harrastusmahdollisuuksia koulun yhteyteen (aamu- ja iltapäivätoiminta, koulukerhot) (vrt. Mukava-hanke [32][33]) ja luomalla mahdollisuus ohjattuun kotitehtävien tekoon koulun yhteydessä.
- 10.3 Turvataan tarpeenmukaiset tukitoimet oppimisvaikeuksista kärsiville oppilaille (tuki- ja erityisopetus), kohtuulliset luokkakoot sekä kouluvuorokauden riittävyys.
- 10.4 Kehitetään kodin ja koulun aktiivisen ja myönteisen kasvatuskumppanuuden käytänteitä (mm. säännölliset perhekohtaiset opettajan ja vanhempien tapaamiset, oppimis- ja kehityssuunnitelmien laatiminen opettajan ja vanhempien yhteistyönä, sähköiset reissuvihot, kasvatusaiheet sekä moniammatilliset pienryhmämuotoiset vanhempainillat ja vanhempainkoulut, yhteistyö siirtymä- ja nivelvaiheissa sekä varhainen puuttuminen ja avoin keskustelu mahdollisissa ongelmatilanteissa, kodin ja koulun yhteistyötä koskevan suunnitelman sisällyttäminen opetussuunnitelmiin, koulukohtaisen/luokka-asteittaisen kodin ja koulun yhteistyösuunnitelman laatiminen). Näiden käytänteiden vakiinnuttamiseksi julkaistaan opas kodin ja koulun yhteistyöhön. Opettajille ja opettajiksi opiskeleville järjestetään koulutusta kodin ja koulun kasvatuskumppanuudesta.
- 10.5 Turvataan kouluterveydenhuollon ja muun oppilashuollon toimintaedellytykset (koulupsykologit, kuraattorit).
- 10.6 Kehitetään terveystiedon opetusta siten, että se tukee lasten ja nuorten pärjäämistä, hyvinvointia ja terveyttä tukevien valintojen tekemistä. Hyödynnetään Kouluterveyskyselyn tuloksia terveystiedon opetuksessa.
- 11 Ohjataan kuntia ja järjestöjä kehittämään lasten ja nuorten vapaa-ajan ympäristöjä ja harrastusmahdollisuuksia etenkin riskiryhmiin kuuluvien lasten näkökulmasta ja turvataan riittävät resurssit näiden toimenpiteiden toteuttamiseksi.
- 11.1 Ohjataan ja tuetaan kuntia sekä järjestöjä järjestämään perheille maksutonta liikunta-, kulttuuri- ym. harrastusryhmiä, jotka tukevat lapsen ja

nuoren kokonaisvaltaista kehitystä, perheen yhteistoimintaa ja yhteisöllisyyttä (esim. Icehearts-toimintamalli [34], perheliikunta).

11.2 Ohjeistetaan kuntia kiinnittämään kaavoituksessa huomiota eri-ikäisten lasten ja nuorten kannalta tärkeiden virikkeellisten ja turvallisten ympäristöjen ja tilojen luomiseen (esim. leikkipuistot, nuorisotilat, urheilukentät, skeittirampit).

12 Nimetään vastuutaho, joka seuraa erilaisten verkkoyhteisöjen kehitystä, pyrkii ehkäisemään mahdollisia ongelmia (nettikiusaaminen tai -riippuvuus jne.), kehittää vanhemmille keinoja seurata nuorten nettikäyttäytymistä ja edistää nuorten vaikuttamismahdollisuuksia netin välityksellä.

#### **IV Kohdennetaan voimavaroja toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien terveyden edistämiseen**

Toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien opiskeluterveydenhuolto toteutetaan selvästi heikkommin kuin samanikäisten nuorten lukiolaisten terveydenhuolto [35]. Ammattioppilaitoksissa opiskelevien nuorten oireilu ja riskikäyttäytyminen on kuitenkin yleisempää sekä terveys on huonompi kuin samanikäisten lukiolaisten. Terveyserojen näkökulmasta tämä tilanne merkitsee ammatti- ja koulutusryhmien välisten erojen säilymistä tai jopa erojen kasvua, jos kehityskulkua ei pysäytetä määrätietoisella työllä. On perusteltua suunnata voimavaroja erityisesti toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon palvelujen kehittämiseen ja resursointiin. Valmisteilla olevalla asetuksella säädetään opiskeluterveydenhuollon tarkemmasta sisällöstä.

13 Saatetaan oppilaitosten opiskeluterveydenhuolto kansallisen ohjeistuksen [36] mukaiseksi perustamalla pilottihankkeita ja tehostamalla valvontaa. Varmistetaan opiskeluterveydenhuollon henkilöstön mitoitus kansallisen ohjeistuksen tasolle ja huolehditaan riittävästä kuraattori- ja psykologiresursseista.

14 Vahvistetaan oppilaitosten opiskelijahuoltoa luomalla oppilaitoksen sisällä toimivien opiskeluhuoltoryhmien tai hyvinvointiryhmien toimintaan malli, jossa korostetaan nuorten kehitykseen liittyvien vaikeuksien ennalta ehkäisemistä ja varhaista puuttumista mahdollisiin ongelmiin sekä vakiinnuttamalla se kaikkiin oppilaitoksiin.

15 Ohjeistetaan koulutuksenjärjestäjiä laatimaan ammatillisen koulutuksen paikalliset opetussuunnitelmat yhteistyössä kotien kanssa ja opiskelijahuoltoa koskevilta osilta yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen kanssa.

16 Kehitetään ja toteutetaan terveyden edistämiseen (kuten päihteettömyyteen, savuttomuuteen ja mielenterveyden edistämiseen) ja terveyserojen kaventamiseen tähtääviä interventioita toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa. Levitetään tietoa päihteettömyyttä edistävästä hyvistä käytänteistä (esim. Tumpkaa pois -tapahtumat).

17 Kehitetään terveystiedon opetusta toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa ja huomioidaan oman koulun Kouluterveyskyselyn tulokset.

## V Turvataan nuorille tukitoimet koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheissa

Toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jääminen sekä opintojen katkeaminen vaarantavat nuoren onnistuneen kiinnittymisen työelämään ja lisäävät syrjäytymisen riskiä. Myös osa varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävistä tarvitsee erityistä tukea eri elämänaalueilla. Näiden nivelvaiheiden onnistumisen tukemiseksi:

- 18 Ehkäistään ammatillisen koulutuksen *keskeyttämistä*, ammatillisen koulutuksen ja työelämän *ulkopuolelle jäämistä* ja nuorisotyöttömyyttä puuttumalla aktiivisesti poissaoloihin, opiskeluvaikeuksiin ja muihin opintojen etenemisen ongelmiin ja kehittämällä työmenetelmiä ja käytäntöjä tukea nuorten kokonaisuhyvinvointia ja selviytymistä (vrt. OPH:n Nuorten osallisuushanke ja sen paikalliset osaprojektit [37]. Hyödynnetään kunnissa jo toimivia kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmiä.
- 19 Sisällytetään opinto- ja työuran hallinta osaksi opetusta ja opinnonohjausta (esim. Koulutuksesta työhön ja Kohti työelämää -ryhmämenetelmät [38]).
- 20 Turvataan riittävät työllistymisen tukitoimet kaikille tarvitseville (esim. työpajatoiminta [39]).
- 21 Organisoidaan varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävien tai sen keskeyttävien tukitoimet (esim. Aikalisä! -hanke [40])

## VI Tehostetaan riskiryhmiin kuuluvien lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyä

Lapsuus- ja nuoruusaikana käynnistyneen syrjäytymisprosessin seuraukset näytettyvät etenkin huonoimmassa asemassa olevien – kuten pienituloisten, pitkäaikaistyöttömien ja vähiten koulutusta saaneiden – huonona terveytenä. Tällaisen kehityksen ehkäisemiseksi ja katkaisemiseksi on tärkeää turvata tarpeenmukaiset tukitoimet erityisessä syrjäytymisvaarassa oleville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä tähän tavoitteeseen pääsemiseksi. Voimavaroja tulee suunnata ylisukupolvisten syrjäytymiskierteiden katkaisemiseen. Syrjäytymisvaarassa voivat olla mm. lastenkodissa asuvat, muut lastensuojelun piiriin kuuluvat, rikosseuraamusten kohteeksi joutuneet, huonosaiset maahanmuuttajat sekä lapset ja nuoret, joilla on itsellään on tai joiden vanhemmillä on mielenterveys- ja päihdeongelmia.

- 22 Sisällytetään uuden lastensuojelulain edellyttämään suunnitelmaan tiedot syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten kasvuoloista ja hyvinvoinnin tilasta sekä toimenpiteet heidän ja heidän perheidensä tukemiseksi.
- 23 Kehitetään ja vakiinnutetaan psykososiaalisia tehohoitopalveluja, kuten lastensuojelun piiriin kuuluvien tehostettuja terveystarkastuksia ja kotiin suunnattua psykiatrista kriisihoitoa, vaativaa vauvaperhetyötä sekä riittäviä tukipalveluita lapsille ja vanhemmille perheissä, joissa vanhemmillä on päihde- tai mielenterveysongelmia (esim. Toimiva lapsi&perhe –työmenetelmän avulla [30]).



- 24 Kehitetään lasten- ja nuorisopsykiatrisen avohoidon palveluita (nuorten avohuoltoon moniammatillinen intensiivimenetelmä [41] [42]).
- 25 Tuetaan rikosseuraamusten kohteeksi joutuneiden tai mielenterveysongelmista kärsivien nuorten opiskelua ja työelämään siirtymistä (tukihenkilötoiminta, työvaltaisten koulutusmallien kehittäminen, moniammatillinen verkostotyö).

## LÄHTEET

- 1 Gissler M, Merilainen J, Vuori E, Hemminki E. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(6):433-9.
- 2 Hänninen-Nousiainen P, Koponen P, Pietilä AM, Halonen P. Imetys. Kirjassa: Koponen P, Luoto R, toim. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki 2004, s. 40-44.
- 3 Erkkola M, Pigg HM, Virta-Autio P, Hekkala A, Hyppönen E, Knip M, Virtanen SM. Infant feeding patterns in the Finnish type I diabetes prediction and prevention nutrition study cohort. *Eur J Clin Nutr* 2005;59(1):107-113.
- 4 Gissler M, Rahkonen O, Järvelin MR, Hemminki E. Social class differences in health until the age of seven years among the Finnish 1987 birth cohort. *Soc Sci Med* 1998;46(12):1543-1552.
- 5 Arntzen A, Mortensen L, Schnor O, Cnattingius S, Gissler M, Andersen AM. Neonatal and postneonatal mortality by maternal education: a population-based study of trends in the Nordic countries, 1981-2000. *Eur J Public Health* 2007 (painossa).
- 6 Takala P, Klaukka T, Rahkonen O. Astma ja allergia selittävät lasten pitkäaikais-sairastuvuuden lisääntymisen. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56(41):4151-4155.
- 7 Koivusilta LK, Rimpelä AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 2006 Apr 27;6:110.
- 8 Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, Aromaa A. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur J Public Health*. 2006 Jun;16(3):306-15.
- 9 Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005.
- 10 Hertzman C, Power C, Matthews S, Manor O. Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. *Soc Sci Med* 2001;53:1575-1585.
- 11 Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 2003;119:459-65.
- 12 Leinonen JA, Solantausta TS, Punamäki RL. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003 Feb;44(2):227-41.
- 13 Järventie I. Lasten hyvinvointi ja eriarvoisuus kasaantuvat Pohjoismaissa. Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2007:33, Helsinki 2007, s. 93-98.



- 14 Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E, Aro H. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Jul;40(7):580-7.
- 15 Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Pirkola S, Patja K, Aroma A. Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *Eur J Public Health.* 2006 Dec;16(6):617-26.
- 16 Pitkänen T, Lyyra AL, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction.* 2005 May;100(5):652-61.
- 17 Koivusilta L, Rimpelä A, Vikat A. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Soc Sci Med.* 2003 Aug;57(4):577-93.
- 18 Roos E, Prättälä R, Paalanen L. Kasvikset, leipärasva ja juusto. Kirjassa: Prättälä R, Paalanen L, toim. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 2 / 2007, s. 28-36.
- 19 Järvinen T, Jahnukainen M. Kuka meistä onkaan syrjäytynyt? Marginalisaation ja syrjäytymisen käsitteellistä tarkastelua. Teoksessa Suutari M (toim.) Vallattomat marginaalit. Yhteisöllisyyksiä nuoruudessa ja yhteiskunnan reunoilla. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura, Julkaisuja 20, Yliopistopaino, Helsinki 2001.
- 20 Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Commentary. Child Abuse & Neglect* 2007;31:205-209.
- 21 Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect* 2007;31:211-229.
- 22 Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. (2004) Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology* 40:412-429.
- 23 Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M., Solantaus T. (2006) Alaikäisten psykiatrin sairaalahoito Suomessa 1995-2004. Raportteja / Stakes, 13/2006 Helsinki: Stakes.
- 24 Kajanoja J. Lasten turvallisuuden yhteiskunnallisia edellytyksiä ja vaikutuksia. TERVE-SOS 2006 -koulutustapahtuman luentolyhennelmät, Stakes, Työpappe-reita 10/2006, s. 24-25.
- 25 Stakes, Päihdetyö: Neuvoa-antavat, Hoitopaikkatietokanta (<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/tietokannat/hoitopaikat/index.htm>)
- 26 Lapsiasiavaltuutettu, Kirkkohallitus, Lastensuojelun Keskusliitto ry, Nuori Suomi ry, Suomen Nuorisoyhteistyö - Allianssi ry, Terveystien edistämisen keskus ry, Valtion nuorisosiain neuvottelukunta. Ehdotus lasten ja nuorten hallitusohjelmaksi, lokakuu 2006.  
[http://www.alli.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=2757](http://www.alli.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=2757)
- 27 Lapsiperheiden köyhyyden poistaminen on mahdollista. Toimenpide-ehdotuksia. EAPN\_Finin Lapsiköyhyysoyryhmä ja Köyhyys- ja terveystyöryhmä, 30.3.2007. [http://www.eapn-fin.org/EAPN\\_Fin\\_lapsikoyhyys07.pdf](http://www.eapn-fin.org/EAPN_Fin_lapsikoyhyys07.pdf)
- 28 Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J amp Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty. Lapsiperheprojektin loppuraportti. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

- 29 Special Report: Preventing Physical Child Abuse and Neglect Through Home Visitation. The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), Issue N. 1, 2006.  
<http://www.ispcan.org/documents/HomeVisitation.pdf>
- 30 Toimiva lapsi ja perhe -hanke, <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/index.htm>
- 31 Yhteispeli -hanke. <http://info.stakes.fi/yhteispeli/FI/yhteispeli.htm>
- 32 Mukava-hanke, <http://www.mukavahanke.com>
- 33 Launonen L, Pulkkinen L. Eheytetty koulupäivä - Lapsilähtöinen näkökulma koulupäivän uudistamiseen. Edita, 2005.
- 34 Vantaan Icehearts ry, <http://icehearts.sporttisaitti.com/>
- 35 Opiskelijaterveydenhuollon tila vuonna 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:25.
- 36 Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12.
- 37 Nuorten osallisuushanke,  
<http://www.edu.fi/SubPage.asp?path=498;24009;24538;24539>.
- 38 Koivisto P, Vuori J. Nuorten urahallinnan ja mielenterveyden edistäminen. Työ ja ihminen 2005;19(4):422-439.
- 39 Nuorten työpajatoiminta.  
[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;351;536;31767;77774](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;351;536;31767;77774)
- 40 Time out! Aikalisä! Elämä raiteelleen -hanke.  
<http://info.stakes.fi/aikalisa/FI/aikalisa.htm>
- 41 Ogden T, Amlund Hagen K. Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. Child and Adolescent Mental Health 2006;11(3):142-149.
- 42 Hermanson E. Erityishaasteena erityisryhmien nuoret. Duodecim 2007;123(2):205-206.

## TYÖIKÄISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN

*Simo Virtanen, Päivi Husman, Risto Kaikkonen, Kyösti Louhelainen,  
Kaj Husman, Hilikka Riihimäki*

### TAUSTA

Työikäinen väestö (laajasti 15–74-vuotiaat, suppeasti 15–64 -vuotiaat) voidaan yksinkertaisimmillaan jakaa kahteen osaan: työlliseen työvoimaan sekä työttömään työvoimaan ja työvoiman ulkopuolella oleviin. Työikäinen väestö käsittää tällä tavoin jaettuna myös terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeimmät lähestymistavat: (1) laajan kohdennettuja toimia vaativan väestöosuuden eli työllisen väestön sekä (2) tärkeät erityistoimenpiteitä vaativat ryhmät eli työttömät ja työvoiman ulkopuolella olevat.

Suurempi työikäisen väestön osaryhmä on työllinen työvoima. Perinteinen työterveyshuollon näkökulma kattaa työhön liittyvien terveysriskien tunnistamisen ja ennaltaehkäisemisen. Tämä työperäisten terveysriskien näkökulma on sittemmin laajentunut käsittämään terveyden myös yleisemmin. Huono terveys haittaa työssä selviytymistä ja heikentää työkykyä sekä lisää sairauspoissaoloja, vaikka syy ei olisikaan työperäinen. Näkökulmasta riippumatta tärkeää on ennaltaehkäistä terveysriskien kasaantumista ja puuttua niihin varhain.

Tämä puoltaa siten toimenpiteiden aloittamista huonoimmassa asemassa olevista ryhmistä. Käytännössä tällöin puhutaan yleisesti fyysistä kuormitusta vaativista, usein alhaisen tulotason työntekijäammateista, joihin riittää joko lyhyt ammattikoulutus tai joihin voidaan päästä ilman ammattikoulutusta mm. oppisopimuksella. Näissä ammateissa on erilaista työoloihin liittyviä ergonomista, kemiallista, fysikaalisia tai biologista altistumista, joka voi aiheuttaa terveyshaittoja, kun taas yleisillä toimihenkilöillä työn kuormittavuusriskit painottuvat psykososiaalisiin tekijöihin. Lisäksi epäterveelliset elintavat ovat yleisempiä alemmissa sosiaaliryhmissä<sup>1</sup>. Työtä tulisi kehittää siten, ettei siitä aiheudu terveydelle ja toimintakyvylle haittaa. Työympäristön tulisi tukea terveyttä edistäviä elintapoja.

Väestöosuudeltaan pienempiä, mutta selvästi terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä pulmista enemmän kärsiviä ryhmiä ovat työttömät ja työvoiman ulkopuolella olevat työikäiset. Työvoiman ulkopuolella oleviin kuuluu terveyserojen suhteen erityishuomiota vaativia ryhmiä, kuten työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevat sekä ns. piilotyöttömät eli henkilöt, jotka haluaisivat ja olisivat käytettävissä työhön mutta eivät aktiivisesti etsi sitä. Kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta samantasoisten terveyspalveluiden tulisi olla kaikkien saatavilla riippumatta heidän suhteestaan ansiotyöhön.

## TILANNEKUVAUS

### Työkäisen väestön rakenne

Työkäisiä 15–64-vuotiaita suomalaisia oli vuonna 2006 yhteensä 3,5 miljoonaa, joista 2,6 miljoonaa kuului työvoimaan (Työvoimatutkimus, Tilastokeskus). Työministeriö ja Tilastokeskus tilastoivat työttömyyttä eri tavoin ja Tilastokeskuksen mukaan työvoimasta työllisiä oli 2,4 miljoonaa ja työttömiä 204 000. Työministeriön tilastoimia työttömiä työnhakijoita oli vuonna 2006 keskimäärin 250 000, joista 65 000 oli ollut työttömänä vähintään vuoden. Vuonna 2005 työttömyys oli lähes kolme kertaa niin yleistä pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneiden keskuudessa (n. 11,3 %) kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla (n. 4,1 %). Työvoimaan kuulumattomista 0,9 miljoonasta työkäisestä, opiskelijoita oli 325 000, kotitaloustyötä tekeviä 93 000, työkyvyttömyyseläkkeellä olevia 218 000 ja vanhuuseläkkeellä olevia 126 000. Työvoiman ulkopuolella ovat lisäksi myös ns. piilotyöttömät, joita esim. maaliskuussa 2007 arvioitiin olevan 75 000.

Työllisestä työvoimasta oli vuonna 2006 palkansaaajia 2,1 miljoonaa (Työvoimatutkimus, Tilastokeskus). Yrittäjiä oli 301 000 ja heille työskenteleviä perheenjäseniä 13 000. Maatalousyrittäjiä oli 71 000 ja muita yrittäjiä 230 000, joista valta-osa (141 000) oli yksinyrittäjiä. Palkansaaajat ja maatalousyrittäjät kuuluvat lakisääteisen tapaturmavakuutuksen piiriin, mutta muut yrittäjät eivät. Palkansaaajista työntekijöihin kuului 741 000, alempiin toimihenkilöihin 813 000 ja ylempiin toimihenkilöihin 562 000. Sukupuolten välillä oli merkittävä ero: miesten joukossa työntekijät olivat suurin palkansaaajaryhmä, mutta naisten joukossa pienin.

### Työkäisen väestön terveys

Työlliseen työvoimaan kuuluvan väestön sisällä on havaittavissa selkeitä eroja terveydessä<sup>2</sup> ja hyvinvoinnissa<sup>3</sup> sekä niihin vaikuttavissa tekijöissä ja lopulta kuolleisuudessa<sup>4</sup>. Suomalaisen ylemmän toimihenkilömiehen ja työntekijämiehen välinen ero kuolleisuudessa on länsi-eurooppalaisessa vertailussa suuri<sup>5</sup>. Työntekijöillä pulmat terveydessä ja hyvinvoinnissa ovat huomattavasti yleisempiä kuin ylemmillä toimihenkilöillä ja johtajilla. Erot ovat erityisen suuria miehillä, mutta selvästi havaittavissa samansuuntaisina myös naisilla. Osan näistä sosiaaliryhmien välisistä eroista voidaan nähdä aiheutuvan terveydelle haitallisista työoloista<sup>6-9</sup>, jotka ovat yleisempiä alemmilla sosiaaliryhmillä. Osa eroista aiheutuu elintavoista, kuten tupakoinnista<sup>10</sup> ja alkoholin suurkulutuksesta<sup>11</sup>. Myös ruokailutottumukset ja lihavuus vaikuttavat terveyseroihin: merkittävä ylipainoisuus on yleisintä alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä<sup>12</sup>. Lisäksi palvelujärjestelmä tuottaa eriarvoisuutta<sup>13</sup>.

Elinajanodotteen erot ovat erityisen suuria verrattaessa työttömiä työkäisiä työllisiin. Tämä ero on miehillä lähes kuusi vuotta ja naisilla lähes kaksi vuotta<sup>14</sup>. Työvoiman ulkopuolella oleviin ja erityisesti työttömiin keskittyy huomattavan paljon terveyttä kuormittavia tekijöitä<sup>14-15</sup>, jotka saattavat aiheuttaa myös valikoitumista työllistymisen suhteen<sup>16-17</sup>. Suomea koetellut syvä talouslama 1990-luvun

alkupuolella ei kuitenkaan kasvattanut työttömien ylikuolleisuutta<sup>18</sup>. Palvelujärjestelmällä on oma vaikutuksensa terveyseroihin, sillä työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ovat vain työssäkäyvän väestön ulottuvilla.

Vuonna 2006 kuoli yhteensä 10 600 työkäistä 15–64-vuotiaista henkilöä (7 500 miestä, 3 200 naista; Kuolemansyytilasto 2006, Tilastokeskus). Yleisimpiä työkäisen väestön kuolemansyitä olivat alkoholisynt, verenkiertoelinten sairaudet (erit. sepelvaltimotauti), syövät, tapaturmat ja itsemurhat. Suuri osa elinajanodotteen sosioekonomisista eroista aiheutuu alkoholikuolemansyistä (naisilla n. 8 % ja miehillä 13 %) sekä sepelvaltimotaudista (naisilla n. 28 % ja miehillä n. 26 %)<sup>19</sup>. Kuolleisuuden työperäisyydestä voidaan esittää vain karkeit arvioita: erään arvion mukaan 4–7 % vuoden 1996 kuolemista olisi ollut työperäisiä<sup>20</sup>.

Työttömillä miehillä kuolleisuuden on havaittu olevan kolminkertaista ja naisilla kaksinkertaista verrattuna työlliseen väestöön. Työttömyyden kesto lisää ennenaikaisen kuolleisuuden riskiä, ja esimerkiksi alle vuoden työttömänä olleiden kuolleisuus on vain keskimäärin 1,4-kertaista, mutta vähintään kaksi vuotta työttömänä olleiden jo kolminkertaista verrattuna työlliseen väestöön. Alkoholikuolleisuus on työttömillä miehillä ollut jopa yhdeksänkertaista ja naisillakin kahdeksänkertaista työllisiin verrattuna<sup>14</sup>.

Kansanterveyslaitoksen tekemän haastattelututkimuksen perusteella (*Kansallinen uhritutkimus*) vuonna 2006 työkäisille (15–64-vuotiaat) tapahtui arviolta yhteensä 772 000 tapaturmaa. Näistä 262 000 oli liikuntatapaturmia ja 199 000 kotitapaturmia. Liikennetapaturmia sattui arvion mukaan 50 000, mutta ne olivat yhtä usein vakavia kuin muutkin tapaturmat. Väkivaltatapauksia oli 104 000<sup>21</sup>. Erään arvion mukaan uhrin alkoholinkäyttö liittyy noin kolmannekseen kaikista vakavista tapaturmista (kuolleet, vakavasti loukkaantuneet)<sup>22</sup>.

*Kansallisen uhritutkimuksen* arvion mukaan suomalaisille tapahtui vuonna 2006 yhteensä 194 000 työtapaturmaa. Työntekijöille tapaturmia sattui kolminkertaisesti ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. *Tilastoituja työtapaturmia*, jotka johtivat vähintään 4 päivän poissaoloon, oli vuonna 2005 palkansaajilla 54 000, (Työtapaturmatilasto, Tilastokeskus). Korkean tapaturmariskin toimialoja olivat puutavaran ja puutuotteiden valmistus, ei-metallisten mineraalituotteiden valmistus, metallituotteiden valmistus, rakentaminen sekä maaliikenne ja putkijohtokuljetus. Maatalousyrittäjille tapahtui samana vuonna 5 100 työtapaturmaa. Koska maatalouden ulkopuoliset yrittäjät eivät kuulu lakisäätetyn tapaturmavakuutuksen piiriin, heidän työtapaturmistaan on vain suuntaa-antavia tietoja. Palkansaajien riski työkuolemaan on laskenut 1990-luvun puolivälistä jopa viidenneksellä<sup>23</sup>.

*Ammattitaudeiksi* diagnosoituja tapauksia Suomessa ilmoitettiin vuosina 1998–2002 noin 5 000/vuosi<sup>24</sup>. Vuonna 2005 lukumäärä oli korkeampi (6 800), mutta se ei ole vertailukelpoinen aiempien vuosien kanssa tilastointi- ja täyskustannusvastuumuutoksen vuoksi<sup>25</sup>. Korkeita ammattitautisairastavuuden ammattiryhmiä ovat olleet mm. elintarviketeollisuustyö, rakennustyö sekä maa- ja metsätaloustyö. Ammattitaudin käsite ei Suomessa kuitenkaan kata kaikkea työperäiseksi katsottavaa sairastavuutta, esimerkiksi selkäsairauksia tai mielenterveyden häiriöitä. Sosioekonomisen aseman mukaan tarkasteltuna am-

mattitautien ilmaantuvuus työntekijäammateissa on moninkertaista suhteessa toimihenkilöihin<sup>25</sup>.

Kansaneläkelaitoksen maksamat *sairauspäiväraha*jaksot (ns. pitkät sairauslomat) tarjoavat tietoa työkäisten terveydestä. Vuonna 2005 Kela korvasi keskimäärin noin 6 sairauspäivää jokaista työllistä henkilöä kohden, palkansaajille hieman enemmän kuin yrittäjille (Työolot Suomessa -tietojärjestelmä, Työterveyslaitos). Erityisen paljon Kelan palkansaajille korvaamia sairauspäiviä esiintyi ompelutyössä, massa- ja paperityössä, työkoneiden käyttötyössä, kemian prosessityössä sekä elintarviketeollisuustyössä. Rekisteritietoihin ja kyselytutkimuksiin perustuvissa tarkasteluissa onkin havaittu, että erityisesti pitkät sairauspoissaolot ovat yleisempiä alemmissa sosiaaliryhmissä<sup>26</sup>. Kansanterveyslaitoksella tehtyjen laskelmien mukaan vuosittain menetetään työkäisessä väestössä noin 500 000 henkilötyövuotta sairauksien ja ennen aikaisten kuolemien vuoksi<sup>27</sup>.

Eläketurvakeskuksen mukaan vuonna 2005 työeläkkeeseen perustuvalla *työkyvyttömyyseläkkeellä* oli 219 000 henkilöä<sup>28</sup>. Eläkkeitä maksettiin yhteensä 2,2 miljardia euroa. Näistä eläkkeistä 37 % perustui mielenterveyden häiriöön ja 29 % tuki- ja liikuntaelinsairauteen. Vuonna 2005 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 26 000 henkilöä. Näistä eläkkeistä 33 % johtui tuki- ja liikuntaelinsairauksista, erityisesti selkäsairauksista, ja 29 % mielenterveyden häiriöistä, erityisesti masennuksesta. Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen on molemmilla sukupuolilla yleisintä keskiasteen koulutuksen ja vain perusasteen koulutuksen suorittaneilla<sup>29</sup>. Kuitenkin masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla yleisempiä kuin pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla<sup>30-31</sup>. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen on monin verroin yleisempää perus- ja keskiasteen koulutuksen suorittaneilla kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla<sup>29</sup>. Työkyvyttömyyseläkkeelle jääneillä on kuitenkin osittain työkykyä vielä jäljellä, ja viimeisten selvitysten mukaan arviolta noin 30 000 työkyvyttömyyseläkkeellä olevaa työkäistä olisi halukas palaamaan työelämään<sup>32</sup>.

Työhön voi liittyä erilaisia ergonomisia, fyysikaalisia, kemiallisia, biologisia ja psykososiaalisia haittatekijöitä. Yksittäisten haittatekijöiden on varsinkin kasaantuessaan havaittu olevan vahvasti yhteydessä sosioekonomisiin terveyseroihin työllisessä väestössä, mutta niiden suhteellinen vaikutus vaihtelee sen mukaan, mitä terveyden osa-alueita kulloinkin tarkastellaan<sup>6-9, 33-35</sup>.

Epäterveelliset elintavat aiheuttavat suuren osan kansantaudeista ja myös sosioekonomisista terveyseroista. Kansanterveyslaitoksen tutkimusten mukaan (Aikuisväestön terveystietäytyminen<sup>36</sup>) esimerkiksi päivittäinen tupakointi on viime vuosina ollut yleisintä työttömien ja työntekijäammattissa olevien keskuudessa: 26–34 % työttömistä naisista ja 43–49 % työttömistä miehistä on katsottu päivittäin tupakoiviksi (26–34 % ja 43–49 % vastaavista työntekijöistä). Myös alkoholin viikoittainen humalakäyttö on ollut työttömillä muuta väestöä yleisempää: naisista 7–16 % ja miehistä 31–35 %. Työntekijöillä vastaavat osuudet olivat 10–12 % ja 27–32 %. Terveys 2000 -aineiston pohjalta tehtyjen analyysien mukaan työttömillä esiintyy enemmän tai useammin unettomuutta, tupakointia ja alko-

holin suurkulutusta. Vähän koulutetuilla taas esiintyy enemmän tai useammin lihavuutta, unettomuutta ja tupakointia<sup>37</sup>.

### **Työikäisen väestön terveyspalvelut**

Ehkäisevä työterveyshuolto on lakisääteisesti määrätty koskemaan kaikkia palkansaajia. Työnantaja voi lisäksi tarjota työterveyshuollon kautta sairaanhoitopalveluita. Koska työssä olevat palkansaajat voivat käyttää myös julkisia terveyspalveluja, heillä on muita työikäisiä paremmat mahdollisuudet saada terveyspalveluja. Tässä mielessä työterveyshuollon voidaan katsoa johtavan eriarvoisuuteen. Yrittäjien on järjestettävä työterveyshuolto työntekijöilleen, mutta he voivat myös ostaa vastaavat palvelut itselleen.

Työterveyshuolto toimii Suomessa palkansaajien osalta melko kattavasti. Työterveyshuollon piiriin kuuluu palkansaajista 88 % ja samansuuruinen osuus työterveyshuollon piiriin kuuluvista saa myös sairaanhoitopalveluita<sup>38</sup>. Viimeisen työterveyshuoltoa koskevan selvityksen mukaan 16 % yrittäjistä oli hankkinut itselleen työterveyshuollon palvelut. Kattavuus on maatalousyrittäjien keskuudessa korkeampi (54 % vuonna 2004<sup>39</sup>) kuin muilla yrittäjillä, joilla se on noin 10 %. Palkansaajillakin kattavuus vaihtelee: se on heikoin alle 10 henkilön yrityksissä ja lisääntyy yrityskoon kasvaessa<sup>40</sup>. Tilastokeskuksen yritysrekisterin mukaan v. 2005 Suomessa oli 234 000 pientä, alle 50 työntekijän yritystä, joissa työskenteli yhteensä 585 000 työntekijää. Näistä 220 000 oli alle 10 työntekijän mikroyritystä (326 000 työntekijää). Pienissä yrityksissä työskenteleviä oli runsaasti mm. seuraavilla toimialoilla: rakentaminen, maaliikenne, majoitus- ja ravitsemistoiminta, jotka ovat työntekijävaltaisia ja joiden vaatimuksena on useasti vain alhainen koulutustaso.

Työterveyshuolto- ja kuntoutuspalvelut voivat myös olla huomattavasti vähemmän määrällisiä työntekijöiden, erityisesti lyhytaikaisia työsuhteita tekevien saatavilla. Vuonna 2005 määräaikaisia oli 343 000 yhteensä 2,1 miljoonasta palkansaajasta (16 %; Työvoimatutkimus, Tilastokeskus). Naisista määräaikaisia oli 20 % ja miehistä 13 %. Lukumääräisesti eniten ja samalla keskimääräistä enemmän määräaikaisessa työsuhteessa olevia naisia oli seuraavissa ammattiryhmissä: terveydenhuoltotyö, opetusalan työ, sosiaalialan työ. Miehillä vastaavat ammattiryhmät olivat: rakennustyö, opetusalan työ.

Työttömien aktivointiin liittyvää työhallinnon ja kuntien toimintaa toteutetaan työvoiman palvelukeskuksissa (TYP). Niissä pyritään eri sektorien yhteistyönä selvittämään erityisesti vaikeasti työllistyvien tilannetta ja heidän tarvitsemiin yksilöllisiin palveluihin (esim. terveys-, sosiaali- ja koulutuspalvelut). Valtio ja mukana olevat kunnat (yksin tai seutukunnittain) ovat kohdistaneet keskuksiin yhtä paljon henkilöresursseja. Arviolta 80 % niistä työttömistä, jotka ovat saaneet työmarkkinatukea yli 500 päivää, on palvelukeskusten piirissä, mutta toiminta ei kuitenkaan tavoita kaikkia. Palvelukeskusten toiminnasta tehty väliarvio on myönteinen<sup>41</sup>. Parhailtaan on meneillään Stakesin koordinoima yhteistyöhanke, jossa etsitään hyviä käytäntöjä pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon järjestämiseen sekä kokeillaan vastaavan toiminnan laajentamista muihin työttömiin ja lyhytaikaisissa työsuhteissa oleviin.



## LINJAUKSET

### **Työpaikka terveyden edistämisen areenaksi**

Työantaja on jo työturvallisuuslain perusteella velvollinen minimoimaan työstä terveydelle aiheutuvat haitat. Terveys on kuitenkin myös tärkeä työnteon edellytys ja siksi työntekijän hyvästä terveydestä on hänen itsensä lisäksi hyötyä myös työnantajalle. Työpaikka tulisi nähdä terveyden edistämisen areenana, jolla työntekijän ohella tulisi kehittää työtä, jotta terveys kestäisi. Työjärjestelyitä tulisi monin tavoin joustavoittaa ja tämän saavuttamiseksi tarvitaan ajattelumallien muutosta: työ tulisi saattaa myös terveyttä tukevaksi. Suuntaamalla terveyttä edistäviä toimia ryhmiin, joissa terveyskäyttäytymisen ongelmat (runsas alkoholin käyttö, tupakointi, liikunnan puute, epäterveellinen ruokavalio, liian vähäinen nukkuminen) kasaantuvat, työpaikka voi toimia terveyserojen kaventamisen foorumina. Terveiden edistäminen toteutuu kehittämällä työyhteisöjen ja -organisaatioiden toimivuutta, kehittämällä työn ja työympäristön turvallisuutta, edistämällä työntekijöiden ammatillista osaamista sekä tukemalla työntekijöiden voimavaroja. Terveyttä edistävät toimet on aloitettava niistä työntekijäammateista, joissa elintapojen ja työn riskitekijät kasaantuvat. Keinoina ovat työsuojelutoiminnan tehostaminen sekä työterveyshuollon kattavuuden ja toiminnan parantaminen.

### **Syrjäytymisvaarassa olevien tukeminen**

Pitkäaikaistyöttömyyden vähentäminen on terveyserojen kannalta tärkeä tavoite. Samalla kun uusien pitkien työttömyysjaksojen syntymistä ehkäistään, täytyy myös jo syntyneitä jaksoja pystyä katkaisemaan. Työllistymistä edesauttavien kuntouttavien toimenpiteiden saatavuus on tärkeää. Toisaalta tulee huolehtia patkittaiten työsuhteiden aiheuttamista ongelmista. Erityisen tärkeää on löytää varhaisen puuttumisen pisteitä, joissa sopivilla käyttäytymiseen vaikuttavilla keinoilla voidaan pysäyttää syrjäytymisprosessi.

## TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

### **1. Terveiden edistäminen ja varhainen puuttuminen riskialoilla**

Työpaikoilla käynnistetään työpaikan kulttuuriset ja toiminnalliset lähtökohdat huomioivia hyvän terveystyönteon mahdollistavia kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoiminnassa huomioidaan terveelliset elintapavalinnat mahdollistavat rakenteelliset ja toiminnalliset edellytykset, työyhteisön toimivuus, turvallisuusjohtaminen, henkilöstön osaamisen, voimavarojen ja työkyvyn tukeminen sekä työterveyshuolto osana työpaikan henkilöstöpolitiikkaa. Kohdennetaan terveyden edistämistoimintaa ja luodaan varhaisen puuttumisen malleja riskialoille (kunta-alan riskityöt, rakennusala, siivousala, hotelli- ja ravintola-ala, kuljetusala jne.). Toiminta alkaa hankkeella, jossa yhteiskehittelymenettelyllä luodaan hankkeeseen osallistuvien työpaikkojen edellytykset huomioiva, varhaiseen puuttumisen ajatteluun perustuva terveyttä edistävän työpaikan kriteeristö. Kriteeristö integroidaan osaksi työpaikkojen johtamisstrategioita ja toimintajärjestelmiä ja vakiinnutetaan päivittäisen työnteon osaksi.



## **2. Oikea-aikaisen ja tarpeenmukaisen kuntoutuksen kehittäminen**

Työpaikoille ja työterveyshuoltoon tarvitaan toimintamalleja työntekijöiden työkykyongelmien ja kuntoutustarpeen varhaiseen havaitsemiseen ja tarpeen mukaisiin palveluihin. On myös tarpeen kehittää toimintamalleja paikallisen asiantuntijaverkoston ja kuntoutuslaitoksen hyödyntämiseen työkykyongelmien ilmaantuessa, kuntoutuksen konsultaatioissa ja kuntoutustarveselvityksissä sekä toimintamalleja työterveyshuollon ja kuntoutuksen asiantuntijoiden yhteistyön tiivistämiseen, kuntoutustarpeen ja palvelujen parempaan kohtaamiseen. Varhaiskuntoutuksen kehittäminen tarvitsee lisäksi työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välisen tiedonkulun parantamista. Toteuttaminen vaatii laaja-alaisen kokeiluhankkeen, joka tähtää yhteistyön virtaviivaistamiseen ja tiedonkulun tehostamiseen. Tässä tarvitaan kaikkien kuntoutusprosessissa eri rooleissa mukana olevien tahojen osallistumista.

## **3. Työterveyshuollon kattavuuden parantaminen**

Kohteena ovat pienyritykset (10–49 henkilöä), mikroyritykset (alle 10 henkilöä) ja yrittäjät. Työterveyshuollon työnantajapohjaista sopimista tulisi laajentaa koskemaan yrittäjäverkostoja ja muita yrittäjiä edustavia toimijoita, joiden kautta erityisesti yksinyrittäjät voisivat olla työterveyshuoltopalvelun piirissä. Tällä muutoksella voidaan parantaa myös työterveyshuoltojen edellytyksiä tarjota palveluita yksinyrittäjille ja muille yrittäjille. Tämä kehittämistyö edellyttää paikallisia kokeiluja niillä toimialoilla, joilla on erityisiä työturvallisuuteen ja -terveyteen liittyviä haittatekijöitä. Pienyrityksien tulisi saada työterveyshuollosta toimialakohtaisia palveluja. Asiantuntijoina voivat toimia olemassa olevien organisaatioiden (yrittäjäjärjestö, toimialajärjestö, Työterveyslaitos jne.) henkilöt. Yhtenäisten palvelujen saamiseksi näitä asiantuntijoita tulee kouluttaa. Samanaikaisesti yrittäjien tietämystä ja osaamista työturvallisuus- ja -terveysasioissa kehitetään yhteistyössä yrittäjäjärjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa (TE-keskukset, uusia osaamiskeskukset, koulutusorganisaatiot kuten AMK, työsuojeluviranomaiset ja vakuutusyhtiöt).

## **4. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuolto**

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tavoitteena on tukea terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn parantamista. Tarkastuksia on jo tehty työvoiman palvelukeskuksissa (TYP). Meneillään on Työttömien terveydenhuollon kehittämishanke (Stakes, sosiaali- ja terveysministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, kunnat), joka sisältää 17 paikallista hanketta. Vuoteen 2009 kestävä kokeiluhankkeen tulosten perusteella tavoitteena on vakiinnuttaa toiminta koko maahan sekä varmistaa suunnitelmalliseen ja pitkäjänteiseen toimintaan riittävät toimintatavat ja resurssit.

## **5. Erityisryhmien terveyspalvelupisteet**

Pitkäaikaistyöttömyyden odotettu aleneminen voi vapauttaa osaltaan resursseja myös muihin ryhmiin kohdistettuun toimintaan. Vapautuneilla resursseilla

sekä lisäresursseilla vahvistettuna toimintaa voisi kohdistaa kaikkiin työttömiin, omaishoitajiin ja lyhytaikaisissa työsuhteissa oleviin, jotka tyypillisesti jäävät työterveyspalveluiden ulkopuolelle. Näihin ryhmiin voisi soveltaa työterveyshoitajavetoista, neuvolatoiminnasta otettua mallia, joka tarvittaessa toimisi työterveyshuollon tapaan moniammatillisesti. Toiminnan sisältö olisi yleensä ohjaavaa, neuvovaa ja ehkäisevää mutta tarvittaessa myös sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Toiminta olisi maksutonta asiakkaille.

## **6. Työhön liittyvien riskien sekä riskiryhmien tunnistaminen ja seuranta**

Toimenpiteiden kohdistamiseksi kulloinkin huonoimmassa asemassa oleviin ryhmiin tarvitaan kohtuullisin väliajoin päivittyvää tietoa kuolleisuudesta, sairastuvuudesta, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä, tapaturmaisuudesta ja terveyspalvelujen käytöstä sosiaaliryhmittäin sekä tarkemmin myös toimialoitain ja ammattiryhmittäin. Nykyiset ammattitauti- ja työtapaturmatilastot täyttävät tämän tarpeen vain osittain. Kyse on rekistereihin perustuvista tutkimuksista, joita on eri tahoilla tehty vaihtelevin väliajoin. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaan kaavailtuun terveyserojen seurantajärjestelmään tällaiset tutkimukset liittyvät erillisselvityksinä eivätkä vuosittaisena toimintana. Kukin tutkimus kannattaisi toteuttaa viiden vuoden välein, jotta kohtuullisen pienistäkin toimialoista ja ammattiryhmistä saadaan käyttökelpoista tietoa. Työoloja ja kuormittavuustekijöitä kuvaavia tietoja tulisi kuitenkin sisällyttää seurantajärjestelmän tarjoamiin tietoihin mm. kyselytutkimuksiin.

## **LÄHTEET**

1. Virtanen S, Helakorpi S, Kauppinen T, Prättälä R, Tuomi K, Uutela A, Palo L. Elintavat ja työssä altistuminen Suomessa. Työterveyslaitos. Helsinki 2006.
2. Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A, Prättälä R. Koettu terveys. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.): Terveystien eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.
3. Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Stakes. Helsinki 2008.
4. Valkonen T, Martikainen P, Remes H. Sosiaaliryhmien väliset elinajandote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla. Suomen lääkirilehti Vol 62. 2007:3891-3896.
5. Mackenbach J, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst A. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. International Journal of Epidemiology. Vol. 32. 2003: 830-837.
6. Shrijvers CTM, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. International Journal of Epidemiology 1998:1011-18.
7. Monden CWS. Current and lifetime exposure to working conditions: Do they explain educational differences in subjective health? Social Science & Medicine 2005:2465-76.

8. Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine* 2000:1019-30.
9. Huisman M, van Lenthe F, Avendano M, Mackenbach J. The contribution of job characteristics to socioeconomic inequalities in incidence of myocardial infarction. *Social Science & Medicine* 2008:1-13.
10. Laaksonen M, Talala K, Martelin T, Rahkonen O, Roos E, Helakorpi S, Laatikainen T, Prättälä R. Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health* 2008:38–43.
11. Mäkelä P, Holmila M, Kaukonen O. Päihteet ja päihdepolitiikka. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki 2002.
12. Prättälä R, Paalanen L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Kansanterveyslaitos. Helsinki 2007.
13. Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Keskimäki I. Terveyspalvelut. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.
14. Pensola T, Ahonen H, Notkola V. Ammatit ja kuolleisuus – työllisten ja työttömien ammattiryhmittäinen kuolleisuus 1996–2000. Tilastokeskus. Helsinki 2004.
15. Lahelma E. Unemployment, re-employment and mental well-being. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, supplement 43. 1989.
16. Mannila S, Martikainen P. Työttömyys. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, (toim.): Suomalaisten terveys. Duodecim. Helsinki 2005.
17. Bartley M. (2004) Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Polity Press.
18. Martikainen P, Valkonen T. Lama ja ennenaikainen kuolleisuus. *Väestö* 1995:11. Tilastokeskus. Helsinki 1995.
19. Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.): Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.
20. Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2001:161-213.
21. Tiirikainen K, Lounamaa A. Suomalaiset tapaturmien uhreina 2006. Kansallisen uhritutkimuksen perustaulukoita. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 4/2007. Kansanterveyslaitos. Helsinki 2007.
22. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/paihteet\\_ja\\_riippuvuus/alkoholin\\_haittavaikutuksia/?ord=16](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/paihteet_ja_riippuvuus/alkoholin_haittavaikutuksia/?ord=16) (4.4.2008)
23. Tilastokeskus. Työtapaturmat 2005. Suomen virallinen tilasto. Työmarkkinat 2008. Helsinki 2008.
24. Riihimäki H, Kurppa K, Karjalainen A, Aalto L, Jolanki R, Keskinen H, Mäkinen I, Saalo A. Ammattitaudit 2002. Työterveyslaitos. Helsinki 2003.

25. Laakkonen A, Palo L, Saalo A, Jolanki R, Mäkinen I, Kauppinen T. Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2005. Työterveyslaitos. Helsinki 2007.
26. Christensen KB, Labriola M, Lund T, Kivimäki M. Explaining the social gradient in long-term sickness absence: a prospective study of Danish employees.
27. Kiiskinen U, Matikainen K. Tärkeimpien kansanterveysongelmien kustannukset. Teoksessa Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisy merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki 2007.
28. Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut 2005. SVT Sosiaaliturva 2007. Eläketurvakeskus, Kuntien Eläkevakuutus, Valtiokonttori. Helsinki 2007.
29. Gould R. julkaisematon, tätä artikkelia varten tuotettu tieto. Helsinki 2008.
30. Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K. Miksi masennus vie eläkkeelle?
31. Murto J. Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden alueelliset erot Suomessa. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Helsinki 2008.
32. Vuorela M. Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Työ- ja elinkeinoministeriön selvityksen loppuraportti 10.3.2008. Julkaistaan myöhemmin Työ- ja elinkeinoministeriön Julkaisuja-sarjassa.
33. Aittomäki A, Lahelma E, Rahkonen O, Leino-Arjas P, Martikainen P. The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *European Journal of Public Health* 2006:145-50.
34. Virtanen M, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, Vahtera J, Ahola K, Lönnqvist J. Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: the Health 2000 Study. *Occupational and Environmental Medicine* 2008:171-8.
35. Virtanen S, Norkola V. Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of work: a register study of Finnish men. *International Journal of Epidemiology* 2002:614-21.
36. Esim. Helakorpi S, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2008. Helsinki 2008.
37. Prättälä R, Paalanen L (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2007. Helsinki 2007.
38. Kankaanpää E, Viluksela M, Hirvonen M, Manninen P. Työterveys palvelujen tuottajat. Teoksessa Manninen P (toim.): Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2007.
39. Kinnunen B, Jokela P, Taattola K. Maatalousyrittäjien työterveyshuolto. Teoksessa Rissanen P (toim.): Työterveys ja maatalous Suomessa 2004. Työterveyslaitos. Kuopio 2006.
40. Peurala M, Manninen P, Perkiö-Mäkelä M, Kankaanpää E, Husman K. Työterveyshuolto ja palvelujen käyttö. Teoksessa Kauppinen T ym. (toim.): Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. Helsinki 2007
41. Arnkil R, Karjalainen V, Saikku P, Spangar T, Pitkänen S. Työvoimatoimistot ja työvoiman palvelukeskukset tänään ja huomenna. Työhallinnon julkaisu 373. Helsinki 2007.

## IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN

*Seija Muurinen, Hannele Mäkelä, Päivi Voutilainen, Tuija Martelin ja Seppo Koskinen*

### TAUSTA

Sosiaalisen eriarvoisuuden vähenemistä ja muita heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman paranemista koskeva tavoite Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (1) koskee koko väestöä, myös ikääntyviä henkilöitä. Tavoite tarkoittaa sitä, että sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien väliset kuolleisuuserot pienenevät. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kuitenkin säilyneet suurina ja joiltakin osin jopa kasvaneet (2). Pienituloisten terveys ei ole kohentunut samassa tahdissa kuin keski- ja hyvätuloisten. Terveyserot ja niille altistavat tekijät yleensä ilmaantuvat jo aiemmissa elämänvaiheissa ja jatkuvat vanhuuteen.

Suomen väestö ikääntyy tulevien vuosikymmenten aikana voimakkaasti. 65 vuotta täyttäneiden kokonaismäärän ennustetaan kasvavan 2030-luvun puoliväliin asti. Sen jälkeen määrän ennustetaan pysyvän suunnilleen samalla tasolla vuoteen 2040 asti, johon Tilastokeskuksen (3) tuorein väestöennuste ulottuu. Vuonna 2040 ennustetaan 65 vuotta täyttäneitä olevan noin 1,5 miljoonaa (27 % väestöstä), 75 vuotta täyttäneitä hieman vajaa miljoonaa (16 % väestöstä) ja 85 vuotta täyttäneitä noin 350 000 (6 % väestöstä). 75 vuotta täyttäneiden määrä yli kaksinkertaistuu eli heitä on yli 530 000 enemmän kuin vuonna 2006. Suhteellisesti suurin kasvu on kuitenkin 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, sillä heitä ennustetaan olevan vuonna 2040 yli kaksi ja puoli kertaa niin paljon kuin vuonna 2006 (yli 250 000 enemmän).

Väestökehityksen myötä iäkkäille tarkoitettuja palveluja joudutaan tulevaisuudessa tarkastelemaan uudella tavalla. Lähtökohtana on, että suuri osa ikääntyneistä selviytyy omassa kodissa hyvin korkeaan ikään saakka terveydentilasta ja toimintakyvystä riippuen. Tämä kuitenkin edellyttää kotiin annettavien palveluiden tehostamista ja uudenlaisten palvelumuotojen kehittämistä. Lisäksi se edellyttää ennakoivien palvelumuotojen kehittämistä ja niiden kohdentamista ikääntyneen väestön erilaisten tarpeiden mukaan. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta sekä ehkäisevät palvelut nousevat tärkeiksi. Odotettavissa olevat väestörakenteen muutokset korostavat väestön toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeyttä kaikissa ikäryhmissä (4).

Suomalaisten toimintakyky, mukaan lukien ikääntyneiden toimintakyky, on parantunut viimeisten 20 vuoden aikana. Samansuuntaisen trendin jatkuminen tulevaisuudessa vähentäisi merkittävästi päivittäisissä toimissa apua tarvitsevien määrää. Jos kaikki väestöryhmät saavuttaisivat nyt parhaimmalla asemalla olevien toimintakyvyn, koko väestön toimintakyky kohenisi huomattavasti, ja sillä olisi merkitystä myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallinnassa. (5.)

Ikääntyneillä ihmisillä tarkoitetaan tässä raportissa perinteisen eläkeiän sauttaneita 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Nykyiset eläkkeelle siirtyvät henkilöt ovat kuitenkin usein toimintakykyisiä ja aktiivisia toimijoita, eikä termi ikääntynyt tai vanhus tai mikään muukaan yksi termi riitä kuvaamaan tähän laajaan ikäryhmään kuuluvia, hyvin erilaisia henkilöitä kattavasti. 65 vuoden ikäraja on siten syytä pitää teknisenä määrittymisenä raportin kohteena olevalle väestölle, eikä niinkään koko ikäryhmän leimaamisena yhtenäiseksi vanhusten tai ikääntyneiden ryhmäksi tai vanhuspalvelujen käyttäjäksi. On huomattava, että ikääntyneiden palvelut mitoitetaan ja suunnataan kunnissa pääsääntöisesti vasta 75 vuotta täyttäneille ja heistäkin suuri osa kokee terveytensä ja toimintakykynsä hyväksi. Vielä 80-vuotiaista 40 % arvioi terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi. (6.)

Ikääntyneet kuten muutkin ikäryhmät on monella tavalla heterogeeninen ryhmä; myös sosioekonomisten tekijöiden suhteen. Iäkkäiden toimintakyky, terveys, sairastavuus ja kuolleisuus vaihtelevat huomattavasti mm. koulutuksen, aieman ammatin, tulojen ja asumismuodon mukaan (mm. 2, 4, 7, 8).

Ikääntyneen koettu terveys ja toimintakyky ovat riippuvaisia biologisesta, fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta vanhenemisesta sekä elämäntavoista, kuten ravitsemuksesta, alkoholin käytöstä, tupakoinnista, liikunnasta ja sosiaalisesta osallistumisesta. Alhainen sosioekonominen asema voi olla heikon terveyden seurausta, ja heikko sosiaalinen asema voi johtaa terveyden ja/tai toimintakyvyn menetykseen. Ikääntyneen haavoittuvaa asemaa toimintakyvyn heikentyessä lisää huono taloudellinen tilanne, yksin ja varsinkin syrjässä asuminen, puutteellinen asunto ja asuinympäristö sekä omien tukihenkilöiden puute (9). Jokin voimakas elämänmuutos tai kriisi, kuten läheisen menetys tai sairastuminen, voi ratkaisevasti muuttaa elämäntilannetta. Elämän tasapaino saattaa järkkäytyä siten, että terveys ja/tai sosioekonominen asema muuttuu.

Iäkkäät lesket, naimattomat ja eronneet käyttävät naimisissa olevia enemmän mm. kotipalveluja (10). Alempien sosiaaliluokkien vanhukset päätyvät muita useammin pitkäaikaishoidon asiakkaiden (11). On myös todettu, että lyhytaikaisessa laitoshoidossa olleiden iäkkäiden henkilöiden itse ilmaistu heikko taloudellinen toimeentulo oli yksi tekijöistä, jotka olivat yhteydessä suurempaan halukkuuteen päästä pitkäaikaishoitoon laitokseen (12).

Eläkkeelle siirtyminen ei yleensä aiheuta köyhyttä, vaan usein työikäisten köyhyys jatkuu eläkeiässä. Joillakin saattaa olla omaisuutta kuten asunto-osake, mutta pienen eläkkeen vuoksi vähäiset käyttövarat elämistä varten. Vanhemmilla eläkeläisillä, jotka elävät pelkän kansaneläkkeen varassa, on erityisen korkea pitkäaikaisköyhyysriski (13). Suomessa vanhuuseläkkeen saajien keskimääräinen eläke oli 1 200 euroa kuukaudessa vuonna 2005. Pelkän kansaneläkkeen (427,73–505,24 euroa kuukaudessa) varassa eli lähes 10 000 henkilöä. Suomen eläkeikäisten ostovoima on muihin EU-maihin verrattuna pieni ja myös suhteessa työikäiseen väestöön vaatimaton. Toisaalta eläkeikäisten toimeentulon jakautuminen on Suomessa keskimääräistä tasaisempaa. Kuitenkin köyhien osuus 75 vuotta täytäneistä naisista on EU-maiden keskitasoa korkeampi. (14.)

Sekä henkisiin että aineellisiin voimavaroihin vaikuttava asema yhteiskunnan hierarkiassa on suhteellisen pysyvä. Tutkimukset jo 50 vuoden ajalta osoittavat, että monet vanhuusiän terveysongelmat perustuvat sosiaaliseen eriarvoisuuteen ja aiemmissa elämänvaiheissa syntyneet terveyserot säilyvät pitkälle vanhuuteen (6).

## NYKYTILA

Iäkkäiden sosioekonomisia terveyseroja koskeva tutkimus on sekä Suomessa että muissakin maissa vilkastunut vasta parin viime vuosikymmenen aikana. Tutkimukset ovat käsitelleet etenkin erilaisten toimintakyvyn osoittimien mutta myös sairastavuuden ja oireilun, koetun terveyden sekä kuolleisuuden eroja. Seuraavassa kuvataan tiiviisti suomalaisissa tutkimuksissa saatuja tuloksia iäkkäiden sosioekonomisista terveyseroista. Myös muissa maissa on havaittu selkeitä eroja iäkkäiden terveydessä ja sairastavuudessa mm. koulutuksen, perheen nettotuloksen ja asumismuodon mukaan (esim. 15, 16).

### **Pitkäaikaissairastavuus**

Koskisen ym. (5) mukaan useat pitkäaikaissairaudet – miehillä erityisesti sydäninfarkti ja keuhkoputken ahtauma ja naisilla diabetes – ovat Terveys 2000 -tutkimuksen valossa eläkeikäisessä väestössä yleisempiä enintään perusasteen koulutuksen saaneilla kuin pitempään koulutetuilla. Myös psyykkisestä oireilusta kärsivien osuus on suurempi alemmassa koulutusryhmässä ylempään verrattuna 65 vuotta täyttäneillä (17). Ikivihreät-projektin aineistossa korkeammin koulutetuilla miehillä oli vähemmän oireita kuin matalammin koulutetuilla (7). Myös esim. hampaiden kunto on keskimääräistä huonompi alempaan koulutusryhmään kuuluvilla (8,10).

### **Toimintakyky**

Erilaiset toimintakyvyn rajoitteet, kuten liikkumisrajoitteet ja aistitoimintojen vaikeudet yleistyvät huomattavasti eläkeiän saavuttamisen jälkeen. Kognitiiviset toiminnot taas säilyvät paremmin kuin fyysinen toimintakyky ja aistitoiminnot. On kuitenkin syytä huomata, että toimintakyky voi myös kohentua ikääntyessä; sairaus voi parantua tai toimintaympäristön muutos voi vaikuttaa myönteisesti. (5.) Martelinin ym. (4, 18), Koskisen ym. (5) ja Sulanderin ym. (8, 10) tutkimusten mukaan iäkkäiden toimintakyky onkin parantunut viime vuosina, erityisesti nuorempien eläkeikäisten keskuudessa. Suuri osa nuoremmista eläkeikäisistä selviytyy itsenäisesti ilman apua jokapäiväisistä toimista ja liikkumista vaativista toimista sekä kotona että kodin ulkopuolella. 65–74 -vuotiaista vain 20 %, mutta 85 täyttäneistä jo 80 % tarvitsee apua (19). Koskinen ym. (19), Heikkinen (20) ja Rantanen (21) ovat todenneet, että toimintakykyä voidaan kohentaa vaikuttamalla toimintakyvyn keskeisiin määrittäjiin kuten sairauksiin, tapaturmiin, aktiivisuuteen ja toimintaympäristöön.

Tutkimukset osoittavat varsin johdonmukaisesti, että erilaiset toimintakyvyn rajoitukset ovat Suomessa yleisempiä vähän koulutettujen, työntekijäammateissa



työskennelleiden ja pienituloisten eläkeikäisten keskuudessa kuin ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla iäkkäillä. Vähemmän koulutetut kokevat esimerkiksi liikkumiskyvyn, aistitoimintojen, kognitiivisten toimintojen ja erilaisen päivittäistoimintojen rajoituksia enemmän kuin ylempiin koulutusryhmiin kuuluvat (8, 10, 18). Teollisuus- tai maatalousammateissa toimineiden sekä kotirouvien toimintakyvyn on todettu Eläkeikäisten terveyskäyttäytymistutkimusten valossa olevan huonompi kuin toimisto- ja palvelutyön parissa työskennelleiden. Kaikkein heikoin se oli maataloustyötä tehneillä (22).

Raution ym. (23) mukaan hyvä taloudellinen tilanne on sekä miehillä että naisilla yhteydessä hyvään toimintakykyyn. Naisilla korkea koulutustaso oli laajasti yhteydessä hyvään fyysiseen ja mentaaliseen toimintakykyyn. Miehillä korkea koulutus oli yhteydessä vain hyvään vitaalikapasiteettiin ja kognitiiviseen kapasiteettiin. Suuret tulot olivat yhteydessä myös hyvään maksimaaliseen käden puristusvoimaan. Iäkkäiden toimintavajaukset (pukeutuminen, peseytyminen, portaiden käyttö) olivat yhteydessä heikkoa sosioekonomista asemaa kuvaaviin indikaattoreihin, joita olivat mm. alhainen luokka-asema lapsena, vähäinen koulutus, auton käyttämättömyys, asunnon omistamattomuus ja aikaisempi työntekijäammatti.

Toimintakyvyn sosioekonomisten erojen taustalla on useita tekijöitä. Esimerkiksi liikkumiskyvyn koulutusryhmittäisiä eroja selittävät lihavuus, tupakointi, fyysinen työkuormitus ja krooniset sairaudet, kuten diabetes ja polvi- ja lonkka-arthroosi (24). Vastaavia selityksiä on löydetty myös muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa. Kosterin ym. (25) mukaan nuoremmassa vanhusikäryhmässä (55–70 v.) elintapoihin liittyvät tekijät kuten BMI ja fyysinen aktiivisuus selittivät vahvasti sosioekonomisten tekijöiden (koulutus ja tulot) yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn, kun taas vanhemmassa ikäryhmässä (70–85 v.) psykososiaaliset tekijät selittivät sosioekonomisia eroja.

### **Koettu terveys**

Koetussa terveydessä on selkeät koulutusryhmien väliset erot myös eläkeikäisillä (26). Sulanderin ym. (8, 10) mukaan ylempään koulutusryhmään kuuluvista eläkeikäisistä naisista 55 % arvioi oman terveytensä vähintään melko hyväksi kun alempaan ryhmään kuuluvilla osuus oli 36 %. Miehillä vastaavat luvut olivat 58 % ja 38 %. Hyvä koettu taloudellinen tilanne oli Raution ja Heikkisen (7) mukaan selkeästi yhteydessä koettuun terveyteen. Ne iäkkäät, joilla oli korkeammat nettotulot, kokivat terveytensä useammin hyväksi.

### **Kuolleisuus**

Koulutuksen ja ammattiin perustuvan sosioekonomisen aseman ja tulojen mukaiset kuolleisuuserot ovat Suomessa hyvin selkeitä, kuten useimmissa muissakin maissa (27). Vaikka suhteelliset kuolleisuuserot ovat eläkeikäisillä pienempiä kuin nuoremmassa ikäryhmissä, absoluuttiset kuolleisuuserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat hyvin suuria. Esimerkiksi 1990-luvun alkupuoliskolla ylempiin toimihenkilöihin aiemman ammattinsa perusteella lukeutuvan 65-vuotiaan mie-



hen elinajan odote oli lähes kolme vuotta pitempi kuin samanikäisen työntekijä-ammattissa toimineen miehen, ja naisilla vastaava ero oli noin kaksi vuotta; vielä 80-vuotiaillakin eroa oli noin vuosi molemmilla sukupuolilla (28). Elinajan pidentyessä ja kuolleisuuden painopisteen siirtyessä yhä vanhempiin ikäryhmiin yhä suurempi osuus esimerkiksi 35-vuotiaan elinajan odotteiden sosioekonomisista eroista liittyy nimenomaan iäkkäiden kuolleisuuseroihin. Esimerkiksi vuosina 2001–2005 yli puolet 35-vuotiaan ylempään toimihenkilönäisen ja samanikäisen työntekijänäisen kaikkiaan 3,4 vuoden suuruisesta elinajanodotteen erosta johtui näiden ryhmien kuolleisuuden erosta 65 vuotta täyttäneillä; miehillä vastaava ero oli kuusi vuotta, ja siitä yli 40 % johtui vastaavasti kuolleisuuserosta eläkeikäisillä (27). Pyrittäessä kaventamaan elinajan sosioekonomisia eroja tulisikin entistä enemmän kiinnittää huomiota iäkkäisiin väestöryhmiin.

Myös muissa suomalaisissa tutkimuksissa, kuten Ikivihreät-projektissa, on havaittu koulutuksen ja tulojen olevan merkittäviä kuolleisuuden ennustajia iäkkäillä. Raution ja Heikkisen (23) tutkimuksessa matala koulutustaso oli yhteydessä lyhyeen elinajanodotteeseen sekä miehillä että naisilla. Lyrran ja Heikkisen (28) tulosten mukaan matalat perheen nettotulot olivat naisilla yhteydessä kohonneeseen kuolemanvaaraan. Koettu taloudellinen tilanne oli yhteydessä kuolemanvaaraan miehillä. Kaikkiaan hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa olevat elävät pidempään kuin huonommassa yhteiskunnallisessa asemassa olevat, ja heillä on enemmän terveitä elinvuosia.

### **Iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn sosioekonomisten erojen syistä ja kaventamismahdollisuuksista**

Eläkeikäisten toimintakyky- ja terveyserot juontavat juurensa suurelta osin aiemmista elämänvaiheista kuten ammatillisesta taustasta ja elintavoista. (4, 8, 10). Koulutuksella ja tuloilla on vahva yhteys iäkkäiden sairastavuuteen, toimintakykyyn, koettuun terveyteen ja kuolleisuuteen. Koulutus hankitaan yleensä nuoruusvuosina, mutta se ohjaa elämän loppuun saakka ihmisen valintoja, elämäntyyliä ja mahdollisuuksia ottaa vastaan esimerkiksi terveyttä koskevaa tietoa ja hyödyntää käytettävissä olevia palveluita. Koulutus vaikuttaa myös muihin terveyserojen syntymisen kannalta merkityksellisiin tekijöihin kuten ammattiin ja siihen liittyvään fyysiseen tai psyykkiseen työkuormitukseen, tuloihin ja asumismuotoon. Pitkällä tähtäyksellä iäkkäiden sosioekonomisia terveys- ja kuolleisuuseroja voidaan siis kaventaa vaikuttamalla terveyseroihin aikaisemmissa elämänvaiheissa. Terveyden ja toimintakyvyn eroihin voidaan kuitenkin pyrkiä vaikuttamaan vielä eläkeiässäkin: esimerkiksi iäkkäiden toimintakyvyn kohentamisesta on saatu myönteisiä kokemuksia (esim. 20, 21, 29).

## **HAASTEITA IÄKKÄIDEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMISELLE**

Valtaosa esimerkiksi erilaisten pitkäaikaissairauksien ja toimintarajoitteiden aiheuttamasta kuormasta tulee nimenomaan vähemmän koulutettujen ryhmästä. Tämä johtuu osittain siitä, että tämä ryhmä on iäkkäillä varsin suuri ja osittain sii-

tä, että sairauksien ja rajoitteiden, esim. diabeteksen ja kävelymaailmojen, yleisyys on suurempi vähän koulutetuilla (24). Niinpä koko iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kohentamiseksi ja palvelutarpeen kasvun hillitsemiseksi huomiota tulisi kiinnittää kaikkia toimenpiteitä suunniteltaessa vähän koulutettujen ryhmään. Olisi varmistettava, että terveyttä ja toimintakykyä edistävät toimet ovat sen luonteisia, että ne saavuttavat heidät. Tällä tavalla sekä koko iäkkään väestön terveys kohenee että terveyserot kaventuvat. Vaikka iäkkäiden terveyserot juontavatkin suurelta osin juurensa jo varhaisempiin elämänvaiheisiin, eroihin voidaan vaikuttaa vielä varttuneellakin iällä.

Elinajan kasvaessa yhä suurempi osuus elinajanodotteen sosioekonomisista eroista – joita usein pidetään keskeisimpänä yleisenä eriarvoisuuden mittarina – johtuu nimenomaan iäkkäässä väestössä vallitsevista kuolleisuuseroista (27). Niinpä iäkäs väestö ja siinä ilmenevät kuolleisuus- ja terveyserot ovat keskeisessä roolissa pyrittäessä kaventamaan elinajanodotteen sosioekonomisia eroja.

Yhteiskunnan vastuulla oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ikääntyneille ei liity vastaavia subjektiivisia oikeuksia kuin esim. lasten päivähoitoon, vaan palvelut ovat tarveharkintaisia. Vuonna 2006 voimaan astuneen lainmuutoksen (sosiaalihuoltolaki 710/1982) mukaan kaikkien yli 80-vuotiaiden on kuitenkin mahdollista omasta tai läheisen pyynnöstä päästä palvelutarpeen arviointiin määrääjassa ja kiireellinen tarpeen arviointi on järjestettävä heti iästä riippumatta. Lisäksi kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi sisälsi hoitotakuun (2005), joka koskee hoidon saatavuutta määrääjassa. Suurin osa terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä on iäkkäitä, joten säädös on ohjannut merkittävästi palveluihin pääsyä

Kunnilla on palvelujen järjestämisvastuu ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistämisen sekä kansanterveystyön vastuu. Universaalit julkiset palvelut eivät tavoita kaikkia kansalaisia tasapuolisesti kaikissa ongelmissa ja yksityiset palvelut eivät ole kaikkien saatavissa, mistä seuraa nk. ”saavuttamattomien oikeuksien” -ongelma. Ennalta ehkäisevillä ja etsivillä palveluilla voidaan pyrkiä kompensoimaan heikompiä lähtökohtia ja/tai olosuhteita ja ikääntyneiden terveyden edistämisen toimilla tähdätään toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulevat kuitenkin usein apuun vasta silloin, kun toiminnanvajaus on jo muodostunut. Tämän vuoksi painotus hyvinvoinnin tukemiseen ja riskitekijöiden kartoittamiseen sekä varhaiseen puuttumiseen on erityinen tulevaisuuden haaste.

Vaikka iäkkäiden henkilöiden keskimääräinen sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve saattaa edelleen vähentyä parantuneen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta suotuisten elintapamuutosten myötä, väestötasolla palveluiden tarve tulee kasvamaan iäkkään väestön määrän kasvaessa nopeasti (5, 30). Suomessa tapahtuvat poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset ja ekologiset muutokset vaikuttavat siihen, miten ihmiset vanhenevat ja minkälaisia palveluja he tulevat tarvitsemaan. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tehtävänä on ehkäistä, havaita ajoissa ja korjata terveys- ja toimintakykyongelmia sekä lievittää niiden seurauksia. Koska valtaosa koko väestön terveys- ja toimintakykyongelmista on vähän kouluja käyneiden ja pienituloisten iäkkäiden ryhmissä, palvelut tulee järjestää erityisesti heidän tar-

peitaan vastaaviksi. Palvelujen saatavuus sosiaali- ja terveydenhuollon monimuotoisessa palvelujärjestelmässä tulisi taata seudullisella yhden luukun periaatteella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla on myös haasteena tukea osallisuutta siten, että palvelut suunnitellaan asiakkaan lähtökohdista päämääränä saumaton palveluketju.

”Dementiarasismilla” tarkoitetaan sitä, että muistioireinen ikääntynyt henkilö ei saa tarvitsemiaan palveluja ajoissa tai lainkaan. Tällä on suuret taloudelliset ja hyvinvointiseuraukset, koska varhaisella diagnoosilla ja kuntoutuksella voidaan ehkäistä muita terveysongelmia ja liian varhaista laitoshoitoon siirtymistä. Samalla voidaan ehkäistä suuria laitoshoitokustannuksia. Puhutaan terveydellisestä huono-osaisuudesta, kun universaaleissa palveluissa ja etuuksissa ei oteta huomioon ihmisten erilaisia elämänkohtaloita, vaihtelevia elämäntilanteita ja eriytyneitä tarpeita (31).

Pelkillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla voidaan vaikuttaa terveyseroihin vain rajallisesti, joten tarvitaan kaikkien hallintokuntien yhteistyötä ja yhteistä näkemystä siitä, mitä kuuluu hyvään ja arvokkaaseen vanhenemiseen. Periaatteena on terveys kaikissa politiikoissa ja sen mukainen toiminta. Julkisten palvelujen ohella muut toimijat järjestöjä ja seurakuntaa myöten voivat antaa tärkeän panoksen ikääntyneiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen. Vapaaehtoistyön ja etsivän työn avulla on mahdollista löytää tarvitsevia ryhmiä ja saada ikääntyneitä liittymään preventiivisesti vaikuttaviin turvaverkostoihin (32). Rinnalle tarvitaan myös laajoja terveyttä edistäviä tiedotuskampanjoita.

Mikäli terveyseroille ei voida tehdä ajoissa jotain, uhkana on suuren ikääntyvien joukon syrjäytyminen. Tähän vaikuttavat mm. aiemmista elämänvaiheista juontavat tietoyhteiskunnassa pärjäämisen, itsenäisen selviämisen ja palvelujen hyödyntämisen ongelmat. Joillekin myös eläkkeelle jääminen voi aiheuttaa minuuden sekä elämänpäiirin kaventumisen, mikä taas johtaa yhteiskunnasta syrjäin jäämiseen ja hyvinvointia lisäävien elementtien katoamiseen elämästä. Yksinäiselle vanhukselle voi tulla ongelmia myös palvelujen hyödyntämisessä. He joko ”sinnittelevät” ilman apua tai pyrkivät laitoshoitoon liian varhaisessa vaiheessa. Palvelujärjestelmässä tarvitaan jatkossa tasa-arvoa, jossa painotetaan palvelujen kohdentamista erityisryhmien tarpeiden mukaan.

## TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

### **Ikääntyneiden hyvinvoinnin tukeminen terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen ja sen mukaisen elinympäristön suunnittelun avulla.**

Julkisten palveluiden täydennyksenä tavoitellaan kaikkien toimijoiden – järjestöt ja seurakunnat mukaan lukien – osallistumista iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

### **Terveyserojen kaventamisen sisällyttäminen kunnan tai seudulliseen ikääntymispoliittiseen strategiaan**

Kunnassa tai seuduilla aloitetaan iäkkäiden terveyserojen järjestelmällinen seuranta, ja terveyserojen kaventamisen tavoite sisällytetään ikääntymispoliittiseen

strategiaan. Koulutukselliset, taloudelliset, alueelliset, asumisoloihin liittyvät, ikä- ja sukupuoli- sekä siviilisäätyryhmittäiset terveyserot otetaan huomioon myös palvelurakenteen ja palvelujen sisällön kehittämisessä. Terveyserojen kaventaminen otetaan huomioon myös henkilöstöstrategiassa henkilöstön koulutusta suunnattaessa, jolloin etsitään keinoja ja toimintatapoja terveyserojen kaventamiseksi.

### **Hyvinvointia ja terveyttä edistävän tiedotuksen, neuvonnan ja ohjauksen tehostaminen.**

Tiedotus, neuvonta ja ohjaus ovat tärkeitä ihmisten omien voimavarojen esille nostamiseksi ja onnistuneen ikääntymisen turvaamiseksi. Neuvonnan ja ohjauksen avulla vaikutetaan fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn myönteiseen kehitykseen ja osallisuuden tukemiseen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä riskien hallintaan. Tiedotuksen avulla pyritään erityisesti tavoittamaan niitä ikääntyneitä, joilla on vaikeuksia saada tietoa ja osallistua. Tiedottamisessa pyritään myös löytämään erityisesti pienituloisia ja vähän koulutettuja ikääntyneitä henkilöitä tavoitettavia kanavia. Tätä varten tarvitaan matalan kynnyksen yhteydenottomahdollisuuksia ja neuvontakeskuksia, joissa neuvonnan ja ohjauksen lisäksi arvioidaan toimintakykyä ja terveydentilaa ja tarvittaessa ohjataan palveluihin. Neuvonta ja ohjaus koskevat erityisesti liikunta- ja muita harrastusmahdollisuuksia, apuvälineitä, tapaturmien ehkäisyä, palveluita ja näitä tarjoavia tahoja.

### **Etsivän työn lisääminen ja etsivän työn muotojen ja varhaisen puuttumisen työvälineiden kehittäminen edelleen ja näiden välineiden käyttöön otto**

Kunnassa otetaan käyttöön erilaisia etsivän työn muotoja, kuten ehkäisevät kotikäynnit, jotka suunnataan erityisesti niille iäkkäille ihmisille, jotka eivät vielä ole palvelujen piirissä. Ehkäisevien kotikäyntien kohdentamisessa otetaan erityisesti huomioon ne ryhmät, joiden omat voimavarat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tai ylläpitämiseen ovat heikot, kuten:

- vähän koulutusta omaavat
- pienituloiset
- yksin asuvat miehet, muut yksinäiset (= yksinäisyydestä kärsivät)
- hiljattain leskeytyneet
- maahanmuuttajat
- kaltoin kohdellut (fyysinen, psyykinen tai taloudellinen kaltoinkohtelu)
- henkilöt, joilla on jo keski-ikässä tai aikaisina vanhuusvuosina toimintarajoitteita
- masentuneet
- muistihäiriöiset
- näkö- ja/tai kuulo-ongelmista kärsivät
- tasapainovaikeuksista ja kaatuilusta kärsivät
- lihavat ja liikkumattomat
- päihdeongelmaiset

Tukitoimia kohdennetaan puutteellisesti asuviin henkilöihin esim. asunnon muutostöiden ja hissiavustusten kautta.

Vastuu- ja toteuttajatahot: kunnat yhteistyössä järjestöjen, seurakuntien ym. kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, sosiaalialan osaamiskeskukset ym. koulutusorganisaatiot, Stakes, Suomen Kuntaliitto.

## LÄHTEET

1. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös, Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2001: 4.
2. Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007.
3. Tilastokeskus (2007) Väestöennuste 2007–2040. [http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_2007-05-31\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html)
4. Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Sulander T (2004) Eroja iäkkäiden toimintakyvyssä. *Kansanterveys* 1/2004.
5. Koskinen S, Martelin T, Sainio P (2006) Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Toimintarajoituksista kärsivien määrä uhkaa kasvaa lähes kaksinkertaiseksi 30 vuodessa. *Duodecim* 122:255–256.
6. Pohjolainen P (2003) Vanhuskysymys ja väestörakenteen muutokset. Teoksessa Luoto R, Viisainen K, Kulmala I (toim.): *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino.
7. Rautio N, Heikkinen E (2000) Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyteen 75- ja 80-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 14, 14-26.
8. Sulander T, Martelin T, Sainio P, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A (2006a) Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65-84 years. *International Journal of Epidemiology* 35, 1255-1261.
9. Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A, Voutilainen P (2001) Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. *Stakes raportteja* 259.
10. Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A (2006b) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B*, 1/2006.
11. Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T (toim.) (2006) Ovatko 65-69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Iki vihreät-projektin kohorttivotilututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.
12. Muurinen S (2003) Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampere: Acta Universitatis Tampereensis, 936.
13. Penttilä I, Kangas O, Nordberg L, Ritakallio V-M (2003) Suomalainen köyhyys 1990 lopulla – väliaikaista vai pysyvää? Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:7.
14. Uusitalo Hannu (toim.) (2006) Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo. Kehitys vuosina 1990-2005. Eläketurvakeskuksen raportteja 2006:2.

15. Avlund K, Holstein B, Osler M, Damsgaard M, Holm-Pedersen P, Rasmussen N (2003) Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 126-136.2003.
16. Dalstra J, Kunst A, Mackenbach J (2006) A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social Science, Medicine*, 62, 2046-2060.
17. Ostamo A, Huurre T, Talala K, Aro H, Lönnqvist J (2007) Mielenterveys. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 87–103.
18. Martelin T, Sainio P, Sulander T, Helakorpi S, Tuomi K, Koskinen S (2007) Toimintakyky. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 104–121.
19. Koskinen S, Martelin T, Sainio P (2007) Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa Martelin T, Kuosmanen N (toim.): *Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 24/2007. ss. 15–25
20. Heikkinen E (2008) Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T, (toim.): *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008, s. 402–408.
21. Rantanen T (2008) Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T, (toim.): *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008, s. 402–408.
22. Sulander T, Rahkonen O, Uutela A (2003) Functional ability in the elderly Finnish population: time period differences and associations, 1985-99. *Scand J Public Health* 2003;31:100-106.
23. Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen R-L (2001) The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33, 163-178.
24. Sainio P, Martelin T, Koskinen S, Heliövaara M (2007) Educational differences in mobility: the contribution of physical workload, obesity, smoking and chronic conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(5):401-408.
25. Koster A, Bosma H, van Groenou M, Kempen G, Penninx B, van Eijk J, Deeg D (2006) Explanations of socioeconomic differences in changes in physical function in older adults: results from the longitudinal aging study Amsterdam. *BMC Public Health* 6, 244.
26. Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A, Prättälä R. (2007) Koettu terveys. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 65–73.
27. Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H (2007) Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.):

- Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 44–64.
28. Martelin T, Koskinen S, Sihvonen AP (2008) Elinaika ja kuolemansyyt. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.): Gerontologia, ss. 36–50, Helsinki: Duodecim.
  29. Lyyra T-M, Heikkinen E (2006) Kuolleisuuden ennustekijät Ikivihreät-projektin osatutkimuksissa. Gerontologia 3/2006.
  30. Sarvimäki A, Muurinen S (2006) Kotiinkuntoutustoiminnan arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, tutkimuksia, 2006:3.
  31. Sulander T (2005) Functional Ability and Health Behaviors. Trends and Associations among Elderly People, 1985-2003. Doctoral dissertation, University of Helsinki, Faculty of Social Sciences, Department of Social Policy.
  32. Helne T, Laatu M (2006) Vääräyskirja. Vammala: Kelan tutkimusosasto.
  33. Lehto Markku (2007) Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8.

## VÄESTÖRYHMIEN VÄLISTEN TERVEYSEROJEN SEURANTAJÄRJESTELMIEN KEHITTÄMINEN

*Seppo Koskinen ja Eila Linnanmäki*

### TAUSTA

Terveyserojen seurantajärjestelmällä on kaksi päätehtävää. Sen tulee ensinnäkin tehdä terveyserot näkyviksi, tukea valtakunnallisesti terveyserojen seurantaa ja niiden kehityssuuntien ennakointia sekä osaltaan mahdollistaa toiminnan tulokellisuuden arviointia. Samalla se tuottaa aineistoa terveyserojen tieteellistä tutkimusta varten. Toinen päätehtävä on mahdollistaa terveystarpeiden selvittäminen ja ennakointi (tarveanalyysi) erityisesti kunnissa ja niiden yhteistoimintajärjestelyissä. Nämä tehtävät voidaan täsmentää seuraavasti:

- 1) Tehdä väestöryhmien *terveyserot ja niiden poistamisessa keskeiset toiminnot* näkyviksi *kaikilla päätöksenteon ja toiminnan tasoilla* valtionhallinnosta kuntiin ja niiden toimipaikkoihin
- 2) Tuottaa poliittisen päätöksenteon kannalta mahdollisimman *relevanttia, ajantasaista ja vertailukelpoista* tietoa
- 3) Tuottaa tietoa, jonka perusteella *palvelut ja muu toiminta voidaan oikeudenmukaisesti kohdentaa* kulloinkin kyseessä olevalla hallinnon ja toiminnan tasolla *väestön tarpeiden mukaisesti*
- 4) Tuottaa tietoa, joka tukee *terveysvaikutusten arviointia* terveyspoliittisen päätöksenteon kaikilla tasoilla
- 5) Luoda hyvät edellytykset *terveyserojen syitä ja kaventamista koskevalle tutkimukselle*

Toimeksiannon mukaisesti tässä muistiossa keskitytään väestön **terveyserojen** seurantajärjestelmään. Terveyserojen kaventamisessa keskeisen **toiminnan** näkyväksi tekeminen ja seuranta ovat myös ajankohtaisia haasteita. Toiminnan seurannan kehittäminen tulisi käynnistää viipymättä omana hankkeenaan.

### SEURANTAJÄRJESTELMÄN NYKYTILA

*Valtakunnallinen seuranta ja tutkimustieto.* Nykyinen terveysseurantajärjestelmä tuottaa runsaasti valtakunnallista tietoa aikuisväestön<sup>1</sup> terveyden eri ulottuvuuksien ja määrittäjien kehityksestä iän ja sukupuolen mukaan, ja myös alueittaista tietoa tuotetaan melko paljon (1).

<sup>1</sup> Tietoja alle 12-vuotiaiden terveyden kehityksestä on erittäin vähän. Tiedot nuorten terveyden kehityksestä perustuvat pääosin kyselytutkimuksiin; Puolustusvoimien keräämää tietoa ei hyödynnetä riittävästi.



Sosioekonomisen aseman mukaan jaoteltuna ajantasaista ja systemaattista terveysseurantatietoa on olemassa hyvin niukasti. Tietopuutteita on niin terveyden eri ulottuvuuksissa, terveyteen vaikuttavissa elinoloissa ja elintavoissa kuin palvelujen käytössä ja etuuksissa. Rekistereihin pohjautuvat terveystilastot (esimerkiksi kuolemansyytilasto, Kelan ja Stakesin tilastot) eivät sisällä lainkaan sosioekonomisen aseman mukaisia tietoja. Myös useimpien toistuvien kysely- ja haastattelututkimusten peruserätoinnista puuttuvat kokonaan sosioekonomisen aseman mukaiset tulokset. Poikkeuksena ovat aikuisväestön ja eläkeikäisen väestön terveyskäyttämiskyselyt (AVTK ja EVTK) sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen väestötutkimuksen (Terva-tutkimus) peruserätoinnit, joissa jo 1980-luvulta lähtien on esitetty tuloksia sosioekonomisen aseman mukaan.

Valtakunnalliset tiedot väestöryhmien välisistä terveyseroista ja niiden kehityssuunnista perustuvat pääasiassa erillistutkimuksiin, jotka on toteutettu joko yhdistämällä eri rekisteriaineistoja tai tekemällä erillinen otostutkimus. Esimerkkinä voidaan mainita sosioekonomisten kuolleisuuserojen monitorointi, jota professori Tapani Valkosen tutkimusryhmä on toteuttanut pääasiassa Suomen Akatemian myöntämän tutkimusrahoituksen turvin 1970-luvulta saakka.

Sosioekonomisen aseman mukaisia terveystietoja keräävät ja raportoivat monet eri toimijat, ilman erityisempää koordinoitua.

- Tilastokeskus ylläpitää
  - koko väestöä koskevia sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksia kuvaavia tietoja, jotka perustuvat valtakunnallisiin rekistereihin, jotka koskevat tutkintoja, työssäoloa, tuloja ja tulonsiirtoja ym.
  - väestö- ja kuolemansyytilastoa
- Muilla valtakunnallisten rekisterien ylläpitäjillä ei ole aineistoissaan tietoja kansalaisten sosioekonomisesta asemasta, mutta niitä on liitetty yksittäisten tutkimushankkeiden aineistoihin.
- Kysely- ja haastatteluaineistoissa on yleensä joitakin sosioekonomista asemaa kuvaavia tietoja, joiden vertailukelpoisuus aineistojen kesken on puutteellinen. Tästä aiheutuu erityisiä ongelmia, kun muodostetaan eri aineistoihin perustuvia terveysmittareiden yhdistelmiä, kuten terveet tai toimintakykyiset elinvuodet.

Perheaseman ja etnisen ryhmän mukaiset terveysseurantatiedot ovat vielä niukempia kuin sosioekonomisen aseman mukaiset tiedot.

*Kunnat* tarvitsevat terveysseurantatietoja tarpeiden arviointia, toimien kohdentamista ja resurssien ohjausta sekä tavoitteiden toteutumisen seurantaan varten. Kansanterveyslaki on vuoden 2006 alusta alkaen velvoittanut kunnat seuraamaan asukkaisten terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Valtakunnallisten terveystilastojen ja tutkimusten näkökulmasta kuntien ja kuntayhtymien mahdollisuudet seurantaan ovat vähäiset, sillä saatavilla on vähän kunta- ja aluetason terveystietoa sosioekonomisen aseman mukaan. Useimmissa Suomen kunnissa näiden tietojen luotettavuutta rajoittaa olennaisesti pieneen väestöpohjaan liittyvä suuri satunnaisvaihtelu. Yleistettävää

väestöryhmittäisiä terveystietoja voidaan vain hyvin harvojen ilmiöiden osalta tuottaa alle 20 000 asukkaan väestöistä. Monien ilmiöiden kohdalla vain sairaanhoitopiirien mukaiset tai valtakunnalliset tiedot ovat käyttökelpoisia. Valtiojoh-toisen terveystieteen jaksolla 1970–1980-luvuilla terveystietojärjestelmät kehitettiin tuottamaan tietoa valtakunnallisia tarpeita varten. Kunnissa tietoa palvelutarpeista on oletettu saatavan edustuksellisessa demokratiassa kunnallisten luottamushenkilöiden välityksellä. Tämä historia selittää sen, että paikallisen palvelutarpeen analyysimenetelmiä ja niiden vaatimia tietojärjestelmiä ei ole tois-taiseksi suunnitelmallisesti kehitetty.

## KESKEISET HAASTEET

Tärkeimmät haasteet sosioekonomisten terveyserojen seurantajärjestelmän ke-hittämisessä liittyvät 1) sosioekonomisen aseman osoittamiin ja niiden saatavuuteen, 2) perheasemaa ja etnistä ryhmää koskevien terveysseurantatietojen lähes täydelliseen puuttumiseen, 3) paikallisen tiedon tuottamiseen, 4) tulkintaan, sekä 5) seurannan koordinoointiin.

- 1) *Sosioekonominen asema* on huomattavasti monimutkaisempi väestön ryh-mittelyulottuvuus kuin sukupuoli, ikä tai asuinalue. Sosioekonomisen aseman tärkeitä elementtejä ovat mm. koulutus, ammatti, työmarkkina-asema ja tulot. Elementit ovat yhteydessä toisiinsa, mutta kukin sisältää itsenäistä lisätietoa henkilön yhteiskunnallisesta asemasta. Ne soveltuvat mutkattomimmin työikäisen väestön, etenkin noin 25–60-vuotiaiden, tarkasteluun ja työmarkkina-asemaa lukuun ottamatta myös eläkeikäisten tarkasteluun. Lasten sosioekonominen asema voidaan määrittää vanhem-pien aseman perusteella, mutta alle 12-vuotiaiden lasten terveydestä ei ole riittäviä seuranta-aineistoja. Noin 15–25 vuoden iässä sosioekonomisen aseman määrittäminen on vaikeinta, koska tässä iässä yhteydet lapsuu-denkotiin heikkenevät eikä oma yhteiskunnallinen asema ole vielä muo-vautunut.

Terveyssurannan kannalta erityinen lisähaaste on, että moniin aineis-toihin ei lainkaan sisälly tietoa sosioekonomisesta asemasta ja jos sisältyy, se on harvoin vertailukelpoinen muihin aineistoihin sisältyvien osoittimien kanssa. Lisäksi tietosuojavaatimukset voivat rajoittaa tarvittavien tietojen käyttöä. Esimerkiksi Tilastokeskus voi luovuttaa henkilötunnisteen sisäl-täviin aineistoihin ainoastaan koulutus- ja ammattitiedot. Pelkästään am-mattia koskevan tiedon perusteella ei kuitenkaan voida sijoittaa henkilöä sosiaaliryhmään<sup>2</sup> vaan siihen tarvittaisiin lisäksi muita tietoja, joita Tilasto-keskus ei voi luovuttaa henkilötunnisteellisiin aineistoihin. Tulot, esimer-kiksi asuntokunnan kulutusyksikköä kohti, ovat tärkeä ja terveyteen vah-vassa yhteydessä oleva sosioekonomisen aseman ulottuvuus, mutta pätevien tulotietojen liittäminen terveyssuranta-aineistoihin on hyvin vaikeaa.

<sup>2</sup> esim. ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt, työntekijät, maanviljelijät, muut yrittäjät, opiskelijat, muut

- 2) Monet terveyden ulottuvuudet ja määrittäjät vaihtelevat huomattavasti perheaseman/siviilisäädyn ja etnisen ryhmän mukaan. Terveyden ja sen määrittäjien vaihtelusta perheaseman ja/tai siviilisäädyn mukaan on joitakin systemaattisia seurantatietoja (esim. kuolleisuus, elintavat) ja joitakin erillisselvityksiä. Etnisen taustan mukaiset terveysseurantatiedot rajoittuvat ruotsin- ja suomenkielisten erotteluun joissakin raporteissa. Kun siviilisäättyjen väliset suuret kuolleisuuserot ovat nopeasti kasvaneet, perheaseman mukaiset terveyserot ovat huomattavia ja maahanmuuttajaväestön kasvaessa muissa maissa havaitut etnisen taustan mukaiset terveyserot korostunevat Suomessakin tulevaisuudessa, tarvitaan systemaattista terveysseurantaa myös siviilisäädyn ja perheaseman sekä etnisen taustan mukaan. Tietosuojakysymykset voivat tälläkin alueella vakavasti vaikeuttaa terveysseurannan toteuttamista, mikä voi pahimmillaan johtaa siihen, että tukea tarvitsevia väestöryhmiä ja niiden ongelmakirjoa ei kyetä tunnistamaan, minkä seurauksena terveyserot kasvavat.
- 3) Kunnat tarvitsevat tietoa terveystarpeiden arviointia, toimien kohdentamista ja resurssien ohjausta sekä tavoitteiden toteutumisen seurantaa varten. Myös Kansanterveyslain tarkoittama kunnan väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta edellyttää näitä tietoja. Työolo- ja työterveysasioissa keskeisiä tiedon tarvitsijoita ovat myös työpaikkojen työsuojeluhenkilöt, työsuojelupiirit ja työterveyshuollot. Riittävään tietoon perustuvaa tarveanalyysiä tulisi tehdä kaikilla tasoilla yksittäisistä neuvoloista tai vastaanottotoiminnan väestövastuuyksiköistä koko kunnan ja kuntayhtymien tai muiden yhteistyöjärjestelyjen tasolle. Tässä suhteessa tarveanalyysi eroaa valtakunnallisen seurannan ja tutkimustiedon haasteista. Tarveanalyysi sitoutuu aina tiettyyn aikaan, paikkaan ja yhteisöön. Terveyserojen näkökulmasta tarveanalyysin tietoperustan ja menetelmien tulisi olla yhteisiä koko maassa. Vain näin voidaan varmistaa palvelujen ja muun toiminnan oikeudenmukainen kohdentaminen väestön tarpeiden mukaisesti (ks. tehtävä 3).

Paikallista tietoa terveyseroista voidaan toistaiseksi parhaiten saada asiakastietojärjestelmistä ja nopeuttamalla valtakunnallisiin tarpeisiin kerättävän tiedon paikallista hyödyntämistä. Kuntien asiakastietojärjestelmät kattavat parhaiten lapset, nuoret ja lapsiperheet. Oppivelvollisuuden päättymiseen saakka lähes kaikki lapset ja nuoret tavoitetaan esimerkiksi neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon tarkastuksissa. 16–18 vuoden iässä 90 % ikäluokista on toisen asteen koulutuksessa. Kun tähän lisätään erityistuen järjestäminen ja vanhempien tapaamiset esim. varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksessa, terveyserojen seurannan ja tarveanalyysin kannalta olennainen tieto kertyy jo nyt lapsista, nuorista ja lapsiperheistä kuntien asiakirjajärjestelmiin. Toistaiseksi tämän tiedon väestötasoista hyödyntämistä ei ole suunnitelmallisesti kehitetty.

Nykyisin kunnat saavat valtakunnallisiin tilastojärjestelmiin kerättävän tiedon käyttöönsä vasta valtakunnallisten tilastojen valmistuessa.

Lähivuosina uusi tietotekniikka tulee lyhentämään viivettä. Kerättyä tietoa voitaisiin myös välittömästi hyödyntää kunnissa, jos siitä yhteisesti sovittaisiin ja tarvittavat raportointimenettelyt kehitettäisiin. Esimerkiksi syntymärekisteriä voitaisiin laajentaa niin, että siihen sisältyisivät raskauden aikana kertyneet terveyserojen kannalta olennaiset tiedot. Sairaanhoidopiirit voisivat raportoida määrävlein olennaiset tunnusluvut jäsenkunnilleen. Vastaavia menettelyjä voitaisiin kehittää kaikkiin tilastotietojen keruujärjestelmiin.

- 4) Terveyserojen taustatekijät ovat moninaisia ja syysuhteista on vain osin yksiselitteistä tietoa. Tästä seuraa, että tietojen tulkinnessa ja erityisesti tulevan kehityksen ennakoinnissa sekä toimintaa koskevien päätelmien tekemisessä tarvitaan riittävästi asiantuntemusta. Valtakunnallisen osaamiskeskuksen (ks. kohta 5) lisäksi on ensinnäkin vahvistettava terveyseroihin liittyvää asiantuntemusta kaikessa ammattihenkilöstön koulutuksessa. Paikallisella ja alueellisella tasolla tarvitaan myös tulkintatukea. Esimerkiksi sairaanhoidopiirien neuvotteluissa kuntien kanssa on jo nyt useimmiten esillä terveystarpeita koskevaa kuntakohtaista perustietoa. Yhtenä vaihtoehtona alueellisen konsultaatiotuen järjestämiseksi voisi olla näiden neuvottelujen tietoperustan ja sisällön laajentaminen niin, että niissä yhtenä keskeisenä teemana olisivat terveyserot ja toiminnan suhde niihin.
- 5) Koska sosioekonomisten terveyserojen seuranta on haasteellista, useiden aineistonhaltijoiden toisistaan riippumattomat erillisselvitykset eivät johda hyvään tulokseen. Tarvittaisiin **koordinoiva asiantuntijataho**, jonka tehtävänä olisi huolehtia sosioekonomisen aseman mukaisen terveysseurannan kattavuudesta ja eri elementtien yhteensopivuudesta. Erityinen haaste on koota ja esittää seurantajärjestelmän tuottama tieto niin, että se hyödyntää terveyttä edistävää päätöksentekoa mm. kunnissa ja muilla kuin terveyssektorilla.

## STRATEGISET LINJAUKSET

- 1) Terveyserojen seurantajärjestelmän peruspilareita ovat säännöllisyys, ajantasaisuus, pitkäjänteisyys, olennaisimpien ilmiöiden kattaminen ja käyttäjätystävällisyys. Yksittäisten erillisselvitysten varaan rakentuvasta seurannasta olisi päästävä tärkeimmät tietotarpeet kattavaan vakinaistettuun järjestelmään, jonka suunnittelusta ja koordinoinnista vastaava asiantuntijataho toimii tiiviissä yhteistyössä eri tiedontuottajien kanssa. Ensimmäisessä on pyrittävä tuottamaan tarvittavat tiedot olemassa olevia järjestelmiä kehittämällä.
- 2) Tavoitteena on valtakunnallisen terveysseurannan täydentäminen terveyserojen kannalta keskeisillä tiedoilla. Ei siis lähdetä rakentamaan erillistä

järjestelmää. Seurantajärjestelmän tulee tuottaa väestöryhmittäin vertailukelpoista tietoa

- terveyden ja toimintakyvyn tärkeimmistä ulottuvuuksista kaikissa ikäryhmissä,
- tärkeimmistä terveyseroihin vaikuttavista elinolo-, työolo- ja elintapatekijöistä,
- palvelutarpeista, sairauksien hoidon, ehkäisyn ja terveyden edistämisen kattavuudesta, sisällöstä ja tuloksellisuudesta
- sairauksiin liittyvästä sosiaaliturvasta
- terveyserojen kaventamistoimista ja niiden tuloksellisuudesta

3) Väestöryhmien välisten terveyserojen seurantajärjestelmän rakentamisessa on niin monia erilaisia haasteita, että kehittämistyö on tehtävä vaiheittain lähtien liikkeelle niistä ratkaisuista, joilla nopeimmin saavutetaan merkittäviä tuloksia nykyisen seurantajärjestelmän vakavimpien puutteiden korjaamisessa.

4) Palvelujärjestelmällä on myös oma roolinsa terveyserojen ylläpitämisessä tai kaventamisessa liittyen esimerkiksi monikanavaiseen järjestelmään ja eroihin sairaalapalveluihin ohjaantumisessa sekä sairaalahoidon laadussa. Aluksi käynnistetään ainakin lääkäripalvelujen ja hammaslääkäripalvelujen käytön seuranta. Jatkosuunnittelun kuluessa täsmennetään, millaisten osoittimien avulla palvelujärjestelmän rakenteiden vaikutuksesta voidaan saada seurantatietoja.

5) Seurantajärjestelmän tulee sisältää käyttäjien tarvitsema asiantuntijatuki tietojen tulkitsemiseksi.

6) Kaikkien tuotettujen tietojen tulee olla maksutta käyttäjien saatavissa. Lisätyötä edellyttävät selvitykset tulee hinnoitella mahdollisimman edullisiksi. Seurantajärjestelmän kehittämisen kustannusten kattamisesta tulee sopia erikseen. Tavoitteena voisi olla, että

- Tilastokeskus luovuttaisi koulutus- ja mahdolliset muut sosioekonomista asemaa kuvaavat tiedot terveysseuranta-aineistojen ylläpitäjille maksutta
- Terveysseuranta-aineistojen ylläpitäjät kehittäisivät raportointiaan kattamaan koulutusryhmittäiset ja mahdolliset muut väestöryhmittäiset tarkastelut osana perustyötään
- Valtakunnallisesti sovittaisiin yhteisistä käytännöistä terveyserojen kannalta olennaisen tiedon tallentamisessa hyvinvointipalvelujen asiakirjajärjestelmiin. Samalla edellytettäisiin, että ohjelmistoissa on tallentamiseen tarvittavat helppokäyttöiset käyttöliittymät ja ne mahdollistavat ajan tasaisen tilastoraportoinnin toiminnan kaikilla tasoilla,
- Kansanterveyslaitos huolehtisi koordinoititehtävistä osana omaa työtään

- STM myöntäisi tukea seurantajärjestelmän rakentamiseen liittyviin erikseen perusteltaviin merkittäviin lisäkustannuksiin.

## TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

- 1) Liitetään ajantasainen koulutusastetta ja ammattia koskeva tieto Tilastokeskuksen aineistoista (sukupuolen, iän ja alueen rinnalla)
  - a) terveysseurannan käyttämiin rekisteriaineistoihin kerran vuodessa,
  - b) palvelujärjestelmän asiakastietojärjestelmiin joka vuosi: ensisijaisesti terveyspalveluja koskevaan kehitteillä olevaan KELAn ylläpitämään arkistoon ja siihen liittyvään tutkimus- ja tilastotietokantaan, mahdollisesti myös kuntayhtymien omiin tietojärjestelmiin,
  - c) terveysseurannan kannalta tärkeimpiin kysely- ja haastatteluaineistoihin otoksen poimintavaiheessa.

Lasten osalta osoittimena voidaan käyttää vanhempien koulutusastetta. Ammattitieto karkeistetaan useimpia tarkoituksia varten sosiaaliryhmäksi. Selvitetään mahdollisuudet käyttää myös muita sosioekonomisen aseman osoittimia (esim. työmarkkina-asema, tulot).
- 2) Kytetään terveyserotiedot yleisten terveysseurantatietojen jakelujärjestelmiin. Tavoitteena on yksi nettisivusto, josta tiedot (tai linkit niiden tuottajien sivuille) löytyvät.
  - Määritellyt terveyserojen avainosoittimet otetaan käyttöön vuoden 2008 aikana.
  - Täydennetään seurantajärjestelmää vuonna 2008 ja sen jälkeen.
  - Ensivaiheessa tuotetaan tiedot valtakunnallisella tasolla, mahdollisimman pian myös alueittain.
- 3) Kaikissa terveysseurannan perusraporteissa esitetään tulokset koulutuksen ja/tai jonkin muun sosioekonomisen aseman osoittimen mukaan (sukupuolen, iän ja alueen rinnalla). Terveyseroseurannan päätulokset raportoidaan 4 vuoden välein ilmestyvässä *Suomalaisten terveys* -julkaisussa ja sen kanssa vuorotellen 4 vuoden välein ilmestyvässä terveysseroraportissa. Aloitetaan palvelujen käyttöä koskevien koulutuksen ja sosiaaliryhmän mukaisten tietojen raportointi kansallisesta terveydenhuollon tietoarkistosta.
- 4) Sovitaan koko maassa yhteisistä käytännöistä terveyserojen kannalta olennaisten tietojen tallentamisesta hyvinvointipalvelujen asiakirjajärjestelmiin. Edellytetään, että ohjelmistojen tuottajat kehittävät näiden tietojen tallentamiseen tarvittavat helppokäyttöiset käyttöliittymät ja ajan tasaisen tilastoraportoinnin toiminnan kaikilla tasoilla mahdollistavat raportointimenettelyt. Kuntien omia tarpeita palvelevan terveysseurannan kehittämisessä tarvitaan valtakunnallisen koordinaation lisäksi aluetason osaamiskeskuksia esim. sairaanhoitopiireihin. Käynnistetään pilottihankkeita kunnissa/sairaanhoitopiireissä palvelujärjestelmän tuottamien tietojen keruun ja raportoinnin kehittämiseksi.

- 5) Määritellään, mitä erillisselvityksiä on tehtävä ja järjestetään selvitysten rahoitus. Olemassa olevien tiedonkeruujärjestelmien ohella on huolehdittava ainakin lasten terveysseurannan vakinaistamisesta ja Terva-tutkimusten jatkuvuudesta (n. 5 vuoden välein).

### Vastuutahot

- Valtakunnallinen suunnittelu, koordinointi ja tuki: KTL yhteistyössä muiden tiedontuottajien ja käyttäjien kanssa
- Alue- ja paikallistason toiminta ja tuki: sairaanhoitopiirit
- Aihealueittaiset vastuutahot laitosten nykyisten tehtävien mukaisesti
  - terveys ja elintavat: KTL (AVTK, EVTK, FINRISKI, lasten terveysseuranta, tartuntatautien seuranta, Terveys 2000, Terva, ym.)
  - työterveys: Työterveyslaitos (Työ ja terveys, ammattialtistematriisi ym.)
  - elin- ja työolot: Tilastokeskus, Stakes (hyvinvointikysely ym.), KTL, TTL
  - sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä: Stakes (HILMO, muut rekisterit, avohoidon tiedonkeruu ym.)
  - sosiaalivakuutusetuudet: Kela ja ETK
  - terveyserojen kaventamistoimet ja niiden tuloksellisuus: STM, kunnat ja järjestöt tutkimuslaitosten tuella

### KIRJALLISUUS

- 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005, Väestön terveyden tila -ryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:36. STM, Helsinki 2003.