

TIIVISTELMÄ

Hannele Palosuo, Marita Sihto, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Kristiina Manderbacka, Ritva Prättälä. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Helsinki, 2004. 162 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2004:12) ISBN 952-00-1533-7

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on Suomen Terveys 2015 – kansanterveysohjelman keskeinen tavoite. Sekä Suomessa että muissa maissa sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet ja terveyserojen kaventaminen on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi kaikkialla. Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa on erityisesti 1990-luvulta alkaen kehitetty aktiivisesti terveyseroihin kohdistuvaa terveyspolitiikkaa. Raportin tavoitteena on tarjota keskusteluun näiden maiden kokemuksia terveyserojen kaventamistoimista ja pohtia niiden soveltuvuutta Suomeen. Tätä varten käytiin läpi maiden terveyspoliittisia ohjelmia, hankkeita ja tutkimuksia ja haastateltiin avainasiantuntijoita.

Esimerkkimaiden terveyspoliittisissa ohjelmissa pidetään tärkeänä vähentää sekä yleisiä eriarvoisuutta ylläpitäviä tekijöitä että erityisiä sosioekonomisia terveyseroja lisääviä syytekijöitä kuten tupakointia. Lisäksi pyritään lieventämään huonon terveyden eriarvoistavia seurauksia. Ruotsin kansanterveysohjelmassa vuodelta 2003 terveyserojen kaventaminen kytketään osaksi yleistä yhteiskuntapolitiikkaa ja kehitystä seurataan 11 tavoitealueella yksityiskohtaisten indikaattorien avulla. Alueellisia terveyserojen kaventamishankkeita on Ruotsissa ollut jo 1990-luvulla. Englannissa kansanterveysohjelmaa on toteutettu vuodesta 1997 lähtien vaihteittain ja on edetty muita maita pitemmälle. Erojen kaventaminen on kytketty osaksi yleistä köyhyydenvastaista politiikkaa ja on käynnistetty mm. laajoja aluepohjaisia interventioita ja perustettu alueellisen tiedon tarpeita palvelevia kansanterveysobservatorioita kaikille alueille (Regions). National Health Servicen alaisen uuden erityisviraston Health Development Agency'n tehtävänä on kerätä näyttöön perustuvaa terveyspoliittista tietoa sekä ohjata kansanterveysohjelman toteutuksessa. Hollannissa on vuodesta 1989 toteutettu kaksi tutkimusohjelmaa, joissa on selvitetty sosioekonomisten terveyserojen syitä ja etsitty interventioilla ja niiden arvioinnilla toimivia terveyserojen kaventamismenetelmiä.

Kaikissa maissa terveyserojen kaventamisen tietopohjaan, toteutukseen, seurantaan ja yhteistoimintarakenteisiin on panostettu erikseen ja terveyspolitiikan toteutuksen vastuutahot on nimetty erityisesti Englannissa ja Ruotsissa. Kokemukset eivät välttämättä ole suoraan sovellettavissa, mutta raportissa esitetään tehdyn selvityksen ja suomalaisten asiantuntijoiden arvioiden pohjalta joukko ehdotuksia, joilla terveyserojen kaventamiseen voitaisiin Suomessakin ryhtyä aikaisempaa ponnekkaammin. Näistä osa koskee terveyserojen kaventamisen rakenteellisia, tiedollisia ja toiminnallisia perusedellytyksiä, osa terveyserojen tärkeimpiin syihin kohdistuvia toimia.

Avainsanat: terveyserojen kaventaminen, terveyserot, terveyden eriarvoisuus, kansanterveysohjelmat, terveyspolitiikka

SAMMANDRAG

Hannele Palosuo, Marita Sihto, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Kristiina Manderbacka, Ritva Prättälä. Ojämlighet och hälsopolitik. Erfarenheter om hur Sverige, England och Holland har motverkat socioekonomiska skillnader i hälsan. Helsingfors, 2004. 162 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2004:12) ISBN 952-00-1533-7

Ett centralt mål i folkhälsoprogrammet i Finland, Hälsa 2015, är att minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. De socioekonomiska skillnaderna i dödlighet har under de senaste decennierna ökat både i Finland och i andra länder. Överallt har det visat sig att det har varit svårt att utjämna hälsoskillnaderna. I Sverige, England och Holland har man speciellt från början av 1990-talet aktivt utvecklat en hälsopolitik som inriktar sig på detta. Syftet med den här rapporten är att belysa de erfarenheter som man fått i detta avseende och att diskutera i vilken mån de går att tillämpa på finländska förhållanden. I rapporten behandlas de hälsopolitiska programmen, projekten och undersökningarna i de här länderna. Vidare har sakkunniga i nyckelställning intervjuats.

Dessa länders hälsopolitiska program fokuserar dels på hur man kan inverka på de faktorer som förorsakar allmän ojämlikhet, dels på vissa bestämningsfaktorer, som t.ex. rökning, som ökar de socioekonomiska hälsoskillnaderna. Därtill strävar man efter att minska sådana följder av ohälsa som ökar ojämlikheten. I Sveriges folkhälsoprogram från år 2003 har sådana strävanden kopplats ihop med den allmänna samhällspolitiken. I Sverige följer man upp utvecklingen på 11 målområden med hjälp av detaljerade indikatorer. Projekt för att minska hälsoskillnader har funnits regionalt i Sverige sedan 1990-talet. I England har man från år 1997 stegvis förverkligat ett folkhälsoprogram och där har man kommit längre än i andra länder. Här har målet att minska hälsoskillnaderna kopplats ihop med en fattigdomsförebyggande politik på ett allmänt plan. Man har bl.a. inlett omfattande regionala interventioner och inom alla regioner satsar man på folkhälsoobservationer som gagnar insamlingen av information på regional nivå. Ett specialämbetsverk, Health Development Agency, som är underställt National Health Service, har grundats för att samla in evidensbaserad information om hälsopolitik och för att leda förverkligandet av folkhälsoprogrammet. I Holland har man från år 1989 genomfört två forskningsprogram. I det ena har man kartlagt de socioekonomiska hälsoskillnaderna. I det andra har man koncentrerat sig på hur man med hjälp av interventioner och deras utvärdering kan utveckla metoder att utjämna hälsoskillnader.

I varje land har man satsat på att samla in och sammanställa datamaterial om hur man kan utjämna hälsoskillnader. Samma gäller uppföljningen av åtgärder och uppbyggandet av samarbetsstrukturer. Speciellt i England och i Sverige har man utsett de aktörer som är ansvariga för att förverkliga hälsopolitiken. Erfarenheterna är som sådana inte nödvändigtvis direkt tillämpbara på förhållandena i Finland. Rapporten innehåller dock en mängd förslag som grundar sig på en genomgång av åtgärderna i de andra länderna och på finländska sakkunnigas bedömningar om hur man i fortsättningen skall kunna utjämna hälsoskillnaderna i Finland. Förslagen omfattar dels strukturella, informationsanknutna och funktionella aspekter, dels åtgärder som man kan tillgripa då man vill påverka de viktigaste orsakerna till hälsoskillnader.

Nyckelord: utjämningen av hälsoskillnader, hälsoskillnader, ojämlikhet i hälsa, folkhälsoprogram, hälsopolitik

SUMMARY

Hannele Palosuo, Marita Sihto, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Kristiina Manderbacka, Ritva Prättälä. Inequity and Health Policy. Lessons Learnt from Policies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health in Sweden, England and Holland. Helsinki, 2004. 162pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050, 2004:12) ISBN 952-00-1533-7

Reducing health inequalities is a central goal of the Finnish public health programme Health 2015, launched in 2001. Socioeconomic differences in mortality have increased in Finland as well as in other countries during the past decades. Reducing socioeconomic inequalities in health turns out to be a difficult task everywhere. However, countries such as Sweden, England, and Holland have developed active policies to reduce inequalities in health particularly since the 1990s. The aim of this report is to introduce experiences gained in these countries to the Finnish audience, and to assess whether lessons could be learnt from these experiences. For this purpose, we reviewed health policy documents, projects and studies on reducing inequalities in health, and interviewed key experts in these countries.

The health policy documents in all of these countries emphasise the need to tackle both general structural determinants that maintain inequity and specific determinants that cause socioeconomic differences in health (such as smoking). In addition, stress is laid on the socioeconomic consequences of impaired health. The Swedish Government's public health policy programme, launched in 2003, sees reducing inequalities in health as part of a wider social and societal policy. The trends in health inequalities in Sweden will be tracked according to 11 broad target areas with a set of detailed indicators. As early as the 1990s, there were local projects for reducing health inequalities in Sweden. In England the public health policy programme has been developed and implemented step by step from 1997 onwards, and the process has developed further than anywhere else. Reducing inequalities in health has been linked to the more encompassing policies of tackling poverty. Extensive area-based interventions have been launched and Public Health Observatories have been established to provide intelligence for all the Regions in England. A new special authority under the NHS, the Health Development Agency, has been established to gather evidence on what works in public health, and to give advice and guidance on the implementation of the national health policy. In Holland, two research programmes have been carried out since 1989. The first one made a systematic review of existing evidence on reducing inequalities in health, and the second one conducted and evaluated 12 interventions to find methods to address inequalities in health through different policy entry points.

In all of these countries, special effort and input has been directed to strengthening the knowledge base, implementation and follow-up procedures as a means of reducing inequalities in health, and responsible actors have been appointed especially in Sweden and England. It is not easy to point out examples that could be directly transferred to the Finnish situation, but we make some suggestions based on this report and the opinions given by a group of Finnish commentators in taking further steps to reduce health inequalities in Finland. On the one hand, they address the structural, functional and research prerequisites needed for reducing health inequalities in Finland, and on the other, they also address actions that are directed at the main determinants of health inequalities.

Key words: reducing inequalities on health, health inequalities, inequity in health, public health programmes, health policy

ESIPUHE

Väestön terveydentila on viime vuosikymmenien aikana Suomessa parantunut useimmilla mittareilla tarkasteltuna. Elinikä on pidentynyt ja miesten ja naisten eliniän odotteen ero on vähitellen pienentynyt. Erityisen suotuisaa on kehitys ollut sydän- ja verisuonitaudeissa. Myös väestön toimintakyky on huomattavasti parantunut.

Terveyspolitiikan tavoitteena on Suomessa yleisen terveydentilan edistämisen ohella ollut väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Eri alueiden väliset aiemmin jyrkät terveyserot ovatkin supistuneet ja sosiaaliryhmien väliset erot lasten terveydessä ovat varsin vähäisiä. Sen sijaan aikuisilla sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat parin viime vuosikymmenen ajan säilyneet ennallaan ja kuolleisuuserot ovat kasvaneet. Väestön yleisen terveydentilan parantuessa sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on terveystoimittaisena tavoitteena tullut entistä tärkeämmäksi.

Käsillä oleva raportti tarkastelee sosioekonomisten terveyserojen kaventamispyrkimyksiä Ruotsissa, Hollannissa ja Englannissa ja vertailee maiden terveyseroja koskevaa toimintapolitiikkaa. Raportin tekijät arvioivat, että näiden maiden kokemuksista voi olla hyötyä myös Suomessa. Kansainvälistyvässä maailmassa ja yhdentyvässä Euroopassa on tärkeää seurata muiden maiden ohjelmakehittäjiä ja käytännön ratkaisumalleja, jotta voitaisiin arvioida, miltä Suomen tilanne näyttää kansainvälisessä vertailussa. Muiden maiden kokemuksia ei välttämättä voi sellaisenaan siirtää Suomeen, sillä sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen on sidoksissa kunkin maan omiin sosiaali- ja terveystoimittaisiin lähtökohtiin ja politiikan harjoittamisen perinteeseen.

Raportti antaa virikkeitä ja luo pohjaa kehittää Terveys 2015 -kansanterveysohjelman terveyserojen vähentämistavoitteen edellyttämiä toimia. Myös raportin lopussa olevat ehdotukset tarjoavat hyödyllisiä lähtökohtia arvioitaessa konkreettisia toimintalinjoja terveyserojen vähentämiseksi.

Markku Lehto
Kansliapäällikkö

KIRJOITTAJIEN ESIPUHE

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on Suomen kansallisen Terveys 2015 -ohjelman keskeinen tavoite. Vaikka väestön terveydentila on kohentunut ja elinikä kasvanut, suotuisa kehitys ei ole koitunut yhtäläisesti kaikkien väestöryhmien osaksi. Suurten sosioekonomisten terveyserojen tausta on monisyinen ja erojen kaventaminen on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi kaikkialla. Koska ongelma on yhteinen, erojen kaventamista koskevien kokemusten vaihto eri maiden välillä on tärkeää. Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa on muita maita aktiivisemmin tartuttu toimiin, joilla huonommassa asemassa olevien väestöryhmien terveydentilaa voitaisiin lähentää paremmassa asemassa olevien terveydentilaan. Tämän raportin tarkoituksena on välittää pohdittavaksi ja keskusteltavaksi näiden maiden kokemuksia.

Raportti on jatkoa vuonna 2002 ilmestyneelle *Kohti terveyden tasa-arvoa* -kirjalle (Kangas ym. toim.), jossa kartoitettiin terveyserojen kaventamista Suomessa. Raportin lopuksi ehdotetaan sekä kotimaisten että ulkomaisten kokemusten perusteella jatkotoimia, joilla sosioekonomisiin terveyseroihin Suomessa voitaisiin puuttua.

Raportti on tarkoitettu terveys- ja yhteiskuntapoliittiseen päätöksentekoon osallistuville valtion, kuntien ja järjestöjen työntekijöille, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammattilaisille sekä näiden alojen koulutuksesta vastaaville tahoille. Raportti soveltuu myös terveyserojen tutkijoille ja opiskelijoille sekä muille yhteiskunnallisen eriarvoisuuden seurauksista ja niiden korjaamisesta kiinnostuneille.

Raportti perustuu kirjallisiin lähteisiin ja asiantuntijahaastatteluihin. Kiitämme suomalaisia asiantuntijoita, jotka käyttivät aikaansa raportin luonnoksen arvioimiseen ja osallistuivat arviointiseminaariin. Samoin kiitämme haastattelimiamme asiantuntijoita Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Aineiston hankinnassa ja haastatteluissa teimme yhteistyötä professori Juhani Lehdon johtaman hankkeen ‘Finnish national health promotion policy from an international comparative perspective’ kanssa ja olemme kiitollisia hyvästä yhteistyöstä ja avusta. Haluamme kiittää Dr. Alison McCallumia Englantia koskevan kirjallisuuden ja avainasiantuntijoiden löytämisessä ja monista Englannin ja Suomen terveydenhuoltoa selventävistä keskusteluista. Suomalaiset ja ulkomaiset asiantuntijat on lueteltu raportin liiteosassa. Raportissa esitetyt kannanotot ovat tekijöiden.

Raportti on kirjoitettu sosiaali- ja terveysministeriöltä saadun tuen turvin. Lisäksi hanketta ovat tukeneet Sosiaali- ja terveysalan kehittämis- ja tutkimuskeskus Stakes, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos ja Kansanterveyslaitos. Kiitämme kaikkia hankkeen mahdollistaneita tahoja tuesta ja sosiaali- ja terveysministeriötä raportin julkaisemisesta.

Helsingissä 26.4.2004

Tekijät

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Summary	5
Esipuhe	7
Kirjoittajien esipuhe	9
Sisältö	11
Lyhenteitä	13
1 Terveysterojen kaventamisen haasteet	15
2 Tausta ja tavoitteet	17
2.1 Terveysterot ja sosiaalinen eriarvoisuus	17
2.2 Sosioekonomisten terveysterojen kehityslinjat	19
2.3 Sosioekonomisten terveysterojen syyt	21
2.4 Terveysterojen kaventaminen Suomessa	24
2.5 Hankkeen tavoitteet ja toteutus	29
2.5.1 Vertailumaat	29
2.5.2 Tavoitteet	33
2.5.3 Toteutus, aineistot ja menetelmät	36
3 Maat	39
3.1 Ruotsi	39
3.1.1 Terveystpolitiikka	39
3.1.2 Kansallinen taso: kansanterveyskomitea ja kansanterveysohjelma ...	40
3.1.3 Alueelliset ja paikallistason instrumentit	49
3.1.4 Tutkimus	59
3.1.5 Erilliset projektit ja interventiot: esimerkkejä	61
3.1.6 Työ	63
3.1.7 Tupakka ja alkoholi	64
3.1.8 Päätelmät	69
3.2 Englanti	71
3.2.1 Terveystpolitiikka	71
3.2.2 Terveysterojen kaventamistavoitteet	75
3.2.3 Terveysterojen kaventamiskeinot	79
3.2.4 Tutkimus, arvioinnit ja tietojärjestelmät	94
3.2.5 Muutokset ja niiden arviointi	101
3.2.6 Päätelmät	104
3.3 Hollanti	106
3.3.1 Terveystpolitiikka	106
3.3.2 Tutkimus ja interventiot	108
3.3.3 Terveysterojen vähentämistavoitteet	113
3.3.4 Päätelmät	114

4 Yhteenveto	117
4.1 Ruotsi	119
4.2 Englanti	122
4.3 Hollanti	125
4.4 Pohdinta	127

5 Ehdotuksia terveyserojen kaventamiseksi Suomessa **131**

LÄHTEET	143
Hallituksien dokumentit	143
Muu kirjallisuus	144
Aineistolähteitä ja www-osoitteita	152

LIITTEET

Liite A. Haastatellut Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa	153
Liite B. Suomalaiset asiantuntijakommentteja antaneet henkilöt	155
Liite C. Englannin hallituksen terveyseroihin liittyvät tavoitteet	156
Kirjoittajat	161

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1. Terveydentilaa määrittävät tekijät	
Kuvio 2. Interventoiden mahdolliset vaikutuskanavat ja politiikan kohdennusalueet	
Kuvio 3. Hyvinvointitaseen mallikaavio, Ruotsi	
Kuvio 4. Kaavio: National Health Service, Englanti	
Kuvio 5. Sosioekonomisten terveyserojen selitysten yleiskaavio ja terveyspolitiikan vaikuttamiskohdat	
Kuvio 6. Terveystenhuollon suunnittelun tasot.	

Taulukko 1. Maakohtaisia tietoja

Taulukko 2. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen politiikan pääkohtia Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

LYHENTEITÄ

CCR	Cross Cutting Review, Valtiovarainministeriön vuonna 2002 julkaisemat seitsemän poikkihallinnollista katsausta osana varainkäyttökatsausta (Spending Review), näistä yksi käsitteli terveyseroihin vaikuttamista, Englanti
CHESS	Centre for Health Equity Studies, Tukholma
DH	Department of Health, terveysministeriö, Englanti
ECAS	European Comparative Alcohol Study
GP	General Practitioner, yleislääkäri, perusterveydenhuollon lääkäri
HAZ	Health Action Zone, 'terveysvyöhyke', vuonna 1997 aloitettujen interventioiden kohdealueita koskeva nimitys, Englanti
HEA	Health Equity Audit, 'terveyserotase', Englanti
HEA	Health Education Authority, Englannin terveyskasvatusvirasto, joka edelsi nykyistä Health Development Agencya
HDA	Health Development Agency, vuodesta 2000 toiminut NHS:n erityisvirasto, Englanti
HIA	Health Impact Assessment, terveysvaikutusten arviointi (TEVA)
HIMP	Health Improvement Programme, 3-vuotinen paikallistason terveydenparantamisstrategia, Englanti
HIMP	Health Improvement and Modernisation Programme, HIMP:istä kehitetty NHS:n modernisaatiosuunnitelmaan kytketty terveydenparantamisohjelma
HKB	Hälsokonsekvensbeskriving, terveysvaikutusten arviointi (HIA, TEVA)
HMSO	Her Majesty's Stationery Office
HMT	Her Majesty's Treasury, valtiovarainministeriö, Englanti
JUG	Joint-up Government, ministeriötasoiseen yhteistyöhön viittaava termi, Englanti
LHO	London Health Observatory
LO	Landsorganisation i Sverige, ammattiliittojen keskusjärjestö
LSP	Local strategic partnership, paikallistason yhteistoimintajärjestely, Englanti
NDC	New Deal for Communities, alueellinen lähiympäristöjen elvytysohjelma, Englanti
NHS	National Health Service, kansallinen terveystalvvelujärjestelmä, Englanti
OHN	Saving Lives: Our Healthier Nation. Kansanterveysohjelma 1999, Englanti
PCT	Primary Care Trust, perusterveydenhuollon yhtymä, vastaa terveydenhuollon käytännön järjestelyistä, Englanti
PHO	Public Health Observatory, kansanterveysobservatorio
PSA	Public Service Agreement, julkisia palveluja koskeva kehittämis- ja rahoitussopimus, Englanti
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomi
SU	Strategy Unit, Ison-Britannian pääministerin viraston yhteydessä toimiva strategiayksikkö
TEVA	Terveysvaikutusten arviointi-menetelmä (engl. HIA, ruots. HKB)
TK 2000	WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma

1 Terveyserojen kaventamisen haasteet

Tämän raportin tavoitteena on etsiä ja ehdottaa menetelmiä, joilla väestöryhmien välisiä terveyseroja voitaisiin kaventaa. Raportin perustana on valtioneuvoston Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kahdeksas tavoite, joka edellyttää kansanterveysohjelman kaikkiin tavoitteisiin pyrittävän siten, että 'eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat' (STM 2001, 18). Raportin painopiste on erityisesti sosiaaliryhmien välisissä terveyseroissa. Terveystilaa ja terveyseroja tarkastellaan tutkimuskirjallisuudesta löytyvien väestön terveyden suorien ja epäsuorien osoittimien avulla, jollaisia ovat muun muassa elinajan odote, kuolleisuus, sairastavuus ja koettu terveys. Suomessa samoin kuin kaikissa maissa, joista on luotettavia tietoja saatavilla, on sosiaaliryhmien välillä selviä eroja kuolleisuudessa ja useimmiten myös sairastavuudessa. Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat Suomessa kuitenkin suuremmat kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa (Mackenbach ym. 1997; 2003). Vaikka väestön terveydentila on kaikkiaan pitkällä aikavälillä parantunut ja elinikä on vastaavasti noussut, suotuisa kehitys on hyödyttänyt eniten hyvin koulutettua ja muutenkin hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevaa väestönosaa. Sosioekonomisten ryhmien välinen elinajan odotteen ero on parin viime vuosikymmenen aikana kasvanut (Valkonen ym. 2003). Syitä tähän kehitykseen ei kaikilta osin tunneta, mutta yleisesti tiedetään, että elinolot ja terveystyytyminen vaikuttavat merkittävästi juuri niihin sairauksiin ja kuolemansyihin, joissa sosioekonomiset erotkin selvästi näkyvät. Tällaisia ovat erityisesti sydän- ja verisuonitaudit ja alkoholiin liittyvät kuolemat.

Yhteiskunnallisista syistä johtuvia ja ehkäistävissä olevia terveyseroja pidetään yleensä epäoikeudenmukaisina ja terveyserojen kaventaminen onkin pitkään ollut Suomen terveystalouden tavoite. Sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja ei ole kuitenkaan toistaiseksi pystytty kaventamaan terveystalouden keinoin, joskin alueeroja on Suomessa saatu vähennetyksi huomattavasti. Sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi ja erojen kaventamiseen soveltuvista menetelmistä on pulaa. Tavanomainen terveys- ja sosiaalipolitiikka, joka tasaa väestöryhmien välisiä toimeentuloeroja ja terveydenhuollon käytön eroja, ei sellaisenaan johda terveyserojen kaventumiseen. Siksi terveyseroihin onkin kiinnitettävä erikseen huomiota yleisen terveyden edistämisen rinnalla. Sosioekonomisten terveyserojen taustalla on laaja-alaisia yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka pitävät yllä taloudellista ja sosiaalista eriarvoisuutta. Onkin samanaikaisesti yritettävä vaikuttaa sekä niihin yleisiin syihin, jotka aiheuttavat sosioekonomisia

eroja ja sitä kautta terveyseroja, että sosioekonomisten tekijöiden kautta välittyviin erityisiin syytekijöihin. Lisäksi on pyrittävä estämään huonontuneen terveyden seurauksia, jotka myös ovat erilaisia eri sosioekonomisissa ryhmissä. Jos näihin eriarvoistaviin tekijöihin voidaan vaikuttaa ja niiden kautta vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja, siten voidaan edistää tehokkaasti myös koko kansanterveyttä. Kuten terveyden edistämässä yleensäkin hyödyllisintä olisi ehkäistä ennalta terveysongelmien ja terveyserojen syntyä.

Tässä raportissa esitellään eräiden sellaisten maiden terveystoimien ohjelmia ja toimia, joissa väestöryhmien välisiin terveyseroihin on kiinnitetty aktiivisesti huomiota. Nämä maat ovat Ruotsi, Englanti ja Hollanti. Raportissa arvioidaan, voidaanko näiden maiden kokemuksista ottaa Suomessa oppia. Lopuksi tehdään ehdotuksia mahdollisista keinoista kaventaa terveyseroja Suomessa.

2 Tausta ja tavoitteet

2.1 Terveyserot ja sosiaalinen eriarvoisuus

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan neutraalia kuvailevaa ilmausta niille väestön terveydentilan osoittimissa ilmeneville eroille, joiden on tutkimuksissa havaittu liittyvän ihmisten erilaiseen asemaan yhteiskunnassa (ks. Graham 2004, 117). Tällöin tarkoitetaan tavallisimmin eroja, joita havaitaan koulutuksen, ammatin ja tulojen mukaan muodostettujen ryhmien välillä terveydentilassa ja kuolleisuudessa tai elinajan odotteessa, jota voi pitää väestön kuolleisuuslukujen perusteella laskettuna epäsuorana 'kokonaisterveyden' osoittimena. Sosioekonomiset terveyserot risteytyvät ja menevät osin päällekkäin muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kanssa, joista tärkeimpiä ovat sukupuolten väliset erot, siviilisäätiryhmien väliset erot, alue-erot ja etnisten ryhmien väliset erot. Tässä raportissa keskitytään kuitenkin sosioekonomisiin terveyseroihin, joita tavallisesti tarkoitetaan myös silloin kun puhutaan terveyden eriarvoisuudesta.

Eriarvoisuus tarkoittaa terveyden tasa-arvonäkökulmasta katsottuna sellaista erilaisuutta, jonka ilmenemistä voidaan pitää epäoikeudenmukaisena ja myös vältettävissä olevana (Koskinen & Teperi 1999). Kyse ei siis ole kaikesta terveyden vaihtelusta, jota ihmisten ja väestöryhmien välillä esiintyy, vaan eroista, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat selvästi ja joiden syntyä ei voida pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tuloksina. Terveyden eriarvoisuus -käsite (samoin kuin terveyden tasa-arvo) sisältää täten viittauksen arvoihin ja eettisiin kannanottoihin (ks. myös Graham 2004, 117). Alan englanninkielisessä kirjallisuudessa terveyseroja koskeva ilmaus on usein *health inequalities* (tai vielä neutraalimmin *health variations*) ja terveyden eriarvoisuudesta käytetään usein *health inequity* -ilmaisua (esim. Graham 2004), joskin eettisiä painotuksia voi olla mukana terminologiasta riippumattakin (ks. myös Bremberg 2003). Tämän raportin tavoitteena on arvioida terveyserojen kaventamisen mahdollisuuksia ja siten näkökulma terveyseroihin on juuri eriarvoisuusnäkökulma.

Vaikka jokaiselle yksilölle ei voida taata parasta saavutettavissa olevaa terveyttä, sellaista yhteiskuntaa ei voida kuitenkaan pitää tasa-arvoisena ja oikeudenmukaisena, joka sosiaalisten ja taloudellisten järjestelyjensä kautta systemaattisesti johtaa joidenkin väestöryhmien lyhyempään elinikään ja huonompaan terveyteen. Esimerkiksi biologisen perimän aiheuttamaa erilaisuutta (kuten geenimutaation aiheuttamaa lisääntynyttä alttiutta sairastua syöpään) ei varsinaisesti pidetä terveydellisen eriarvoisuuden ilmentymänä (Vågerö 1998), vaikka se tuntuisikin 'epäoikeudenmukaiselta'. Silti myös geneettisten ja biologisten erojen erilaisiin seu-

raamuksiin voidaan vaikuttaa tasa-arvoisella terveyden edistämällä, sairauksien hoidolla ja kuntoutuksella (ks. Lahelma & Koskinen 2002). Vaarallisen urheiluharrastuksen aiheuttamat vammat eivät myöskään anna aiheutta terveyden eriarvoisuuspohdintoihin. Sen sijaan terveyteen vaikuttavia vahvasti kulttuuri- ja yhteiskuntasidonnaisia elintapoja kuten tupakointia, ravitsemustottumuksia ja haitallista alkoholinkäyttöä ja niihin liittyvää sairastavuutta ja kuolleisuutta voidaan tarkastella myös terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta, koska tällaiset elintavat eivät ole pelkästään vapaasti valittuja vaan myös sosiaalisesti määräytyneitä (Macintyre 1997). Terveyden tasa-arvosta ei voi kuitenkaan puhua täysin absoluuttisessa mielessä muun muassa siksi, ettei aikuisten ihmisten valinnan- ja toiminnanvapautta voida terveydellisin perustein yleensä rajoittaa kuin joiltakin yhdessä hyväksytyiltä osin (esimerkiksi tupakanpolton rajoitukset julkisilla paikoilla). Sen sijaan on helpompi päästä yksimielisyyteen pyrkimyksestä luoda tasa-arvoiset edellytykset terveyden saavuttamiselle (Stronks & Gunning-Schepers 1993; Pettersson 1996). Terveydellisen tasa-arvon edellytykset eivät koske vain käyttäytymistä vaan myös, ja ehkä enemmänkin, elinoloja ja työoloja ja muita rakenteellisia terveyden ehtoja.

Terveyseroja ja niiden muutoksia voidaan tarkastella periaatteessa kahdella tavalla: absoluuttisina eroina ja suhteellisina eroina (ks. esim. Lahelma & Koskinen 2002). Absoluuttisia eroja tarkastellaan lukumäärien avulla ja ne ovat terveyspolitiikan toimien ja kansanterveyden tason kannalta aina olennaisia. Eri väestöryhmien kuolleisuusluvusta voidaan laskea väestöryhmien absoluuttiset kuolleisuuserot ja vastaavat muutokset ajassa. Absoluuttiset erot ilmaisevat lukumääränä, kuinka paljon enemmän sairaita henkilöitä on esimerkiksi työntekijöiden keskuudessa verrattuna yhtä suureen ryhmään toimihenkilöitä. Absoluuttisia eroja ilmentävät myös eri väestöryhmien elinajanodotteiden erot. Tutkimuksissa tarkastellaan usein suhteellisia eroja, esimerkiksi sitä, kuinka monta prosenttia yleisempää sairastaminen on työntekijöiden kuin toimihenkilöiden keskuudessa. Suhteellisten erojen nojalla tehdään usein sekä eriarvoisuuden kehitystä että sen syitä ja merkitystä koskevia tulkintoja. Suhteellisesta erosta on kyse kun todetaan että suomalaisten keski-ikäisten työntekijämiesten kuolemanvaara on 1.9 -kertainen verrattuna toimihenkilömiesten kuolemanvaaraan (Taulukko 1). Suhteellisen eron suuruuteen vaikuttaa se, mikä ryhmä valitaan vertailun perustaksi eli viiteryhmäksi, eikä ryhmien suuruudella ole merkitystä. Usein viiteryhmänä on parhaassa asemassa oleva ryhmä (ks. Bremberg 2003). Sekä absoluuttisia että suhteellisia eroja voidaan ilmaista useilla eri mittaluvuilla, esimerkiksi eriarvoisuusindekseillä (ks. esim. Bremberg 2003; Mackenbach & Kunst 1997). Absoluuttisten ja suhteellisten erojen keskinäissuhde ei ole itsestään selvä. On mahdollista että absoluuttiset erot pienenevät, mutta suhteelliset erot pysyvät ennallaan tai suurenevat (ks. esim. Lahelma & Koskinen 2002, Bremberg 2003).

Jonkin pienen ammattiryhmän terveys voi olla selkeästi huonompi kuin väestön keskimäärin tai jonkin toisessa ääripäässä olevan ammattiryhmän ryhmän terveys. Suhteelliset erot voivat olla hyvin suuria tällaisia ääripäitä verrattaessa. Nämä ovat eriarvoisuuskysymyksiä ja sellaisenaan huomion arvoisia, joskin hyvin pienen ryhmän tilanteen muuttamisen vaikutukset voivat olla koko kansanterveyden kannalta vähäisiä. Toisaalta pienikin erityisen hyvin terveydeltään menestyvä ryhmä voi toimia mittatikkuna sille, mikä on suotuisissa oloissa mahdollista saavuttaa. Sosiaaliryhmät ovat kuitenkin tyypillisesti suuria ja kansanterveyden kannalta merkittäviä väestöryhmiä. Niinpä sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on tärkeää paitsi tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden vuoksi myös siksi, että sitä kautta voidaan olennaisesti kohentaa koko väestön terveyttä.

2.2 Sosioekonomisten terveyserojen kehityslinjat

Yksi merkittävimpä viime vuosisadan muutoksia Suomessa niin kuin useimmissa muissakin teollisesti kehittyneissä maissa on ollut väestön eliniän voimakas kasvu. Kun suomalaisten naisten elinajan odote oli 45,7 vuotta vuosina 1891–1900, se oli vuonna 2000 lähes kaksinkertainen, 81 vuotta; miesten vastaavat luvut olivat hieman alemmat, 42,8 vuotta ja 74,1 vuotta (Kannisto & Nieminen 1996; SVT). Eliniän piteneminen johtui vuosisadan alkupuolella paljolti imeväis- ja lapsikuolleisuuden ja infektio- ja tautikuolleisuuden vähenemisestä ja loppupuoliskolla sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden vähenemisestä ja siirtymisestä myöhempään ikään. Eliniän kasvun yleisinä syinä olivat elinolojen ja elintason parantuminen ja niiden myötä väestön kohentuneet elintavat ja parempi terveydentila. Terveydenhuoltojärjestelmän ja lääketieteen kehityksellä on myös ollut osansa tässä muutoksessa, joskin ravitsemuksen, hygienian ja elinolojen vaikutusta pidetään yleisesti huomattavasti näitä merkityksellisempänä. Suomi oli vielä 1970-luvun alussa selvästi jäljessä Länsi-Euroopan maita eliniän vertailuissa, mutta saavutti sen jälkeen nopeasti länsieurooppalaisen keskitason.

Terveydentilan paraneminen ei ole kuitenkaan koitunut tasaisesti eri väestöryhmien osaksi. 1970-luvulle saakka naisten eliniän odote kasvoi ripeämmin kuin miesten, mutta viime vuosikymmeninä miesten elinajan kehitys on ollut suotuisampaa. Myös sosioekonomisten ryhmien ja siviilisäätiryhmien välillä on ollut huomattavia eroja kuolleisuuden kehityksessä: elinaika on pidentynyt nopeimmin korkeasti koulutettujen ja toimihenkilöiden sekä naimisissa olevien keskuudessa. Alueiden väliset suhteelliset erot ovat säilyneet pääosin ennallaan (esim. Kangas ym. 2002; Martelin ym. 2002a; Martelin ym. 2002b).

Havainnot sosiaaliryhmien sairastamisen ja kuolleisuuden eroavuuksista ovat vanhaa perua (esim. Rosen 1972) ja terveyseroja on systemaattisesti raportoitu ja

tutkittu monissa Länsi-Euroopan maissa ja myös Suomessa jo 1800-luvulla (esim. Karisto ym. 1992; Macintyre 1997; Lahelma 2001; Lahelma & Koskinen 2002). Väestön terveydentilan kohentumisesta huolimatta sosiaaliryhmien väliset erot kuolleisuudessa ovat viime vuosikymmeninäkin säilyneet ja jopa kasvaneet. Esimerkiksi 1970-luvun alusta 1990-luvun alkupuolelle tultaessa 35-vuotiaiden korkea-asteen koulutuksen saaneiden suomalaisten elinajan odote oli kasvanut enemmän kuin niiden, joilla oli vain perusasteen koulutus. Niinpä 1990-luvun alussa korkea-asteen koulutuksen saaneet miehet saattoivat odottaa elävänsä 5,9 vuotta ja naiset 3,2 vuotta pitempään kuin vastaavanimäiset vain perusasteen koulutuksen saaneet (Tapani Valkosen tutkimusryhmän laskelmia, ks. Keskimäki ym. 2002) ja 1990-luvun lopulla sosiaaliryhmien väliset elinajan odotteen erot kasvoivat edelleen molemmilla sukupuolilla (Valkonen ym. 2003).

Kansainvälisissä vertailuissa sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat Suomessa olleet 1980-luvun alusta saakka suuremmat kuin muissa Pohjoismaissa ja myös suuremmat kuin lähes kaikissa Länsi-Euroopan maissa (Mackenbach ym. 1997; 2003). Suomi on ollut huomattavasti asemassa sekä absoluuttisia eroja tarkastellen (kun vertaillaan kuolleisuuden tasoja tai eliniän odotetta ikävuosieroina) että suhteellisia eroja tarkastellen (esimerkiksi tarkasteltaessa työntekijöiden kuolemanvaaran suhdetta ylempien toimihenkilöiden kuolemanvaaraan). Suomen epäedullinen tilanne on säilynyt jokseenkin ennallaan 1990-luvun lamavuosien jälkeenkin (Keskimäki ym. 2002).

Vastaavanlaisia tutkimustietoja on kuolleisuuden lisäksi myös pitkäaikais-sairastavuudesta, koetusta terveydestä ja toimintakyvystä. Suhteelliset sairastavuuserot ovat kuitenkin olleet Suomessa varsin samansuuruisia kuin Länsi-Euroopassa keskimäärin ja ne ovat säilyneet ennallaan (Mackenbach ym. 1997; Kunst ym. 2004), eikä Suomi niissä poikkea muista maista yhtä paljon kuin kuolleisuusvertailuissa. Koulutusryhmien väliset erot pitkäaikais-sairastavuudessa ja koetussa terveydessä olivat Pohjoismaissa jokseenkin yhtä suuria 1980-luvulla ja erot ovat säilyneet ennallaan 1990-luvulla (Kivelä ym. 2001; Lahelma ym. 2002). Koetun terveyden sosioekonomiset erot ovat Suomessa olleet keskimääräiset Euroopan maita vertaillaessa (ks. Keskimäki ym. 2002). Kaikilla keskeisillä terveyden osoittimilla saadaan samankaltainen tulos: tarkastellaanpa asiaa koulutuksen, ammatin, työmarkkina-aseman tai tulojen mukaan, hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset ovat terveempiä kuin sosioekonomisen asteikon alemmille portaille sijoittuvat. Erojen jyrkkyys kuitenkin vaihtelee eri kuolinsyiryhmissä ja terveysongelmissa ja suuria eroja on erityisesti sydän- ja verisuonitautikuolleisuudessa ja väkivaltaisissa kuolinsyissä (ks. Lahelma & Koskinen 2002). Lisäksi terveyteen vaikuttavissa elintavoissa kuten tupakoinnissa, humalahakuisessa alkoholinkäytössä ja ravitsemustottumuksissa on havaittu samansuuntaisia eroja sosioekonomisten ryhmien välillä (Karvonen & Rahkonen 2002; Salomaa ym. 2003).

Näiden lisäksi myös terveydenhuollon hoitokäytännöissä on potilaiden sosioekonomisen taustan mukaisia eroja (Keskimäki 1997; Keskimäki ym. 2002; Sihto 2003). Myös terveyspalvelujen käytössä on Suomessa eriarvoisuutta enemmän kuin muissa OECD-maissa Portugalia ja USA:ta lukuunottamatta ja suurituloiset käyttävät pienituloisia enemmän lääkäripalveluja kun hoidontarve on otettu huomioon (Häkkinen 2003).

Terveyseroista on siis jo pitkältä ajalta saatavissa tutkimustietoa. Suomalaisesta terveyserojen tutkimuksesta on myös koottu bibliografia (Forssas ym. 1999) ja tehty tutkimuskatsauksia (Manderbacka ym. 2000; Kivelä ym. 2000; Lahelma 2000; Rahkonen & Lahelma 2002). Terveyserojen kaventamistoimia on myös kartoitettu ja arvioitu useissa julkaisuissa (Koskinen & Teperi 1999; Prättälä ym. 1999; Kangas ym. 2002; Keskimäki ym. 2002). Tuoreet kokoomateokset valottavat viimeaikaista terveyserojen kehittymistä ja niihin vaikuttamisen keinoja Suomessa (Kangas ym. 2002), samoin kuin läntisen Euroopan maissa (esim. Mackenbach & Bakker 2002).

2.3 Sosioekonomisten terveyserojen syyt

Sosioekonomisista terveyseroista puhuttaessa viitataan suoraan sosiaalisen aseman vaikutukseen terveydentilaan. Sosioekonomisilla ryhmillä tai vaihtoehtoisesti sosiaaliryhmillä tarkoitetaan tavallisesti koulutuksen perusteella jaoteltuja ryhmiä, ammattiin perustuvia sosiaaliluokkia ja tuloryhmiä. Näihin ryhmiin sijoittumisessa on kyse siitä, miten yhteiskunnassa tärkeät tiedolliset, kulttuuriset ja materiaaliset resurssit jaetaan. Koulutus on sosioekonomisista tekijöistä usein ensisijainen koska se hankitaan ensin, joskin koulutukseen vaikuttaa myös vanhempien sosiaalinen asema. Koulutus antaa yleisiä tiedollisia ja kulttuurisia valmiuksia. Ammatillinen koulutus vaikuttaa puolestaan ammattiasemaan. Koulutus ja ammatti yhdessä vaikuttavat tuloihin ja muihin taloudellisiin resursseihin. Sosioekonomisista terveyseroista puhuttaessa voidaan viitata mihin tahansa näistä pääjaotteluista. Niitä on tutkittu sekä erikseen että jonkin verran yhdessä ja ne ovat kytköksissä toisiinsa (Lahelma ym. 2004). Työtehtävien erilaiset rasitukset ja palkinnot välittyvät terveyteen ammatin kautta. Terveyden kannalta olennainen on lisäksi työmarkkina-asema: palkkatyö tai sen puute. Kaikkiaan elinolot, joihin myös työolot voidaan lukea, elintavat ja myös sosiaaliset suhteet vaikuttavat ihmisten elämäntilassa siten, että terveydentila kehittyy 'epätasa-arvoisesti' eri väestöryhmissä (ks. esim. Lahelma 2000; 2001). Vaikutussuhteet voidaan johtaa Dahlgrenin ja Whiteheadin (1991) hahmottelemaan tapaan yhteiskunnan makrotason rakenteista (jotka koskevat yleisiä sosioekonomisia, kulttuurisia ja ympäristön olosuhteita) elinolojen ja työolojen kautta sosiaalisiin ja yhteisöllisiin verkostoihin ja yksilön elämäntyyliin (Kuvio 1). Vaikutukset suodattuvat, kasautuvat ja



KUVIO 1. Terveystilaa määrittävät tekijät (Dahlgren & Whitehead 1991)

ketjuuntuvat lisäksi eri tavoin riippuen ihmisen iästä ja sukupuolesta ja osittain myös synnynnäisistä ominaisuuksista.

Erilaisten sosiaalisten vaikutusten välittyminen terveyteen on siten monivaiheinen ja monimutkainen prosessi, joka alkaa mahdollisesti jo ennen syntymää, sikiövaiheessa, ja jatkuu koko eliniän. Lapsuusajan perheen sosioekonominen asema, varhaiset elinvuodet ja koulutusura ja edelleen aikuisiän sosioekonominen asema ja kaikkiin näihin liittyvät sosiokulttuuriset elämäntyyli erilaisine tapoineen ja tottumuksineen muokkaavat terveyttä elämänsä eri vaiheissa kasautuvilla altistuksilla (ks. esim. Huurre ym. 2003a, 2003b). Myös terveydellistä selektiota, jolla suomen kielessä tarkoitetaan sekä yksilön ominaisuuksista johtuvaa ‘valikoitumista’ että ulkopuolelta tulevaa ‘valikoimista’, on pidetty mahdollisena eroihin vaikuttavana mekanismina. Toisin sanoen kyse on siitä prosessista, jossa yhteiskunnan hierarkkinen ja kilpailuun perustuva rakentuminen valikoi terveydeltään kelpoisimmat hyvään sosioekonomiseen asemaan. Vastaavasti hyvästä sosioekonomisesta asemasta voi myös pudota huonontuneen terveyden takia. Tutkimus tuntuu pääosin toistaiseksi puhuvan sen puolesta, että yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, jotka näkyvät yksilön sosioekonomisessa asemassa, vaikuttavat terveyteen enemmän kuin terveys sosioekonomiseen asemaan; toisin sanoen sosiaaliseen kausaatioon perustuvat selitykset ajavat ohi sosiaalista selektiota puolustavista selityksistä (esim. Vågerö 1998). Näin voi olla ainakin Pohjoismaissa, joissa sosiaaliturva on torjunut esimerkiksi pitkäaikaissairauteen liittyvää tulo- köyhyyttä paremmin kuin muissa Länsi-Euroopan maissa (Kautto & Moisio 2002). Kun tarkastellaan ajassa etenevää yksilön ‘terveysuraa’ ja ‘sosiaalista uraa’, on myös perusteita ajatella, että sosiaaliset tekijät ja yksilön terveydessä ilmiasunsa saavat biologiset tekijät ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään ja näin ollen

kausaatioon ja selektioon pohjautuvat selitysmallit ovat myös toisiaan täydentäviä (Vägerö 1998).

Terveyserojen ehkäisemisen ja vähentämisen kannalta on tärkeää, että sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat varsin vähäisiä lapsuudessa ja etenkin nuoruudessa. Näitä eroja ei siis pitäisi päästää kasvamaan. Suurimmillaan erot ovat työikäisessä väestössä, mutta huomattavia vielä myös vanhoissa ikäryhmissä. Myös sairastavuuden sosiaaliluokkaerot ovat nuoruudessa pienempiä kuin muissa ikävaiheissa (ks. esim. Asthana ym. 2004). Nuoruusiän kuolleisuus- ja sairastavuuserojen vähäisyydestä huolimatta on nuoria ja nuoria aikuisia tutkittaessa havaittu muun muassa, että toimihenkilöperheiden lasten psyykinen oireilu on vähäisempää ja koettu terveys parempi kuin työntekijäperheiden lasten (Huurre ym. 2003a). Huurteen työtovereineen tekemässä tutkimuksessa työntekijäperheiden lapset myös tupakoivat yleisemmin 16 vuoden iässä kuin toimihenkilöperheiden lapset ja ero säilyi seurantatutkimuksen mukaan varhaiseen aikuisikään (32-vuotiaaksi) asti molemmilla sukupuolilla. Sama koskee työntekijätaustaisten nuorten vähäisempää liikunnan harrastusta ja ylipainoa. Pojilla liikunnanharrastuksen vähäisyys jatkui aikuisiällä, tytöillä puolestaan ylipainoisuus (Huurre ym. 2003a, 2003b). Myös kuolleisuudessa näkyy jo 20. ikävuoden jälkeen lapsuuskodin sosioekonomisen aseman kasautuva vaikutus erityisesti sydän- ja verisuonitautikuolemissa ja alkoholikuolemissa (Pensola 2003). Pensolan (2003) tutkimuksessa alempien sosiaaliryhmien nuorten aikuisten kuolemanvaaraa selitti erityisesti epädullinen koulutusura ja työttömyyskokemukset, samoin kuin naisten varhainen avioituminen ja nuorten miesten yksin jääminen.

Sosioekonomiset kuolleisuuserot ilmenevät sekä kokonaiskuolleisuudessa että useimmissa kuolinsyyluokissa. Tärkeimpiä näistä ovat sydän- ja verisuonitaudit, tapaturmat ja väkivalta ja alkoholiin liittyvät kuolemansyyt. Elinajanodotteen suureneminen ja sosiaaliryhmien välisten erojen kasvu 35-vuotiailla suomalaisilla 1990-luvulla johtui erityisesti siitä, että sepelvaltimotautikuolleisuus väheni nopeammin toimihenkilöillä kuin työntekijöillä, samalla kun alkoholikuolemat lisääntyivät työntekijöillä enemmän kuin toimihenkilöillä (Valkonen ym. 2003).

Tupakointi on monien sairauksien riskitekijä ja merkittävä sosioekonomisten terveyserojen osasy. Tupakointi on jo joitakin vuosikymmeniä ollut yleisempää vähemmän koulutetuilla miehillä. Nykyään myös naisten tupakointi on jo nuoruusiästä lähtien yleisempää vähemmän koulutetuilla, vaikka vanhimmissa naiskohorteissa ei koulutuksen mukaista eroa ole (Karvonen & Rahkonen 2002). Martelin tutkimusryhmineen (1998) on laskenut että 35-vuotiailla miehillä ylimmän ja alimman koulutusryhmän elinajanodotteen erosta viidesosa aiheutuu tupakasta, naisten vastaavasta erosta 6 %, mutta ylimmän ja keskimmäisen koulutusryhmän erosta kolmannes selittyy tupakkaan liittyvillä kuolemilla molemmilla sukupuolilla (ks. Karvonen & Rahkonen 2002).

Alkoholin suhde terveyteen on moniaineisempi sekä biokemiallisena että käyttäytymiseen liittyvänä riskitekijänä. Lisäksi alkoholinkäytön sosioekonominen jakauma on erilainen riippuen siitä mitä käytön ominaisuutta tarkastellaan. Alkoholin merkitys sosioekonomisissa kuolleisuuseroissa on kuitenkin vähintään yhtä tärkeä kuin tupakoinnin. Vähemmän koulutetut suomalaiset käyttävät tutkimusten mukaan alkoholia harvemmin kuin enemmän koulutetut. Itseraportoidusta alkoholinkäytöstä laskettu suurkulutus on kuitenkin miehillä runsaampaa vähemmän koulutettujen joukossa, kun taas naisilla löytyy suurkulutustakin enemmän hyvin koulutettujen joukosta (Mäkelä ym. 2002). Vaikka vähäinen tai kohtuullinen alkoholinkäyttö saattaa väestötutkimuksien perusteella olla ‘terveellisempää’ kuin raittius, runsas alkoholinkäyttö lisää kiistatta kuolemanvaaraa sekä biologisten mekanismien (sairaudet ja myrkytykset) että tapaturmavaaran lisääntymisen kautta ja lisäksi mielenterveysongelmiin ja masennukseen liittyvän itsemurhavaaran kautta. Alkoholikuolleisuus lisääntyy asteittain kun siirrytään korkeimmin koulutetuista vain perusasteen koulutuksen saaneisiin (Mäkelä ym. 2002). Mäkelä työryhmineen on laskenut, että sosiaaliryhmien välisestä kuolleisuuserosta noin neljännes selittyy alkoholikuolleisuuden kautta.

2.4 Terveyserojen kaventaminen Suomessa

Suomen kansallisen Terveys 2015 -ohjelman (STM 2001) suurimpia haasteita on löytää menetelmiä, jotka edistävät terveyden tasa-arvoista jakautumista väestössä. Terveyserojen kaventamisen kannalta on pulmallista, että niiden yksityiskohtaisia syntymekanismeja ymmärretään edelleenkin vain osittain. Yleensä tiedetään, että eroja synnyttävät ja ylläpitävät monet yhteiskunnalliset tekijät, jotka kytkeytyvät lapsuusajan ja aikuiselämän elinympäristön ja kulttuurin piirteisiin samoin kuin ihmisten omaan käyttäytymiseen (esim. Pensola 2003; Huurre ym. 2003b). Varsin vähäistä on kuitenkin tieto toimenpiteistä, joilla terveyseroja voitaisiin vähentää. Terveyserojen kaventaminen onkin vaativa ja monimutkainen tehtävä ja edellyttää terveystalouden lisäksi myös muun yhteiskuntapolitiikan toimia.

Terveyserojen vähentäminen asetettiin terveystalouden tavoitteeksi Suomessa jo 1960-luvulla. Kuitenkin 1960- ja 1970-luvuilla terveyserojen syyksi nähtiin lähinnä terveystalouden heikko saatavuus ja korkeat kustannukset ja jossain määrin myös sosiaaliryhmittäiset mutta etenkin alueelliset erot palvelujen käytössä. Siten toimenpiteetkin keskittyivät terveydenhuollon toiminnan tehostamiseen (Keskimäki ym. 2002). Suomen Terveystaloutta kaikille vuoteen 2000 (TK2000) -ohjelman tavoite- ja toimintaohjelmassa vuodelta 1986 näkökulma oli laajempi. Kahdessa toimintalinjassa viitattiin suoraan sosiaaliryhmien terveyserojen kaventamiseen: oli turvattava terveystalouden tasa-arvoinen käyttömahdollisuus kaikille

kansalaisille ja vähennettävä riskialtimpien väestöryhmien elämäntavoista johtuvia terveysongelmia. Konkreettisia toimintaehdotuksia oli kuitenkin hyvin vähän, eivätkä terveyserot seuraavina vuosina pienentyneet. Maailman terveysjärjestö WHO (1992) kiinnittikin huomiota terveyserojen epäsuotuisaan kehitykseen ja täsmällisten tavoitteiden ja selkeiden toimenpiteiden puuttumiseen arvioidessaan Suomen TK2000-ohjelmaa.

WHO:n arvion pohjalta Suomessa valmisteltiin vuonna 1993 uudistettu Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -yhteistyöohjelma, jossa terveyserojen vähentäminen oli nostettu ensimmäiseksi kahdeksasta terveyden edistämistoimien alueesta. Ohjelmassa oli 12 terveyserojen kaventamiseen tähtäävää toimintalinjaa, joista osa koski terveydenhuollon toimintaa ja terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyötä, osa muilla yhteiskuntapolitiikan alueilla tarvittavia toimia. Silti varsinaiset toimenpideohjelmat, joita olivat kansalliset terveyden edistämishjelmat, eivät 1990-luvun jälkipuoliskollakaan juuri sisältäneet sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen ensisijaisesti tähtäviä toimintasuosituksia (Prättälä ym. 1999).

WHO:n Terveyttä kaikille 21. vuosisadalla -ohjelmassa terveyserot ovat edelleen näkyvästi esillä. Suomen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on toisena yleistavoitteena terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisäämisen ohella. Terveyserojen kaventamista painotetaan läpäisevänä periaatteena ja ohjelman kaikkiin tavoitteisiin todetaan pyrittävän siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Terveyserojen kaventamiselle asetettiin myös ensimmäistä kertaa Suomessa määrälliset tavoitteet: vuoteen 2015 mennessä kuolleisuuserojen tulisi pienentyä viidenneksellä.

Ohjelman 36 toimintasuunnasta yhdessä viitataan selvästi väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen palvelujen saatavuuden osalta: 'terveydenhuoltoa kehitetään kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut turvaavalla tavalla siten, että alueellinen tai sosioekonominen asema ei rajoita tarvittavien palveluiden käyttöä'. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sisällä toteutuvassa terveyden edistämisessä ja tiedon saannissa edellytetään eri väestöryhmien yhdenvertaisuutta. Toimintasuuntien sisältöjen luonnehdinnoissa mainitaan terveyserot useassa kohdassa ja syrjäytymisen ehkäisy mainitaan erikseen kolmessa toimintasuunnassa, jotka koskevat lasten, nuorten ja työikäisten elinoloja. Lisäksi sosiaali-ryhmien välisten terveyserojen samoin kuin niiden kaventamiskeinojen tutkimiseen edellytetään suunnattavaksi tutkimusvaroja. Useat toimintasuunnat kytkeytyvät asiallisesti terveyserojen taustatekijöihin, vaikkei niissä mainita terveyseroja (esimerkiksi nuorten miesten alkoholiin liittyvien tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien ja vammautumisen vähentäminen). Terveys 2015 -ohjelmassa kiinnitetään näin ollen useassa yhteydessä yleisellä tasolla huomiota sosioekonomisiin terveyseroihin. Ohjelma on kuitenkin luonteeltaan suositus, joka ei välttämättä

johda käytännön toimiin ilman erillisiä toimenpiteitä.

Alueellisten terveyserojen vähentämisessä Suomessa noudatettu terveyspolitiikka on ollut tuloksellista. Neuvolatoiminnan järjestäminen, keskussairaalaverkoston rakentaminen, sairausvakuutusjärjestelmän luominen, kansanterveyslain säätäminen sekä Pohjois-Karjala –projektiin sisältyneet sydän- ja verisuoniterveyden edistämistoimet pyrkivät yleisten koko väestöä koskevien universalististen tavoitteiden lisäksi kohentamaan nimenomaan syrjäseudulla asuvan ja vähävaraisen väestön terveyttä. Terveyspalvelujen käytön alue-erot ovatkin pienentyneet 1960-luvun jälkeen. Aiemmin jyrkät imeväis- ja lapsikuolleisuuden alue-erot ovat kadonneet (Kannisto 1988; Koskinen ja Martelin 1994; 1998). Myös terveyskäyttämisen suuret itä-länsi -erot ovat käytännöllisesti katsoen kadonneet (Vartiainen ym. 1998) ja työkyvyttömyyseläkkeiden yleisyyden alue-erot ovat kaventuneet. Niissäkin terveyden osoittimissa, joissa alueiden väliset suhteelliset erot ovat pysyneet ennallaan, absoluuttiset erot – jotka ehkä paremmin kuvaavat terveyserojen kansanterveydellistä merkitystä – ovat pienentyneet koko väestössä tapahtuneen myönteisen kehityksen ansiosta (Aromaa ym. 1997). Kaikki muutokset eivät ole johtuneet pelkästään terveyspolitiikan ja terveydenhuollon toimista, mutta ne osoittavat, että terveyserojen kaventaminen on mahdollista.

Terveyserojen kaventaminen on siis ollut jo pitkään Suomen terveyspolitiikan tavoitteena, mutta sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat kasvaneet. Sepelvaltimotautikuolleisuus on alentunut toimihenkilöryhmissä nopeammin kuin työntekijäryhmissä ja alkoholikuolemat ovat puolestaan lisääntyneet enemmän työntekijäryhmissä kuin toimihenkilöillä (Valkonen ym. 2003). Näiltä osin terveyspolitiikan voisi siis sanoa 'epäonnistuneen'. Terveyden edistäminen onkin helpompi mieltää ja kohdentaa niin sanottuun tasotavoitteen, jolloin kaikkien terveydentilaa pyritään kohentamaan. Tasotavoite on keskeinen uusimmassakin kansanterveysohjelmassa (ks. Sihto 2003). On kuitenkin vaikeampaa hahmottaa ja rakentaa toimenpiteitä niin sanotun jakaumatavoitteen saavuttamiseksi, jolloin pyritään 'tasarvoistamaan' terveydentilan jakaumaa väestöryhmien kesken. On selvää, että tähän ei voida pyrkiä esimerkiksi huonontamalla parhaiten voivien terveydentilaa, vaan menetelmien on oltava sellaisia, että niillä pienennetään huonon terveyden omaavien suhteellista osuutta, ja kohdennetaan toimenpiteet siten, että heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien keskimäärin huonompi terveydentila paranee enemmän ja nopeammin kuin paremmassa asemassa olevien jo keskimäärin parempi terveydentila. Ei ole kuitenkaan selvää, miten jakaumaa voidaan käytännön toimin muuttaa. Periaatteelliset linjaukset koskevat sitä, pyritäänkö aktiivisesti vaikuttamaan koko jakaumaan, esimerkiksi siten että yritetään vähentää tupakointia kaikissa koulutus- tai ammattiryhmissä, vai kohdennetaanko toimet erityisesti huono-osaisimpiin, esimerkiksi niihin koulutusryhmiin, joissa tiedetään tupakoinnin olevan yleisempää.

Terveyden taso- ja jakaumatavoitteet ovat lähellä sosiaalipolitiikan jakolinjoja universaaliin ja selektiiviseen sosiaalipolitiikkaan. Pohjoismaissa on vahva universalistisen hyvinvointipolitiikan perinne (ks. esim. Julkunen 2001; Kosonen 2003). Koulutus on julkisesti rahoitettua esiopetuksesta korkeakoulutukseen asti ja sosiaalipolitiikan kohteena ja etuuksien saajana on koko väestö. Selektiivisiä, tarveharkintaisia keinoja on monista syistä pyritty käyttämään säästeliäämmin, muun muassa siksi ettei vaikeuksiin joutuneita ihmisiä tarpeettomasti leimattaisi. Suomessa perustuslaki ja laki potilaan oikeuksista edellyttävät, että yhteiskunta tarjoaa yhdenvertaisesti koko väestölle heidän tarvitsemiaan terveyspalveluja (ks. Keskimäki ym. 2002). Koska universalismia painottava politiikka ei kuitenkaan näytä vähentävän eriarvoisuutta terveydessä, jota voidaan pitää hyvinvoinnin yhtenä keskeisenä kriteeriarvona, on tullut aiheelliseksi harkita selektiivisten menetelmien käyttöä universaalien terveyspolitiikan ja laajemmin terveyteen vaikuttavan yhteiskuntapolitiikan rinnalla. Tämä tarkoittaisi niin sanottua positiivista diskriminaatiota eli heikommassa asemassa olevien suhteellisesti suurempaa tukea eri yhteiskuntapolitiikan toimin (ks. Sihto 2003).

Terveyserojen kaventamista tähdentävien terveyspoliittisten ohjelmien toteutus on myös monista syistä jäänyt puutteelliseksi. Ohjelmia on arvosteltu siitä, että ne ovat olleet kovin yleisluontoisia eivätkä anna konkreettisia toimintaohjeita (Sihto & Keskimäki 2000, Keskimäki ym. 2002). Terveellisiä elämäntapoja ja terveyspalveluja on painotettu jättäen muut terveyteen vaikuttavat tekijät vähälle huomiolle, eikä sosioekonomisiin eroihin ei ole näilläkään alueilla kohdistettu erityistoimia (ks. Kangas ym. 2002). Lisäksi 1990-luvun syvä talouslama muutti toimintaympäristöjä tavalla, joka ei ollut omiaan vähentämään eriarvoisuutta sen enempää terveydessä (Keskimäki ym. 2002) kuin sosiaalipolitiikan toimien kohteissa yleisemminkään (Julkunen 2001).

Yhteiskunnan ja hyvinvoinnin kehitys on viime vuosikymmeninä ollut Suomessa suurilta linjoiltaan melko samanlaista kuin Pohjoismaissa ja muissa läntisen Euroopan maissa. Talouslama oli Suomessa kuitenkin syvempi kuin Länsi-Euroopan maissa ja julkisen hyvinvointisektorin leikkaukset 1990-luvulla olivat rajumpia kuin muualla (Kautto ym. 1999; 2001). Lamavuosina 1990-luvun alussa sosiaalimenojen osuus kansantuotteesta nousi ensin Suomessa mm. siksi, että kansantuote laski jyrkästi, mutta laman jälkeen sosiaalimenojen osuus laski ennennäkemättömän nopeasti ja jäi Euroopan Unionin keskitason alapuolelle 1990-luvun lopulla. Samoin sosiaalimenot asukasta kohden laskettuna olivat 1990-luvun lopulla EU-maiden keskitason alapuolella (Julkunen 2001, 145–146). Suomen terveydenhuoltomenojen kansantuoteosuus oli 1990-luvun lopulla niinkään selvästi Euroopan Unionin keskitasoa alempana (Julkunen 2001, 247) ja kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista oli noussut korkeammaksi kuin missään Euroopan Unionin maassa Portugalia lukuunottamatta (ks. Keskimäki ym. 2002).

Vaikka hyvinvointivaltion perusrakenteet eivät 1990-luvun talouslaman, kustannusten leikkauksien ja huomattavien rakenneuudistusten olosuhteissa romah-
taneet, sosiaaliturvan taso kuitenkin kiistatta heikkeni ja se koski erityisesti muu-
tenkin heikossa asemassa olevia, kuten mielenterveyspotilaita, päihdeongelmaisia,
vanhuksia ja lapsiperheitä (Julkunen 2001; Jäntti ym. 2000; Sihto ym. 2002; Kautto
ym. 1999; Heikkilä & Kautto 2002). Myös universalismista on paikoin luovuttu
tarveharkintaisten tukien hyväksi. Silti on arveltu, että sosiaaliturva kuitenkin toi-
mi riittävän hyvin ja pystyi kompensoimaan laman ja suurtyöttömyyden seurauk-
set sikäli, että välittömiä vaikutuksia ei näkynyt kuolleisuudessa ja väestön
terveydentilassa, toisin kuin samaan aikaan vielä huomattavasti rajumpia muu-
toksia kokeneissa Itä-Euroopan transitiomaissa (Jäntti ym. 2000; Kivelä ym. 2001;
Valkonen ym. 2003). Köyhyys ja eriarvoisuus kuitenkin kiistatta lisääntyivät, eikä
sen kaikkia terveydellisiä seurauksia vielä varmasti tiedetä.

Terveyserojen kaventamisen ongelmat eivät koske yksin Suomea. Missään
muussakaan Euroopan maassa ei ole onnistuttu poistamaan eikä juuri edes vähen-
tämään sosioekonomisia terveyseroja, mutta eräissä maissa ongelma on laajalti
tiedostettu ja on käynnistetty erilaisia toimintaohjelmia ja interventioita tilanteen
korjaamiseksi (esim. Mackenbach & Bakker 2003).

2.5 Hankkeen tavoitteet ja toteutus

Tämän raportin tavoitteena on arvioida ja kehittää työkaluja Terveys 2015 -ohjelman toteuttamista ja seuranta varten niiltä osin, jotka koskevat terveyden eriarvoisuuden vähentämistä ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman parantamista.

Hanke liittyy siten erityisesti kansanterveysohjelman kahdeksanteen, eriarvoisuuden vähentämistä koskevaan tavoitteeseen. Ohjelman mukaan eriarvoisuuden vähentämistavoite koskee koko kansanterveysohjelman toteuttamista (STM 2001, 18).

Suomessa on runsaasti terveyseroja koskevaa tutkimustietoa ja tutkimustiedon perusteella on esitetty keinoja, joilla terveyseroja voitaisiin kaventaa (esim. Kangas ym. 2002; Keskimäki ym. 2002). Vaikuttaa siltä, että käytännön politiikassa ja toiminnassa on Suomessa kuitenkin verraten vähän suoraan pyritty muuttamaan terveyden sosioekonomista jakaumaa ja vähentämään terveydellistä eriarvoisuutta. Tässä hankkeessa pyrittiin selvittämään, löytyisikö muista maista esimerkkejä tällaisesta toiminnasta ja mahdollisesti Suomeen soveltuvia toimintamalleja.

Koska mallien ja kokemusten siirto maasta toiseen ja erilaisesta kulttuurista toiseen on ongelmallista ja sellaisenaan kenties mahdotontakin, tutustumisen kohteiksi valittiin maita, jotka sosioekonomiselta kehitystasoltaan ja rakenteeltaan olisivat suhteellisen lähellä Suomea. Edellytyksenä oli, että niissä on yhtäältä aktiivisesti tutkittu sosioekonomisia terveyseroja ja toisaalta myös oltu aktiivisia terveyserojen vähentämisyrittämissä. Kartoituksen kohteeksi valittiin kolme Länsi-Euroopan maata, Ruotsi, Englanti ja Alankomaat. Näissä maissa on laadittu laaja-alaisia terveystoimintapolitiittisia ohjelmia väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi (Mackenbach & Bakker 2002; 2003).

2.5.1 Vertailumaat

Suomi ja Ruotsi luetaan kuuluviksi niin sanottuihin pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin, joista puhutaan myös hyvinvointivertailuissa 'sosiaalidemokraattisen regiimin' maina (Esping-Andersen 1990; Arts & Gelissen 2001; Kautto ym. 1999; Kosonen 2003). Hollanti on kansainvälisissä vertailuissa usein luokiteltu lähemmäksi pohjoismaista mallia kuin muita eurooppalaisia hyvinvointimalleja, kuten esimerkiksi Arts ja Gelissen (2001) ovat tehneet nimetessään Hollannin 'sosiaalidemokraattiseksi hybridiksi'. Liberaalia mallia edustavan Englannin he luokittelevat myös 'hybridiksi' liberaalien maiden joukossa, jossa puhdasta mallia edustavat USA ja Kanada.

Pohjoismaiselle hyvinvointivaltion mallille on tunnusomaista universalistisen solidaarisuuden ja tasa-arvon (egalitarismi) painottaminen, jossa tasa-arvo on politiikan ‘lopputulos’ tai seuraus (equality of outcome) ja jossa julkisen vallan oletetaan olevan vastuussa sosiaalisen hyvinvoinnin tuottamisesta (Arts & Gelissen 2001). Esimerkiksi Suomessa perustuslaki korostaa julkisen vallan vastuuta terveydestä ja myös kansanterveysohjelma viittaa perustuslain velvoitteisiin (STM 2001, 8–9). Liberaalin hyvinvointivaltion tunnuspiirteinä on tasa-arvoisten mahdollisuuksien painottaminen ja yksilöllinen tasavertaisuus (individual equity). Yksilöiden ajatellaan olevan vastuussa omasta hyvinvoinnistaan ja ansioiden ja ponnistelujen mukaiset palkinnot saavutetaan markkinoilla. Valtiovalta on verrattain pidättyväinen tulonsiirroissa ja kohdistaa ne lähinnä selvästi köyhille (Arts & Gelissen 2001).

Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden sosiaalipolitiikan laajentuminen pysähtyi ja kääntyi supistuvalla uralle Ruotsissa jo 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun lamavuosina Suomessa (esim. Julkunen 2001). Samantapaisia sosiaaliturvan heikentämiseen johtavia uusliberalismin nimellä kutsuttuja tendenssejä oli havaittavissa kaikissa hyvinvointivaltioissa 1980-luvulta lähtien ja on väitetty, että kansalliset hyvinvointivaltiot olisivat lähenemässä markkinaehtoista suppeinta (anglosaksista) hyvinvointimallia (ks. Julkunen 2001). Laman jälkeen hyvinvointivaltion ja julkisesti rahoitetun sosiaalipolitiikan kannatus kuitenkin kansalaisten keskuudessa Suomessa vahvistui (Forma 2002), mutta toisaalta taloudelliset argumentit ja taloudellinen rationalismi ovat voimistuneet ja tunkeutuneet myös sosiaalisten ja poliittisten asioiden hallintaan (Julkunen 2001, 292–293). Tällaiset tendenssit asettavat erityisiä haasteita niin terveyttä koskeville kuin muillekin tasa-arvo-yrkimyksille, koska terveys ja kansanterveys jäävät helposti häviölle, kun yhteiskunnallisia muutoksia perustellaan vain taloudellisin argumentein, kuten Erik Allardt (1999) on todennut.

Taulukkoon 1 on koottu joitakin kohdemaiden yhteiskuntia kuvaavia perustietoja samoin kuin terveyden ja terveystietäytymisen perusindikaattoreita. Suomalaiset ovat monessa asiassa varsin lähellä tarkasteluun valittuja maita, mutta joidenkin terveystietojen kannalta Suomessa on näitä maita epäedullisempi tilanne. Suomessa terveydenhuollon menojen osuus kansantuotteesta on pienempi, joskin lääkäreitä on väestöön suhteutettuna enemmän kuin vertailumaissa. Työttömyysaste on Suomessa pysytellyt korkeampana kuin vertailumaissa. Suomi ja Ruotsi ovat tulonajoltaan Hollantia ja Isoa-Britanniaa tasaisempia (Kautto ja Moisio 2002, 320–322). Niin sanottujen tuloköyhien osuus (yksilötason tulot alle 60 % maan mediaanista) oli vuonna 1996 Suomessa matalin Euroopan unionin maista, 9,9 %, Ruotsissa noin 12 %, Hollannissa noin 13 % ja Isossa-Britanniassa 24 % (Kautto ja Moisio 2002, 322). Ostovoiman huomioonottavissa tarkasteluissa Suomi sijoittuu kuitenkin huonommin, sillä Suomen köyhyysrajalle osuva ostovoima on Euroopan Unionin matalimpia (Kautto ja Moisio 2002, 324). Vuonna 2001

köhyysrajan alittaneiden osuus oli lähes sama Ruotissa, Suomessa ja Hollannissa (10–11 %), Englannissa edelleen korkeampi (17 %), kun köyhyysrajana on 60 % kulutusyksikköä kohti lasketusta käytettävissä olevasta mediaanitulosta käyttäen OECD:n uudistettua kulutusyksikköasteikkoa (Penttilä 2004).

Ruotsissa sekä miesten että naisten eliniän odote on näiden maiden joukossa korkein ja sukupuolten välinen ero pienin (4,6 vuotta). Suomen miehet ovat elinajan odotteessa jäljessä muista maista ja sukupuolten välinen ero on suurempi (6,7 vuotta). Imeväiskuolleisuuden alhaisuudessa Ruotsi ja Suomi kilpailevat maailman kärkisijoista ja tilanne on siten parempi kuin Hollannissa ja Englannissa.

Kaikissa maissa on sosioekonomisia eroja kuolleisuudessa ja sairastavuudessa. Suomessa keski-ikäisten työntekijämiesten suhteellinen kuolleisuus on hieman korkeampi kuin Ruotsissa ja Englannissa, samoin absoluuttinen kuolleisuus on suurempi.

Alkoholin virallisessa kokonaiskulutuksessa Ruotsi on maista matalimmalla tasolla, Suomi lähellä Hollantia ja Isoa-Britanniaa, kun lasketaan kokonaiskulutus 15 vuotta täyttäneitä kohti (Taulukko 1). Suomen miehillä kuitenkin alkoholiin liittyvä kuolleisuus on selvästi suurinta, sen sijaan Ison-Britannian naiset kuolevat johonkin alkoholiin liittyvään sairauteen tai tilaan yleisemmin kuin Suomen naiset. Sama näkyy väestökyselyihin perustuvassa tiedossa, joka koskee alkoholihaittojen kokemista: Ison-Britannian naiset ovat raportoineet useammin alkoholihaittoja kuin suomalaiset. Suomen miehillä haittojen kokemus on yleisintä, niin kuin kuolleisuudenkin mukaan voi olettaa, mutta Ison-Britannian miehillä haittakokemukset ovat lähes yhtä yleisiä. Suomalaisten humalajuominen ei kuitenkaan sinänsä tunnu olevan sen yleisempää kuin Ruotsissa ja Englannissakaan, mutta Suomen miehet nauttivat kerralla enemmän väkeviä juomia kuin ruotsalaiset ja britit, mikä selittää haittakokemuksia. Suomalaisnaisten väkevien juonti on kuitenkin vain vähän runsaampaa kuin brittinaisten, jotka puolestaan nauttivat kerralla enemmän viiniä (Hemström ym. 2002, 119).

Tupakoinnin yleistasossa ruotsalaiset ovat koko Euroopassa matalimmalla tasolla. Suomi on Ruotsin jälkeen seuraavana, joskin hyvin lähellä Ison-Britannian miehiä. Hollannissa miesten tupakointi on edelleen huomattavan yleistä (38%).

Yhteenvedona voidaan todeta, ettei tilanne Suomessa ole kaikilta osin huonompi ainakaan kaikissa terveyden tason ja terveysriskien tason osoittimissa verrattuna tarkasteltavina oleviin maihin. Kuitenkin sosioekonomiset terveyserot ansaitsevat Suomessa erityistä huomiota varsinkin muita maita suurempien kuolleisuuserojen takia. Universalistinen hyvinvointipolitiikka ei ole onnistunut tasaamaan markkinatalouksien edellyttämien hierarkioiden ja kilpailun eriarvoistavia vaikutuksia, siitä huolimatta että sillä pyritään turvaamaan mahdollisimman yhdenvertaiset terveyden edellytykset kaikille kansalaisille.

TAULUKKO 1. Maakohtaisia tietoja

		Suomi	Ruotsi	Hollanti	Yhdistynyt Kuningaskunta
VÄESTÖ	Väestö, miljoonaa as., v. 2001	5,2	8,9	16,0	49,2*
	Väentiheys as./ km ² v. 2001 (1)	15	20	392	244
	Kaupunkiväestön osuus % v. 2003 (2)	62	83	90	90
	Ulkomaalaisia koko väestöstä v. 2001 % (1)	1,9	5,3	4,3	4,4
	Korkea-asteen koulutus 25–64 -v. väestössä v. 2001, % (2)	32	32	23	26
	Työttömyysaste v. 2001 % (1)	9,1	5,1	2,7	4,8
	Köyhyysrajan allittaneiden henkilöiden %-osuus sosiaalisten tulonsiirtojen jälkeen v. 2001 (3)	11	10	11	17
TERVUOLTO	Lääkäreitä per 1000 v. 2001 (Ruotsi, Hollanti 2000) (1)	3,1	3,0	3,3	2,0
	Terveydenhuoltomenot BKT:sta v. 2001, % (1)	7,0	8,7	8,9	7,6
	Julkisen sektorin osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta v. 2001, % (1)	75,6	85,2	63,3	82,2
	Terveydenhuollon %-osuus valtion kokonaisuudesta v. 2001 (1)	10,7	13,5	12,2	15,4
KUOLELLISUUS	Vastasyntyneen elinajan odote v. 2002				
	– Naiset	81,5	82,6	81,1	80,5
	– Miehet (4)	74,8	78,0	76,0	75,8
	Imeväiskuolleisuus /1000 elävänä syntynyttä v. 2001 (1)	3,2	3,7	5,3	5,5
	Ikävakioitu kokonaiskuolleisuus 30–59 v. miehillä (1 000 henkilövuotta kohti) v. 1991–1995				
	– henkisen työn tekijät (non-manual)	3,6	2,5		3,0**
– ruumiillisen työn tekijät (manual) (5)	6,9	4,1		4,6**	
Suhteellinen kuolemanvaara (rate ratio) 30–59 -v. miehillä ruumiillisen työn tekijät/ henkisen työn tekijät v. 1991–1995 (5)	1,92	1,63		1,52**	
ELINTAVAT	Säännöllinen tupakointi 15+ -vuotiailla 2002, UK 2001 (6)				
	– Miehet %	27,5	16,3	37,9	28
	– Naiset %	19,9	19,3	29,2	26
	Alkoholinkulutus 15v. täyttäneitä kohti, /asukas 100 % alkoholina v. 2001 (6)	10,4	6,9	9,7	10,4
	Humalajuomiskertojen %- osuus käyttökerroista 12 kk aikana, v. 2000, 18–64 vuotiaat (7)				
	– Miehet	29	33		40
	– Naiset	17	18		22
	Raportoi vähintään yhden alkoholihaitan 8:sta 12 kk aikana (alkoholin käyttäjistä) % (7)				
	– Miehet	46,3	35,5		45,0
	– Naiset	28,6	18,6		32,7
	Ikävakioitu alkoholi aiheinen kuolleisuus per 100 000, 15+, v. 1995 (8)				
	– Miehet	19,7	9,3	7,7	11,1
– Naiset	5,8	4,9	4,4	6,4	

Lähteet: 1) OECD in Figures. Statistics on the Member Countries. OECD Observer 2003/Supplement 1. 2) Maailma numeroina. Tilastokeskus. 3) Penttilä 2004 (Köyhyysraja = 60 % kulutusyksikköä kohti lasketusta käytettävissä olevasta mediaanitulosta). 4) The World Health Report 2003, WHO. 5) Mackenbach ym. 2003, Table 1. 6) Health for All -database. 7) Hemström ym. 2002, Table 5.3, Table 5.6, ECAS-survey, Hollanti ei mukana. 8) Ramstedt 2002, Table 6.6. Alkoholihaitteiset kuolinsyyt (ICD9): maksakirroosi, maksan alkoholisairaudet, alkoholi riippuvuus, alkoholipsykoosi, alkoholimyrkytys, alkoholin väärinkäyttö, alkoholikardiomyopatia, alkoholigastritti, alkoholipolypneuropatia
*Englanti, **Englanti ja Wales

2.5.2 Tavoitteet

Tämän hankkeen tavoite oli lähtökohdiltaan varsin käytännöllinen: pyrkimyksenä oli selvittää, mitä keinoja 'todella' käytetään terveyserojen vähentämiseksi kyseisissä maissa. Aiempi kokemus on osoittanut, että terveyserojen kaventaminen edellyttää suoraan asiaan liittyviä terveystaloudellisia kannanottoja ja tavoitteenasetteluja. Tämän vuoksi raportissa käydään läpi jokaisen maan terveystaloudellista ja terveyserojen kaventamista koskevia julkilausuttuja tavoitteita, ja jossain määrin myös niiden historiallista taustaa. Näihin taustoihin liittyy myös terveyseroja koskeva tietopohja ja tutkimustoiminta, jonka puitteita samoin lyhyesti esitellään, joskaan maittaisia terveyseroja koskevia tutkimuskatsauksia ei tehdä. Terveystaloudellisten kaventamistoimien kartoitus ja analyysi eivät kuitenkaan ole kattavia, vaan hankkeen tarkoituksena on antaa kuvaa yleisistä terveyseroihin kohdistuvista kannanotoista ja lisäksi esimerkkejä siitä, minkälaisia asioita on muissa maissa pidetty kehittelyn arvoisina.

Tarkastelukulma rajattiin sosioekonomisiin eroihin, vaikka muut väestöryhmäerot usein risteävät sosioekonomisten erojen kanssa. Näistä ehkä tärkein on sukupuolten välinen ero, joka näkyy varsinkin kuolleisuudessa, mutta usein myös sairastavuudessa ja monissa sairauksien riskitekijöissä ja terveyskäyttäytymisessä. Terveystaloudellisten vaikuttavat makrorakenteet kuten työmarkkinat ja tulotaso ovat myös usein 'sukupuolittuneita'. Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat yleensä miehillä suuremmat kuin naisilla, mutta sairastavuudessa, oireilussa ja koetussa terveydessä sosioekonomiset erot eivät aina ole miehillä suurempia kuin naisilla (esim. Matthews ym. 1998). Lisäksi sosioekonomiset erot ilmenevät eri tavoin eri siviilisäätyryhmissä ja ikäryhmissä. Joskus iän vaikutusten eliminointi esimerkiksi yli koko aikuisväestön saattaa häivyttää näkyvistä ikäryhmittäisiä erityispiirteitä, jotka terveystaloudellisten toimien suunniteltaessa olisi kuitenkin otettava huomioon (ks. esim. Asthana ym. 2004). Myös alue-erot ja etniset erot ovat usein kytköksissä sosioekonomisiin eroihin. Esimerkiksi Englannissa alue-erot ovat terveystaloudelliskassa tärkeitä ja Ruotsissa painotetaan sukupuolieroja. Sosioekonomisia terveyseroja tarkasteltaessa olisi siis kiinnitettävä huomiota myös sukupuolieroihin, ikäryhmäeroihin, siviilisäätyeroihin, alue-eroihin ja etnisiin eroihin, mutta tämän hankkeen puitteissa ei kuitenkaan ollut mahdollista eikä tarkoituksenmukaista selvittää näitä jakoja järjestelmällisesti.

Tiivistetysti hankkeen tavoitteet olivat

- 1) koota kokemuksia toimivista terveyserojen kaventamistoimista niistä EU-maista, joissa erojen kaventamiseen on kiinnitetty erityistä huomiota,
- 2) arvioida, miten nämä toimet soveltuvat Suomeen ja mitkä tahot täällä olisivat keskeisiä toimijoita,

3) laatia ulkomaisten kokemusten ja kotimaisten asiantuntija-arvioiden pohjalta ehdotuksia suomalaisille toimijoille siitä, miten terveyserojen kaventamistavoitetta voitaisiin Suomessa edistää ja seurata.

Terveyserojen kaventamistoimia kartoitettaessa kiinnitettiin huomiota yhtäältä rakenteellisiin tekijöihin, kuten elinoloihin, ja toisaalta elintapatekijöihin, ja näihin liittyviin yhteiskuntapoliittisiin toimiin ja interventioihin.

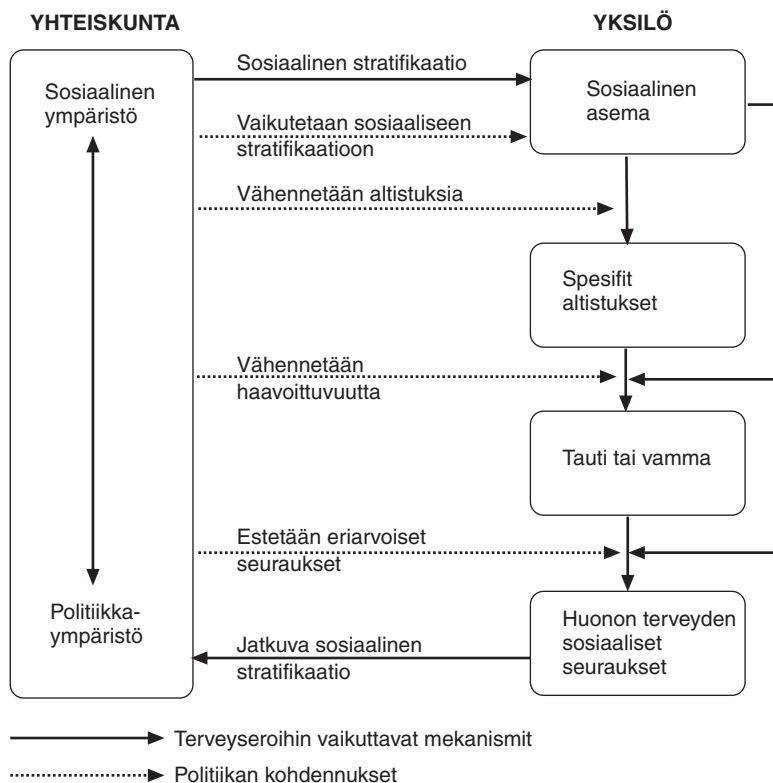
Koska toiveena oli löytää Suomeen soveltuvia esimerkkejä, tiedonkeruussa pyrittiin pitämään silmällä Suomen kansanterveys- ja terveyseroproblematiikan kannalta keskeisiä aihealueita kuten alkoholiin ja tupakkaan liittyviä toimia.

Huomion pääasiallisina kohteina olivat seuraavat alueet

1. Yleiset sosioekonomiset tekijät
 - koulutus, tulot ja tuloerot,
 - köyhyys
 - syrjäytyminen
2. Spesifit Suomen kannalta tärkeät tekijät
 - tupakkaan liittyvät politiikat
 - alkoholiin liittyvät politiikat
 - terveyserojen vähentäminen lapsuuden aikana
 - työelämään kohdistuvat toimet
 - terveydenhuolto: miten sosioekonomiset erot ja syrjäytyneet tai vähäosaiset väestöryhmät otetaan huomioon terveydenhuoltojärjestelmässä?

Tehtävän yleiskatsauksellisuudesta johtuvan aineiston runsauden vuoksi alueet on katettu esimerkinomaisesti ja eräät keskeiset aiheet on jätetty vähälle huomiolle. Näitä oli ravitseminen, joka on sekä kansanterveyden kehityksen että terveyserojen kannalta tärkeä Suomessa ja muualla, mutta joka jo yksinään on laaja ja monimutkainen alue, kun otetaan huomioon pelkästään elintarvikkeiden saatavuuden taustalla vaikuttavat kansainväliset ja kansalliset politiikkatekijät maataloudesta kauppaa-, hinta- ja finanssipolitiikkaan, historiallisista ja kulttuurieroista puhumattakaan. Myös sosioekonomisten terveyserojen kannalta tärkeä mielen-terveys rajattiin suureksi osaksi tarkastelujen ulkopuolelle. Näitä aihealueita tutkitaan samaan aikaan muun muassa Suomen Akatemian rahoittamassa projektissa ‘Finnish national health promotion policy from an international comparative perspective’.

Hankkeen yleisenä suuntaavana kehikkona voidaan pitää Finn Diderichsenin, Timothy Evansin ja Margaret Whiteheadin (2001) esittämää viitekehystä, joka sijoittaa terveyseroihin vaikuttamisen mahdollisuudet yhteiskunnalliseen ja politiikan yhteyteen ja jossa osoitetaan poliittisten toimien ja interventioiden mahdolliset vaikuttamiskohdat (Kuvio 2). Periaatteessa terveyspolitiikan tai yleisemmin sosiaalipolitiikan toimilla voidaan pyrkiä vaikuttamaan ensinnäkin makrotason yh-



KUVIO 2. Interventioiden mahdolliset vaikutuskanavat ja politiikan kohdennusalueet (Lähde: Diderichsen, Evans & Whitehead 2001).

teiskunnallisiin tekijöihin eli niin sanottuihin ‘yläjuoksun’ syihin (‘upstream determinants’; koulutukseen, tuloihin, ammattiin, työllisyyteen), jotka määrittävät ihmisten asemaa sosiaalisissa hierarkioissa ja vaikuttavat kasautuvasti koko elämänsä ajan ihmisten terveyteen. Toiseksi voidaan siirtyä asteittain virran ‘alajuoksulle’ välittömämmin terveyteen vaikuttaviin väestöryhmien erilaisiin työ- ja elinoloihin ja kulutustottumuksiin. Kolmanneksi toimet suunnataan huonossa asemassa olevien yksilöiden tukemiseen tai viimein korjataan jo tapahtuneita vahinkoja estämällä sairauksien ja huonon terveyden vaikutuksia ihmisten elinoloihin ja sosioekonomiseen asemaan.

Politiikan ja interventioiden vaikutuskohdat ovat siten periaatteessa seuraavat:

- 1) vaikutetaan sosiaaliseen stratifikaatioon (esim. koulutus, tulot, verot);
- 2) vaikutetaan altistuksiin (työ, elämäntyylin osatekijät kuten tupakointi, alkoholiinkäyttö);
- 3) vaikutetaan haavoittuvuuteen (riskien vaikutusten pehmentäminen, sosiaalisen tuen ja elämän hallinnan parantamisen keinot, psykososiaaliseen hyvinvointiin vaikuttamisen keinot);

4) estetään tai vähennetään sairauksien ja vammojen eriarvoisia ja eriarvoistavia seurauksia.

Viitekehyksessä on olennaista myös takaisinkytkentä: erilaiset vaikuttamiskeinot ovat sidoksissa yhteiskuntaan ja harjoitettuun politiikkaan, mutta lisäksi se, miten toimitaan vaikuttaa takaisin sekä sosiaalisiin oloihin että harjoitettuun politiikkaan ja on näin osa jatkuvaa yhteiskunnan hierarkista rakentumisprosessia.

2.5.3 Toteutus, aineistot ja menetelmät

Hankkeen suunnittelusta ja toteutuksesta on vastannut suomalainen terveyserotutkimuksen ryhmä, joka on osa vuodesta 1996 alkaen toiminutta kansainvälistä verkostoa (*European Network on Interventions and Policies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health*). Käsillä olevan hankkeen suomalaisia jäseniä oli alusta pitäen mukana Euroopan verkoston työssä, myös kirjoittamassa ja kokoamassa teosta, johon kerättiin tietoa terveyserojen nykytilasta ja niihin kohdistuvasta politiikasta Euroopan Unionin maissa (Mackenbach & Bakker 2002). Suomalainen ryhmä toimitti ja osin kirjoitti Suomen terveyserotilannetta kartoittavan kirjan 'Kohti terveyden tasa-arvoa' (Kangas ym. 2002). Jatkona tälle vaiheittain edenneelle työlle on käsillä oleva hanke, jossa selvitetään muiden maiden sosiaali- ja terveyspolitiikan ja kokemusten soveltuvuutta Suomeen.

Työ on tehty pääosin Stakesin vaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden tutkimusryhmässä. Mukana on ollut tutkijoita Kansanterveyslaitoksesta ja Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksesta. Kansainvälisen verkoston jäseniä on hyödynnetty aineiston hankinnassa ja asiantuntijahaastatteluvina. Aineistojen keräämisessä tehtiin yhteistyötä Juhani Lehdon johtaman ja Suomen Akatemian rahoittaman projektin 'Finnish national health promotion policy from an international comparative perspective' kanssa, jonka tutkimusalueeseen kuuluivat samat maat. Osa haastatteluista tehtiin yhdessä.

Hankkeen aineistoina käytettiin

- 1) julkaistuja lähteitä (pääosin 1990-luvun loppupuolelta ja 2000-luvulta)
- 2) puolistrukturoituja ja osin melko vapaita teemahaastatteluja

Julkaisut koostuivat pääosin seuraavista:

- 1) valtakunnalliset terveyspoliittiset dokumentit
- 2) alueelliset terveyspoliittiset dokumentit (esimerkinomaisesti)
- 2) tutkimuskirjallisuus
- 3) interventioraportit ja evaluaatiot

Noin viikon kestävät haastattelumatkat tehtiin Hollantiin maaliskuussa 2003, Ruotsiin toukokuussa 2003 ja Englantiin heinäkuussa 2003. Haastateltavina oli yhteensä 40 asiantuntijaa, jotka olivat omien maittensa johtavia terveyserojen tutkijoita ja terveystieteiden ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa keskeisiä henkilöitä (tutustumiskohteet ja haastateltavat luetellaan liitteessä A).

Haastattelut sovittiin pääosin etukäteen sähköpostitse kirjeellä, jossa kuvattiin projektin keskeiset kysymykset. Haastattelut nauhoitettiin ja ne kestivät puolesta tunnista runsaaseen kahteen tuntiin. Haastattelujen muoto vaihteli haastateltavan asiantuntemusalueen ja tilanteen mukaan ja myös eri maiden olosuhteiden mukaan. Haastatteluja ei strukturoitu varsinaisiksi tiedonkeruun välineiksi, vaan ne toimivat pikemminkin yleiskäsitysten luomisen apuvälineinä ja tiedonhankinnan apuna. Niissä selvitettiin asiantuntijoiden käsityksiä heidän oman maansa terveys-eropolitiikan yleislinjauksista ja kohdennettiin vaihtelevasti kysymyksiä hankkeen sisältöalueisiin. Haastatteluissa pyrittiin myös kartoittamaan asiantuntijoiden mielipiteitä keskeisistä ongelmista, jotka mahdollisesti vaikeuttavat terveystieteiden erojen kaventamistoimien toimeenpanoa.

Raportin työstämisen vaiheessa helmikuussa 2004 käsikirjoitusta kommentoi joukko suomalaisia asiantuntijoita erillisessä seminaarissa, jossa pohdittiin muiden maiden kokemusten soveltuvuutta Suomen oloihin ja Suomen terveys-eropolitiikan tulevia suuntia. Kommentteja saatiin myös jonkin verran kirjallisesti (arvioijien nimiluettelo on liitteessä B).

3 Maat

3.1 Ruotsi

3.1.1 Terveyspolitiikka

Ruotsia on kansainvälisissä vertailuissa usein pidetty pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden mallimaana, jossa tasa-arvoon pyrkivää politiikkaa on harjoitettu 1930-luvulta lähtien (ks. esim. Kautto 2000, Burström et. al. 2002). Suomelle Ruotsi on myös ollut monilla hyvinvointipolitiikan alueilla esimerkki ja tavoite (esim. Kautto 2000). Yhteiskunnallista eriarvoisuutta alettiin Ruotsissa selvittää 1960-luvulla, jolloin matalapalkkakomitea kartoitti alhaisten tulojen yleisyyttä. Selvityksen havainnot johtivat laajaan väestön elinolotutkimukseen vuonna 1968. Tulokset herättivät Ruotsissa hämmennystä, kun kävi ilmi ettei hyvinvointi jakautunutkaan kansankodissa niin tasaisesti kuin oli arveltu (Fritzell & Lundberg 2000, 14).

Terveyden eriarvoisuus oli tärkeä tema 1930-luvulla ja erityisesti lapsikuoleisuus oli tuolloin poliittisesti kuuma kysymys, mutta hyvinvointipolitiikan perustusten ja äitien ja lasten terveydenhuollon luomisen jälkeen terveyden eriarvoisuus ei noussut erityiseksi aiheeksi Ruotsissa ennen 1970-lukua (Burström ym. 2002). Suomessa terveyden eriarvoisuuden kiinnitettiin jo 1960-luvulla jonkin verran huomiota (Keskimäki ym. 2002). Ruotsissa ei myöskään lähdey valtakunnallisen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman kehittelyyn 1980-luvulla, toisin kuin Suomessa, joka oli ensimmäisiä tämän tavoiteohjelman tehneitä maita. Ruotsissa ei ollut varsinaista kattavaa kansanterveyspolitiikkaa (Ågren 2001), mutta TK-ohjelman mukaisia eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäviä aineksia oli kuitenkin läänitason suunnitelmissa (Pettersson 1996; Östlin & Diderichsen 2000). Vuonna 1980 Isossa-Britanniassa ilmestynyt terveyserot voimakkaasti esiin nostanut ns. Black Report viritti keskustelua ja kiinnostusta myös Ruotsissa. Terveyseroihin ei ollut kansanterveystutkimuksessa kiinnitetty huomiota, niinpä jonkin verran hämmästyttä herätti, että myös Ruotsissa oli eriarvoisuutta, kuten ilmeni muun muassa terveyden- ja sairaanhoidon tilaa ja terveyspolitiikan suunnittelua käsitelleen ryhmän (Hälso- och sjukvård inför 90-talet, HS 90) vuonna 1984 ilmestyneissä selvityksissä (ks. Krantz & Lundberg 2003) ja Olle Lundbergin vuonna 1986 julkaisemassa vertailututkimuksessa Ruotsin ja Ison-Britannian terveydellisistä sosiaaliluokkaeroista (ks. Burström ym. 2002).

Ruotsissa säädettiin 1980-luvun puolivälissä laki, joka edellytti joka kolmas vuosi parlamentille esitettäviä terveysraportteja, joissa myös sosioekonomisia terveysteroja piti kuvata. Ensimmäinen tällainen sosiaalihuollon kokoama kansan-

terveysraportti vuodelta 1987 ilmestyi keväällä 1988 ja siinä julkaistiin tietoja ammattiryhmittäisestä sairastavuudesta ja kuolleisuudesta. Vuosina 1988-1991 toimi valtiovallan asettama asiantuntijoista ja viranomaisista koostunut kansanterveysryhmä (Folkhälsogruppen), jonka tehtävänä oli pohtia terveyden tasa-arvoa lisääviä keinoja ja integroida kansanterveys yleiseen hyvinvointipolitiikkaan. Ryhmän ehdotuksen pohjalta Ruotsiin perustettiin vuonna 1992 kansanterveyslaitos (Statens Folkhälsoinstitut) uudelleen (vuosina 1937–1971 Ruotsissa toimi kansanterveyslaitos, jonka tehtävät oli vuosien varrella kuitenkin hajautettu muille laitoksille) (Ågren 2001, Östlin & Diderichsen 2001). Laitoksen painopisteeksi ehdotettiin juuri terveyseroja. Hallitus kuitenkin vaihtui porvarillis-liberaaliksi koalitioksi 1991 ja perustetun laitoksen toiminta painottui käytännössä elämäntyyliin ja spesifeihin terveysongelmiin, kunnes sosiaalidemokraatit palasivat hallitusvastuuseen ja nostivat 1994 kansanterveyden keskeiseksi politiikan alueeksi (Ågren 2001, Östlin & Diderichsen 2001, Ågren 2003).

Ruotsissa, samaan tapaan kuin Suomessa, 1990-luvun talouslamaan liittyvät muutokset tuntuivat johtavan pikemminkin eriarvoisuuden kasvuun kuin vähenemiseen, lukuunottamatta väestön koulutustason kasvua, jonka voi arvella parantavan terveyden tasa-arvon mahdollisuuksia. Kenenkään tehtäviin ei Ruotsissa varsinaisesti kuulunut terveysvaikutusten seuranta (Ågren 2001). Terveystilassa tapahtuikin epäsuotuisia muutoksia, työstressi kasvoi ja tuki- ja liikuntaelinten vaivat samoin kuin psykosomaattiset häiriöt lisääntyivät (Östlin & Diderichsen 2001, Ågren 2001). Vähäisessä määrin terveyserot jopa näyttivät kapenevan, tosin tavalla joka ei ollut yleisten terveystavoitteiden mukainen, sillä kaikkien terveydentila huononi, mutta oireilun määrä lisääntyi hiukan enemmän toimihenkilöryhmissä kuin työntekijäryhmissä (Palme ym. 2002).

3.1.2 Kansallinen taso: kansanterveyskomitea ja kansanterveysohjelma

Tasa-arvonäkökulman huomioonottavaa kansanterveysohjelmaa hahmoteltiin ensimmäisen kerran terveyden- ja sairaanhoidon tilaa ja tulevaisuutta käsitelleen ryhmän raporteissa (HS 90) vuonna 1984. Myös Folkhälsogruppen teki ehdotuksen eriarvoisuuden vähentämistrategiaksi ('Hela folkets hälsa', 1991), ja sen ehdotukset otettiin huomioon samaan aikaan valmisteltavana olleessa hallituksen kansanterveysesityksessä. Näitä ehdotuksia ei kuitenkaan hallituksen vaihduttua juuri toteutettu lukuunottamatta Kansanterveyslaitoksen perustamista (ks. Pettersson 1996; 2000).

Vuonna 1995 asetetun, mutta toimintansa vuonna 1997 aloittaneen kansanterveyskomitean tehtävänä oli ehdottaa kansallinen kansanterveysstrategia ja muotoilla yksityiskohtaiset tavoitteet ohjaamaan valtion virastoja ja alue- ja paikallistason

viranomaisia ja kansanterveysjärjestöjä. Komiteatyöskentely on edelleen itsessään merkittävä osa ruotsalaista politiikkaa ja kansanterveyspolitiikkaa, joten komitean työtä esitellään seuraavassa pääpiirtein.

Kansanterveyskomiteassa oli kaikkien pääpuolueiden edustajien lisäksi valtionhallinnon asiantuntijoita, tieteellisiä asiantuntijoita, työmarkkinajärjestöjen edustajia ja siirtolaisten ja eläkeläisten edustajia. Komitean ensimmäinen välimietintö ilmestyi vuonna 1998 (*Hur står det till med folkhälsan i Sverige? Första steget mot nationella folkhälsomål*. SOU 1998:43). Toinen välimietintö, 'the Swedish Green Paper', valmistui vuonna 1999 (*Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. SOU 1999:137). Komitea antoi loppumietintönsä lokakuussa 2000 (*Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. SOU 2000:91).

Kansanterveyskomitean työn laaja-alaisuutta kuvaa, että ensimmäinen välimietintö oli lausuntokierroksella yli 500 lausunnonantajataholla, toinen välimietintö lähetettiin kommentoitavaksi 370:lle lausunnonantajataholle. Mietinnöt ja muuta materiaalia toimitettiin myös selkokielisinä ja äänikirjoina, jotta mahdollisimman monet voisivat osallistua ohjelman kehittämiseen. Työn asiapohjan tukemiseksi komitea teetti eri osa-alueilta 19 tieteellistä raporttia ja lisäksi 10 keskusteludokumenttia terveyspolitiikan linjoista. Lopullinen mietintö julkaistiin myös englanniksi (hieman lyhennettynä, SOU 2000:91, myös Scandinavian Journal of Public Health-lehden supplementtina 57, 2001). Loppumietinnön pohjustusmateriaaleista koostui yli 800-sivuinen julkaisu (Underlagsmaterialet, SOU 2000:91).

Loppumietinnössä esitettiin 18 kansanterveyden tavoitetta, jotka kaikki kohdennettiin terveyden determinantteihin ja prevention infrastruktuuriin, ei siis sairauksiin tai terveysongelmiin sinänsä, niin kuin aikaisemmin on yleensä tehty. Syytekijät nähtiin 1) rakenteellisina, 2) ympäristödeterminanteina ja 3) elämäntyyliin liittyvinä. Näin kansanterveyden pääalueeksi määritettiin terveys- ja lääketiedesektorin ulkopuolella oleva alue. Jokaisen julkisen sektorin ehdotettiin vastaavan omalta osaltaan ohjelman läpiviemisestä. Ohjelman koordinointi ja seuranta ehdotettiin osoitettavaksi Kansanterveyslaitokselle. Komitean toisessa väli-raportissa oli tavoitteita ja niiden indikaattoreita ilmaistu määrällisinä, mutta loppu-raportissa määrällisistä tavoitteista oli luovuttu ja ilmaistu vain indikaattoriehdotukset (indicators of achievement), jotka Kansanterveyslaitos saisi työstää (Östlin & Diderichsen 2001, 30–35).

Kansanterveyskomitean 18:sta kansanterveystavoitteesta 14 ensimmäistä kohdentui terveyden ehtoihin, neljä viimeistä kansanterveystyön infrastruktuurin laatuun (SOU 2000:91, 11–17). Yleislinjauksia oli kuusi ja niiden tuli ulottua koko ohjelmaan. Yleislinjaukset koskivat seuraavia asioita :

- 1) sosiaalisen pääoman vahvistaminen
- 2) kasvaminen tyydyttävässä ympäristössä

- 3) työolojen parantaminen
- 4) tyydyttävän fyysisen ympäristön luominen
- 5) stimuloivat terveyttä edistävät elintavat
- 6) tyydyttävän infrastruktuurin luominen terveyssektorille

Komitean ehdotuksen mukaan tasa-arvonäkökulman on oltava kaikessa mukana eikä sitä 18 yleistavoitteessa juuri erikseen mainita. Yleinen solidaarisuustavoite on ilmaistu voimakkaasti ja erityisryhmien leimaamista tunnutaan varotun. Tällainen varovaisuus on ollutkin leimallista ruotsalaiselle politiikalle: Vallgård (2001) on analysoinut ruotsalaisten haluttomuutta poliittisissa ohjelmissaan säilyttää vastuuta ihmisille itselleen; sen sijaan toimenpiteissä painotetaan enemmän elinolojen muuttamista, toisin sanoen rakenteellisia tekijöitä. Komitean eri tavoitteissa mainitsevat erityiset kohderyhmät ovat usein niitä, jotka olivat kärsineet 1990-luvun laman seurauksista: lapset ja nuoret (erityisesti heikosti kehittyneillä alueilla elävät), vanhukset, maahanmuuttajat, vammaiset, pitkäaikaistyöttömät, pikkulapsiperheet, sekä joissakin kohdissa vähän koulutetut ihmiset. 'Absoluuttista tasa-arvoa' ei kuuluteta ja eriarvoisuuden määritelmä oli verrattain varovainen: 'Voidaan väittää, että terveyserot ovat epäoikeudenmukaisia, jos ne johtuvat yhteiskunnan perusrakenteista, jotka tuovat rikkautta ja hyvää terveyttä monille, mutta köyhyyttä ja huonoa terveyttä joillekin. Siinä määrin kuin erot ovat välttämättömiä yhteiskunnan kehittymiseksi siten, että se hyödyttää vähemmän etuoikeutettuja, niitä voidaan pitää oikeudenmukaisina.' (SOU 2000:91, 28). Kuitenkin erikseen todetaan myös, että ryhmien välisen terveysjakauman epäoikeudenmukaisuus on ensisijassa ja pääasiallisesti yhteiskunnan vastuulla.

Kansanterveyskomitean ehdotusta käsiteltiin Ruotsin hallituksessa varsin pitkään ja hallituksen kansanterveysohjelma hyväksyttiin valtiopäivillä vasta 2,5 vuotta komitean loppuraportin jättämisen jälkeen, 16.4.2003 (Regeringens proposition 2002/03:35: Mål för folkhälsan). On kuitenkin huomattava, että Ruotsissa kansanterveysohjelma oli kansanedustuslaitoksen käsiteltävänä ja se hyväksyttiin, mikä menettelynä on toimintaa sitovampi kuin esimerkiksi Suomen valtioneuvoston ilman eduskuntakäsittelyä tekemä periaatepäätös. Pitkää käsittelyaikaa pidettiin Ruotsissa valitettavana muun muassa siksi, että laajan komiteatyön aikana innostusta ja valmiutta tarttua toimeen oli, mutta se ehti mahdollisesti jonkin verran hiipua ja oli rakennettava uudestaan pitkän tauon jälkeen. Kansanterveyskomitean ehdotuksen kuudesta yleisperiaatteesta ja 18 kansanterveystavoitteesta muokattiin hallituksen ohjelmassa 11 tavoitealuetta (målområdet), joiden sanottiin paremmin soveltuvan hallituksen ohjausmalliin. Ehdotus haluttiin siten sovittaa pääosin olemassaolevaan vastuu- ja toimintajakoon. Kansanterveyskomitean ehdotus oli kohdistanut muutostavoitteet terveyden determinantteihin ja se hyväksyttiin myös hallituksen ohjelmassa. Hallituksen kansanterveysohjelman yleisperiaatteet vastaavat muutenkin komitean päälinjauksia ja terveyden tasa-arvo ilmaistaan mo-

lemmissä päätavoitteissa:

1) Päämääränä on luoda yhteiskunnalliset hyvän terveyden edellytykset tasaveroisesti (på lika villkor) koko väestölle, ja tavoiterakenne on intersektoraalinen (sektorsövergripande målstruktur).

2) Terveyden epätasa-arvoa on vähennettävä (Ojämlikheten i hälsa måste motverkas).

Kansanterveyskomitean ehdotuksia arvosteltiin arviointikierroksella rajausongelmista, liiasta kattavuudesta (koko jako- ja sosiaalipolitiikka kansanterveyden edistäjänä), päämäärien ristiriitaisuudesta, konkretian puutteesta, ohjeiden puutteesta, kustannusten ja hyödyn arvioinnin puutteesta, priorisoinnin puutteesta, liian vähästä systemaattisuudesta ja siitä että siinä ei ollut pohdintaa muiden politiikan alueiden mahdollisuuksista vaikuttaa kansanterveyteen (Prop. 2002/03:35, 25–26).

Painopisteen siirtämistä syytekijöihin sairauksien sijasta on kuitenkin pidetty merkittävänä muutoksena, joka ohjaa tekemään poliittisiin päätöksiin soveltuvia tavoitteenasetteluja, toisin kuin silloin jos tavoitteet esitetään esimerkiksi sairauslukujen vähentämisenä, mikä ei sellaisenaan osoita suuntaa panostusten kohdentamiselle (Ågren 2003, 4–5). Kansanterveystavoitteiden asettaminen huonon terveyden syytekijöiden avulla edellyttää kuitenkin hyvää kansanterveystyön tietopohjaa (Ågren 2003, 6; Hogstedt 2003).

Osa alla luetelluista kansanterveysohjelman tavoitealueista on hyvin yleisluontoisia ja laajoja (tavoitteet 1–3, jotka koskevat yhteiskunnallista osallistumista ja turvallisuutta). Kuusi ensimmäistä käsittelee lähinnä rakenne-edellytyksiä, viisi viimeistä liittyvät enemmän ihmisten elintapoihin ja käyttäytymiseen (Ågren 2003, 6–7). Eräät tavoitteista ovat hyvinkin erityisiä (esimerkiksi tavoitealueen 11 osana oleva peliriippuvuuden haittojen vähentäminen). Kaikki keskeisten kansantautien riskitekijät ovat mukana luettelossa (ravitseminen, alkoholi, tupakka, liikunta). Vaikka yleiseen yhteiskunnan kehitykseen liittyviä laaja-alaisia elementtejä jäi hallituksen ohjelmaan, sen voi kuitenkin arvioida monelta osin 'tavanomaistaneen' kansanterveyskomitean vieläkin suurisuuntaisempaa ehdotusta. Kansanterveyskomitean ehdotuksesta pudotettiin pois tavoitteet, jotka oli kohdennettu kansanterveystyön järjestämiseen, tutkimustarpeisiin ja paremman terveysinformaation tuottamiseen, jotka kaikki on osoitettu hallituksen toimeksiantoina Kansanterveyslaitokselle (Ågren 2003, 6).

Kunkin 11 tavoitealueen osalta Kansanterveyslaitos on tehnyt keväällä 2003 tavoitteiden täsmennysehdotukset ja lisännyt joitakin uusia osatavoitteita sekä muotoillut joitakin hallituksen tavoiteilmaisuja uudestaan (Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet, 2003; tavoitealueiden indikaattorien yksityiskohtaiset esittelyt 14 erillisessä liitteessä). Määrälliset tavoitteet oli poistettu kansanterveyskomitean loppuraportista, ja toistaiseksi indikaattoriehdotuksessa määrätavoitteet on hahmoteltu vain tupakoinnin vähentämiseen.

Kansanterveyslaitos on tehnyt kustakin tavoitealueesta erillisen analyysin ja käynyt läpi vastuulliset politiikan alueet, joita yleensä on kunkin tavoitteen kohdalla useita, tavoitteet, vaikuttavat tekijät (eli kausaalitekijät, joihin vaikuttamalla tavoitteeseen pyritään, *bestämningfaktorer*) ja vastaavat viranomaiset. Tavoitteet on ryhmitelty päätavoitteeseen, osatavoitteisiin ja välitavoitteisiin (*etappmål*). Myös muiden politiikka-alueiden vastaavat tavoitteet käydään läpi (esimerkiksi alkoholin osalta aikaisemmin sovitut alkoholipolitiikan päämäärät). Jo olemassaolevat indikaattorit käydään läpi ja ehdotetaan kunkin tavoitteen indikaattorit. Näin on päädytty ehdottamaan kullekin 11 osa-alueelle 2–4 pääindikaattoria, joita on nyt kaikkiaan 38.

Hallituksen kansanterveysohjelman tavoitealueet ja kansanterveyslaitoksen ehdottamat pääindikaattorit ovat seuraavat ja niissä on sulkeissa ilmaistu miltä aluetasolta tietoa on saatavissa (*Förslag till mål ... 2003*):

1. Osallistuminen ja vaikuttaminen yhteiskunnassa

1) Vaaleihin osallistuvuus (kuntataso), 2) diskriminointi (koko maa, riksnivå), 3) tasa-arvoindeksi (kuntataso), 4) aktiivinen yhdistysjäsenyys (koko maa, isoimmat kaupungit)

2. Taloudellinen ja sosiaalinen turvallisuus

5) Tulojen tasa-arvo (ns. Gini-indeksi, käytettävissä oleva tulo huoltovelvoitteella korjattuna (kuntataso), 6) niiden lapsiperheiden, eläkeläisten, sairauden ja toimintakykyrajoitteiden takia korvauksia saaneiden osuus, joilla on alhainen toimeentulon taso (kuntataso), 7) työttömien osuus työvoimasta (kuntataso)

3. Turvalliset ja hyvät kasvuolosuhteet

8) Koululaisten vaikutusmahdollisuudet koulussa (koko maa), 9) vanhempien tuensaantimahdollisuudet vanhemmuusroolissa (koko maa), 10) lukutaito ja matematiikan ja luonnontieteiden osaaminen (koko maa), 11), epätäydellinen todistus 9. luokalta (koko maa)

4. Parempi terveys työelämässä

13) Itse arvioitu terveys (lääni), 14) kuormittuneisuus, indeksi (lääni), 15) vaatimukset/kontrolli/tuki -indeksi (lääni), 16) huonon terveyden indikaattori (ohälsotal), mittaamaan kehitystä suhteessa kansallisiin tavoitteisiin (kunta)

5. Terveet ja turvalliset ympäristöt ja tuotteet

17) Typpidioksidipitoisuus, vuosikeskiarvo ja tuntikeskiarvo (kunta), 18) hitaasti hajoavien orgaanisten aineiden pitoisuus äidinmaidossa (koko maa) 19) normit ylittävälle melulle altistuneiden osuus (kunta), 20) raportoidut loukkaantumiset

ja vammat (kuolleet ja hoidetut) per 100 000 erilaisissa ympäristöissä (kunta)

6. Aktiivisemmin terveyttä edistävä terveyden- ja sairaanhoito

21) Terveystaseen käyttö: taloudellisen vuosikatsauksen lisäksi selvitetään toiminnan terveysvaikutukset (toimintataso)

7. Hyvä suoja tartuntojen leviämistä vastaan

22) Ilmoitusvelvollisuuden alaisten tautien ilmaantuvuus (lääni), 23) lasten rokotusaste vuosittain (kunta)

8. Turvallinen seksuaalisuus ja hyvä lisääntymisterveys

24) Aborttien osuus per 1000 naista 24-vuotiaisiin saakka (kunta), 25) uusien klamydiainfektioiden osuus 15–29-vuotiailla (lääni)

9) Lisääntyvä fyysinen aktiivisuus

26) Vähintään 30 min kerralla päivittäin liikkuvien osuus (ei ole tilastotietoja, toivotaan kuntatason tietoja) 27) liikuntaa harrastavien osuus väestössä (koko maa), 28) kävelevien ja pyöräilevien osuus suhteessa koko henkilöliikenteeseen (alue)

10. Hyvät ruokatottumukset ja turvalliset elintarvikkeet

29) Hedelmiä ja vihanneksia vähintään 400 g syövien osuus; niiden osuus joilla energiansaannista alle 10% tyydyttyneitä rasvoja (ei tilastotietoja, toivotaan kuntatasolta), 31) imetyksfrekvenssi (kunta)

11. Vähentynyt tupakan ja alkoholin käyttö, huumevapaa ja dopingvapaa yhteiskunta, vähentyvät haittavaikutukset ylettömästä pelaamisesta

Tupakka: 32) Itseraportoitu tupakan käyttö (kuntataso eräissä kohderyhmissä, toivotaan kuntatason tietoja), 33) itseraportoitu altistus tupakansavulle

Alkoholi: 34) Kokonaiskulutus (kunta), 35) alkoholiin liittyvä kuolleisuus (taudit ja vammat) (kunta)

Huumeaineet ja doping: 36) Itseraportoitu huumeidenkäyttö (lääni), 37) huumeisiin liittyvä kuolleisuus (koko maa)

Peliriippuvuus: 38) Peliriippuvuuden laajuus (ei ole tilastopohjaa, tutkimusta tarvitaan).

Indikaattoreita on tarkoitus ruveta soveltamaan vuonna 2004. Indikaattorien valinnassa on pyritty hakemaan sellaiset mittarit, joissa voidaan osoittaa selvä terveysvaikutus. Indikaattorit pyritään mahdollisuuksien mukaan raportoimaan jaettuna sukupuoli- ja ikäryhmiin ja sosioekonomisiin ja etnisiin ryhmiin. Pyrkimyksenä on päästä tiedoissa kuntatasolle asti. Kansanterveyslaitos on alkanut kerätä kysymys-

pankkia’ johon saataisiin lomakekysymyksiä alueilta, joilta ei ole toistaiseksi seurantatietoja eikä valmiita indikaattoreita.

Tavoitteita ja indikaattoreita koskevaa perusteellista analyysia (Förslag till mål och indikatorer... ja 14 liitettä, 2003) ei ole mahdollista lyhyesti kuvailla ja tässä esitetään muutama esimerkki kaikkein laaja-alaisimmasta, ensimmäisestä tavoitealueesta ja pisimmälle täsmennetystä tupakointia koskevasta indikaattoriehdotuksesta.

Ensimmäisen tavoitealue koskee yhteiskuntaan osallistumista ja siinä vaikuttamista eli perimmältään demokratian toteutumista. Perusteluna tämän alueen mukanaololle kansanterveysohjelmassa ovat tutkimukset, jotka osoittavat yhteiskunnallisen osallistuvuuden olevan terveyden kannalta merkityksellistä. Esimerkiksi sosiaalisen pääoman ja sosiaaliin verkostoihin kuulumisen on osoitettu olevan yhteydessä terveydentilaan. Diskriminoinnin on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi korkeaan verenpaineeseen, depressioihin ja psykooseihin. Myös osallistuminen työelämään ja työhön vaikuttamismahdollisuudet ovat osa tätä tavoitealuekokonaisuutta, mutta työelämän terveydestä on lisäksi oma erillinen tavoitealueensa.

Terveyserojen kaventaminen nähdään siten suoraan osana yleistä yhteiskuntapolitiikkaa. Ensimmäistä tavoitealuetta osiin purkava 40-sivuinen indikaattoriehdotus sijoitetaan kaikkiaan 15 politiikka-alueelle (demokratiapolitiikka, mediapolitiikka, työmarkkinapolitiikka, työelämäpolitiikka, tasa-arvopolitiikka, integraatiopolitiikka, vammaispolitiikka, suurkaupunkipolitiikka, lapsipolitiikka, nuorisopolitiikka, vanhuspolitiikka, sosiaalipalvelut, kansanliikepolitiikka, kulttuuripolitiikka ja koulutuspolitiikka). Kullakin politiikan alueella esitetään tavoitteet, osatavoitteet ja välitavoitteet ja käydään läpi, mitkä kullakin politiikka-alueella jo asetetut tavoitteet ovat kansanterveysohjelmalle tärkeitä ja palvelevat sen päämääriä (Bilaga 1, Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället, 2003). Vastuutahot ovat siten muita kuin kansanterveystahoja ja kyse onkin kansanterveyden huomioonottamisesta kaikilla relevanteilla politiikan alueilla.

Esimerkiksi sukupuolten tasa-arvo on yksi osallistuvuuden ja vaikuttamisen alle sijoittuvista päämääristä ja sille on useita osatavoitteita kuten yhtäläiset mahdollisuudet koulutukseen, yhtäläiset mahdollisuudet omien kykyjen kehittämiseen ja jaettu vastuu kodista ja lapsista. Viime mainitun indikaattorina on esimerkiksi vanhempainvapaaan käyttöaste. Tämä osa-alue tasa-arvovaltuutetun vastuualuetta. Samalla tavalla käydään läpi kaikki politiikka-alueet.

Tupakoinnin väli- ja vaihetavoitteista ja vastuualueista on tehty 31-sivuinen analyysi ja indikaattoriehdotus (Bilaga 11 till regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet, DNR 02-0368). Tupakointi on ensimmäinen tavoitelue, jolle on asetettu määrätavoitteita. Tupakoinnin vähentämiseksi ehdotetaan seuraavia välitavoitteita

(etappimäärä):

- tupakaton elämänalku vuodesta 2014 eteenpäin
- alle 18-vuotiasten tupakoinnin tai nuuskaamisen aloittavien nuorten määrän puolittaminen vuoteen 2014 mennessä (muotoiltu uudelleen hallituksen esityksestä)
- tupakoivien osuuden puolittaminen vuoteen 2014 mennessä niissä ryhmissä, joissa tupakoidaan eniten
- ketään ei altisteta tahattomasti tupakansavulle.

Tupakkatavoitteissa vastuupolitiikka-alueet ovat kansanterveyspolitiikka, vero-, tull- ja liikevaihtoveropolitiikka, oikeuslaitos ja kriminaalipolitiikka, terveyden- ja sairaanhoito, lapsipolitiikka, nuorisopolitiikka, koulutuspolitiikka ja sosiaaliturvapolitiikka. Tässä kuten muissakin tavoitteissa ehdotetaan jokaiselle erilliselle tavoitteelle mittaluvut (määrä), mistä mittari saadaan, millä maantieteellisellä tasolla mittaria käytetään, mitä ryhmiä koskevasti mittaria sovelletaan, mittaluvun ominaisuudet, validiteetti, vaikutettavuus ja priorisointiaste (4-portaisena erittäin suuresta prioriteettiasteesta matalaan). Pääindikaattorit ovat valtaosin niitä, jotka ovat saaneet korkeimman priorisointiluokituksen.

Esimerkiksi tupakattoman elämänalun mittarit (määrä) ovat

- 1) tulevien äitien/isien tupakointiosuus (tieto hankitaan ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä ja tieto tarkistetaan noin 8. raskauskuukauden aikana)
- 2) vanhempien tupakoivuus
- 3) tupakoinnin lopettaneiden osuus niillä joilla on alle 17-vuotiaita lapsia

Eniten tupakoivien ryhmien tupakointiosuuden puolitus vuoteen 2014 - vaihetavoitteen indikaattoriksi ehdotetaan itseraportoitua tupakointia seuraavissa ryhmissä

- yksinäiset äidit
- työntekijät
- matala koulutusaste
- raskaana olevat teini-ikäiset
- Euroopan ulkopuolella syntyneet.

Mittarina näissä ryhmissä olisi tupakoinnin lopettaneiden osuus. Lisäksi ehdotetaan uutta välitavoitetta: aikuisten nuuskaaminen ei lisääntynyt.

Kaikkiaan kansanterveysohjelman indikaattoriehdotuksessa esitetään noin 30 politiikka-aluetta ja yli 50 vastuutahoa (valtion viranomaisia, tutkimuslaitoksia, lautakuntia, media jne.) jaettuna kaikille 11 tavoitealueelle. Nämä eivät ole läänien, maakäräjien tai kuntien toteuttajatahoja vaan pääosin vastuuviranomaisia. Varsinaisia vastuuviranomaisia, joiden on otettava kansanterveysohjelma toimialallaan huomioon on tällä hetkellä 17 (Bernt Lundgrén, suullinen tieto 24.3.2004).

Indikaattorit sovitetaan lisäksi yhteen Integraatiolaitoksen raportissa esitettyihin ('På rätt väg?', Integrationsverket), erityisesti koskien kahdeksaa indikaattoria jotka mittaavat segregaaation vähentämistä suurkaupungeissa (Lundgren 2003).

Terveys- ja sosiaaliministeriön alaisen Valtion Kansanterveyslaitoksen rooli on tärkeä ohjelman toimeenpanossa. Laitos on vuonna 2001 organisoitu uudelleen nimenomaan kansanterveyden strategioiden toimeenpanoa varten ja siinä työskentelee noin 150 työntekijää (vuoden 2004 alussa). Laitoksen päätehtävä on seurata kansanterveyspolitiikan toteutusta (Ågren 2004). Sen tehtäviin kuuluu myöskin kansanterveysalueen menetelmien ja strategioiden kansallinen tietokeskus ja valvoa alkoholi- huume- ja tupakka-alueita. Kansanterveyslaitoksen tehtävänä on tukea, koordinoita ja seurata kansanterveyden kehitystä ja selvittää mahdollisten aluekeskusten tarve tässä toiminnassa.

Kansanterveyden kehitystä seurataan seuraavilla koonti-instrumenteilla:

- kansanterveyspolitiikan raportti, ensimmäinen vuoden 2005 loppuun mennessä (neljän vuoden välein, tekijänä Kansanterveyslaitos)
- kansanterveysraportti, joka kolmas vuosi, tekijänä Sosiaalihuollon epidemiologian keskus.

Kansanterveysraporttiin on tarkoitus koota rajattu määrä indikaattoritietoa ohjelman päämäärien saavuttamisesta ja raportissa annetaan toimenpidesuosituksia. Kansanterveyspolitiikan raportti esitetään hallitukselle, joka tekee arvioinnin jälkeen jatkotoimia koskevan ehdotuksen valtiopäiville (Hogstedt 2003, 22).

Hallitus päätti syyskuussa 2003 perustaa kansanterveysohjelmassa ehdotetun kansallisen ohjausryhmän, jonka johdossa on kansanterveys- ja sosiaalipalveluministeri ja 16 jäsentä, jotka edustavat viranomaisia, kuntaliittoa ja maakäräjälaittoa. Sen tehtävänä on edistää ohjelman koordinaatiota kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Syksyn 2003 ohjelmassa oli myös viisi implementaatioseminaaria, jotka kansanterveyslaitos organisoivat yhdessä läänitason (Landstingsförbundet) ja kuntatasoon (Kommunförbundet) kanssa. Seminaarien tarkoituksena on tutustuttaa ja sitouttaa toimijoita kansanterveysohjelmaan eri tasoilla.

Ruotsin terveysongelmien luonnetta kuvastaa ehkä terveys- ja sosiaaliministeriön tiivistelmä, joka liittyi uuden kansanterveysohjelman hyväksymiseen. Sen mukaan Ruotsin pahimmat kansanterveysongelmat ovat mielenterveyden heikentyminen (ahdistuksen, unettomuuden ja levottomuuden lisääntyminen) erityisesti naisten keskuudessa, sairauspoissaolojen lisääntyminen ja alkoholin kulutuksen ja vahvojen huumeiden käytön kasvu (Fact Sheet no. 2/2003).

3.1.3 Alueelliset ja paikallistason instrumentit

Kuntien kansanterveysohjelmat ja hyvinvointitaseet

Ruotsin kolmitasoisien terveydenhuollon samoin kuin julkisen ja yksityisen hammashuollon järjestäminen on yhteensä 21 alueyksikön vastuulla, joista 18 on maakäräjiä (landsting), kaksi aluetta (region) ja vailla landstingia toimii Gotlannin kunta (landsting tarkoittaa maakäräjiä, jotka joskus suomennetaan myös maapäiviksi, eli läänitason alueellista edustuslaitosta, joka valitaan vaaleilla joka neljäs vuosi samaan aikaan kuin pidetään valtiolliset ja kunnallisvaalit; ks. www.sverigedirekt.se).

Ruotsin terveyden- ja sairaanhoitolaissa (1982:763, 2 §) painotetaan tasa-arvoa hoidossa. Lain mukaan terveyden- ja sairaanhoidon päämääränä on hyvä terveys ja koko väestölle yhtäläisin ehdoin annettu hoito. Hoidossa on annettava etusija niille joilla on suurin hoidon tarve. Perusterveydenhuollon vastaanottoyksiköjä on yli 1000 kaikkiaan 289 kunnassa. Maakäräjät ja alueet ovat enenevästi alkaneet ostaa hoitopalveluja yksityisiltä palveluntarjoajilta, joilta potilaat saavat hoidon samoin ehdoin ja maksuin kuin julkiselta hoitosektorilta. Varsinaista rinnakkaista yksityislääkäritoimintaa ei siten ole Suomen tapaan. Myös ehkäisevä terveydenhoitotyö on maakäräjien vastuulla, ja sitä toteuttavat muun muassa äitiysneuvolat (mödravårdscentraler) ja lastenneuvolat (barnvårdscentraler). Erikoissairaanhoitosta vastaavat yli 20 lääninsairaala ja noin 40 lääninosasairaala (länsdelssjukhus) ja erikoisosaamista vaativa hoito annetaan yhdeksässä yliopistollisessa aluesairaalassa. (www.lf.se/landstingsinfo)

Maakäräjien ja alueiden toiminnasta noin 90 % kohdistuu juuri terveyden- ja sairaanhoitoon. Lisäksi ne huolehtivat paikallisliikenteestä ja alueen yleisestä kehittämisestä. Kuntien vastuulla ovat muun muassa koulut, sosiaalihuolto, vanhustenhoito ja terveyden ja ympäristönsuojelu, eli suurelta osin muun hyvinvointipolitiikan paikallinen toteutus. Maakäräjät /alueet ja kunnat keräävät verotuloja ja päättävät itse verovarojen käytöstä.

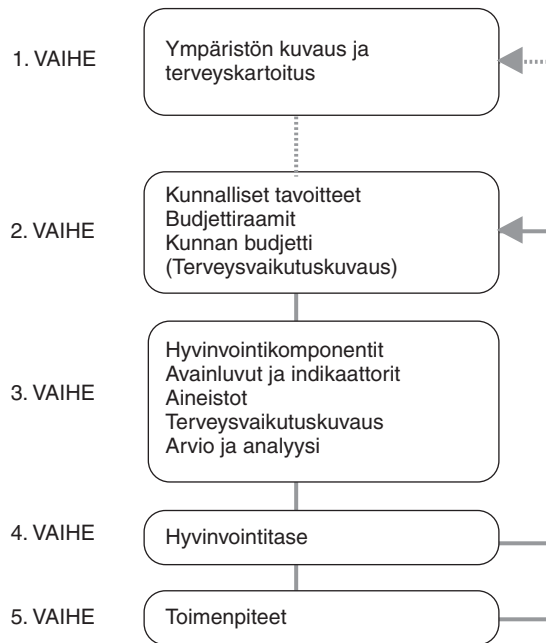
Maakäräjäliiton (Landstingsförbundet) kongressi päätti vuonna 1994 kehittää kansanterveysohjelman, jonka päätavoitteena oli nostaa kansanterveysongelmat poliittiseen keskusteluun ja lisätä sektorien välistä yhteistyötä erityisesti maakäräjien ja kuntien kesken. Landstingsförbundet ja Ruotsin kuntaliitto käynnistivät tuolloin yhteisen kansanterveysohjelman, jonka yhteydessä puolestaan alettiin kehittää terveysvaikutuskuvausten mallia (TEVA, hälsokonsekvensbeskrivningar, HKB, englanniksi Health Impact Assessment HIA) (Välfärdsbokslut 1999, 10; myös SOU 2000:91 Underlagsmaterialet, Bilagedel B). HKB:ta kuvataan tuonnempana.

Ruotsin kuntaliitto puolestaan käynnisti vuonna 1996 seitsemän vapaaehtoisesti mukaan ilmoittautuneen kunnan kanssa kehittämishankkeen, jossa selvitetiin miten hyvinvointia voitaisiin kuntatasolla mitata ja seurata. Jokseenkin sa-

moihin aikoihin Ruotsin Kansanterveyslaitos korosti suunnitelmassaan (fördjupad anslagsframställning, FAF 1997–1999) strategisen ja tasa-arvosuuntautuneen paikallisen kansanterveystyön tukemisen tärkeyttä. Niinpä kuntaliitto, Landstingsförbundet ja Kansanterveyslaitos alkoivat yhdessä koekuntien kautta toteuttaa paikallista 'hyvinvointitaseprojektia' (*projektet Lokala välfärdsbokslut*). Tarkoituksena oli että kunnat sovittavat hyvinvointi- ja terveysnäkohdat olemassaoleviin ohjausrakenteisiinsa ja että maakäräjät ja kuntataso toimivat yhteistyössä. Projektissa päätettiin käyttää hyvinvoinnin käsitettä siitä syystä, että se oli jo tuttu kuntatoiminnassa, kun taas kansanterveydestä ei kunnissa juuri ollut puhuttu. Yleisenä arvo- lähtökohtana oli, että koska terveys on yleisesti ihmisten tärkeimpiä arvoalueita, myös kansanterveyden parantamisen tulisi näkyä kuntien politiikassa ja toiminnan arvioinnissa, kun tähän asti ohjaus- ja arviointiperusteet ovat olleet lähes pelkästään ja enenevässä määrin taloudellisia, myös sellaisilla tavoitealueilla, jotka eivät ole taloudellisia (Välfärdsbokslut 1999, 12, 28). Yleisenä lähtökohtana oli myös, että kansanterveystyön tavoitteena on tasa-arvon lisääminen siten että huonoimmassa asemassa olevien edellytyksiä tulisi parantaa (Välfärdsbokslut 1999, 19).

Projektin tarkoituksena oli lisätä erityisesti kunnallispoliitikkojen ja kunnallisten päätöksentekijöiden tietoisuutta kunnan toimien ja päätösten terveysvaikutuksista ja saattaa kansanterveysasiat kunnallispoliittisen päätöksenteon ja viranomaistoiminnan itsestäänselväksi osaksi. Projektin tavoitteena oli myös kehittää menetelmiä ja työmuotoja, joilla voidaan ohjata ja seurata kunnan toimintaa terveys- ja hyvinvointivaikutukset huomioon ottavasti. Hyvinvointitase on siten tarkoitettu aktiiviseksi ja konkreettiseksi priorisointivälineeksi (ks. hyvinvointitaseen malli, Kuvio 3). Ohjelma suunniteltiin tehtäväksi siten, ettei uusia resursseja tarvita vaan näkökulmat otetaan huomioon olemassaolevien rakenteiden puitteissa. Lisäksi tavoitteena oli myös integroida hyvinvointitase muihin tasehankkeisiin, jotka koskevat ympäristöä (miljöbokslut), demokratian toteutumista (demokratibokslut) ja lasten asemaa (barnbokslut) (Välfärdsbokslut 1999, 11–13).

Projekti alkoi huhtikuussa 1997 ja osallistuvat kunnat sitoutettiin sopimuksin kokeilemaan kansanterveysnäkökohtien integroimista budjetti- ja hallintoprosessiinsa vuonna 1999 ensi kertaa. Kokeilukunnat olivat Göteborg, Malmö, Haninge, Nynäshamn, Sala, Skövde ja Örebro sekä Tukholman läänin maakäräjien kaakkoinen sairaanhoitoalue. Kunnilla tuli olla yhteistyösuhde maakäräjien sosiaalilääketieteen yksiköihin (samhällsmedicinsk enhet) niiden asiantuntemuksen ja tilastotietojen hyödyntämiseksi. Lisäksi projekti oli yhteydessä erilaisiin kansanterveysverkostoihin (Nätverk – HKB, Svenskt nätverk för lokalt hälsoarbete, Nätverket Folkhälsoarbete i medelstora städer, Nätverket Folkhälsoarbete i större städer). Suunnitteluvaiheessa järjestettiin neljä yhteistä seminaaria ja näiden lisäksi eri tieteenaloja edustavien tutkijoiden kuulemistapahtuma. Lopuksi



KUVIO 3. Hyvinvointitaseen mallikaavio (Välfärdsbokslut 1999, 30).

järjestettiin seminaari osallistuvien kuntien poliitikoille ja virkakunnalle. Projektin loppuessa kolme kuntaa oli onnistunut tekemään täyden hyvinvointitaseen, kaksi oli saamassa valmiiksi taseensa ja kaksi ei ollut ehtinyt rakentaa tasetta ohjausjärjestelmäänsä.

Kunnallisen päätöksenteon ohjauksen kannalta edellytettiin seuraavia asioita:

1) on määriteltävä tavoitteet, 2) on oltava välineitä mitata tuloksia, 3) on oltava malli, joka ennustaa miten systeemin oletetaan toimivan ja 4) on oltava toimintavaihtoehtoja (Välfärdsbokslut 1999, 27).

Hyvinvointikomponentit valittiin pääosin elintaso kuvaavilta alueilta, mutta myös elämänlaatua yritettiin lähestyä. Terveys-käsitteen pohdinnoissa käytettiin Aaron Antonovskyn 'salutogeenistä' terveenä pysymisen ehtoja ja voimavaroja painottavaa näkemystä, jossa muun muassa elämän merkitykselliseksi kokeminen ja yhteisyykokemukset ovat keskeisiä. Hyvinvointikomponentit olivat seuraavat:

- 1) hyvä terveys
- 2) tuki terveellisille elintavoille
- 3) sosiaaliset suhteet
- 4) työympäristö
- 5) varmuus ja turvallisuus
- 6) hoidon ja hoivan saatavuus

- 7) mielekkään työn saatavuus
- 8) tietojen ja koulutuksen saatavuus
- 9) virkistyksen ja kulttuurin saatavuus
- 10) taloudelliset resurssit
- 11) osallistuminen/vaikuttaminen
- 12) asuminen, lähipalvelut ja suotuisa ympäristö
- 13) tulevaisuuden usko, päämäärät ja merkitys

Kunnat saattoivat vaihtelevasti käyttää näitä komponentteja. Komponentit ovat myös lähellä terveysvaikutuskuvauksen matriisimallin kahdeksaa tekijää (esitellään omassa alaluvussa). Terveysvaikutuskuvauksen kehittelytyö tapahtui samanaikaisesti ja projektit tekivät yhteistyötä.

Ohjauksen apuna käytetään niin sanottuja avainlukuja (nyckeltal). Projektissa avainluvut määriteltiin luvuiksi, jotka tiivistävät informaation sopivimmalla tavalla ohjaustarkoituksiin. Avainlukua tuntuu olevan vaikea erottaa indikaattorin käsitteestä, mutta taseprojektissa indikaattorin ymmärretään voivan olla yksi avainluvun osan muodostava suure, kun avainluku on tavoitteiden kannalta merkityksellinen kvantitatiivinen mittaluku joka tiivistää olennaista tietoa tai on esimerkiksi jokin suhdeluku. (Esimerkiksi annetaan keskimääräinen elinikä, joka on indikaattori, ja odotettavissa ole keskimääräinen elinikä, joka on avainluku; Välfärdsbokslut 1999, 34). Avainluluilta edellytetään että ne ovat helposti ymmärrettäviä, realistisia, mitattavia ja selkeitä. Niiden pitäisi olla toiminnan kannalta järkeviä ja sellaisia ettei niitä voi manipuloida.

Projekti toimi siltä pohjalta, että kunnat valitsivat itse tavoitteidensa ja rakenteidensa kannalta sopivat toimintatavat ja kohderyhmät. Maakäräjaliiton, Kuntaliiton, Kansanterveyslaitoksen ja kuntien edustajien yhteisen projektiryhmän tehtävänä oli tarjota kunnille tarvittava tuki. Osana tätä tukea oli myös mahdollista avainlukuista koottu luettelo ja ohjeet niiden soveltamiselle (Nyckeltaslskatalog 1999). Kunnat päättivät käyttää myös yhteisiä avainlukuja voidakseen kehittää hanketta keskinäisten vertailujen avulla. Yhteisiä avainlukuja oli 20, esimerkkeinä itsearvioitu terveys, elinajan keskipituus, koulutustaso, hammasterveys, uimataitoisuus ja vaaleihin osallistuvuus (Välfärdsbokslut 1999, 44).

Esimerkiksi Göteborgissa painotettiin erityisesti lasten ja nuorten terveyttä ja nähtiin tämä mahdollisuutena toteuttaa YK:n lapsikonventiota. Avainluvut koskivat mm. tervehampaisten (vailla hammasmätää olevien) lasten osuuksia 3- ja 12-vuotiaina, 3–5 -vuotiaiden osuutta esikouluissa ja 7–9 -vuotiaiden osuutta kouluilaisten iltapäivähoidossa, lukiokelpoisesti peruskoulun päättävien osuutta, uimataitoisuutta 5. luokalla ja 0–15 -vuotiaiden osuuksia sosiaalihuollon piiriin kuuluvissa perheissä. (Välfärdsbokslut 47–50).

Haningen kunnassa haluttiin pitäytyä kansanterveydessä ja tehtiin ‘kansanterveystase’, jossa korostettiin terveyttä ja hyvinvointia vahvistavia ja edistäviä teki-

jöitä salutogeenisessä hengessä. Haninge valittiin vuonna 1999 WHO:n Healthy City-ohjelmaan ja kansanterveystase oli tässä yhteydessä seurantaprosessin keskeinen väline. Myös Haningessa lapset ja nuoret saivat erityispainon ja lapsista tehtiin erillinen 'lastenterveystase' (barnhälsobokslut). Koko kunnan hyvän terveyden syytekijöistä painotettiin työympäristöä, asumista ja lähipalveluja (Välfärdsbokslut 1999, 52–54).

Skövde valitsi kahdeksan hyvinvointialuetta (hyvä terveys, vakaus ja turvallisuus, työllisyys, tietojen ja koulutuksen saatavuus, virkistyksen ja kulttuurin saatavuus, taloudelliset resurssit, osallistuminen ja asuminen, lähipalvelut ja ympäristö) sekä avainluvut näihin sen perusteella mitä tietoja sai kansallisista ja kunnan tilastotiedoista ja maakäräjien ja muiden organisaatioiden tilastoista (Välfärdsbokslut 1999, 58–59).

Ruotsalaiset asiantuntijat mainitsivat Örebron hyvänä esimerkialueena, jossa terveyseroihin on aktiivisesti pyritty puuttumaan. Örebron kansanterveysohjelmassa vuodelta 2000 todettiin näkökulman vaihtamisen olevan tarpeellista siksi, että hyvinvoinnin väestöerot olivat suurenemassa (Örebro på väg mot hållbar utveckling, Folkhälsoprogram 2000). Ohjelman ensimmäinen terveyden edistämisen näkökulma oli juuri tasa-arvonäkökulma, jossa viitataan terveyden luokkeroihin, sukupuolieroihin ja etnisiin eroihin. Toimintatavaksi ilmoitettiin fokusointi, priorisointi ja kompensointi. Ohjelman toinen näkökulma tähdensi terveyden edistämistä ja terveyden säilyttämistä. Kolmannessa kohteena olivat tukea antavat asuinympäristöt. Neljännessä painotettiin kokonaisnäkemystä yhteisöstä, vuorovaikutuksesta ja toimijatahoista (perusterveydenhuolto, työnvälitys, työttömyyskassat ym.), siten että sektorirajat olisi ylitettävä ja kehitettävä todellista kumppanuutta. Kansanterveysohjelmaa tehtäessä käytettiin hyväksi YK:n Rion konferenssin Agenda 21-toimintasuunnitelmaa, WHO:n tavoitteita, YK:n lapsikonventiota, Ruotsin kansallisia kansanterveystavoitteita ja Örebron läänin kansanterveysuunnitelmaa. Ohjelman kolme kohdennusalue olivat: 1) terveyden tasa-arvo, 2) hyvät kasvuolosuhteet lapsille ja nuorille ja 3) turvallinen ja vakaa (trygg och säker) elinympäristö kaikille.

Örebron kansanterveysohjelma on kunnan yhteisen kansanterveystyön yleinen tavoiteohjelma. Ohjelman päämäärät haluttiin muotoilla siten, että niistä tulee oppivaan organisaatioon johtavan kehityksen osa. Kansalaisten tuli voida osallistua prosessiin omien edellytystensä mukaisesti ja erityisesti oli kiinnitettävä huomiota siihen, että huono-osaiset ryhmät saavat äänensä kuuluviin. Vastuualueiden päämäärät on joka vuosi täsmennettävä toimintasuunnitelmassa. Poliitikan seurauksia arvioidaan terveysvaikutuskuvauksien avulla. Eri tahojen välinen yhteistyö on vapaaehtoista, mutta tietojen ja kokemusten vaihtoon kannustetaan sekä kansallisten että alueellisten viranomaisten ja organisaatioiden kesken. Ohjelmaa laadittaessa kansallista kansanterveysohjelmaa ei vielä ollut, mutta kiinteämpää yh-

teyttä haluttiin maakäräjien kansanterveysuunnitelmaan ('Kontrakt för god och jämlik hälsa' Folkhälsoplan för Örebro län 1998) ja maakäräjien sosiaalilääketieteen yksikköön mm. tiedollisissa ja arviointitehtävissä. Koko kansanterveystyötä seurataan hyvinvointitaseen avulla.

Örebron hyvinvointitaseessa hyvinvointia on kuvattu 13 hyvinvointikomponentilla ja mitattu noin 60 avainluvulla. Hyvinvointitaseen yleisvisiona on kunnan oma 'Agenda 21 – Örebro år 2025' (Välfärdsbokslut 1999, 60). Kansanterveystyön seurannan peruskriteereiksi ehdotetaan kuntalaisten itsearvioitua terveyttä ja elämänlaatua. Näitä on tarkoitus seurata joka 3. tai 4. vuosi kerättävin väestökyselyin. Kyselyitä oli tehty 1993 ja 2000. Kunta on tehnyt kansanterveystaseen, jossa on seurantatietoja elinoloista, elintavoista ja terveydestä (Folkhälsobokslut 2001, Örebro kommun). Esimerkiksi Örebron läänissä tehtyjen väestötutkimusten perusteella näytti siltä, että vuodesta 1993 vuoteen 2000 Örebron kunnan huvila-asutusalueella keskeisissä elinolo-, elintapa- ja terveysindikaattoreissa oli havaittavissa myönteistä kehitystä kansanterveyden näkökulmasta, kun taas vuokra-asuntoalueilla kaikissa indikaattoreissa oli tapahtunut kielteistä kehitystä (Folkhälsobokslut 2001, 3). Vuoden 2001 kansanterveystase seurasi vuoden 2000 tasetta, mutta keskittyi erityisesti lasten ja nuorten terveyden kehitykseen. Noin 35-sivuisessa taseraportissa todetaan, että lasten vanhempien elinolot ovat erilaisia erityyppisillä asuinalueilla. Kaupungin keskusta-alueella ja huvila-alueella vanhempien ikäisiä edustavissa ikäryhmissä osoitetaan olevan yli kaksinkertainen määrä korkeastikoulutettuja aikuisia verrattuna vuokra-asuinalueeseen. Huolenaiheiksi todetaan 9. luokan oppilaiden lisääntynyt alkoholinkäyttö, stressin lisääntyminen 5. ja 8. luokalla, ylipainon lisääntyminen ja erot 6-vuotiaiden hammasterveydessä ja 5-luokkalaisten uimataidoissa.

Raportissa esitellään useita toimia ja hankkeita, joilla on pyritty parantamaan lasten ja nuorten elinoloja ja terveyttä. Pyrkimyksenä on ollut investoida terveyden ylläpitämiseen ja tukemiseen ja raportissa todetaan, että vuonna 2001 terveyteen kohdistuva työ oli lisääntynyt. Esimerkkejä Örebron lukuisista kehittämishankkeista ovat

- Terveyttä edistävä koulu (kansallinen ohjelma joka on aloitettu Kansanterveyslaitoksen tuella, mutta joka on siirtynyt vuonna 2003 koulutoimen vastuulle) – Örebron ohjelmassa mukana on kuusi koulua ja 17:ä 'suojaavaa tekijää' edistävää ohjelmaa toteutetaan yhdessä maakäräjien sosiaalilääketieteen yksikön kanssa (suojafaktoreiksi mainittiin esimerkiksi työympäristö, demokratia ja osallistuvuus, harrastukset ja lahjakkuudet, terveysoppi ja elämäntaidot, tasa-arvo, toverituki, leikki, liikunta, rentoutuminen ja lepo, ilo, oppiminen ja tulevaisuudenusko, ruoka ja ruokailuympäristö, luonto, luova toiminta, kielet). Koulut valitsevat suuntauksensa tarpeistaan käsin, esimerkkejä ovat terveyttä edistävä työ koulun arjen osana tai kiusaaminen ja huumeet. Myös muissa kuin sopimus-

kouluissa noudatetaan terveyden edistämisen suuntausta.

- Esikouluohjelma seitsemällä alueella, mukana 11 esikoulua – toimintoina esimerkiksi yhteenkuuluvuuden ja yhteisyyden vahvistaminen, lasten osallistumisen lisääminen, mielikuvituksen ja leikin stimuloiminen ja alueen esikoulujen yhteistyön lisääminen.
- Kulttuurikoulu: kulttuurikoulun aktiviteetit ulotetaan myös nuoriin jotka eivät käy kulttuurikoulua; aiheina ympäristön kehittäminen, eri kulttuureista tulevien lasten kohtaaminen, yhteisyyden lisääminen, eri taide-aineiden harrastaminen
- Perhekeskukset, jotka ovat lasten ja vanhempien kohtauspaikkoja, yhteistoiminnassa äitiysneuvoloiden, lastenneuvoloiden, esikoulun, koulun, sosiaalihuollon ja vapaaehtoisorganisaatioiden kanssa (kolme keskusta vuonna 2001)
- Ruoka ja ateriat: huomiota on kiinnitetty hyviin ruokailutapoihin, myös ruokailun ympäristöön ja ruokailun kulttuuriin sekä kulttuurieroihin ja uskonnollisiin eroihin; paras koulu palkittu
- ANT (alkoholi, huumausaineet, tupakka): maakäräjien sosiaalilääketieteen yksikössä on ANT-keskus jonka tehtävänä on vähentää nuorten huumaavien aineiden käyttöä ja kokeilua – erikoiskoulutetut neuvojat käyvät peruskouluissa luokilla 4–9, opettajia tuetaan kehittämään yhteistyötä kouluissa opettajien kesken ja opettajien ja perheiden välillä
- Turvallisuusprojekti: vuokra-asujille, kokouksia ja kyselyjä siitä mitä tarvitaan turvallisuuden lisäämiseksi alueella
- Rikollisuudenehkäisyprojekti (ÖreBRÅ): projekti on yhdessä koulun, sosiaalihuollon ja vapaa-ajan yksiköiden kanssa identifioinut 15 suojatekijää joilla voidaan ehkäistä nuorten norminrikkomuksia
- Liikunta: esim. Idrottsrörelsens studieförbund SISU on asettanut lasten ja nuorten liikunnan harrastuksen edistämisen suuremmilla vuokra-asuinalueilla ensisijaiseksi tehtäväksi
- Terveysvaikutukset: fyysisen suunnittelun terveysvaikutukset erityisesti lasten näkökulmasta – pyörätiet, jalankulkutiet, viheralueet
- Terveyspedagogi: palkattiin terveyspedagogi esikoulujen terveyden edistäjäksi ja resurssiksi koulujen terveydenhuollon terveyden edistämistoimintaan
- Enemmän aikuisia kouluun: isoäitien ja isoisien osallistuminen koulujen toimintaan erikoistukihenkilöinä tai välitunneilla ym. (Folhålsobokslut 2001, 8–12).

Örebrossa kunta rahoitti lisäksi erillisen ongelma-alueiden kehittämishankkeen, jonka tavoitteena oli elävöittää aluetta saattamalla eritaustaisia ihmisiä yhteen, saattamalla kulttuuritoiminnan, kansansivistyksen ja yhdistysten ihmisiä yhteen, 'valtauttamalla' paikallisia ihmisiä ja investoimalla pitkäjänteisesti tasa-arvoiseen terveyteen ja hyvään ympäristöön. Alueprojektin seurantamenetelmiin kuuluvat mm. kokoukset ja fokusryhmäkeskustelut. Seurantamenetelmiä kehitte-

tään yhteistyössä Örebron läänin landstingin sosiaalilääketieteen yksikön ja Örebron yliopiston kanssa (Områdesutveckling med sju Kulturcentrum i Örebro kommun, Lägesrapport – December 2001).

Kaikkia koekuntia koskevan hyvinvointitaseprojektin loppuraportissa todetaan, että kokeiluun osallistuneet pitivät projektia opettavaisena mutta monimutkaise-
na ja vaikeana. Muutaman vuoden aikana kertyneitä kokemuksia pidettiin pitkän kehitysprosessin alkuna. Olennaista hyvinvointitaseiden läpiviemisessä oli kunnan poliittisten päättäjien tuki, mikä useissa kunnissa tuntui kasvavan projek-
tin etenemisen myötä. Kunnissa pidettiin erityisen tärkeänä saada kuntakohtaisia tilastotietoja, suurissa kunnissa myös kunnanosien tasolla. Avainlukujen ‘realistisuus’ oli myös olennaista. Hyvästä pidettiin sitä, että hyvinvointitase täh-
dentää väestönäkökulmaa toiminnan arvioimisessa siten, että huomion kohteena ovat kansalaiset. Tämän nähtiin auttavan toiminnan laadun kehittämistä. Käsittei-
den määrittelemiseksi ja käyttökelpoisten tilastotietojen löytämiseksi oli aluksi tehtävä paljon työtä. Olemassaolevista kansanterveyden raporteista saattoi löytyä tietoja joita voitiin käyttää suoraan tai näkökulmaa vaihtaen hyväksi, mutta myös uutta tietoa tarvittiin ja siinä maakäräjien sosiaalilääketieteen yksiköt olivat tärkei-
tä yhteistyökumppaneita. Tarpeellisena pidettiin, että kunnasta on ennen hyvinvointitasetta tehtynä terveydentilankuvaus eli kansanterveysraportti, joka pe-
rusteella hyvinvointitasetta voidaan työstää. Lisäksi edellytyksenä on, että työtä teh-
dään avoimessa ilmapiirissä yhteistyönä eri ammattialojen edustajien kesken. (Välfärdsbokslut 1999, 65–55). Noin 50 paikallistahoa on vuoteen 2002 mennessä alkanut kehittää hyvinvointitasetta (Berensson 2002, 36).

Forum Folkhälsa

Kansanterveysfoorum on kuntaliiton, Landstingsförbundetin ja Kansanterveyslai-
toksen verkosto, jonka jäseninä ovat järjestöt neljä vuotta kerrallaan. Forum järjes-
tää vuosittain konferenssin kansanterveysalueen tietojen ja kokemusten vaihta-
miseksi. Forum Folkhälsa edelsi Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, jossa olivat jäseninä mm. kaikki landstingit/alueet ja kolmannes kunnista. Se oli johta-
vassa roolissa WHO:n Healthy Cities – verkoston luomisessa Ruotsiin. ([www.fhi.se/
forumfolkhalssa](http://www.fhi.se/forumfolkhalssa)). Terveysfoorum on ollut aktiivinen paikallisten hyvinvointitaseiden (välfärdsbokslut) kehittämisessä.

Terveysvaikutusten arviointi (HKB/HIA)

1990-luvun lamavuosien sosiaaliturvaan kohdistuvien leikkausten ja muiden pää-
tösten terveydelliset seuraamukset kiinnostivat Ruotsissa muun muassa monia poliitikkoja (Sprengel 2001). Maakäräjäliitto (Landstingsförbundet) ja Ruotsin kuntaliitto (Svenska Kommunförbundet) ryhtyivät oman kansanterveysohjelmansa työstämisen yhteydessä kehittämään terveysvaikutusten arvioimisen välinettä

(hälsokonsekvensbeskriving, HKB, Health Impact Assessment) jo ennen hyvinvointitaseprojektia. Myös HKB:tä kuten myöhemmin hyvinvointitasetta ajateltiin keinoksi nostaa kansanterveyskysymykset poliittisen päätöksenteon olennaisiksi osiksi. HKB:n tuli myös auttaa terveyserojen vähentämisessä ja lisäksi toimia yleensäkin paikallisen politiikan stimuloijana (Berensson 2002). Myös hyvinvointitaseiden yhteydessä terveysvaikutuskuvaukset nähdään välineenä tutkia, johtavatko päätökset parempiin vai huonompiin terveyden ehtoihin, kun verrataan jonkin huono-osaisen ryhmän tilannetta koko väestöön (Nyckelstalskatalog 1999, 9; Med fokus på hälsan – HKB, 1998, 8). HKB:n nähdään siten täydentävän hyvinvointitasetta siltä osin, että voidaan seurata tiettyjen päätösten vaikutuksia.

HKB:n kehittäelytyössä pyrittiin ottamaan huomioon yleisön ja erityisesti terveysriskeille alttiiden ryhmien mielipiteet ja koottiin joukko 'viiteryhmiä', joissa oli maahanmuuttajia, työttömiä, naisia ja nuoria eri puolilta Ruotsia. Ryhmät koontuivat keskustelemaan, mitä terveys heille merkitsi ja mitä heidän mielestään poliitikkojen pitäisi ottaa huomioon päätöksiä tehdessään; lisäksi jotkut ryhmät kävivät keskustelua suoraan paikallisten poliitikkojen kanssa. Kehittäelytyössä on ollut mukana asiantuntijoita, tutkijoita ja viranomaisia ja keskustelua on käyty myös paikallistason poliitikkojen kanssa (Berensson 2002, 32). HKB:n kehittämissä Ruotsissa toimii kaikille kiinnostuneille avoin verkosto, jossa on noin 60 jäsentä ja joka pitää säännöllisesti kokouksia (www.lf.se/hkb). Verkosto kouluttaa myös maakäräjien ja kuntien poliitikkoja ja viranomaisia (Berensson 2002). Landstingsförbundetin verkkosivuilta löytyy esimerkkejä eri läänien alueilla tehdystä HKB-sovellutuksista (www.lf.se/hkb).

Päätösten terveysvaikutusten arviointi määrällisillä mittareilla ei sinänsä ole aivan helppo tehtävä ja useimmiten laskelmissa ei ole voitu käsitellä juuri lainkaan terveyspuolta vaan pelkästään sairauksia (Diderichsen 1998, 13). HKB-instrumentilta edellytetään että se voi

- kvantifioida eri riskitekijöiden vaikutukset eri sairauksiin
- kvantifioida eri sairauksien aiheuttamaa taakkaa väestölle koskien kuolemantapauksien, sairauden ja vammaisuuden kautta tapahtuvaa menetystä
- vetää yhteen sairastavuuden (ohälsa) seurauksien laajuuden ja jakauman

Esimerkiksi Diderichsen työtovereineen arvioi (alustavin laskelmin) että sairauskuormituksesta Ruotsissa 8 % johtuu tupakoinnista, kun EU-maissa sen osuus oli 9 %, ja vastaavasti alkoholin osuus sairauskuormituksesta Ruotsissa oli 3,5 %, mutta EU-maissa 8,4 % (Diderichsen 1998, 14).

HKB:n käyttöön erilaisissa ympäristöissä ehdotetaan kolmivaiheista menetelyä (Med fokus på hälsa 1998; Berensson 2002), joka koostuu seuraavista osista

- terveyskysymys
- terveysmatriisi, ja
- terveysanalyysi

Ensin esitetään yksinkertaiset ‘terveyskysymykset’:

- edistääkö toimenpide-ehdotus tai päätös erilaisten huono-osaisten ryhmien/väestön terveyttä kun tarkastellaan sen vaikutuksia sosiaaliseen ympäristöön?
- edistääkö ehdotus huono-osaisten ryhmien/väestön terveyttä kun tarkastellaan sen vaikutuksia tiettyihin riskitekijöihin?
- onko ehdotus yhdensuuntainen kunnan/läänin yleisen päämäärän kanssa?

Terveysmatriisiin valitut kahdeksan syytekijäjoukkoa perustuvat HKB:n kehittämissä arvioituihin todellisiin terveysvaikutuksiin. Tekeillä on myös tutkimus, jossa HKB:n terveysdeterminantteja koskeva tieteellinen evidenssi kootaan (tekijänä Finn Diderichsen; Berensson 2002, 35). Terveysmatriisia voidaan paikallisten tarpeiden mukaan supistaa ja laajentaa ja kehityksen suunnat voidaan ilmaista yksinkertaisesti plussilla, miinuksilla ja nollilla:

	Priorisoitu ryhmä		Koko väestö	
	Pitkä aikaväli	Lyhyt aikaväli	Pitkä aikaväli	Lyhyt aikaväli
Demokratia/mahdollisuus vaikuttaa/tasa-arvo				
Taloudellinen turvallisuus				
Työ/työllisyys/koulutus				
Sosiaaliset verkot				
Hoidon ja hoivan saatavuus				
Tulevaisuudenusko/päämäärät ja merkitykset				
Fyysinen ympäristö				
Elintavat				

Kolmannessa vaiheessa arvioidaan yksityiskohtaisesti toimien terveysseuraamuksia. Se tehdään yleisesti sitä taustaa vasten, mitä tiedetään paikallisista eri ryhmiä koskevista terveydellisistä olosuhteista ja mahdollisista terveyspoliittisista tavoitteista. Päätöksiä arvioidaan spesifisti lyhyt- ja pitkäaikaisseurauksien osalta eri ryhmien ja koko paikallisyhteisön kannalta. Lisäksi kehoitetaan arvioimaan, onko vaihtoehtoja olemassa. (Med fokus på hälsa 1998). HKB-metodin opaskirja matriiseineen on internetin kautta kaikkien saatavilla ja ladattavissa omien sovellutusten pohjaksi.

Landstingsförbundetin tasa-arvo- ja terveysvaikutukset -selvityksen mukaan vuonna 1999 yhteensä 17 landstingissa 21:stä oli ilmaistu terveyden tasa-arvo yleisenä päämääränä joko terveyspoliittisessa ohjelmassa, toimintasuunnitelmassa tai budjettisuunnitelmassa (Landstingsförbundet 1999). Suoria ohjausmenetelmiä ei tuolloin kuitenkaan juuri käytetty ja niiden kehittämistä pidettiin vaikeana. Kolmessa landstingissa oli tarvepohjainen budjetti, jossa varoja myönnettiin painotta-

en väestön ikärakennetta, keskimääräistä elinikää ja koulutustaustaa. Eri alueilla oli viritetty varsin erilaisia toimintatapoja ja projekteja. Yhdellä alueella terveysvaikutuksia arvioitiin suunnitteluprosessissa käyttäen kysymyksiä, jotka koskivat kansanterveyttä ja huonoimman terveyden ryhmän tilannetta.

Yleensä eriarvoisuuden vähentämistoimet on kohdennettu naisiin ja nuoriin pikemmin kuin sosioekonomisesti huono-osaisiin ryhmiin tai maahanmuuttajiin. Yhdessä landstingissa oli luokkaerot mainittu ratkaisevana eriarvoisuusteemanä ja ammattiliittojen keskusjärjestön LO:n (Landsorganisation i Sverige) jäsenliitot oli otettu mukaan toimintaan. Projekti- tai opintopiiritukea oli osoitettu esimerkiksi asuinalue-, alkoholi- ja syömishäiriöteemoille tai teemalle 'mies perheenjäsenenä'. Kahdessa landstingissa oli heikoilla alueilla erityisiä 'terveydenedistämiskouluja', kahdessa sydän- ja verisuonitautien ehkäisyohjelma. Neljässä landstingissa ei ollut panostettu mitenkään terveyden tasa-arvopäämäärään. Seitsemässä landstingissa oli tehty päätös poliittisten päätösten terveysvaikutusarvioista, ja useat ilmoittivat kyselyssä suunnittelevansa niitä.

Myöhemmän arvion mukaan (Berensson 2002) lähes puolet maakäräjistä ja noin 50 kuntaa oli aloittanut HKB:n käyttöönoton ja kymmenen kuntaa oli ottanut menetelmän jo käyttöön. Yksi varhaisista aloittajista oli Lounais-Tukholman sairaanhoitopiiri, jonka vuonna 1998 käynnistämää työtä Karoliininen instituutti on arvioinut. Tällä hetkellä Lounais-Tukholman sairaanhoitopiirin päätöksentekoprosessissa käytetään HKB:tä (Berensson 2002, 34). Kyse on ehkä toistaiseksi enemmänkin ajattelutavan muutoksesta kuin 'tuloksista', sillä kansanterveysvaikutukset eivät useinkaan näy muutamassa vuodessa. Lounais-Tukholman sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2001 siirrytty kattavasta lomakkeeseen perustuvasta arvioinnista pääasiallisesti sanallisesti muotoiltuun vaikutusarviointiin (Sprengel 2001). Toistaiseksi ei vielä tunnu olevan näyttöä siitä, onko HKB:lla vaikutusta terveyserojen vähentämisessä (ks. Berensson 2002, 35).

Folkhälsostämman

Uutena tiedonvälittämisinstrumenttina on Tukholmassa maaliskuussa 2003 ensi kertaa kokoontunut valtakunnallinen Folkhälsostämman, jonka järjestäjiä ovat Ruotsin Kansanterveyslaitos, Landstingsförbundet ja Ruotsin kuntaliitto. Kolmi-päiväinen tapahtuma toimi kongressin tavoin ja siitä on tarkoitus tehdä toistuva; seuraava kongressi on syksyllä 2004. Tapahtuma on kytketty uuden kansanterveysohjelman toteuttamiseen ja seurantaan.

3.1.4 Tutkimus

Ruotsissa terveyden eriarvoisuuteen kiinnitettiin siis huomiota verrattain myöhään ja 1990-luvun puoliväliin mennessä ei ollut mitään kiinteää institutionaalis-

ta pohjaa alan tutkimukselle (Krantz & Lundberg 2003). Joitakin vuosia toiminut Kansanterveyslaitos julkaisi vuonna 1996 katsauksen laitoksen terveyseroihin liittyvistä kehittämis- ja tutkimushakkeista, joissa oli mm. nuorten ja äitien terveysongelmiin liittyviä hankkeita (Eriksson 1996). Ruotsin parlamentti pyysi tutkimuspolitiikkaa koskevan lakialoitteen (Research Policy Bill, 1996/97) yhteydessä Ruotsin sosiaalitutkimuksen toimikuntaa laatimaan terveyden eriarvoisuutta koskevan tutkimusohjelman. Tämän aloitteen seurauksena tehtiin katsaus alan tietämykseen Ruotsissa ja syntyi 17 artikkelia käsittävä kirja Ruotsin terveyseroista ja niiden tutkimuksesta vuonna 1998 (Arve-Parés 1998).

Samassa yhteydessä keskusteltiin myös pienen maan tarpeesta keskittää rajalliset tutkimusresurssit yhteen useita tieteenaloja yhdistävään tutkimusyksikköön. Ruotsin sosiaalitutkimuksen toimikunnan rahoituksen pohjalta toimii nyt uusi monitieteinen terveyden tasa-arvoon keskittyvä Tukholman yliopiston ja Karoliinisen instituutin tutkimuskeskus CHES (Centre for Health Equity Studies), jonka ensimmäinen rahoituskausi on meneillään (2001–2005). CHESissä on kaksi päätoimista professoria, ja muilla järjestelyillä joukko alalla tutkimusta tekeviä professoreita muista Tukholman yliopiston laitoksista sekä 24–26 eri tieteenaloja edustavaa tutkijaa erilaisin sopimuksin. Akateemisen tutkimuksen ja pääosin tieteellisen jatkokoulutuksen ohella CHES toimii Ruotsin terveyden eriarvoisuustutkimuksen verkoston keskuksena ja on identifioinut Ruotsin eri yliopistoista alan tutkimustahot. Verkoston toimintaan ja ohjelmien tukemiseen on erillistä rahoitusta ja viidessä yliopistossa on palkattuna tutkimusassistentti, joka toimii verkoston yhdyksenä. Verkostolla on kolme-neljä kokousta vuosittain sekä ollut vuonna 2002 yksi CHES-konferenssi, josta myös pyritään tekemään säännöllisesti toistuva tapahtuma (Krantz & Lundberg 2003). CHESin tutkimuksia esitellään mm. *Socialmedicinsk Tidskriftin* numerossa 1/2003.

Myös kansanterveyskomitea tilasi työskentelynsä aikana joukon tutkimusraportteja (19 raporttia) ohjelman laatimisen tueksi. Lisäksi samoihin aikoihin vuosina 1999–2001 toimi toinen valtionkomitea, ns. hyvinvointikomitea (Kommittén Valfärdsbokslut) (Lundberg & Palme 2002). Hyvinvointikomitean tehtävänä oli summata 1990-luvun hyvinvointimuutokset eli kirjata 1990-luvun hyvinvointitase ja syvän talouslaman seuraukset, joista ei ollut siihen mennessä koottu yksilöiden ja perheiden hyvinvoinnin näkökulmaa valottavaa tietoa. Komitean kaikki jäsenet olivat akateemisia tutkijoita ja komitea oli autonominen eli vapaa valtiovallan kontrollista, mikä on poikkeuksellinen järjestely komitealaitoksessa. Komitea teki sopimuksia yli 50 ulkopuolisen tutkijan kanssa osaprojekteista ja tilasi raportteja opetusministeriöltä, sosiaalihallitukselta, sosiaalivakuutushallitukselta ja Ruotsin tilastokeskukselta. Täysin tutkimuskeskeisen komitean tuotoksina syntyi väliraportti, loppuraportti ja 12 teemaraporttia. Terveys on yhtenä keskeisenä hyvinvoinnin resurssina esillä useammassakin komitean ra-

portissa ja komitean työ toi taustamateriaalia kansanterveysohjelmallekin, joskaan komiteat eivät toimineet yhdessä.

Komitean päätelmien mukaan Ruotsista puuttuu edelleen tietoa siitä, miten erilaiset hyvinvointivaltion instituutiot toimivat kansalaisten resursseina, samaten palvelujen laadusta ja 1990-luvun muutosten vaikutuksesta ihmisten kokemaan hyvinvointiin. 1990-luvun laman seurauksista kärsivät komitean raporttien mukaan erityisesti yksinhuoltajaäidit, maahanmuuttajat, nuoret aikuiset ja lapset ja lapsiperheet. Hyvinvointipalvelujärjestelmässä työskentelevien työtahti ja negatiivinen stressi lisääntyivät 1990-luvulla ja julkisen alan suhteellinen palkka-asema huononi.

Keskeiset muutokset Ruotsissa olivat tutkimuksen mukaan samansuuntaisia kuin Suomessakin: 1) desentralisaatiota lisättiin palvelujärjestelmässä, 2) käyttäjien maksuosuutta kasvatettiin, ja 3) markkinaorientoituneet hallintotavat yleistyivät myös julkisissa palveluissa.

3.1.5 Erilliset projektit ja interventiot: esimerkkejä

Norsjö-projekti

Ruotsalaiset tutkijat tekivät amerikkalaisten tutkijoiden kanssa kansanterveydellisesti orientoitunutta sydän- ja verisuonitautien riskitekijätutkimusta 1950-luvulla, mutta suhtautuivat skeptisesti yhteisötason ehkäisyohjelmiin. He eivät lähteneet mukaan kun yhdysvaltalaiset tutkijat aloittivat niin sanotun seitsemän maan projektin (Weinehall & Lewis 2001), jossa Suomikin oli mukana, vaan suuntautuivat sen sijaan kohorttitutkimuksiin. Sittenmin ruotsalaiset tutkijat kiinnostuivat ratkomaan yhteisöinterventioiden 'black boxin' sisältöä (ts. sitä millä mekanismeilla interventioiden vaikutukset etenevät) ja jatkoivat taas yhteistyötä yhdysvaltalaisten tutkijoiden kanssa. Pohjois-Ruotsissa Västerbottenin Norsjössa aloitettiin vuonna 1984 sydän- ja verisuonitautien ehkäisyinterventio, jossa mallina käytettiin erityisesti Pohjois-Karjala-projektia (Pearson ym. 2001).

Projektissa pyrittiin myös sosioekonomisten erojen kaventamiseen ja 10-vuotisseurannassa voitiin todeta, että terveyserot eivät olleet kasvaneet ja että huonoimmassa asemassa olevat olivat hyötyneet eniten ehkäisyohjelmasta (Weinehall ym. 2001). Ohjelmassa keskityttiin yhtäältä väestöpohjaisiin terveydenedistämistöimiin, joissa annettiin elämäntyyliin liittyvää ohjausta (ravitseminen, liikunta, alkoholinkäyttö, sosiaaliset verkostot, emotionaalinen tuki ym.) ja toisaalta yksilölliseen toimintaan: kaikki 30-, 40-, 50- ja 60-vuotiaat kutsuttiin vuosittain terveydenhuollon kautta järjestettyyn tutkimukseen, jonka yhteydessä annettiin ohjantaa ja palautetietoja yksilöllisesti. Tutkijat pitivät tärkeänä kestäväen ehkäisytoiminnan onnistumiselle, että terveydenhuoltojärjestelmä on aktiivisesti toiminnassa mukana muiden toimijoiden ohella, koska tällöin voidaan tavoittaa myös muut kuin hyvin koulutetut ja varakkaat ihmiset.

LO:n projekti 1987–1992

Kun Ruotsissa havahduttiin terveyden sosioekonomisiin eroihin 1980-luvulla, ei niihin vielä varsinaisesti suoraan yritetty puuttua sen enempää rakenteisiin vaikuttavan politiikan keinoin kuin kohdistamalla toimia erityistä tukea vaativiin riskiryhmiinkään (utsatta grupper) ehkä Norsjö-projektia lukuunottamatta. Tuolloin mittavimman yrityksen teki Ruotsin ammattiliittojen keskusjärjestö (LO), joka organisoi viisivuotisen kansanterveysprojektin vuosina 1987–1992 yhdessä Landstingsförbundetin, Kuntaliiton ja sosiaalivaltuutuksen kanssa (Pettersson 1996; 2000).

Projektia varten kootussa työkirjassa (Hälsa – en fråga om rättvisa) annetaan perustietoja terveydentilasta ja sen sosiaalisesta vaihtelusta, korostetaan paikallistason toimintaa ja kannustetaan toimintaan työpaikan, kodin ja ympäristön terveysongelmien vähentämiseksi. Kaikkiaan projektissa pyrittiin rakentamaan verkostoja, joissa oli mukana tutkijoita ja kansanterveysalan toimijoita, ja kehittämään tiedottamisen tapoja ja koulutusta. Siinä toteutettiin useita kymmeniä pienempiä hankkeita. Esimerkiksi LO:n sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn tähtäävä projekti käsitteli ammattikuljettajien ruokavaliota ja mukaan otettiin myös tienvarsiruokapaikat (*Kalaskulan - Ett åtgärdsinriktad kostprojekt för yrkeschaufförer*). LO:n projektin tuotoksia oli mm. antologia *'Klass och ohälsa'* (tekijöinä Finn Diderichsen, Pirooska Östlin, Göran Dahlgren ja Christer Hogstedt, 1991). Koko hankkeesta tehtiin loppuarviointi (Lundberg ym. 1993). Kaikkiaan painotettiin ennaltaehkäisevää työtä (Pettersson 1992). Muita harvoja esimerkkejä eriarvoisuuden huomioonottavasta toiminnasta tuolta ajalta ovat itseapuryhmät ja nuorten terveysvalistuslehti Glöd (Pettersson 1996).

Kouluprojekti JÄHS

Kolmivuotisessa koulupilotissa *'Jämlikhet och hälsa i skolan'* etsittiin tapoja, joilla lasten ja nuorten terveyden tasa-arvoisuutta voitaisiin lisätä (Zweigbergk 2003). Projekti kesti 2,5 vuotta (2001–2003) ja se toteutettiin kolmessa peruskoulussa, joista kaksi oli Tukholmassa ja yksi Katrineholmossa. Tukholmalaiskouluista yhdessä oli koululaisten vanhemmilla ulkomaalaistausta 45 %:lla ja toisessa 30 %:lla, Katrineholmossa 15 %:lla. Projektin toteutti Tukholman läänin maakäräjien sosiaalilääketieteen yksikkö yhteistyössä Landstingsförbundetin, Ruotsin kuntaliiton ja Ruotsin Kansanterveyslaitoksen kanssa.

Projektin lähtökohtana oli, että Ruotsissa eriarvoisuus on pikemminkin kasvanut kuin vähentynyt. On arvioitu, että lasten huonosta terveydestä Ruotsissa selittää vanhempien sosiaalinen asema 20–40 % (ks. Zweigbergk 2003, 11). Koulua pidettiin hyvänä toiminnan toteutusalueena muun muassa siksi, että siellä tavoitetaan kaikki yhteiskunnan ryhmät ja koulun kautta voidaan yrittää korjata kotitaustan puutteita (Zweigbergk 2003, 9, 11). Tutkimuksen koulut toimivat kukin

erikseen ja niissä kehitettiin projektijohtajan avustuksella omat terveyden osoittimet (nyckeltal). Ne muotoutuivat jokseenkin samoiksi kaikissa kouluissa ja koskivat ruokaa, unta, stressiä, työympäristöä ja itseluottamusta, lisäksi yhdessä koulussa liikuntaa. Koululaiset, jotka olivat kokeilun aikana 5–9-luokkalaista, osallistuivat avainindikaattorien määrittelyyn. Kussakin koulussa oli yksi tai kaksi vastuuhenkilöä (kouluhoitaja tai opettaja) ja koulun johto pyrittiin saamaan prosessiin mukaan. Prosessiin varattiin aikaa viisi tuntia viikossa. Projektin työmuodoissa keskusteleminen oli olennainen: koululaisten piti itse ottaa kantaa omaa terveyttään koskeviin asioihin. Oppiaineet, joiden puitteissa hanke toteutettiin, olivat kotitalous, liikunta ja terveystoppi. Tulosten arviointiperustana olivat mm. valtakunnalliset oppimisstandardit, toisin sanoen terveystopereiden kehitystä verrattiin yleisiin oppimissaavutuksiin. Kouluissa kehitettiin erilaisia terveystopereita ja terveystopereita valittuja avainlukuja käyttäen, näissä oli mukana myös tupakointi ja alkoholinkäyttö.

Kokeilun perusajatuksena oli, että luokkien kaikki oppilaat osallistuvat projektiin ja erillistä tukea annetaan sitä tarvitseville. Yhdessä koulussa oli tytöille ryhmätoimintaa, jonka tavoitteena oli lisätä ongelmia kokeneiden tyttöjen itseluottamusta. Suurin osa tyttöryhmään osallistuneista sai itsetuntoaan kohennetuksi ja myös heidän oppimistuloksensa paranivat. Olennainen tulos oli, että menetelmä osattiin kehittää toimivaksi ja että oppilaat saatiin kiinnostumaan asiasta. Kyse oli siten menetelmää kehittävästä pilottihankkeesta, ja ehkä siitä syystä terveystopereiden kehittymistä suuntaan tai toiseen ei yritetty selvittää tarkoilla mittauksilla. Erityisen tärkeää tuntui olevan koulun johdon aktiivinen osallistuminen hankkeeseen. Projektin toteutusta häiritsi jonkin verran henkilökunnan vaihtuvuus ja jatkuva toimintojen uudelleenorganisointi, mikä myös rasitti koulun johtoa niin ettei projekti aina saanut tarvitsemaansa tukea. (Zweigbergk 2003). Projektin johtajan Ludmilla Zweigbergkin mukaan Ruotsin kouluissa ei ole suoranaisesti juuri yritetty tämän hankkeen tapaan puuttua sosiaaliseen eriarvoisuuteen (ojämlikhet), sen sijaan sukupuolten välinen epätasa-arvo (ojämställdhet) lienee ollut runsaamman huomion kohteena.

3.1.6 Työ

Sosioekonomiset terveystopereot on alunperin osoitettu ammattiryhmittäisen kuolleisuuden avulla, mikä viittaa työn keskeiseen asemaan sosioekonomisten erojen kehkeytyemisessä. 1990-luvun suuret muutokset Suomessa ja Ruotsissa vaikuttivat ihmisten elämään paljolti työelämän kautta työttömyytenä, työn epävarmuutena ja työtahdin kiristymisenä. Olle Lundberg (1998, 16) on arvioinut, että jos erikoistumattomalla työntekijällä olisi sama kuolleisuus kuin ylemmällä toimihenkilöllä, niin kuolleisuus laskisi miehillä 43 % ja naisilla 23 %. Ruotsalaisessa

aineistossa toimihenkilöiden alempi kuolleisuus näkyy jo alle 30 vuoden iässä molemmilla sukupuolilla, mutta 40. ikävuoden jälkeen erot kasvavat erityisesti suhteessa ammattitaidottomiin työntekijöihin. Fyysisen työympäristön merkitys on edelleen suuri ja sosioekonomiset ryhmät eroavat juuri siinä toisistaan merkittävimmin (Arbetslivsfaktorer, 1999). Olle Lundberg on laskenut sosiaaliluokkerojen syytekijöiden osuuksia fyysisessä sairastavuudessa vuonna 1991, ja suurimman osan (20 %) erosta selittivät työhön liittyvät tekijät (työn raskaus, työn vaarallisuus, suuret psyykkiset vaatimukset ja vähäinen päätöksentekovapaus), kun käyttäytymistekijät selittivät 17 % ja lapsuudenaikaiset puutteelliset olosuhteet 14 %. Lundberg muistuttaa, että sosioekonomiset erot syntyvät monien tekijöiden kautta, mutta että työoloihin liittyviä tekijöitä ei pidä unohtaa.

Sosioekonomisista eroista huolimatta Ruotsin työntekijämiesten odotettavissa oleva elinaika on pitempi kuin työntekijämiesten muissa Euroopan maissa. Se viittaa siihen, että Ruotsin työolot ja työturvallisuus ovat muita maita paremmalla tolalla. Esimerkiksi työtapaturmien määrä on vuodesta 1990 laskenut kolmanneksella 1990-luvun puoliväliin tultaessa (Arbetslivsfaktorer, 23). Työolot selittävät kuitenkin myös suuren osan sepelvaltimotaudin, tuki- ja liikuntaelinten vaivojen ja mielenterveysongelmien sosioekonomisista eroista (Hogstedt & Lundberg 2002).

Työympäristön voisi olettaa olevan keskeinen ehkäisyohjelmien kenttä sosioekonomisten terveyserojen vähentämisen kannalta, mutta todellisuudessa tällaisia ohjelmia ei Hogstedtin ja Lundbergin (2002, 90) mukaan ole juuri lainkaan. Tähän on ilmeisesti monia työ- ja yrityselämään liittyviä syitä, joista osa liittyy siihen että yritykset suosivat yksilöllisiä interventioita yhteisöinterventioiden sijasta (Hogstedt & Lundberg 2002, 98). Tästä näkökulmasta Ruotsin ammattiyhdistysliikkeen iso projekti 1990-luvun taitteessa on merkillepantava.

3.1.7 Tupakka ja alkoholi

Tupakka

Ruotsin miehet ovat harvimmin päivittäin tupakoivia Euroopan miehistä: vuosina 2000–2001 17 % 16–84-vuotiaista miehistä oli tupakoijia, vuonna 2002 osuus oli 16%. Ruotsi on myös poikkeuksellinen maa siinä, että naisten tupakointi on ylittänyt miesten tupakoinnin ja vuosina 2000–2001 vastaavanikäisistä naisista tupakoivia oli 20 % ja vuonna 2002 19 % (Hälsorelaterade levnadsvanor 2003, 31; www.tobaksfakta.org). Ruotsi onnistui ensimmäisenä Euroopan maana jo vuonna 1998 WHO:n Terveyttä kaikille -tavoitteessa, jossa tähtäimenä oli että aikuisväestöstä ainakin 80 % on tupakoimattomia vuonna 2000 (www.tobaksfakta.org).

Vuodesta 1980 vuoteen 2001 Ruotsin miesten tupakointi oli vähentynyt puoleen, naisilla vähennystä oli 9 prosenttiyksikköä. Koulutusryhmien väliset erot päivittäistupakoinnissa ovat miehillä säilyneet jokseenkin ennallaan ja alimman

ryhmän tupakoivuus on noin 2,5-kertainen ylimpään verrattuna. Hyvin koulutettujen naisten tupakoivuus on sen sijaan laskenut 6 %-yksikköä ja matalastikoulutettujen 3 %-yksikköä ja koulutusryhmien välinen ero oli vuonna 2000–2001 kolminkertainen. Koulutuserot lienevät Suomeen verraten hiukan suuremmat (ks. Karvonen & Rahkonen 2002, 85). Lisäksi tupakoinnissa on alueellisia eroja ja erityisesti yksinhuoltajanaiset tupakoivat runsaasti (Hälsorelaterade levnadsvanor 2003), myös osa maahanmuuttajaväestöistä (esim. turkkilaiset, puolalaiset, suomalaiset) tupakoi huomattavasti ruotsalaisia enemmän (Levnadsvanor 1, 1999, 6; Rosén & Haglund 1998, 50).

Myös Ruotsin 15-vuotiaat pojat ovat tupakoijia harvemmin kuin muut Euroopan Unionin maiden pojat (noin 8 % vuosina 1997/98), kun samanikäisistä tytöistä huomattavasti suurempi osa tupakoi (noin 16 %), joskin myös Ruotsin tytöt kuuluvat Euroopan Unionin maiden tyttöjen joukossa pikemmin vähän tupakoiviin (ks. esim. Boström 2001, 146–147). Päivittäinen nuuskaaminen on kuitenkin melko yleistä erityisesti 16–44-vuotiailla miehillä, joista 26–27 % käytti nuuskaa v. 1996–97. Päivittäin nuuskaavien 9-luokkalaisten poikien osuudeksi raportoidaan vuodelta 2003 14 % (www.tobaksfakta.org/... Statistik/Andelen snusare). Päivittäin nuuskaavia naisten määrän on raportoitu nousseen alle 1 %:n tasosta (Boström 2001, 148) 2–3 %:iin (Snuset ger stort nikotinberoende... www.tobaksfakta.org, 2004). Vaikka eriarvoisuusnäkökulmasta Ruotsi ei ole Suomea paremmassa asemassa, miesten vähäinen tupakointi on kuitenkin merkittävä saavutus. Kuitenkin nuuskaaminen himmentää tätä saavutusta ja ruotsalaiset asiantuntijat painottavat myös nuuskaongelman tutkimisen ja ratkaisemisen tärkeyttä (esim. Boëthius 1998). Tukholmalaisilla 9-luokkalaisilla koulupojilla on vuonna 1998 tehdyssä tutkimuksessa havaittu nuuskaamisen liittyvän runsaaseen alkoholin käyttöön selvästi tupakointiakin vahvemmin (Wickholm ym. 2003, ref. www.tobaksfakta.org: Hög alkoholkonsumtion bland snusande pojkar).

Sosioekonomisten erojen huomioonottaminen tupakoinnin ehkäisyssä, vähentämisessä tai lopettamisessa ei tätä raporttia varten läpikäydyissä materiaaleissa noussut esiin kovinkaan selkeästi. Kansanterveyskomitean taustaraportissa todetaan vain yhdessä 18:sta lisäpanostusehdotuksesta, että on kehitettävä uusia menetelmiä, jotta löydetäisiin uusia tiedotus- ja koulutusväyliä sosioekonomisten ja etnisten erojen huomioonottamiseksi (Levnadsvanor 1, 1999, 13). Sinänsä Ruotsi on ensimmäisiä maita joissa tupakoinninvastaiset toimet on aloitettu. Jo 1955 perustettiin kansallinen Tupakka ja terveys -yhdistys, ja mahdollisesti maailman ensimmäinen tupakkaklinikka avattiin vuonna 1956. Tupakkateollisuus alkoi vapaaehtoisesti rajoittaa mainontaa 1964 ja 1977 tulivat varoitukset tupakkarasioihin, osittaista vuoden 1976 mainontakieltolakia täydennettiin lisärajoituksin 1986 ja uusi tupakkalaki vuodelta 1993 ja sen täydennykset 1994 toteuttivat täyden mainontakiellon ja asettivat ostoikärajan sekä rajoittavat tupakointia julkisissa ti-

loissa ja työpaikoilla. Tupakoinnin vastaisessa toiminnassa ovat myös mukana muun muassa avainammattiryhmät erillisyhdistyksineen: Lääkärit tupakkaa vastaan (perustettu 1992), Sairaanhoidajat tupakkaa vastaan (1992), Hammaslääkärit tupakkaa vastaan, Opettajat tupakkaa vastaan (1994)(Breaking free, 1994).

Tupakanvastaisesta taistelusta huolimatta naisten tupakointi lisääntyi eikä ole laskenut yhtä nopeasti kuin miesten tupakointi ja lisäksi sosioekonomiset erot ovat selkeät. Euroopan naisten tupakointia ja eriarvoisuutta koskevassa katsauksessa ei ollut viittauksia ruotsalaisiin kokeiluihin tai kampanjoihin, joissa sosiaalinen eriarvoisuus olisi otettu erityisesti huomioon (Bostock 2003).

Alkoholi

Ruotsalaisten tilastoitu alkoholinkäyttö on ollut matalammalla tasolla suomalaisiin verrattuna vuodesta 1974 lähtien, jolloin alkoholinkulutus oli Suomessa nopeasti kaksinkertaistunut vuoden 1969 alkoholipoliittisten uudistusten jälkeen. Suurkuluttajiksi ruotsalaisista aikuisista luokiteltiin elinolotutkimuksen 1996/97 aineistosta 12 % miehistä ja 5 % naisista (suurkulutuksen rajana miehillä 3,5 pulloa viiniä vastaava määrä viikossa, naisilla 2,5 pulloa viiniä) (Boström 2001, 134).

Ruotsalaisen nuorten aikuisten seurantalutkimuksen mukaan toistuva humalajuominen 18-vuoden iässä ja 25 vuoden iässä lisää suurkulutuksen vaaraa 36-vuotiaana molemmilla sukupuolilla (referoinut Boström 2001, 135). Sen sijaan koululaisilla tehdyssä tutkimuksessa alkoholinkäyttö 14–16-vuoden iässä ei mitenkään selkeästi ennustanut suurta alkoholinkulutusta 26 vuoden iässä (ks. Bremberg 2002, 139). Runsas juominen on miehillä yleisintä nuorehkoilla työntekijöillä, naisilla nuorehkoilla alemmilla toimihenkilöillä. Määrällisesti eniten alkoholia kuluttavat korkeasti koulutetut miehet ja naiset, mutta naisilla koulutusgradientti on jyrkempi kuin miehillä. Sen sijaan runsas kertakäyttö on yleisempää alemmissa sosiaaliluokissa (Boström 2001, 136–137).

Alkoholiin liittyvä kuolleisuus on Ruotsissakin vahvasti sidoksissa sosioekonomiseen asemaan. Suhteellinen kuolemanvaara alkoholiaiheisissa kuolinsyissä oli vuosina 1991–95 erikoistumattomilla työntekijämiehillä 2.5-kertainen ylempiin toimihenkilömiehiin verrattuna ja palkkatyön ulkopuolella olevilla 8.1-kertainen. Naisilla vastaavat suhdeluvut olivat 2.0 ja 7.2 (Boström 2001, 138). Alkoholin on arvioitu selittävän myös merkittävän osan kokonaiskuolleisuuden sosioekonomisesta vaihtelusta. Hemströmin laskelmien mukaan kolmannes 40–44-vuotiaiden työntekijämiesten, yrittäjien ja 'ei-luokiteltavissa olevien' miesten ylikuolleisuudesta verrattuna ylempiin toimihenkilöihin johtui alkoholista vuosina 1990–95. Alkoholin syysuus vaihtelee suuresti iän mukaan ja Ruotsissa suurin vaikutus ammattiryhmittäin tarkasteltuna osuu ikävälille 40–59 vuotta, mutta 65. ikävuoden jälkeen alkoholin osuus ylikuolleisuudesta on varsin

pieni. Naisilla oli samantapainen tilanne kuin miehillä, mutta alkoholin syyosuus oli pienempi (Hemström 2002).

Vaikka alkoholihaittojen kokeminen on Ruotsissa Suomea vähäisempää (ks. Taulukko 1), Euroopan Unioniin liittymisen aiheuttaman alkoholipolitiikan muutoksen pelätään myös Ruotsissa tuovan huomattavia alkoholinkäytön lisähaittoja. Niin Suomessa kuin Ruotsissakin uudet tuontirajat tulivat voimaan 1.1.2004. Suomessa tosin luovuttiin myös EU:n ohjeellisista rajoista (joiden mukaan kerralla saa tuoda toisesta EU-maasta omaan käyttöön 10 litraa väkijuomia, 20 litraa keski- vahvoja juomia, 90 litraa viiniä ja 110 litraa olutta), mutta käytännössä alkoholin tuontia rajoittavat enää matkatavaroiden painorajoitukset lento- ja mahdollisesti laivaliikenteessä sekä tullilaitoksen 'omaa käyttöä' koskevat tulkinnat. Suomalaisia huolestutti jo aikaisemmin näitä suuria raja-arvoja enemmän Viron liittyminen Euroopan Unioniin 1.5.2004 (ks. Virtaranta 2002), mikä mahdollistaa suurten alkoholimäärien kuljetuksen Suomenlahden yli laillisesti ja nopeasti.

Tigerstedt (2002) on verrannut Suomen ja Ruotsin vuonna 2001 valmistuneita alkoholiohjelmiä, joissa alkoholinkäytön lisääntymistä ennakoidaan, ja toteaa Ruotsin alkoholiohjelman lähtevän selkeämmin omasta kansallisesta vahvan alkoholipolitiikan perinteestään, kun taas Suomessa on annettu myöten eikä omaa kansallisen politiikan perinnettä ole juuri edes yritetty puolustaa kansainvälisten paineiden edessä. Molemmissa maissa yritetään rakentaa alkoholihaittojen ennaltaehkäisyä ja molemmissa maissa suuret odotukset kohdistetaan kunnallisiin toimiin, sillä erolla, että Tigerstedt arvioi Ruotsin osoittavan noin 100 kertaa enemmän resursseja alkoholipoliittisiin toimiin kuin Suomi. Suomen alkoholiohjelma on valmistunut keväällä 2004. Ruotsissa käynnistyi vuonna 2001 5-vuotinen alkoholiohjelma, jonka toimeenpanosta vastaa laajapohjainen eri hallinnonalojen ja laitosten johtotason henkilöistä koostuva Alkoholikomitea (Tigerstedt & Karlsson 2003; www.alkoholkommitten.se).

Ruotsissa lisäksi väestö tukee valtion roolia alkoholipolitiikassa ainakin joiltakin osin huomattavasti selvemmin kuin Suomessa: ECAS (European Comparative Alcohol Study) -projektin kyselytutkimuksessa vuonna 2000 suomalaisista 42 % oli voimakkaasti eri mieltä väitteestä ”Valtiovallan vastuulla on minimoida ihmisten alkoholinkäyttö”, kun ruotsalaisista vain 18 % vastusti asiaa vahvasti, sen sijaan yhteensä 74 % ruotsalaisvastaajista hyväksyi tällaisen valtiovallan roolin mutta Suomessa vain 37 % (Hemström ym. 2002, 133).

Ruotsissa on runsaasti alkoholinkäyttötutkimusta ja Andréasson (2002, 266) arvelee Ruotsissa myös käydyn alkoholipoliittista keskustelua enemmän kuin missään muualla. Vuonna 2002 ilmestyneessä kokoomateoksessa 'Den svenska supen' arvioidaan Ruotsin alkoholitilannetta ja alkoholihaittojen ehkäisyyn mahdollisuuksia tutkimustiedon ja kokemusten valossa. Varsinaisia ehkäisykokeiluja ei Ruotsista tuntunut kuitenkaan löytyvän kovin runsaasti.

Nykyinen Alkoholikomitea on kuitenkin käynnistänyt erilaisia ehkäisyhankkeita, joiden toimivuudesta ja tuloksista ei vielä ole tietoa. Lääneissä on erityinen koordinaattori (samordnare, vuonna 2004 tällainen oli 19:ssä läänissä), joka avustaa kuntia alkoholihaittojen ehkäisytoiminnassa. Kunnissa on puolestaan preventioon keskittyviä kunnallisia koordinaattoreita (270 henkilöä vuoden 2004 alussa). Kuudessa kunnassa on vuosina 2003–2005 meneillään alkoholi- ja huumehaittojen ehkäisykokeilu, jossa pyritään kehittämään pitkävaikutteista haittojen ehkäisytyötä, estämään huumeiden kokeilua ja myöhentämään alkoholinkäytön aloitusta (extranätet.nu, Alkoholikommittén 2004). Alkoholikomitean tehtäväkentässä on myös kerätä paikallisia toimijoita palvelevaa menetelmätietoutta erityisesti nuorison varjelemiseksi alkoholihaitoilta, esimerkiksi vanhempien tukemiseen ja nuorten tyttöjen kanssa toimimiseen. Toimintaa halutaan aktivoida yliopistoissa ja korkeakouluissa, työpaikoilla, ammattiyhdistysten nuorisotoiminnassa ja kouluissa (muun muassa kolme kokeilukoulua valmistelee komitean kanssa yhteistyönä päihteiden ehkäisytyön malleja). Myös alkoholinmyynnin ikärajoitusten noudattamista aiotaan tutkia, voimistaa rattijuopumuksen vastaisia toimia ja kehittää suunnitelma riskiryhmien ja riskikäyttäytyjien tukemiseksi. Alkoholikomitea tukee taloudellisesti Uppsalan yliopistosairaalaan Riippuvuuskeskuksen lääketieteen klinikan hanketta, jossa kehitetään riskikulutuksen varhaistoteamisen menetelmiä, järjestää konferensseja ja koulutusta ym. (Alkoholikommittén 2004; www.alkoholkommitten.se).

Alkoholi- ja huumehaittojen ehkäisyn kenttänä on näihin asti eniten ollut koululaitos. Varsinaiset alkoholispesifit kouluohjelmat ovat kuitenkin osoittautuneet heikkotehoisiksi (Bremberg 2002), esimerkkinä ruotsalaisen peruskoulun 'ei kiitos'-ohjelma. ANT-(alkohol, narkotika, tobak) -opetuksen laajuus on pieni eikä murrosiän alkoholikokeiluilla tunnu olevan ennustearvoa aikuisiän alkoholinkäytölle. Osittain epäsuoran näytön perusteella Bremberg arvelee, että parhaiten nuorison alkoholinkäyttöön voi kouluissa vaikuttaa tarjoamalla kouluympäristön, joka vähentää yleisesti psyykkisten ja käyttäytymisongelmien esiintymistä, alkuopetuksesta läpi koko kouluajan. Koulun hyvä johtaminen, selvät säännöt, oppilasta tukeva ympäristö, oppilaiden vaikutusmahdollisuudet ja koulujen vapaa-ajan toiminnan tarjonta voivat vaikuttaa alkoholi-ongelmia vähentävästi. Toistaiseksi ei esimerkiksi ole tietoa, voisivatko kouluterveydenhoitajat puuttua yksilöllisesti alkoholin käyttöön ja vaikuttaa siten ongelmien esiintymiseen.

Ruotsalainen 3-vuotinen nuorten alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisyohjelma Trelleborgissa 1999–2001 saavutti jossain määrin 9-luokkalaiset tytöt ja pojat, joiden valtakunnallisen tason aiemmin ylittänyt alkoholin käyttö projektin aikana väheni koko maan tasolle, mutta 6-luokkalaisten alkoholinkäyttö lähes tuplaantui ja lukiolaisten humalajuominen oli erittäin yleistä. Projektissa (joka maksoi 5 miljoonaa kruunua) oli mukana viranomaisia, kunta, yrityksiä, poliisi,

tulli, yhdistyksiä ja poliitikkoja. Sektorirajat ylittävän verkoston luomista pidettiin yhtenä projektin tuloksena. Projektin arvioinnissa todettiin kuitenkin, ettei lyhytkestoisilla projekteilla ole muuallakaan saatu aikaan toivottuja tuloksia, mikä ei välttämättä tarkoita ettei pitkäaikaisvaikutuksia voisi olla (ks. Borgström 2002).

Tukholmassa 1995 aloitettu 10-vuotinen STAD-projekti ('Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem') on yhteisösuuntautunut ohjelma, jossa painopiste on sosiaalipoliittisten toimien kehittämisen puolella, mutta myös kysyntään yritetään vaikuttaa. Projektissa on kolme osaa: sekundaaripreventio perusterveydenhuollossa, nuorten alkoholin saannin rajoittaminen ja vastuullinen alkoholintarjoilu ravintoloissa. Toistaiseksi parhaat tulokset on saatu ravintola-projektissa ja ravintoloiden tarjoilu humalaisille oli vähentynyt vuonna 1999 verrattuna vuoteen 1996 (ks. Wallin 2002, 255).

3.1.8 Päätelmät

Ruotsin kansanterveysohjelmissa on kiinnitetty huomiota sosioekonomiseen eriarvoisuuteen myöhemmin kuin Suomessa, mutta 1990-luvulta lähtien ruotsalaisten panostus asiaan on ollut runsaampaa kuin Suomessa. Ruotsissa käytetään edelleen laaja-alaista komiteavalmistelua päätöksenteon tukena ja komiteoiden rooli on laajentunut myös toteutuksen tukeen ja valvontaan, kun Suomessa komiteatyöskentelyä ovat korvanneet virkamiestyöryhmien selonteot (ks. Tigerstedt & Karlsson 2003) tai jopa yhden selvitysmiehen selonteot. Ruotsin kansanterveyskomitean työhön (1997–2000) annettiin sekä aikaa että resursseja. Myös hyvinvointikomitea (1999–2001), joka ilman eksplisiittistä eriarvoisuusnäkökulmaakin joutui 1990-luvun laman seurauksia arvioidessaan tarkastelemaan terveyden eriarvoisuuskysymyksiä, oli ruotsalaisittainkin poikkeuksellisen avokätisesti resursoitu. Kansanterveyskomitean mietintö ja sen pohjalta tehty hallituksen kansanterveysohjelma sitoutuvat leimallisesti juuri tasa-arvon edistämiseen ja sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseen.

Ruotsissa on periaatteessa hyvä yleinen väestötietopohja ja runsaasti tutkimus- ja selvitystoimintaa, joskaan Ruotsissa ei ole samanlaisia terveysseuranta-aineistoja kuin Suomessa (FINRISKI ja AVTK-tutkimus). Terveyserojen tutkimista varten on oma tutkimuskeskuksensa (CHESS), joka on rakentanut alan tutkijoiden verkostoa Ruotsin korkeakouluissa ja joka kouluttaa tutkijoita. Kokonainen valtion laitos on organisoitu lähes päätoimisesti koordinoimaan ja seuraamaan Ruotsin kansanterveysohjelman toteutusta. Ruotsissakaan ei kuitenkaan tunnu olevan kovin hyvää keinovalikoimaa terveyserojen aktiiviseen kaventamistoimintaan. Monissa kohdin ruotsalaiset ovat myös hakeneet mallia Suomesta (Pohjois-Karjala-projekti, mielenterveystyö, esimerkiksi Suomen itsemurhaprojekti).

Vaikka valtakunnallinen kansanterveysohjelma on varsin tuore (vuodelta 2003), eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäviä lääni- ja paikallistason kansanterveysohjelmia laadittiin jo 1990-luvulla. Landstingsförbundetin ja kuntaliiton aloittamia hyvinvointitaseiden malleja on käytetty hyväksi, kun kansallisen ohjelman indikaattoreita on kehitetty (SOU 2000:91, Underlagsmaterialet, 708).

Ruotsalainen ohjelmien työstäminen on laaja-alaista ja ohjelmien tekemistä voi pitää osana eriarvoisuuden vähentämistyötä, sillä siihen osallistuu henkilöitä hallinnon eri tasoilta ja eri intressiryhmistä. Näin ohjelman kehittäminen on samalla ollut asioiden levittämistä tietoisuuteen ja niihin sitouttamisen pyrkimystä. Ruotsissa kuullaan myös ohjelmien kohteina olevia ja tästä toistuvasti muistutetaan: ohjelman toteutus ei onnistu, jos asianomaisia ei oteta prosessiin mukaan oman asiansa asiantuntijoina. Tässä mielessä Ruotsi vaikuttaa Suomea 'demokraattisemmalta', joskin toimintatapa voi tuntua hitaalta, tehottomalta ja kalliilta. Ruotsalaiset arvostelivat itsekin kansanterveysohjelman hidasta etenemistä maan hallituksessa. Hyväksytyä ohjelmaa arvostellaan myös liiasta kattavuudesta, jonka arvioidaan haittaavan toiminnan todellista priorisointia. Kansanterveysohjelman ja lukuisien muiden hankkeiden työstämisessä kertyy koko ajan runsaasti laajojakin dokumentteja, eikä ole selvää, miten kentällä toimivat ihmiset ehtivät perehtyä omaa aluettaan koskeviin ohjelmiin ja kehittämishankkeisiin.

Uuden kansanterveysohjelman toteutus on vasta alkanut eikä sen toimivuudesta ja tuloksista ole vielä tietoa. Paikallisia hyvinvointitaseista ja HKB:sta on jo esimerkkejä, joskaan ei vielä ole tiedossa, mikä niiden merkitys terveyserojen vähentämisessä on. Paikallistason sovellutuksiin ja muihin työskentelytapoihin perehtyminen, esimerkkinä mainittakoon Örebron monipuolinen kansanterveys-työ, saattaisi antaa virikkeitä Suomenkin terveyserojen kaventamisen paikallisen toiminnan kehittämiseen.

3.2 Englanti

Väestön terveydentilan sosioekonomisesta vaihtelusta on Englannissa raportoitu varhemmin kuin muissa maissa. Erityisesti kasvavan kaupunkiväestön epäterveelliset elinolot virittivät jo 1600-luvulla tekemään havaintoja elinolojen ja asuinalueen yhteydestä terveydentilaan (ks. esim. Lahelma 2001). Sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksen virstanpylväänä pidetään Edwin Chadwickin vuonna 1842 ilmestynyttä kansanterveysraporttia, joka muun muassa osoitti Liverpoolin asukkaiden eliniän pituuden vaihtelevan suuresti eri ammattiryhmissä (esim. Macintyre 1997). Miesten ammattiryhmittäisestä kokonaiskuolleisuudesta on vuodesta 1851 lähtien saatu tietoja kymmenvuosittaisten väestölaskentojen yhteydessä (Macintyre 1997). Virallisen tilaston (Registrar General) ammattiin rakentuvaa sosiaaliluokitusta on käytetty terveystilastoinnissa vuodesta 1911 lähtien aluksi 8-luokkaisena ja vuodesta 1921 lähtien 5-luokkaisena (Macintyre 1997; Blane ym. 1998).

Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat kasvaneet Isossa-Britanniassa erityisesti 1970-luvulta vuosituhannen vaihteeseen sekä miehillä että naisilla (Davey Smith ym. 2002). Kuitenkin I ja V sosiaaliluokan elinajan odotteiden ero oli vuosina 1997–1999 jonkin verran pienempi kuin edeltäneinä vuosina 1992–1996 (Donkin ym. 2002; Wanless 2003), mutta karkeampaa henkisen ja ruumiillisen työn jakoa käytettäessä erot kasvoivat. Myös tuloerojen on todettu kasvaneen voimakkaasti 1970-luvun puolivälistä 1990-luvulle, ja pienen laskun jälkeen uudestaan vuosina 1997–2000 (Davey Smith ym. 2002). Työttömyys kasvoi Englannissa 1980-luvun alkupuolella voimakkaasti, vuosikymmenen lopulla se väheni, mutta kasvoi uudestaan 1990-luvun alkuvuosina (Acheson ym. 1998, 19), joskaan tasot eivät olleet yhtä korkeat kuin Suomessa 1990-luvulla. Kaikkiaan elintasoerot kasvoivat ja köyhyys lisääntyi Englannissa 1980- ja 1990-luvuilla (Acheson ym. 1998; Black ym. 1999).

3.2.1 Terveyspolitiikka

Terveyseroihin on Englannin terveyspolitiikassa kiinnitetty huomiota jo 1800-luvun puolivälistä alkaen, mutta aivan viime vuosina terveyden eriarvoisuutta on Englannin politiikassa painotettu enemmän kuin koskaan aikaisemmin (Benzeval 2002). Ison-Britannian kansallisessa terveyspolitiikassa on tällä hetkellä myös edetty pitemmälle terveyserojen kaventamistoimissa kuin muualla Euroopassa (MacKenbach & Bakker 2003). Yhdistyneen kuningaskunnan eri osien sosiaalipolitiikka on kuitenkin erilaista ja meneillään olevan päätösvallan hajauttamisen (devoluution) vuoksi kukin osa kehittää omia strategioitaan enenevästi erilaisiksi, minkä vuoksi Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin terveyspolitiikkaa

mahdollisine erityispiirteineen ei tässä raportissa käsitellä.

Toisen maailmansodan jälkeen Isossa-Britanniassa tehtiin suuri terveydenhuollon uudistus, jonka tuloksena vuonna 1948 syntyi kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä, National Health Service (NHS). Terveydenhuollon palvelut perusterveydenhuollosta erikoistuneeseen sairaanhoitoon olivat maksuttomia käyttäjälle. Yhdenvertaisuus hoidon saamisessa oli siten kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän perusideologia (ks. Acheson ym. 1998, 111). NHS oli uranuurtajia julkiseen rahoitukseen perustuvan käyttäjälle maksuttoman terveydenhuollon luomisessa, sillä maksuton universaali terveydenhuoltojärjestelmä oli tätä ennen varsinaisesti luotu vasta Neuvostoliitossa tosin varsin erilaisiin olosuhteisiin. Rahoitusvaikeuksien takia NHS:ssä kuitenkin perittiin ainakin 1950-luvun alussa vähäisiä käyntimaksuja (www.nhs.uk/thenhsexplained/history).

Terveyspalvelujärjestelmä vaikuttaa terveyserojen muodostumiseen tai vähenemiseen yhtenä tekijänä muiden tekijöiden joukossa, eikä terveyspalvelujen osuutta sosioekonomisten terveyserojen syytekijänä ole juuri tutkittu (toisin sanoen ei ole ositettu palvelujärjestelmän ‘kontribuutiota’ sosioekonomisiin kuolleisuus- tai sairastavuuseroihin). Terveyspalvelujen käytössä ja hoitomuodoissa on kuitenkin havaittu sosioekonomisia eroja ja on arveltu että uudet usein kalliit teknologiat (esimerkiksi pallolaajennushoidot) voivat lisätä sosioekonomisia terveyseroja (Acheson ym. 1998; McKee 2002; Suomessa Keskimäki 1997, Keskimäki ym. 2002).

National Health Service’n merkitykseen yleisen terveydentilan parantamisessa oli kuitenkin uskottu. Niinpä Britannian kansainvälisesti suhteellisen huonot terveysindikaattorit ja yhä vain ilmenevät sosioekonomiset kuolleisuuserot herättivät siinä määrin huolta 1970-luvulla, että Labour-hallituksen pääministeri asetti työryhmän vuonna 1977 tekemään terveyseroista selvityksen, joka tuli tunnetuksi Black Reportin nimellä (1980, kansanpainos 1982). Selvityksessä osoitettiin, että sosioekonomiset kuolleisuuserot olivat edeltäneiden vuosikymmenien aikana kasvaneet, vaikka elinikä olikin noussut. Isossa-Britanniassa raportti yritettiin aluksi ohittaa vähin äänin, mutta julkitultuaan siitä tuli yksi merkittävimpiä II maailmansodan jälkeisen terveystalouden puheenvuoroja. Raportti vaikutti osaltaan muun muassa WHO:n Euroopan alueen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman muotoiluun, niin että terveyden tasa-arvo ilmaistiin ohjelman ensimmäisenä terveystavoitteena. Englannin kansallisessa politiikassa terveyseroihin ei kuitenkaan kovinkaan pontevasti puututtu Toryjen hallituskaudella (1979–1997), vaikka WHO:n Terveyttä kaikille -strategia hyväksyttiin vuonna 1985. Siitä huolimatta aluetasolla ja kaupungeissa tehtiin WHO:n tavoitteiden mukaista työtä, vaikkei sitä kansallisella tasolla erityisesti tuettu (Whitehead ym. 1998; Exworthy ym. 2003). Myös terveyserotutkimusta tehtiin ja tutkijat ja terveydenhuollon ammattilaiset pitivät Black Reportin herättämiä kysymyksiä jatkuvasti esillä (Whithead 1997). Poliitiikan puolella eriarvoisuutta ei pidetty suotavana käsitteenä, mutta vuonna

1991 ilmestynyt terveystalitiikan strategiaehdotus, *Health of the Nation*, samoin kuin samanniminen lopullinen dokumentti vuonna 1992, sisälsi sentään liiteosassa viittauksen terveyden vaihteluihin (Benzeval 2002). Terveystministeriö asetti vuonna 1994 komitean selvittämään ‘terveyden sosiaalisia variaatioita’ tunnustaen siten ongelmien olemassaolon (Exworthy ym. 2003). Konservatiivien hallituskauden viimeisinä vuosina terveystvariaatiot mainittiin jo enenevästi terveydenhuollon strategiapapereissa (Benzeval 2002).

Labour-puolue tuli valtaan toukokuussa 1997 ja jo heinäkuussa pääministeri asetti selvitysryhmän kartoittamaan terveyden eriarvoisuutta Sir Donald Achesonin johdolla. Samana kesänä Englannin historian ensimmäinen kansanterveysministeri käynnisti uuden kansanterveysohjelman suunnittelun, jossa terveyserojen tuli olla keskeisellä sijalla. Kansanterveysohjelman konsultaatioreportti, ‘Green Paper’ (*Our Healthier Nation: a Contract for Health*) julkaistiin helmikuussa 1998, yli puoli vuotta ennen Achesonin työryhmän raporttia (joka ilmestyi marraskuussa 1998). Lopullinen ‘White paper’ *Saving Lives: Our Healthier Nation* ilmestyi heinäkuussa 1999 (DH 1999a). Sen yleiset päämäärät olivat pidentää elämää (save lives), edistää terveempää elämää ja vähentää terveyden eriarvoisuutta. Samanaikaisesti julkistettu toimintareportti (*Reducing Inequalities in Health: An Action Report*, DH 1999b) ilmaisi hallituksen yleistavoitteiksi huono-osaisimpien terveyden parantamisen ja terveyseron kaventamisen. Terveyden eriarvoisuuden taustalla nähtiin yhteiskunnalliset syyt ja terveyserojen kaventamisen keinona eriarvoisuuden vähentäminen yleensä (Benzeval 2002). Toimintaohjelman (DH 1999b) ehdotukset rakennettiin ikään kuin suoraan vastauksiksi Achesonin raportin 39 päätoimintasuositukselle.

Vuoden 1999 kansanterveysohjelmassa ei esitetty määrällisiä tavoitteita terveyserojen kaventamiseksi, mistä sitä heti myös arvosteltiin. Vuonna 1997 oli aloitettu NHS:n modernisointi ja siihen liittyvässä uudistussuunnitelmassa (*The NHS Plan*, DH 2000) luvattiin ensimmäistä kertaa tehdä kansalliset terveyserojen kaventamistavoitteet, jotka terveystministeriö julkisti helmikuussa 2001 (Labour-hallituksen terveystalitiikan eri vaiheiden historiasta ks. esim. Benzeval 2002; Benzeval 2003; Bull & Hamer 2001; Exworthy ym. 2003; www.ohn.gov.uk/inequ.htm; Graham 2004).

Labourin ensimmäisenä kauden aikana (1997–2001) käynnistettiin kymmeniä erilaisia uudistuksia, erillisohjelmia ja interventioita, joissa terveyserojen kaventaminen oli keskeisenä asiana jo ennen kuin hallituksen kansanterveysohjelma oli julkistettu tai terveyserojen kaventamista koskevat määrälliset tavoitteet asetettu. Erityisesti käynnistettiin erilaisia aluelähtöisiä hankkeita, joita toisella kaudella ryhdyttiin sovittamaan politiikan perustoimintavaliikkoon (‘mainstreaming’). Muutosten vauhti on jatkunut toisellakin kaudella ripeänä. Uudistusten ja hankkeiden suunnittelusta, toteutuksesta, tarkennuksista ja edistymisestä on tavallisesti perusteelliset dokumentit saatavilla ministeriöiden ja laitoksien verkkosivuilta

(ks. esim. 4-sivuinen luettelo asiaan liittyvistä pääosin virallislouehteisista 'hyödyllisistä julkaisuista ja www-osoitteista' DH 2003 Annex E).

Kansanterveysohjelman terveyseroja koskevassa toimintasuunnitelmassa (DH 1999b) ei Benzevalin (2002) mukaan varsinaisesti esitelty uusia politiikan muotoja, mutta se ensimmäistä kertaa kokosi köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen politiikan keinot terveyserojen vähentämisen välineistöksi.

Terveysministeriöllä on työnjakosyistä johtava rooli terveyspolitiikassa, mutta terveyserojen kaventamisen painotus on tuonut mukanaan vahvan kansallisen, alueellisen ja paikallisen sektorirajat ylittävän toiminnan. Terveysministeriön johdolla toimii valtioneelinten yhteinen kansanterveys- ja terveyseroryhmä (Cross-Government Group on Public Health and Inequalities), jonka tehtävänä on seurata ja valvoa terveyspolitiikan tavoitteiden toteutumista.

Merkittävää on valtiovarainministeriön aktiivinen osallistuminen uudistuspolitiikkaan. Valtiovarainministeriön aloittamien 'poikkihallinnollisten' katsauksien sarjassa (Cross-Cutting Reviews) ilmestyi myös terveysministeriön kanssa yhdessä tehty terveyserokatsaus (*Tackling Inequalities, Cross-Cutting Review* (CCR, HMT & HO 2002)), jossa kirjataan Labourin terveyspolitiikan siihenastinen kehitys Achesonin raportin jälkeen ja listataan jatkotoiminnan prioriteetit. Katsauksessa todetaan, että eri alojen ministerit ja viranomaiset yhdessä paikallishallinnon edustajien ja akateemisten asiantuntijoiden kanssa ovat siinä ensimmäistä kertaa pohjineet resurssien sovittamista terveystarpeisiin ja kehittäneet pitkän aikavälin strategiaa terveyserojen kaventamiseksi. Valtiovarainministeriön johtamassa ryhmässä oli mukana edustajia kahdeksasta ministeriöstä ja pääministerin sekä varapääministerin virastoista (Cabinet Office ja Office of the Deputy Prime Minister), pääministerin politiikkayksiköstä (No 10 Policy Unit), useista toiminnallisista erityisyksiköistä (esimerkiksi Social Exclusion Unit, Sure Start Unit, Neighbourhood Renewal Unit) ja paikallishallinnosta. Katsauksessa osoitetaan terveyserojen kaventamisohjelman eri osien hallinnolliset vastuutahot.

Jatkona toiminnan suunnittelulle ilmestyi heinäkuussa 2003 uusi toimintaohjelma, *Tackling Inequalities in Health, A Programme for Action* (DH 2003), joka jäsentää hieman uudella tavalla hallituksen seuraavien kolmen vuoden terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tavoitteineen.

Hallituksen politiikassa otettiin siten ensin terveyserojen kaventaminen keskeiseksi terveyspolitiikan päämääräksi, ja se kytkettiin alusta asti laajempaan pyrkimykseen vähentää köyhyydestä ja deprivatiosta johtuvia eroja eri alueiden välillä. Kaikkien julkisten palvelujen tuli toimia tämän päämäärän hyväksi. Strategiana oli modernisoida NHS:n rakenne ja toiminta ja kehittää eri sektorien yhteistoimintaan perustuvia aluepohjaisia ja muita uudistamisohjelmia ja interventioita (ks. Bull & Hamer 2001, 3).

3.2.2 Terveyserojen kaventamistavoitteet

Achesonin työryhmän raportissa (1998) päädyttiin joukkoon politiikkasuosituksia, joista kolmea työryhmä piti ehdottoman tärkeinä:

- 1) Kaikki politiikka, joka vaikuttaa terveyteen, pitää arvioida sen aiheuttamien terveyserovaikutusten suhteen.
- 2) Lapsiperheiden terveyttä on priorisoitava vahvasti.
- 3) Tuloeroja olisi vähennettävä ja köyhien kotitalouksien elintaso olisi parannettava.

Tarkemmin työryhmä teki 39 pääsuositusta koskevan luettelon, mutta useissa suosituksissa oli alasuosituksia, joista yhteensä kertyi 74 suositusta (Exworthy 2003; Acheson ym. 1998). Achesonin raportin suosituksia käytettiin hyväksi vuoden 1999 White Paperissa ja toimintasuunnitelmassa. White paperissa ei esitetty määrätavoitteita terveyseroille, mutta kylläkin syöpäkuolleisuudelle (1/5 aleneminen vuoteen 2010 alle 75-vuotiailla), sepelvaltimotauti- ja aivoinfarktikuolleisuudelle (2/5 aleneminen alle 75-vuotiailla), tapaturmakuolleisuudelle (1/5 aleneminen kaikissa ja 1/10 vakavissa onnettomuuksissa) ja mielenterveyssyistä johtuvalle kuolleisuudelle (lähinnä itsemurhakuolleisuudelle, 1/5 aleneminen vuoteen 2010).

National Health Service'n suunnitelma (DH 2000) kohdentui pääosin terveydenhuoltojärjestelmään, mutta suunnitelman 13. luku käsitteli terveyserojen vähentämistä ja summasi hallituksen siihenastiset terveyserojen kaventamistoimet (Exworthy ym. 2003). Tässä dokumentissa luvattiin ensi kerran asettaa kansalliset erojen kaventamistavoitteet, jotka siis julkaistiin vuonna 2001.

Aluksi puhuttiin kahdesta tavoitteesta, mutta Cross-Cutting Review'ssa (2002) ne ilmaisiin yhtenä kansallisena tavoitteena: vähentää vuoteen 2010 mennessä terveyseroja kymmenellä prosentilla mitattuna imeväiskuolleisuudella ja elinajanodotteella syntymän hetkellä. Tavoite on jaettu kahdeksi osatavoitteeksi (objectives):

- Aloittaen alle vuoden ikäisistä lapsista, vuoteen 2010 vähennetään vähintään 10 %:lla kuolleisuuseroa yksitoikkoista ja ruumiillista työtä tekevien ryhmien (routine and manual groups) ja koko väestön välillä
- Aloittaen paikallistasolta (local authorities), vuoteen 2010 mennessä vähennetään vähintään 10 %:lla elinajanodotteen eroa elinajanodotteeltaan alimman viidenneksen alueiden ja koko maan väestön välillä.

Kansanterveysohjelman (Our Healthier Nation, OHN) verkkosivukatsauksessa todetaan, että esitetyn 10%:n luvun realistisuutta ja haastavuutta saatetaan tarkistaa ajan myötä kummankin alatavoitteen osalta (www.ohn.gov.uk/ohn/inequ.htm, 2003).

Tupakoinnissa erojen kaventamistavoite asetettiin erikseen syöpätauteja koskevassa ohjelmassa (*Cancer Plan*) vuonna 2000. Tätä ennen tupakoinnista ilmestyi

kansallinen terveystaloudellinen dokumentti *Smoking Kills* vuonna 1998, jossa terveystaloudellisten vähenemiseen liittyviä tavoitteita ei ollut.

Kansanterveyspolitiikan aloitteet ja suunnitelmat tiivistettiin myös dokumentissa *From Vision to Reality* (DH 2001). Dokumentissa *Tackling Inequalities in Health: Consultation on a Plan for Delivery* (DH 2001) keskusteltiin tavoitteita koskevista näkemyksistä ja esitettiin kuusi prioriteettialuetta: raskaus ja lapsuuden aika, lapset ja nuoret, perusterveydenhuolto, sepelvaltimotauti ja syöpä, epäedullisessa asemassa olevien yhteisöjen auttaminen ja laajempiin terveysdeterminantteihin puuttuminen (ks. Exworthy 2003, Bull & Hamer 2001). Tässä vaiheessa tuli esille tarve siirtää politiikan painopistettä lyhytaikaisista projekteista perustoimintojen budjetoinnin piiriin (Exworthy 2003, 6). Aiemmin mainitussa Cross-Cutting Review'ssa (HMT & HO 2002) näkökulmaa laajennettiin aluepainotuksesta ja heikoimmassa asemassa olevista siten, että tunnustettiin terveystaloudella olevan sosiaalinen gradientti ja että interventioiden on tavoitettava muutkin kuin kaikkein heikoimmassa asemassa olevat väestönosat (Exworthy 2003, 7). Koko sosioekonomisen ja kaupan huomioonottaminen oli myös Achesonin työryhmän lähtökohtana (Acheson ym. 1998, 8).

Terveystaloudellisten vähenemistä suoraan ja välillisesti koskevia erillisiä tavoitteita on esitetty monissa dokumenteissa 2000-luvulla. Terveystaloudministeriön alaisessa Health Development Agencyssä (HDA) niistä on koottu luettelo (Hamer ym. 2003), joka esitetään liitteessä C. Myös kansanterveysohjelman kotisivuilla kuvataan pää-tavoitetta ja erillistavoitteita ja niihin liittyviä taustoja ja toimenpiteitä (www.ohn.gov.uk/inequ.htm).

Uusimman terveystaloudpolitiikan 3-vuotisen toimintaohjelman (*Tackling Health Inequalities. A Programme for Action*, DH 2003) esipuheessa pääministeri uudisti hallituksen sitoutumisen terveystaloudellisten vähenemiseen sosiaalisen oikeudenmukaisuuden nimissä. Hallituksen tavoitteena todetaan olevan vähentää terveystaloudellisia vaikuttamalla terveystaloudellisten laaja-alaisiin syytekijöihin kuten köyhyyteen, huonoon koulumenestykseen, työttömyyteen, huonoon asumistasoon, kodittomuuteen ja heikkotasoisien asuinalueiden ongelmiin (DH 2003, 7). Tätä lähestymistapaa tukee kansallinen edellä esitelty 10 %:n vähenemistavoite, josta on tehty terveystaloudministeriön julkisia palveluja koskeva sopimus (Public Service Agreement, PSA) ja lisäksi kansallinen paikallishallintoa koskeva julkisten palvelujen sopimus.

Uusi ohjelma rakentuu erityisesti seuraaville aiemmille dokumenteille

- Achesonin raportti (1998)
- Saving Lives: Our Healthier Nation (1999)
- The NHS Plan (2000)
- Tackling Health Inequalities: Consultation on a Plan for Delivery (2001)
- Tackling Health Inequalities. 2002 Cross-Cutting Review (2002)

Uudessa ohjelmassa painotetaan yhtäältä suoritusportaan työntekijöiden, yhteisöjen, vapaaehtoisjärjestöjen, talouselämän ja yksilöiden sitoutumista ja toisaalta suunnittelun, suoritusten ohjauksen ja valvontarakenteiden antamaa tukea. Strategia rakentuu vuonna 2002 Cross-Cutting Review'ssä ilmaistulle eri hallinnonalojen yhteistyösitoumukselle (DH 2003, 9).

Terveyserojen ulottuvuudet on ryhmitelty neljäksi teema-alueeksi:

- 1) Tuetaan perheitä, äitejä ja lapsia
- 2) Kytetään yhteisöt ja yksilöt toimintaan ja vahvistetaan kykyä tarttua paikallisiin ongelmiin ja huono-osaisiin alueisiin
- 3) Ehkäistään sairauksia ja tarjotaan tehokasta hoitoa ja hoivaa
 - tupakkapolitiikalla
 - parantamalla perusterveydenhuoltoa
 - vaikuttamalla 'isoihin tappajiin' sepelvaltimotautiin ja syöpään.NHS:llä on avainosa kansallisten tavoitteiden saavuttamisessa niin paikallis- kuin kansallisen tason toiminnassa.
- 4) Vaikutetaan terveyden taustatekijöihin ja kannustetaan siinä yhteisiin ponnistuksiin vuoteen 2010 asti ja sen jälkeen.

Strategian teemojen taustaksi esitetään viisi periaatetta:

- 1) Terveyserot eivät saa kasvaa.
- 2) Työskennellään normaalien perustoimintojen kautta
 - palvelut ovat usein huonoimpia heikoimmilla alueilla eivätkä ne vastaa eriytyneisiin tarpeisiin, tarvittava muutos on mahdollinen vain jos perustoiminnot vastaavat huono-osaisten tarpeisiin (esimerkkinä pikkulapsiin kohdistuva Sure Start -ohjelma, joka esitellään tuonnempana).
- 3) Erilliset interventiot
 - eivät saa korvata perustoimintoja, mutta ne voivat tarjota erilaisia tapoja vastata tarpeisiin, virittää innovaatioita, vaikuttaa erityisiin ongelmiin tai tukea niitä joiden on vaikea päästä käyttämään palveluja. Interventiot voivat koskea syrjäseutuja, maaseutua, teini-ikäisiä vanhempia, heikossa asemassa olevia vanhuksia, mustia ja muita etnisiä vähemmistöjä, huostaanotettuja lapsia, kodittomia, turvapaikan hakijoita ja vankeja. Oppia käytetään peruspalvelujen parantamiseen.
- 4) Toimintaa tuetaan keskushallinnosta ja alueiden kautta
 - politiikan on oltava täysin integroitua peruspalvelujen suunnitteluun, suoritusten ohjintaan ja valvontaan, jotta kansalliset prioriteetit ja paikalliset tarpeet tulevat huomioonotetuiksi – esimerkiksi näihin: NHS:n prioriteetti- ja suunnittelukehys (NHS Priorities and Planning Framework) ja kansallinen paikallishallintoa koskeva PSA (Public Service Agreement).

5) Toteutus tapahtuu paikallistasolla

- palvelut ja niiden paraneminen koetaan paikallistasolla. Paikallispalveluista saatu kokemus auttaa terveysero-ohjelman kehittämistä ja kansallisten standardien ja paikallisen monimuotoisuuden luomista (DH 2003, 9–10).

Teemoista ja periaatteista on ristiintaulukoimalla rakennettu toimintamatriisi, jonka aikajana on sijoitettu välille 2003–2030, jolloin kauden lopussa on saavutettu pitkän aikavälin terveyserojen väheneminen (DH 2003, 11). Strategiakarttaan on koottu soveltuvien toimintojen vuosittainen eteneminen 2003–2010 erikseen koskien

- terveyden taustasyitä (asuminen, koulutus, työllisyys ja tulot, liikenne),
- yhteisöjen ja ihmisten aktivoimista,
- sairauksien ehkäisyä ja tehokasta hoitoa ja hoivaa (riskien vähentäminen tehokkaalla ehkäisemisellä, aikainen terveysongelmien paljastaminen, interventio ja hoito, parempi pääsy tehokkaaseen hoitoon)
- perheiden ja lasten tukemista (äitiys- ja lastenhuolto ja lasten kehitys, lasten ja nuorten elämänmahdollisuuksien parantaminen, teiniraskauksien vähentäminen ja teiniäitien tuki) (DH 2003, 55–57).

Ohjelma ulottuu kaikkien ministeriöiden toiminta-alueelle, samoin kaikille aluehallinnon ja paikallishallinnon aloille. Toiminnan kehyksenä ovat suunnitelmat, tavoitteet ja välitavoitteet ja ne on kytketty läpi koko hallintorakenteen toiminnan ohjausjärjestelmään (performance management). NHS:n tavoitteita on ohjannut prioriteetti- ja suunnittelukehys (PPF, Priorities and Planning Framework). Keskushallinnosta lähtevän ohjauksen ohella kuitenkin tähdenetään suoritusportaan työntekijöiden vapautta innovoida paikallisten tarpeiden mukaisesti (DH 2003, 5).

Kansallinen päätavoite on siis edellä mainittu 10% terveyserojen vähennys lapsikuolleisuudessa ja elinajanodotteessa. Jotta saataisiin väliaikatietoja strategian toimivuudesta ja oikeasta suunnasta, on kehitetty kansalliset pääindikaattorit, joilla myös mitataan paikallisia muutoksia. Näiden lisäksi paikallistasolla todetaan tarvittavan omia toimintaa tukevia indikaattoreita. Kansalliset pääindikaattorit ovat seuraavat 12 laaja-alaista mittaria (lueteltuina englanninkielisen aakkosjärjestyksen mukaan, DH 2003, 50–51 ja Annex C):

- 1) Pääsy perusterveydenhoitoon – perusterveydenhuollon ammattilaisten luku/100 000 asukasta
- 2) Onnettomuudet – tieliikenneturmat epäedullisessa asemassa olevilla alueilla (communities)
- 3) Lapsiköyhyys – matalatuloisissa perheissä elävien lasten osuus
- 4) Ruokavalio – 5 A DAY – niiden osuus jotka käyttävät vähintään viisi annosta hedelmiä tai vihanneksia päivässä tulotasoltaan matalimmassa viidenneksessä

- 5) Koulutus – niiden 16-vuotiaiden osuus, jotka saavat kansallisissa päättötutkinnoissa riittävän hyvät arvosanat voidakseen pyrkiä korkeakouluihin
- 6) Kodittomuus – kodittomien tilapäisasumuksissa asuvien lapsiperheiden osuus
- 7) Asuminen – ala-arvoisissa (non-decent) asunnoissa asuvien osuus
- 8) Influenssarokotukset – ikääntyneiden (65+) rokotusaste
- 9) Fyysinen aktiivisuus ja koululiikunta – koululaisten osuus jotka käyttävät vähintään kaksi tuntia viikossa korkeatasoiseen fyysiseen harjoitukseen ja koulun urheiluun kouluohjelman puitteissa ja ohella
- 10) Tupakointiprevalenssi – ruumiillista työtä tekevien tupakoivuus ja raskaana olevien naisten tupakoivuus
- 11) Teiniraskaudet – alle 18-vuotiaitten raskaudet
- 12) Kuolleisuus ‘päätapajatauteihin’ – ikävakioitu kuolleisuus per 100 000 suurimman kuolleisuuden taudeissa (syöpä, verenkiertoelinten taudit), alle 75-vuotiailla (korkeinta kuolleisuutta edustavilla 20 %:lla alueista verrattuna kansalliseen tasoon).

3.2.3 Terveyserojen kaventamiskeinot

Yleinen politiikka: köyhyden ja syrjäytymisen vähentäminen

Terveyserojen kaventamistoimintaa on tuettu erillisrahoituksella jo vuodesta 1998 alkaen. Suuri osa toiminnasta on tapahtunut NHS:n kautta paikallistason aloitteina. NHS:lle haluttiin antaa johtava rooli toiminnan käynnistäjänä ja toteuttajana. Osa näistä hankkeista on jo päättynyt (Benzeval & Meth 2002). Alkuaikoina käynnistettiin erityisesti alueellisia hankkeita.

Labour-hallituksen politiikassa terveyserojen kaventaminen nousi varsin keskeiseksi politiikan alueeksi, johon monet muut politiikan alueet on pyritty kytkeämään. Erityisesti köyhyden vähentäminen ja työllisyyden parantaminen on keskeisesti liitetty terveyserojen kaventamiseen (ks. Benzeval 2002). Benzevalin (2002, 206) mukaan näkökulman laajennus oli merkittävä, vaikka vuoden 1999 ohjelmassa kirjattiin lähinnä jo muuten tehdyt sosiaalipoliittiset hankkeet terveyserojen vähentämispoliittikan yhteyteen. Hallituksen strategiset ohjelma-alueet (MH 1999b) olivat (Benzeval 2002, 207):

- 1) elintason nostaminen: keinoina minimipalkan säätäminen, verohelpotukset lapsiperheille ja joidenkin etuuksien korottaminen
- 2) työllisyyden lisääminen mm. tarjoamalla työskemoja erilaisille priorisoiduille ryhmille
- 3) koulutuksen ja varhaislapsuuden olojen parantaminen mm. parantamalla koulutuksen standardeja ja kohentamalla esikouluikäisten oloja Sure Start-ohjelman avulla
- 4) liikenteessä ja liikkuvuudessa on asetettu tavoitteita liikenneonnettomuuksien

vähentämiseksi ja turvallisten kävely- ja pyöräilyreittien kehittämiseksi ja vanhusten kuljetuspalvelujen standardisoimiseksi

- 5) terveiden yhteisöjen rakentaminen: erilaiset elvyttämisohjelmat, mm. Healthy Action Zones-ohjelma (HAZ)
- 6) asuminen: sosiaalisen asumisen (kunnan omistamien asuintalojen) parannukset, kodittomuuden vähentäminen
- 7) rikollisuus: yhteisöllisiä preventiomalleja ja huumeiden käyttöön puuttuminen
- 8) NHS: yhteistyösuhteet paikallishallintoon, resurssienallokointikaavojen uudistus, kansalliset palvelukehykset tiettyjen tilojen hoidon standardoimiseksi koko maassa, suoritteiden ohjauksen laajentaminen koskemaan oikeudenmukaista hoitoonpääsyä ja terveyden parantamista
- 9) kansanterveys: ensimmäistä kertaa kansanterveysministeri

Pakollinen minimipalkka säädettiin ensi kerran vuonna 1999. J.N. Morris ym. (2000) arvioivat kuitenkin, että minimipalkka ei riittänyt kansanterveydelliseen tietoon perustuvaan kohtuulliseen 'terveelliseen elämään', kun hypoteettinen esimerkkiarvio laskettiin terveelle 18–30-vuotiaalle keskimittaiselle ja -painoiselle miehelle vuoden 1999 palkka- ja hintatasolla.

New Deal for Communities -ohjelma

Yksi suurimpia köyhimpien lähiympäristöjen (neighbourhoods) elvytysohjelmia on niin sanottu *New Deal for Communities* -ohjelma (NDC), joka liittyy hallituksen laajempaan lähiympäristöjen uusimisstrategiaan (*A New Commitment to Neighbourhood Renewal*). Lähiympäristön elvytysstrategian tavoitteena on saavuttaa korkeampi työllisyys, vähempi rikollisuus, parempi terveys, lisääntyneet taidot ja parempi asumistaso sekä fyysinen ympäristö. Peruseriaatteena on, että 10-20 vuoden kuluessa kenenkään ei pitäisi olla asuinpaikkansa takia vakavasti huono-osainen.

NDC-ohjelma on alkanut vuonna 1998 ja suunniteltu 10-vuotiseksi. Siihen on valittu 39 aluetta, joista kullakin asuu enintään 4000 kotitaloutta. Alueet on valittu alueellisen ja paikallisen deprivatioindeksin perusteella ja maantieteellisesti kattavasti, jotta saataisiin esimerkkejä koko maan alueelta. Alueiden asukkaat osallistuivat lähiympäristökokeiluun tulevien pienalueiden valintaan. Niin kuin Labourin uusissa ohjelmissa yleensä, toiminta perustuu yhteistyölle eli 'kumppanuuksille', ja toiminnassa ovat mukana paikalliset organisaatiot, tavalliset ihmiset, liike-elämä ja vapaaehtoisjärjestöt.

Kukin alueista on saanut hankkeeseen rahoitusta 35–60 miljoonaa puntaa. NDC kumppanit ovat kehittäneet omia paikallisia oppimissuunnitelmiaan. Lisäksi koko NDC-hanketta arvioidaan varapääministerin viraston yhteydessä toimivan Neighbourhood Renewal- yksikön (NRU) koordinoimana. Sen tehtävänä on tuottaa evidenssiä toimivista tavoista ja toimintamekanismeista, tehdä kustannus-

tehokkuuslaskelmia ja hyötyarvioita (value for money) sekä tukea ohjelman kumppanuustoimijoita. Evaluaation tekee yliopistoista ja yksityisistä laitoksista koostuva konsortio ja sitä johtaa Centre for Regional Economic and Social Research (CRESR) Sheffieldin Hallam yliopistossa. Luvassa on myös kuusi yksityiskohtaista tapaustutkimusta. (NRU 2003). Hallituksen laajasta lähiympäristöjen uusimisstrategiasta, jossa pyritään köyhyyden ja sosiaalisten ongelmien vähentämiseen ja kestäväan kehitykseen, on runsaasti materiaalia Neighbourhood Renewal Unitin kotisivuilla (hallituksen terveyshankkeiden sijoittumisesta tähän ohjelmaan ks. esim. RNU 2002) ja on-line verkkosivustolla, johon kerätään kokemuksia, tietoa ja ohjeistoja (www.renewal.net). Vuonna 2003 ilmestyneessä NDC-toiminnan toisessa vuosiraportissa on todettu, että työllisyyden, terveyden, asumisen ja ympäristön parantamistavoitteita on myös saavutettu.

Health Action Zones

Health Action Zones-ohjelma oli Labour-hallituksen ensimmäisiä alueinterventio-ohjelmia ja keskeinen osa sen terveystarpeiden kaventamisen strategiaa (Benzeval 2003). 'Terveysvyöhykkeiden' oli yhtäältä saavutettava sekä terveyden parempi taso että pienemmät terveyserot, toisaalta niiden tuli olla tienraivaajina kehitettäessä uusia tapoja vaikuttaa paikallisesti terveystarpeisiin (Benzeval 2003).

Terveysvyöhykkeiden ideologiassa oli osittain samoja piirteitä kuin WHO:n Healthy Cities -hankkeessa (esim. Liverpool Healthy City, epv, 18) ja jotkin HAZ-alueet ovat Healthy City-alueilla. Varsinkin yhteistyösuhteiden luominen on ollut molemmissa olennaista. Kumppanuuksien muodostaminen oli HAZ-rahoituksen ehtona, samoin kuin yhteisön aktivoiminen, tavoitteiden asettaminen ja toimintaohjausjärjestelmän käyttöönotto (Judge ym. 1999).

Terveysvyöhykkeeksi valittiin hakemusten perusteella 26 aluetta 41 hakijasta kahdessa vaiheessa vuosina 1997–1998. Alueiden väkiluku vaihtelee 180 000:sta 1,4 miljoonaan ja vyöhykkeillä asuu yhteensä 13 miljoonaa ihmistä. Suurin osa alueista on Pohjois-Englannissa ja keskisessä Englannissa. Alueet ovat keskenään varsin erilaisia ja ne sijaitsevat usein monien hallintopiirien alueella (aluksi ne olivat 34 Health Authority'n ja 73 paikallishallinnon alueella, mutta hallintorakenne on sittemmin uusittu). Terveysvyöhykkeistä ei yksikään ollut Kaakkois-Englannin hallintoalueelta, mutta sieltä valittiin vuonna 1999 10 liitännäisvyöhykettä, joiden rahoitusapu on kuitenkin hyvin pieni (www.haznet.org.uk/hazs/background.asp). Itse HAZ-alueidenkin valtiolta tulevaa rahoitusta on pidetty varsin pienenä: perusrahoitus oli yhteensä noin 52 miljoonaa puntaa vuodessa jaettuna kaikille 26 alueelle vuosina 2000–2002. Tosin vyöhykkeillä on ollut etusija eräissä muissa rahoituksissa ja niille on myös myönnetty muuta omaa erillisrahoitusta (esim. Smoking Kills -rahaa tupakoinnin lopettamispalveluihin, innovaatorahaa, *healthy living centres* -rahaa).

Rahoituskaudeksi luvattiin alunpitäen seitsemän vuotta. Rahoitus kuitenkin annettiin ensin kolmeksi vuodeksi, ja jonkin ajan kuluttua myönnettiin lisävuosi. Vuoden 2002 lopussa terveysvyöhykkeille on myönnetty taas jatkorahoitusta seuraaviksi kolmeksi vuodeksi Primary Care Trustien kautta hallinnoitavaksi nimenomaan terveyserojen kaventamista koskevaan toimintaan (Judge ym. 1999; Benzeval 2003, 12, ks. myös www.haznet.org.uk/hazs).

Terveysministeriön ohjeiden mukaan HAZin tulee noudattaa seuraavia periaatteita:

1. Oikeudenmukaisuuden/tasa-arvon tavoittaminen (Achieving equity)
 - terveyserojen vähentäminen, terveyspalvelujen saatavuuden tasa-arvoisuus ja oikeudenmukaisuuden lisääminen resurssien allokoinnissa
 2. Yhteisöjen aktivointi
 - yleisö mukaan suunnitteluun, palvelujen käyttäjien 'valtauttaminen' ottamaan vastuuta terveydestään ja hoitopäätöksistä
 3. Kumppanuustyöskentely
 4. Suoritusportaan työntekijöiden aktivointi
 - työntekijät mukaan kehittämiseen, toteuttamiseen, joustavien ja responsiivisten organisaatioiden kehittämiseen
 5. Näyttöön perustuva lähestymistapa
 - jäsentyneempi ote suunnitteluun ja palvelujen tuottamiseen
 6. Henkilökeskeinen lähestymistapa palveluihin
 - ihmisten tarpeet huomioon, palvelut lähelle ihmisiä
 7. Kokonaisjärjestelmä lähestymistapa
 - terveys- ja sosiaalipalvelut ja muut palvelut toisistaan riippuvaisia
- (Judge ym. 1999, 6).

Alueet pääsivät HAZEiksi, koska niiden väestöllä oli huonompi terveydentila ja enemmän huono-osaisuutta kuin Englannissa keskimäärin, tosin alueiden deprivatioaste vaihteli. Yksi HAZiksi pääsyn houkutin oli, että prosessia arvioidaan koko ajan myös ulkopuolisen arvioijaryhmän avulla (ryhmän koordinoijana Ken Judge, ks. Judge 1999,3).

Arvioijaryhmän jäsen Michaela Benzeval (2003) on arvioinut erityisesti terveysvyöhykkeiden terveyserojen kaventamistoimintaa vuoteen 2002 mennessä käymällä läpi muun muassa kaikkien 26 HAZ-alueiden toimeenpanosuunnitelmat ja tekemällä kyselyn paikallisista strategioista sekä tutkimalla haastattelujen avulla kolme vyöhykettä tarkemmin. HAZ-alueiden väestöllä oli huonompi terveys kuin maassa keskimäärin monilla indikaattoreilla mitaten, mutta niiden terveyserot olivat pienemmät. Jos terveyden taso oli erityisen huono ja erot pienehköjä, alueet halusivat pikemminkin tasoittaa eroa muuhun maahan kuin käydä käsiksi oman alueen sisäisiin terveyseroihin. Maan keskimääräistä tasoa lähempänä olevilla alueilla terveyserot olivat suuremmat ja näillä aluilla oli helpompaa kohdentaa huomio

terveyseroihin.

‘Terveysvyöhykkeillä’ toteutetut projektit ja toimet ovat olleet hyvin monenlaisia ja keskenään erilaisia. Esimerkiksi Lontoon pohjoispuolella sijaitsevan Lutonin HAZ-alueen ohjelmaluettelossa vuosilta 1998–2002 oli 87 projektia, jotka koskivat muun muassa Vauxhallin tehtaan lopettamisen mielenterveysseuraamusten hoitoa, nuorten aikuisten työllistämistukea, aivoinfarktikutoutusta, Hindu-keskuksen joogaluokkaa, lasten koulussa saamia ilmaisia hedelmiä (Fruit in schools on erillinen valtakunnallinen ohjelma) ja ylipainoklinikoiden liikuntaohjelmaa (Luton Health Action Zone epv.)

Benzeval löysi vyöhykkeiltä yleisesti kolmenlaisia lähestymistapoja terveyseroihin: jotkut fokusoivat sairauksien perussyihin, toiset halusivat painottaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon modernisointia ja niiden oikeudenmukaisuutta ja kolmannet pyrkivät vähentämään eriarvoisuutta oman alueensa ja koko maan välillä (Benzeval 2003, vi).

Benzeval erikseen tutkimat kolme HAZia edustivat näitä erilaisia lähestymismalleja. Yhdellä alueella terveyden indikaattorit olivat erityisen huonot (Itä-Lontoo ja City), toisella oli suuria eroja eri kaupunginosien välillä (Sheffield) ja kolmannessa oli sekä keskimääräistä huonompi terveys että myös huomattavat terveyserot (North Staffordshire). Vyöhykkeillä asetettiin päämäärät ja tavoitteet varsin eri tavoin: Lontoossa tarkasteltiin alueen suhdetta ulospäin, Sheffieldissä alueen sisäisiä eroja ja North Staffordshiren näkökulma sisälsi molemmat. Alueiden edustajille oli yhteistä, etteivät he uskoneet terveyserojen kaventamisen olevan saavutettavissa oleva päämäärä. Tämä ei ollut periaatteellinen kanta, vaan heidän mielestään HAZ-resurssit olivat liian pienet merkittävien väestötason muutosten aikaansaamiseen ja lisäksi he pitivät aikaväliä liian lyhyenä. HAZin roolina he pitivät sitä, että voidaan kehittää paikallista valmiutta terveyseroihin tarttumiseksi. (Benzeval 2003, vii).

Benzevalin tapaustutkimusalueilla oltiin HAZin alkuaikoina innostuneita hankkeesta, mutta pelättiin pystytäänkö keskushallinnon vaatimuksia täyttämään. Kaikissa vallitsi epäselvyys eriarvoisuuden määrittelystä. Terveyden eriarvoisuuden piikkiin tuntui menevän monenlaisia asioita ja ryhmiä. Ohjelman keskivaiheessa keskushallinto uudisti prioriteetit ja rakenteita muutettiin (kuten kumppanuuksia ja johtamisprosesseja). HAZ-alueilla projekteja arvioitiin olevan liikaa. Kun rahoitusta vuonna 2002 alettiin jakaa perusterveydenhuollon yhtymien (Primary Care Trusts) kautta, yksi tapaustutkimus-HAZEista hajosi kolmeksi eri Primary Care Trustien piirissä olevaksi hankkeeksi. Rahoituskatkon takia yksi HAZ hiipui kokonaan, mutta sen toimijat yrittivät jatkaa terveyseroihin vaikuttamista alueensa muussa toiminnassa. Yksi HAZ alkoi pohjustaa itselleen paikkaa ‘muutoksen fasilitoijana’ paikallisessa kumppanuusrakenteessaan.

Haastatteluissa HAZia myös arvosteltiin. Rahoja arvioitiin käytetyn osittain perustoimintojen paikkailuun, mikä toisten mielestä olikin ihan oikein ja palveli pitemmällä tähtäimellä kaikkia osapuolia. Yleensä pidettiin hyvänä että terveyserot oli saatu näkyviksi ja työn kohteeksi, ja myös arveltiin että näkemys terveyden syytekijöistä oli laajentunut. Myös yhteistyösuhteiden kehittämiseen ja muotoutumiseen oltiin tyytyväisiä. Suunnittelutaitoja oli opittu ja lisäksi myös perustoiminnoissa eli peruspalveluissa oli tapahtunut parannusta.

HAZ-prosessin kannalta kielteistä oli että samaan aikaan tapahtui suuria NHS:n ja paikallishallinnon hallinnollis-rakenteellisia muutoksia. Ihmiset olivat huolissaan työpaikoistaan, joita joutuivat hakemaan uudistetuissa organisaatioissa, eikä energia riittänyt muille suurisuuntaisille kehittämishankkeille. Joissakin HAZEissa henkilökunta vaihtui koko ajan eikä sitoutuneisuutta, oppimista ja jatkuvuutta syntynyt. Jotkut seniorit olivat myös uudistuksia vastaan.

Benzevalin analyysin perusteella tulevan työn kannalta on tärkeää käyttää aikaa ja voimia terveyserojen määrittelyyn ja yhteisymmärryksen luomiseen, jotta paikalliset päämäärät osattaisiin kohdentaa strategisemmin. Vaikka terveyserojen syistä tiedetään jo kohtalaisesti, tätä tietoa ei välttämättä ole paikallistasolla eikä liioin näkemystä siitä, että terveyserojen vähentämiseksi olisi vaikutettava terveyserojen syytekijöiden jakaumaan. Terveyseroihin vaikuttamisen evidenssiperusta on vielä rajallinen, vaikka HAZ luultavasti antaakin siihen oman lisänsä. Terveyserojen kaventamisen sulauttaminen normaalitoimintoihin on kannatettavaa, mutta olisi pidettävä huoli etteivät HAZ-toiminnan aikana kehittyneet mekanismit katoa, sillä terveyserot eivät vähene, jollei niihin pureuduta erikseen. Benzeval toteaa, että tarvittaisiin lisää tutkimustietoa terveyden determinanttien muutoksien ja terveydentilan muutosten välisestä viiveestä, jotta pitkän aikavälin tavoitteita ja välitappeja voidaan arvioida järkevästi. Lisäksi kansanterveydellistä näkemystä pitäisi olla keskeisillä eri alojen toimijoilla. Myös johtajuutta tarvitaan sekä kansallisesti että paikallisesti varmistamaan että terveyserojen kaventaminen saa riittävän painotuksen kaikilla niillä politiikan alueilla ja strategisilla alueilla, jotka vaikuttavat terveydentilan jakaumaan (Benzeval 2003, x-xi).

Sure Start

Tunnetuimpia aluepohjaisia yhteisöhankeita on myös niin sanottu Sure Start -ohjelma, joka pyrkii parantamaan lasten ja perheiden hyvinvointia (www.surestart.gov.uk/surestartservices/surestartlocalprogrammes). Ohjelma on yksi hallituksen laajempia sosiaalisen syrjäytymisen vastaisia hankkeita. Sen lähtökohtana olivat valtiovarainministeriön vuonna 1997 johtamat ministeriöiden väliset konsultaatiot pienten lasten hyvinvoinnin turvaamiseksi ja Sure Start julkistettiin osana valtiovarainministeriön Comprehensive Spending Review'tä, mikä merkitsi rahoituspäätöstä viideksi vuodeksi alkaen vuodesta 1999. Ohjelmaa ohjaa seitsemän minis-

teriön ministeriryhmä mukaanlukien valtiovarainministeriö ja puheenjohtajana on kansanterveysministeri (Bynner ym. 1999, 9).

Ohjelman tavoitteena on auttaa erityisesti syrjäytymisvaarassa olevia (vulnerable) lapsia epäedullisilla (disadvantaged) asuinalueilla. Ohjelma aloitettiin 60 'tienraivaajaohjelmalla' alueilla, jotka kukin kattoivat 600 alle kouluikäistä lasta. Ohjelma laajennettiin parissa vuodessa 250 alueelle (Bynner ym. 1999) ja vuonna 2003 paikallisohjelmia oli mukana 522, jolloin koko ohjelma koski 400 000:a lasta. Kussakin paikallisohjelmissa on mukana 400–800 alle 4-vuotiasta lasta (Tunstill ym. 2002). Sure Start -alueiden 0–3-vuotiaista lapsista 45 % eli vuosina 2000–2001 kotitalouksissa, joissa kukaan ei ollut palkkatyössä, mikä oli lähes kaksi kertaa yli Englannin tason (23 %) (arvioinnissa oli mukana 257 aluetta; Barnes ym. 2003). Sekä lasten että aikuisten terveydentila oli heikompi kuin Englannissa keskimäärin.

Sure Start -ohjelmalla pyritään pitkän ja keskipitkän aikavälin koulutus- ja käyttäytymistavoitteisiin jo lapsuuden aikana ja saamaan myös aikuisikäen ulottuvia pitkän aikavälin tuloksia. Ohjelmat ovat yhteisöohjelmia, joissa tarkoitus on noudattaa keskitetyn ideoinnin ja keskitettyjen palvelujen ('joined-up thinking', 'joined-up services') periaatteita, eli yhteistyösuhteita ja holistista otetta eri tahoille pirstotun lasten asioiden hoitamisen sijasta (Bynner ym. 1999). Ensimmäisen otospohjaisen kansallisen evaluaation mukaan (Tunstill ym. 2002) ohjelman yhteistyöjärjestelyt oli tehty eri tavoin eri alueilla. Yleensä johdossa oli joku paikallinen viranomainen tai vapaaehtoisjärjestön edustaja, mutta myös joskus kohde-ryhmän lasten vanhempi (10 %:ssa) tai muu yhteisön jäsen. Vanhempien edustajia on ohjelmien johtoryhmissä lähes aina, enemmän äitejä kuin isiä. Vanhempia tuetaan osallistumaan kokouksiin tarjoamalla apua lastenhoidossa ja kuljetuksessa. Lähes kaikissa ohjelmissa oli myös vapaaehtoistyöntekijöitä, joilla oli itsellään alle 4-vuotiaita lapsia. Viranomaistahoista varmimmin oli edustettuna terveyssektori, mutta lähes aina myös opetustoimi ja sosiaalitoimi. Sure Start -alueilla toimi samaan aikaan keskimäärin 10 muuta hallituksen ohjelmaa tai aloitetta. Sure Start ja muut ohjelmat olivat usein toiminnallisessa yhteistyössä keskenään.

Sure Start -ohjelmista on myös tullut merkittäviä työnantajia, jotka palkkaavat sekä paikallista väestöä että asiantuntijoita. Noin 60 % piti myös silmällä etnistä edustavuutta henkilöstövalinnoissaan (Tunstill ym. 2002).

Ohjelmien keskeinen tavoite on tavoittaa kohdeväestönsä, jonka ajatellaan olevan alueiden koko väestö eikä vain köyhät. Ohjelmasta pitää siis tehdä tunnettu ja siihen oli ensimmäisen evaluaation aikana käytetty keskimäärin 16 erilaista menetelmää (esitteitä, kokouksia, kättilöiden ja health visitors- työntekijöiden kotikäyntejä, paikallislehtiä, vanhempien tukiryhmiä, vapaaehtoisjärjestöjä). Perheitä, joissa on pieniä lapsia, on haettu terveystietojärjestelmien kautta ja terveydenhuoltohenkilöstön avulla, mutta myös ovelta ovelle käynneillä. Kotiterveydenhoitajat

(health visitors) ja kätilöt olivat ohjelmien keskeisiä toimijoita. Suurimmassa osassa alueita ponnisteltiin vaikeasti saavutettavien ryhmien saamiseksi mukaan (näitä olivat etniset vähemmistöt, lukutaitorajoitteiset, alle 20-vuotiaat vanhemmat, isät, mielenterveysongelmaiset, pakolaiset, turvapaikan hakijat). Vaikeimpien ryhmien tavoittamisongelmia oli kuitenkin edelleen. (Tunstill ym. 2002).

Ohjelman tukimuotoja olivat mm. lisätyt kotikäynnit ja perheen tukipalvelut, joita oli jo aiemminkin, vanhempien ohjelmat, 'piipahduskeskukset' (*drop-in*-keskukset) tai erityiset Sure Start -keskukset. 90 % ohjelmista oli käynnistänyt tai aloittamassa yhteyksiä koulutuslaitoksiin tavoitteenaan tukea vanhempien koulutusta. Terveystuella puolella tärkeimpiä muotoja olivat kotikäyntien lisäksi äitiyspalvelut ja lasten ja aikuisten erityistarpeita palvelevat asiantuntijapalvelut. Synnyttäneille äideille oli tarjolla tukea mahdolliseen masennukseen. Rintaruokintaneuvonta ja -tuki olivat useimmissa ohjelmissa, samoin tupakoinnin lopettamiseen ja terveelliseen ravintoon liittyvä neuvonta. Kotien turvallisuustarkastuksia ja kotiapua oli 70–80 %:ssa ohjelmista. Kolme neljänestä tarjosi lastenhoitopaikkoja. (Tunstill ym. 2002).

Ohjelmat ovat varsin eritasoisia resursseiltaan ja ongelmiltaan. Eniten tukea saaneilla alueilla käytetään rahaa kuusinkertaisesti lasta kohti vuodessa matalimman varainkäytön alueisiin verrattuna. Alle puolet ohjelmista sai rahaa muistakin lähteistä. Ohjelmien käynnistyminen oli hitaampaa kuin oli ajateltu, sillä muun muassa yhteistyösuhteiden luominen vei aikaa, varsinkin kun muita hankkeita oli myös kentällä yhteistyössä mukana. Samoin totuttelu moniammatillisiin ryhmiin oli monille uutta. (Tunstill ym. 2002)

Sure Start -palvelut ovat laajentumassa myös vanhempiin lapsiin 14. ikävuoteen asti tai erityiskoulutusta tarvitseville ja eri tavoin rajoitteisilla 16. ikävuoteen asti. Sure Start -palveluissa on myös ns. laajennettuja kouluja (jotka on tarkoitettu lasten vanhemmille) ja lasten informaatiokeskuksia. (www.surestart.gov.uk/surestartservices).

Sure Start -ohjelmaa arvioi kansallinen arviointiryhmä NESS (National Evaluation of Sure Start), jota johdetaan Lontoon yliopiston Birkbeck Collegesta (www.ness.bbk.ac.uk/). Evaluaation eri osia varten on erillinen implementaatioryhmä, impaktiryhmä, paikallisyhteisöjen kontekstievaluaatioryhmä sekä kustannus-hyötyarviosta vastaava taho. Tässä akateemisessa arviointi- ja kenttätutkijaryhmässä on verkkosivuilla 55 nimeä.

Sure Start -ohjelman yhteydessä mainitaan myös Early Excellence Centre -nimiset keskukset. Tämä on erillinen hanke, jossa vuosina 1997–1999 aloitettiin 20 pilottia ja laajennus 100:aan keskukseseen on ollut käynnissä (Bertram ym. 2002). Tämäkin hanke nähdään osana hallituksen köyhyden vähentämistä, syrjäytymisen ehkäisemisestä, perheiden tukemista ja terveyden parantamista koskevista hankkeista. Keskukset ovat 'yhden luukun palvelukeskuksia' ('one-stop-shops'), joista

lapset ja perheet saavat keskitetysti ja integroidusti korkeatasoisia hoito- ja koulutuspalveluja. Pilottikeskukset sijoitettiin sosioekonomisesti erilaisille alueille eri puolille Englantia. Tälläkin hankkeella on kattava kansallinen sovittuja indikaattoreita käyttävä arviointiäjestelmänsä (Bertram ym. 2002).

Vähän varttuneemmille lapsille ja nuorille on edellämainittujen lisäksi Sure Start Plus -ohjelma. Teini-ikäisille on olemassa myös oma valtakunnallinen raskauden ehkäisystrategia (Teenage Pregnancy Strategy), jonka tavoitteena on 15 %:n vähennys raskaaksitulemisessa alle 18-vuotiailla vuoteen 2004 mennessä, ja puolitus vuoteen 2010 mennessä. Tämä strategia kohdentaa suuremmat ponnistukset alueille, joilla on myös suuremmat raskauden ilmaantuvuudet (www.ohn.gov.uk/ohn/inequ.htm; www.teenagepregnancyunit.gov.uk).

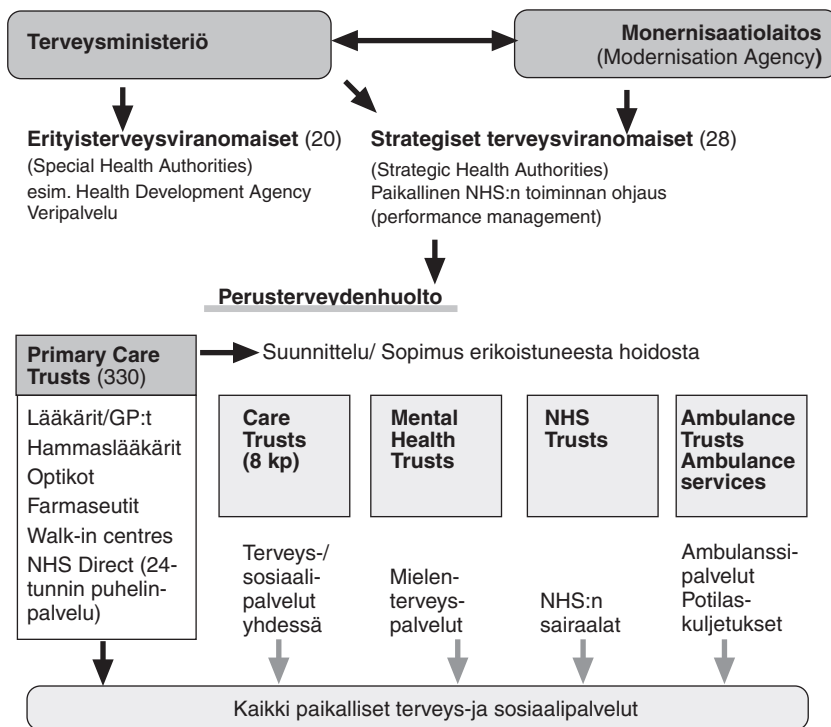
Nuoria koskeva merkittävänä pidetty hanke on myös terveysministeriön ja opetusministeriön vuonna 1998 käynnistämä Healthy School Programme, joka saattaa linkittyä esimerkiksi HAZ-ohjelmaan. Varhainen terveyseroihin vaikuttaminen on ohjelmassa tärkeänä teemana samalla kun huomio kohdennetaan terveyskäyttäytymisen eri puoliin, emotionaaliseen terveyteen ja hyvinvointiin sekä vanhemmuuteen ja kansalaisuuteen kasvattamiseen (tästä on oma PSHE, personal, social and health education -skeemansa, johon kansalaisuuskasvatus on tuotu uutena aiheena) (www.ohn.gov.uk/ohn/school/school.htm - samasta osoitteesta löytyy luettelomainen esittely joukosta muita kouluprojekteja, esimerkiksi turvallisia koulumatkoja ja koulumatkaliikuntaa kävellen tai pyöräillen kannustava hanke, ruokailuun liittyvä 'Cooking for Kids', terveysministeriön ja opetusministeriön 1999 aloittama 'Wired for Health' -nettisivusto koululaisille ja opettajille, koulupinnauksen vähentämishanke ym.).

National Health Service ja paikallistaso

“In an age when our lives and jobs are undergoing constant change, it is reassuring to know that the NHS is there and will take care of us in times of need.” (The NHS Plan 2000, 2).

Myös National Health Service valjastettiin hallituksen terveyspolitiikan terveyserojen kaventamiseen. Vuonna 1997 ilmestyneessä *The New NHS* -dokumentissa piiritason alueellisille terveysviranomaisille (Health Authorities) osoitettiin paikallisen toiminnan päävastuu. Niiden tuli yhdessä muiden paikallisviranomaisten (Local Authorities) kanssa sekä NHS:n muiden osien kanssa kehittää ja toteuttaa kolmivuotista terveydenparantamisohjelmaa (Health Improvement Programme, HIMP), jota pidettiin terveyserojen kaventamisen keskeisenä välineenä (Benzeval & Meth 2002, 2).

Samaan aikaan kun uutta terveys- ja terveyseropoliittikkaa on toteutettu, NHS:ää on organisoitu uudelleen. Oheisesta kaaviosta (Kuvio 4) näkyy NHS:n nykyinen rakenne. Aikaisemmat Health Authorities ja NHS:n toimeenpanevat aluetoimistot



KUVIO 4. Kaavio: National Health Service, Englanti.
(Lähde: www.nhs.uk/thenhsexplained/HowTheNHSWorks.asp)

on sulautettu strategisiksi terveysviranomaisiksi (Strategic Health Authorities). Vastuu paikallisesta toiminnasta on perusterveydenhuollon yhtymillä (Primary Care Trusts). Primary Care Trustit ovat hallinnollisesti itsenäisiä organisaatioita, jotka vastaavat siitä, että alueella on riittävästi terveyspalveluja. Näihin kuuluvat perusterveydenhuollon lisäksi sairaalapalvelut, hammaslääkärit, optikot, mielen-terveyspalvelut, *NHS-Direct* -läpivuorokautinen puhelinpalvelu, potilaiden kuljetukset, seulonnat, apteekit, optikonliikkeet ja NHS:n *Walk-in* -keskukset. Viimeksimainitut ovat seitsemän päivää viikossa aamusta myöhäiseen iltaan auki olevia keskuksia, joiden toiminnasta yleensä vastaavat kokeneet NHS:n sairaanhoitajat (joskus yleislääkärin konsulttiapua saaden) ja joissa saa hoitoa vähäisiin sairauksiin ja vammoihin, terveysneuvontaa ja ohjauksen lääkärille tarvittaessa. Tällaisia keskuksia on Englannissa tällä hetkellä 43.

NHS:n Modernisaatiolaitoksen tehtävänä on huolehtia siitä että terveydenhuollon 10-vuotinen uudistussuunnitelma (*The NHS Plan*, DH 2000) tulee toteutetuksi. Terveysministeriö on asettanut lisäksi muun muassa 10 työryhmää (Taskforces), joista kuudella on tehtävänä palvelujärjestelmän kehittäminen (alueina esim. sepelvaltimotauti, syöpä, mielen-terveys, jonotusaika ja palvelujen saatavuus) ja neljä työryhmää selvittelee miten muutoksia saadaan aikaan, yhtenä terveyserojen

vähentämisen ja kansanterveyden edistämisen työryhmä (www.nhs.uk/thenhsexplained/priorities.asp).

NHS:n kaaviosta puuttuu aluetaso, yhdeksän aluetta ja niiden valtion aluevirastot (Government Office for regions), joiden tehtävänä on välittää hallituksen politiikkaa alueelle ja informoida hallitusta alueen tarpeista. NHS:n omat alue-toimistot lakkautettiin ja sen sijasta vuodesta 2002 alkaen valtion aluevirastoissa on terveysministeriön hallinnonalaan kuuluva kansanterveysryhmä, jota johtaa alueen kansanterveysjohtaja (Director of Public Health) ja jonka tehtäviin kuuluu muiden valvonta- ja kehittämistehtävien ohella kehittää tapoja vaikuttaa terveyden laajempiin syytekijöihin hallinto- ja sektorirajat ylittäen (www.gov.uk/cmo/publichealth/regional.htm). Myös piiritason strategisissa terveysvirastoissa on kansanterveysjohtaja.

Terveydenparantamisohjelmat HImP – HIMP

Benzeval ja Meth (2002) arvioivat alueellisten terveysviranomaisten (Health Authorities) kaikki Health Improvement-suunnitelmat (HImP) vuoteen 2000 asti ja arvelevat että vaikka rakenteet sen jälkeen muuttuivat, samoja asioita on tehtävä uusissakin rakenteissa. HImP poikkeaa terveyden edistämisestä siinä, että se ottaa huomioon koko terveyskaaren terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä kuntoutukseen asti. Näin siis mihin tahansa vaiheeseen, ikäryhmään tai muuten määriteltyyn ryhmään voidaan tarkentaa myös terveyserojen näkökulmaa. Benzevalin ja Methin arvioinnin jälkeen terveydenparantamisohjelman sisältöä muutettiin ja siitä tuli HIMP: Health Improvement and Modernisation Plan ja se liitettiin NHS:n modernisaatioprojektiin (ks. esim. Hamer & Easton 2002).

Terveyserojen mukaanottaminen paikallisten yhteisöjen ohjelmaan tapahtui periaatteessa Benzevalin ja Methin (2002, viii) mukaan seuraavasti:

- tehtiin terveyseroista NHS:n prioriteetti
- organisoitiin NHS uudelleen siten että tietyt avainorganisaatiot saivat vastuulleen terveyseroihin vaikuttamisen
- vaadittiin terveysalan organisaatioita toimimaan yhteistyössä muiden toimijoiden ja yhteisön kanssa terveydenparantamisohjelmien luomisessa
- vahvistettiin työskentelyn perustaa esimerkiksi kansanterveyden toimintaohjaussysteemeillä, rahoituksella ja evidenssiperustalla.

Benzevalin ja Methin (2002, viii) arvioinnin mukaan paikallisten terveysviranomaisten alkuvuosien toiminnasta löytyi paljon hyvää pyrkimystä ja koke-musta. Yleensä paikalliset terveysviranomaiset yrittivät puuttua terveyseroihin, mutta päämäärät olivat usein heikosti muotoiltuja ja vain harva oli asettanut määrätavoitteita tai lopputulostavoitteita. Selvät strategiat toimeenpanosuunnitelmiseen puuttuivat myös usein. Paikallisesta terveydenhuollosta vastaavat henkilöt kokivat myönteiseksi, että kumppanuussuhteita oli muodostettu tukemaan terveyserojen

syihin vaikuttamista. Yhteisöllisen toiminnan valmiuksia, mikä tarkoittaa muun muassa ihmisten osallistumista toimintoihin, oli edistetty, mitä pidettiin myös välttämättömänä toimintaedellytyksenä. Oltiin myös sitä mieltä, että terveiden elämäntyylien omaksumisen edellytyksiä oli onnistuttu luomaan. Terveyspalvelujen oikeudenmukaista saatavuutta oli parannettu ja oli yritetty pureutua paikallisiin terveyseroihin tutkimuksen ja kehittämistyön avulla.

Terveyserot ja niiden ympärille kehitetyt työtavat saivat runsaasti lisäpainoa ja tilaa Labourin aikana Benzevalin ja Methin tutkimien terveysviranomaisten mielestä. Paikalliset toimijat suhtautuivat asiaan huomattavan innostuneesti. Kuitenkin muut terveydenhuollossa pakottavammaksi koetut asiat kuten hoitoonpääsyn odotusaikojen lyhentäminen ja muut 'pakolliset' tehtävät alkoivat ajaa terveyserojen kaventamisen ohi. Uusia tavoitteita tulvi kentän työntekijöille myös erilaisten uudelleenorganisoiden vuoksi, jolloin terveyseroista tuli 'yllellisyshankkeita'. Johtajien kiinnostus tai varsinkin kiinnostuksen puute oli myös olennainen asia. Sitä pidettiin huonona asiana: toiminta ei olisi saanut olla liian riippuvaista yksilöiden intresseistä. Muutosta kuitenkin tapahtui myös evaluaatiotutkimuksen tekemisen aikana ja paikalliset toimijat alkoivat hahmottaa paremmin omat toimintamahdollisuutensa terveyseroihin puuttumisessa.

Rahoitusta pidettiin kuitenkin aivan liian lyhytkestoisena. Oltiin huolissaan kansanterveysnäkemysten häviämisestä ja kansanterveystyön pirstaloitumisesta, vaikka laajaa kansanterveysnäkemystä pidettiin olennaisena yleisperustana terveyseroihin vaikuttamiselle. Erilaisista uusista poliitikoista ja kumppanuusjärjestelyistä tuli selvää ylikuormitusta paikallistason toteuttavalle portaalle (Benzeval & Meth 2002, x). Mark Exworthy työtovereineen (2002, 86) on luonnehtinut tilannetta 'ruuhkautuneeksi asialistaksi' ('crowded policy agenda').

NHS:n toiminnan monitoroinnin arviointijärjestelmiin on tullut kaikkia trusteja koskeva vuosittainen pisteytys, 'star rating', jota hoitaa itsenäinen NHS:n toimintaa valvova Commission for Health Improvement (vuonna 2004 siitä tulee CHAI eli Commission for Healthcare Audit and Inspection, joka raportoi Englannin ja Walesin terveydenhuollosta suoraan parlamentille). Terveyspalveluja tuottava trusti voi saada 0-3 tähteä toiminnastaan ja tähtiarviot julkistetaan. Ensimmäiset arviot tehtiin akuuttisairaaloista vuonna 2001, vuonna 2003 tähdet annettiin jo muista paitsi uusista niin sanotuista Care Trusteista. Järjestelmän tarkoitus on pitää huoli että minimilaatuvaatimukset täytetään kliinisessä työssä (tehokkuus ja tuloksellisuus), potilaiden kannalta (potilaiden kokemukset hoitoon pääsystä ja palvelujen käytöstä) ja kapasiteetin ja kykyjen näkökulmasta (henkilökunta, informaatioteknologian käyttö ja muu infrastruktuuri). (www.chi.nhs.uk/ratings; www.doh.gov.uk/performance/ratings). Oman hankkeemme haastatteluissa kerrottiin, että ongelmia on jo ilmennyt: jokavuotinen tähtien tavoittelu saattaa hermostuttaa ja ajaa ohi pitemmän aikavälin asioista huolehtimisesta. Jos jonot ovat ylipit-

kiä tänä vuonna, siitä voi vastuuhenkilö menettää työpaikkansa pikemmin kuin siitä että terveyserot ovat säilyneet ennallaan (ks. myös Exworthy ym. 2002, 89).

NHS:n resurssien allokoinnissa on kuitenkin kehitetty allokointikaavaa, jossa erojen kaventaminen on yksi resurssien myöntämiseen vaikuttava peruste (ks. Hamer ym. 2003, 24–25). Näiden eri ohjausjärjestelmien muutoksia ei tässä yhteydessä ole selvitetty tarkemmin.

Paitsi ylikuormituksesta, kritiikkiä on tullut myös päällekkäisyyksistä. Paikallistasolla on monia kumppanuusjärjestelyjä ja aluejaot eivät aina mene yksiin, jolloin samoja asioita joudutaan joskus puimaan useampaan kertaan eri kumppanuusjärjestelyissä ja kokouksia kertyy paljon. Lisäksi kokeneet kansanterveysystyön tekijät toteavat, että osassa uudistuksista kyse on enemmänkin uudelleen nimeämisestä kuin uudesta toiminnasta. Jotkin paikalliset terveydenparantamissuunnitelmat ovatkin vain koonneet ennenkin tehdyt toimet uuden kehikon alle (esim. Exworthy ym. 2002, 86). Englannin terveydenhuollon hallintojärjestelmää pidetään erittäin keskusjohtoisena ja paikallistasolla kritiikki kohdistuu enemmän keskushallintoon kuin paikallistason toimintaan. Toisaalta paikallistasolla toimitaan myös varsin itsenäisesti, joten osittain kysymys saattaa olla nälkösarhasta: keskushallinnossa uskotaan keskusjohtoisuuteen enemmän kuin paikallistasolla. Hallitustason Joint up Government (JUG) -yhteistyötä ei alhaalta käsin havaittu, vaikka keskushallinnon dokumenteista sitä korostetaan (Exworthy 2002, 87).

Yleisvaikutelma omissa haastatteluissamme oli kritiikin jälkeenkin myönteinen: käytännön työtä tekevät haastateltavat olivat tyytyväisiä siihen että asioista puhuttiin oikeilla nimillä ja olivat sitä mieltä että paljon kehitystä on tapahtunut muutoksen vuosina. Motivoivana seikkana pidettiin sitä, että piiri- ja paikallistasolla tehdään monipuolisia ja asiantuntevia vuosikatsauksia ja ohjelmasuunnitelmia, joissa on käytetty tilastotietoja paikallisista oloista myös niin, että pienehkötkin alueet voivat vertautua toisiinsa.

Tupakka ja alkoholi

Tupakoinnin on arvioitu selittävän yli puolet sosiaaliluokkien välisestä ennenaikaisen kuolleisuuden erosta Englannissa (Jarvis & Wardle 1999, ref. Cancer Prevention 2002, 4). Tupakoinnin haittojen ehkäisy esiintyy kansanterveysdokumenteissa muun muassa erilaisissa 'isojen tappajien' konteksteissa. Paljon huomiota on kiinnitetty tupakoinnin lopettamishankkeisiin ja erityisesti NHS:n tupakoinnin lopettamispalveluihin. Koulujen ohjelmissa on mainintoja tupakoinnin aloittamisen ehkäisemisestä, mutta tupakoinnin ehkäisy ei tunnu profiloituvan keskeisissä terveyserojen vähentämispolitiikkadokumenteissa. Tätä myös ihmeteltiin eräässä

haastattelussamme: mihin on kadonnut tupakoinnin ehkäisy?

Englannin ensimmäinen tupakkapoliittinen ohjelma (white paper) oli Smoking Kills (1998) ja sen tavoitteet olivat

- vähentää tupakoivuutta 28 %:sta 24 %:iin tai alemmaksi vuoteen 2010 (välietapina 26 % vuonna 2005)
- vähentää raskaana olevien naisten tupakointia 23 %:sta 15 %:iin vuoteen 2010 (18 % vuonna 2005)
- lasten tupakoinnin vähentäminen 13 %:sta 9 %:iin 2010 mennessä (11 % vuonna 2005).

NHS:n syövänehkäisyohjelma (Cancer Plan) vuodelta 2000 esitti tupakoinnille sosioekonomisen tavoitteen:

- ruumiillista työtä tekevien tupakoinnin vähentäminen 32 %:sta 26 %:iin vuoteen 2010 annettu voimavaroja (Cancer Prevention 2002, 3).

Tupakoinnin lopettamistoimiin on annettu voimavaroja, esimerkiksi pilotteihin, joissa yritetään vaikuttaa vaikeasti tavoitettaviin ryhmiin kuten vankeihin. Lapsia lukuunottamatta kaikki voivat nykyisin saada ilmaisen nikotiinikorvaushoidon reseptillä.

Tupakoinnin lopettamispalvelujen käytöstä on tehty ja tulossa raportteja. Esimerkiksi Luoteis-Englannin alueen NHS:n Smoking Cessation palvelujen käyttäjistä tehdyssä tutkimuksessa huonommilla asuinalueilla asuvat onnistuivat lopettamaan tupakoinnin jokseenkin yhtä usein kuin paremmilla alueilla asuvat (postikooditiedolla arvioitiin vastaajien asuinalueen kautta heidän sosioekonomista asemaansa), kun tarkistus tehtiin 4 viikon päästä lopettamispäätöksestä (Lowey ym. 2002). Uudemmat tulokset lupaavat parempaa tulosta köyhillä alueilla asuvien tupakoijien tupakoinnin lopettamisesta (Judge ym. tutkimukset). Eriarvoisuuspolitiikan eri hankkeisiin (esim. HAZ) liittyi tupakoinnin lopettamiskeskusten sijoittaminen ensin huonommille alueille, joissa tarve oli suurempi. Health Development Agency on myös tuottanut joukon tupakoinnin lopettamistavoitetta tukevia ohjekirjoja.

Alkoholin käytön vähentämiseen ei juuri ole puututtu valtiollisissa kansanterveysohjelmissa siitä huolimatta, että alkoholinkäyttö on runsasta ja haitat tunnettuja ja esimerkiksi lääkärit ovat ilmaisseet huolensa terveydenhuollon mahdollisuuksista hoitaa alkoholihaittoja (The Royal College of Physicians 2001: Alcohol: can the NHS afford it?). Kansanterveysohjelma Our Healthier Nation (1999) mainitsee runsaan alkoholinjuonnin sydän- ja verisuonitautien riskitekijänä, mielenterveyden ja hermoston sairauksien, onnettomuuksien ja väkivallan, maksa-sairauksien, eräiden syöpien ja raskauden ja varhaislapsuuden riskitekijänä ja ohjelmassa luvattiin kansallinen alkoholistrategia jo vuodeksi 2000. Se kuitenkin julkaistiin vasta 15.3.2004 (Alcohol Harm Reduction Strategy for England, SU 2004). Ohjelmaa odottaessaan vapaaehtoisjärjestöjen kattojärjestö Alcohol Concern

julkaisi oman ehdotuksensa kansalliseksi alkoholistrategiaksi vuonna 1999, mutta siinä ei tiettävästi kiinnitetä huomiota sosioekonomisiin eroihin vaan yleensä alkoholihaittojen ehkäisyyn (Hughes ym. 2001). Englannissa on kuitenkin pohjoismaitten tapaan havaittu runsaasta alkoholinkäytöstä johtuvien ongelmien kasautuvan alempiin sosiaaliryhmiin, vaikka alkoholin kokonaiskulutus ei ole näissä ryhmissä muita suurempi (ks. esim. Cancer prevention 2002, 108–109).

Lokakuussa 2002 pääministerin strategiayksikkö (joka perustettiin vuonna 2002 yhdistämällä eräitä aikaisempia yksiköitä) julkaisi kansallisen alkoholihaittojen vähentämisen konsultaatiodokumentin (SU 2002). Siinä määritellään alueet, joilta tietoa olisi koottava strategian luomiseksi ja toivotaan keskustelua siitä, mikä on valtion rooli alkoholin väärinkäytön ongelmiin puuttumisessa vai onko sitä lainkaan. Dokumentissa esitetään 61 kysymystä strategian kehittelyn pohjaksi. Yksi käyttäytymisalueeseen kuuluva kysymyksistä on, mikä on juomisen ja laajempien sosiaalisten muutosten keskinäissuhde, esimerkiksi korkeakoulutuksen lisääntymisen, työpaikkakulttuurin muutosten, ja avioitumisen ja perheen perustamisen myöhentymisen vaikutus (SU 2002, 6). Osa kysymyksistä koskee alkoholinkäytön haittavaikutuksia heikossa asemassa olevilla ihmisillä, kuten moniongelmaisuuuden yhteyttä alkoholinkäyttöön ja sitä mihin asioihin interventiot tulisi suunnata, ja edelleen, miten hyvin tavallinen palvelujärjestelmä kykenee näitä ryhmiä auttamaan vai tarvitaanko erityispalveluja.

Esimerkiksi sepelvaltimotaudin ehkäisyn ohjeistuksissa ei puhuta alkoholista, vaikka tupakointia, ravitsemusta ja liikuntaa käsitellään (Coronary Heart Disease 2001). Sen sijaan syövän ehkäisyn yhteydessä alkoholihaittoja käsitellään (Cancer Prevention 2002, 107–125) ja muun muassa viitataan hyviin sekä perusterveydenhuollossa että yleissairaaloissa saatuihin mini-interventiotuloksiin. Kouluissa alkoholia käsitellään huumeiden yhteydessä eikä kovin hyviä tuloksia koulujen ehkäisyohjelmista raportoida (Cancer Prevention 2002, 112). Health Development Agency on julkaissut alkoholin väärinkäytön ehkäisyn ja vähentämisen evidenssikatsauksen, jossa todetaan, että katsauksia terveyseroja vähentävistä interventioista ei löytynyt lainkaan (Waller ym. 2002, 22). Alkoholinkäyttöön kohdistuvia interventioita on sinänsä kyllä tehty, mutta niiden arviointi sosioekonomisten erojen kannalta on tulevia tutkimustehtäviä (Waller ym. 2002, 23).

Syyskuussa 2003 ilmestyi pääministerin strategiayksikön väliraportti (SU Alcohol Harm Reduction Project, SU 2003), jossa käydään läpi alkoholista aiheuttuvia haittoja ja kustannuksia. Sen mukaan eniten taloudellisia kustannuksia koituu rikollisuudesta ja järjestyshäiriöistä, toiseksi eniten tuottavuuden menetyksinä ja kolmanneksi eniten terveydessä. Perhe-elämälle ja sosiaaliselle elämälle koituvia haittoja ei ole yritetty kvantifioida rahallisesti. Raportissa korostetaan että tyypillistä suurjuojaa ei ole, mutta että suurimmat riskit koituvat nuorille ammattitaidottomille miehille, jotka ovat riskinottajia ja joilla on epävakaa perhe-

tausta, aikainen alkoholinkäytön aloittamisikä, jotka elävät ankaran juomisen kulttuurissa ja joihin tehoavat edullisen alkoholin tarjoukset.

Uudessa alkoholihaittojen vähentämisstrategiassa (SU 2004) lähdetään siitä, että väestön valtaosa nauttii alkoholia kohtuullisesti ja voi myös terveydellisesti hyötyä siitä. Ohjelma on kohdennettu alkoholin väärinkäyttöön ja liikaan juomiseen. Strategia tähdentää hallintorajat ylittävää toimintaa ja kansallisen ja paikallisen tason kumppanuussuhteita niin, että mukana ovat valtiovalta, juomateollisuus, terveystalvet, poliisi ja yksilöt ja yhteisöt.

Toimien päälinjat ovat parempi kasvatus ja kommunikointi, terveystalvet parantaminen, alkoholiin liittyvän rikollisuuden ja järjestyshäiriöiden vähentäminen ja yhteistyö alkoholiteollisuuden kanssa. Esimerkiksi 'järkevä juomisen' rajoja ja siitä tiedottamista halutaan tarkistaa, koska juomien (esimerkiksi viinien ja oluen) alkoholipitoisuus on yleisesti noussut aiemmin ilmoitetuista rajoista. Ehdotuksissa tarjotaan kohdennettua viestintää riskiryhmille, enemmän kuluttajatietoa alkoholijuomista, asennekasvatusta kouluihin ja tukea ja neuvoja työnantajille. Hoitojärjestelmässä halutaan muun muassa kouluttaa työntekijöitä ongelmien varhaiseen toteamiseen ja tarjota kohdennettua apua kaikkein heikoimmassa asemassa oleville kuten kodittomille, huumeiden käyttäjille, mielenterveysongelmaisille ja nuorille. Järjestyshäiriöiden ehkäisystä on kokemusta Manchesterissa tehdystä kokeilusta. Tiukempaa kulttuuria ehdotetaan edistettäväksi suhtautumisessa nuorten juomiseen ja järjestyshäiriöihin esimerkiksi pubeissa. Teollisuudelta edellytetään omaehtoista vastuullisuutta niin, ettei vedota alaikäisiin eikä ihannoida vastuutonta ja ylenmääräistä juomista mainonnassa. Suurin osa toimista tuntuu vetoavan yksilöiden ja tuottajien vastuuseen eikä toimia ole kohdennettu koko väestöön ja alkoholinkäytön jakaumaan vaan ongelmajuoihin.

3.2.4 Tutkimus, arvioinnit ja tietojärjestelmät

Akateeminen tutkimus

Kuolleisuuden sosioekonomisista eroista on Isossa-Britanniassa käyty tieteellistä keskustelua käytännöllisesti katsoen niin kauan kuin niitä on havaittu (Davey Smith ym. 1994). Sally Macintyren (1997) mukaan 1900-luvun alkuvuosikymmenien keskustelua hallitsi kolme päälinjaa, jotka tulivat samantapaisina linjoina esille myös Sir Douglas Blackin työryhmän raportissa ja sen virittämässä keskustelussa 1980-luvulla. Niinpä jo viime vuosisadan alussa esitettiin keskenään kilpailevat ympäristötekijöitä painottavat, käyttäytymistekijöitä painottavat ja perintötekijöitä painottavat selitykset. Toisen maailmansodan jälkeen tutkijoiden kiinnostus sosioekonomisia terveyseroja kohtaan tosin hiipui, mutta virisi uudestaan erityisesti Black Reportin jälkeen (Macintyre 1997).

Terveyserojen tutkimuksen perinne on siten Isossa-Britanniassa maailman

pisimpiä ja vahvimpia. Tutkimus on nykyään usein monitieteistä ja sitä harjoitetaan sekä lääketieteen että yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitoksissa (esim. Benzeval 2002). Yliopistoissa toimivat eriarvoisuuden tutkijat ovat verkottuneet sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Viimeaikaisia tutkimusalueita ovat olleet muun muassa seuraavat (ks. Benzeval 2002):

- elämäntulon vaikutukset aikuisiän terveyteen
- psykososiaalisten tekijöiden merkitys, erityisesti työelämässä
- ‘paikan’ vaikutus terveyden eriarvoisuuteen
- sosiaalipoliittisten toimien ja paikallisten kansanterveysinterventioiden vaikutukset terveyserojen vähentämiseen.

Akateeminen tutkimus on ollut politiikkaan ja käytäntöön suuntautunutta ja poliitikot ovat aktiivisesti käyttäneet hyväksi yliopistotutkimusta, kuten Blackille ja Achesoninille annetut tehtävänannot osoittavat. Sir Douglas Blackin kolme vuotta toimineessa työryhmässä oli neljä tunnettua tutkijaa (hänen lisäksi J.N. Morris, Cyril Smith ja Peter Townsend). Vaikka tuolloin vaihtunut hallitus ei halunnut käyttää työryhmän tuloksia, raportilla on pitkällä tähtäyksellä ollut suuri vaikutus sekä Britanniassa että kansainvälisesti. Sir Donald Achesonin ryhmässä oli samaten tunnettuja tutkijoita (David Barker, Jacky Chambers, Hilary Graham, Michael Marmot ja Margaret Whitehead) ja akateeminen sihteeristö. Työryhmä tilasi 17 erillisraporttia ministeriöiden virkamiehiltä ja sai näiden lisäksi 11 muuta selonteokoa. Työn laajuutta kuvaa myös se, että raportin lähdeluettelossa on 529 viitettä. Tätä akateemista raporttia käytettiin taustamateriaalina hallituksen kansanterveysohjelmaa laadittaessa.

Akateemista tutkimusta on tuettu myös erillisrahoituksin, esimerkkinä jo konservatiivihallituksen aikana aloitettu Economic and Social Research Councilin (ESRC) Health Variations -tutkimusohjelma vuosina 1996–2001, jonka puitteissa toteutettiin 26 projektia (www.lancs.ac.uk/users/apsocsci/hvp). Terveysministeriöllä on myös oma Research and Development-yksikkönsä ja tilastoyksikkönsä, joissa tehdään ja tilataan myös terveyseroihin liittyvää tutkimusta.

Health Development Agency (HDA)

Politiikkaa tukevaa tietoperustaa on vahvistettu Labourin uuden terveystalitiikan myötä. Kansanterveysohjelman (DH 1999a) mukaisesti perustettiin uuden terveyden kehittämisvirasto, Health Development Agency entisen Health Education Authorityn tilalle. HDA on NHS:ään kuuluva ‘erityisterveysviranomaisen’. Noin 120 hengen virasto aloitti toimintansa huhtikuussa 2000. Sen tavoitteet terveystalitiikan tukemisessa ovat paitsi koota näyttöön perustuvaa toimintatietoa (‘what works’), myös antaa neuvoja hyvistä käytännöistä ja antaa tukea kaikille kansanterveyttä edistäville tahoille (www.hda-online.org.uk/html/about/index.html). HDA:n yhteistyötahoja ovat NHS:n lisäksi kansalliset päätöksentekijät, paikallishallinto,

vapaaehtoisjärjestöt, akateemiset yhteisöt ja yksityissektori. HDA:lla on vähintään yksi työntekijä jokaisella Englannin yhdeksästä alueesta. Alueiden HDA-työntekijät toimivat yhteyshenkilöinä keskuksen ja alueiden välillä ja tukevat aluetason suunnittelua, piiritason strategisia terveysvirastoja (Strategic Health Authorities) ja paikallista kansanterveystyötä.

HDA ei tee alkuperäistutkimusta eikä myöskään pysty resurssiensa puitteissa sellaista teettämään. Toiminta on alkanut olemassaolevan evidenssin kokoamisena ja syntetisointina ja systemaattisten katsausten tekemisenä. Erityisenä painopisteenä on käytäntöä palveleva näyttö (evidence into practice, evidence based public health, evidence based health promotion). Laitoksen tutkijat arvioivat, että tehokkaan kansanterveystyön ja erityisesti terveyserojen vähentämisen tutkimuspohja on kuitenkin vielä niukka ja interventioiden näytön perustan kriteerit ovat vielä paljolti kehitteillä (Speller & Kelly 2003). Tämä johtuu osittain siitä, että monimutkaisten systeemien muutokset ovat ympäristöstä riippuvaisia eli kontekstisidonnaisia ja näin ollen esimerkiksi organisaatitasoiset muutokset sisältävät 'emergentejä elementtejä' eli elementtejä, jotka kehkeytyvät ja toteutuvat vasta itse muutosproses- sissa (Speller & Kelly 2003).

HDA:ssa on tähän mennessä saatu aikaan infrastruktuuri, jossa työ etenee. Laitoksessa toimii kaksi asiantuntijoista koostuvaa ohjausryhmää, joista ensimmäinen (Public health evidence steering group) kokoaa ja arvioi julkaistua evidenssiä ja toinen (Evidence into practice steering group) julkaisujen käytännöllistä merkitystä. Asiantuntijat ovat sekä laitoksen omia tutkijoita että 'riippumattomia', yliopistoja, muita laitoksia ja tietokantajärjestelmiä edustavia asiantuntijoita. Arviointityössä on kehitetty oma protokolla, jossa kiinnitetään huomiota tutkimusraporttien 'läpinäkyvyyteen', työn systemaattisuuteen ja relevanssiin. Aluksi on käyty läpi katsauksia, tehty niistä katsauksia (reviews of reviews) ja arvioitu tiedon aukkoja ja tutkimustarpeita. Selvitettäviä aihealueita on ollut 14 ja kullakin alueella on oma asiantuntijoista koostuva arviointiryhmänsä.

Laitoksen katsaukset julkaistaan myös www-sivuilla ja katsauksien viitteistä pääsee alkuperäislähteisiin. Toistaiseksi kerätty julkaisurekisteri koostuu tiedejulkaisuissa ilmestyneistä raporteista, mutta ns. harmaata kirjallisuutta on tarkoitus tuoda mukaan vähitellen. Tätä materiaalia on tiettävästi olemassa Health Development Agency'n edeltäjältä Health Education Authority'ltä. Myös laadullisiin menetelmiin nojautuvaa tutkimusta kerätään, sillä käyttökelpoisen tiedon valinnassa pääasiana on julkaisujen laatu eikä tutkimuksissa käytetty menetelmä. Toistaiseksi katsauksista voi saada jonkinlaista tuntumaa menetelmiin, jotka toimivat, mutta ei kuitenkaan paljonkaan soveltamiskelpoisia välineitä, sillä tutkimuksissa kerrotaan vain harvoin siitä, miten terveyserojen kaventamistoimia pitäisi tehdä. Toistaiseksi painopiste on ollut siinä, mitä kentällä voidaan yleensä tehdä ja mitä ammattilaiset (practitioners) voivat tehdä, toisin sanoen 'alajuoksun'

(‘downstream’) ilmiöissä eli kausaaliketjujen lopputulospäässä. HDA:ssakin arvelaan kuitenkin, että terveyserojen kaventaminen tätä kautta voi olla melko vähäistä verrattuna makropolitiikan, esimerkiksi valtion rahatalouden, työllisyyden ja lainsäädännön vaikutuksiin. Myös näitä makropolitiikan (‘upstream’) vaikutuksia koskevaa tietämystä on tarkoitus ruveta kartoittamaan.

HDA:n tehtävänä on kuitenkin jakaa informaatiota ja sitä on alettu tehdä samalla kun näyttöä kerätään. Yhtenä toimintamuotona ovat olleet suppeat evidenssivihkoset (Evidence Briefings), joita on tähän mennessä ilmestynyt kymmenkunta (esimerkiksi Prevention of low birth weight: assessing the effectiveness of smoking cessation and nutritional interventions, HDA 2003; The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding, HDA 2003). Laajempia neuvontaraportteja on laadittu siitä lähtökohdasta, että niitä on tehtävä myös melko vähäisen käytännön evidenssiperustan varassa terveyserojen kaventamisen osalta (esimerkiksi Cancer Prevention, 2002; Coronary Heart Disease, 2001). Niissä ei anneta varsinaisia ohjeita, koska niille ei ole riittävästi perusteita, vaan pikemminkin esitellään mahdollisuuksia edetä.

HDA ylläpitää online-tietokantaa näyttöön pohjautuvasta tutkimuksesta ja laajaa linkistöä erilaisiin tiedonhakuympäristöihin (www.hda-online.org.uk/evidence). Käytännöllisesti katsoen kaikki laitoksen tuotanto on saatavissa laitoksen verkkosivuilta. Näytön kerääminen tietokantoihin on käynnissä myös muualla ja Yorkin yliopiston Centre for Dissemination of Information (aikaisemmin nimeltään NHS Centre for Dissemination of Information) on aloittanut systemaattisten katsausten tekemisen jo aikaisemmin kuin HDA. Useat sosiaali- ja terveystutkimuksen evidenssitetokantoja keräävät laitokset ovat myös verkottuneet (Evidence Network, www.evidencenetwork.org/nodes.asp).

Public Health Observatories

Kansanterveysohjelmassa (OHN DH 1999a, luku 11, kohta 28) edellytettiin perustettavaksi kansanterveyden tietokeskuksia (Public Health Observatory, PHO) alueellisen tiedon turvaamiseksi jokaiselle Englannin hallintoalueelle (Region). Niitä on yhteensä yhdeksän (kahdeksan Public Health Observatorya ja lisäksi London Health Observatory). Kansanterveysobservatoriot aloittivat toimintansa vuonna 2000 (www.pho.org/uk). Observatorioiden tehtävänä on monitoroida terveyttä ja sairaustrendejä alueillaan, tehdä toiminta-aloitteita ja tunnistaa tietoaaukkoja, tarjota menetelmäneuvontaa terveysvaikutusten arvioinnissa, tehdä yhteenvedoja, toteuttaa projekteja ja arviointeja sekä ennakoita tulevia ongelmia (www.pho.org/uk; Public Health Observatories in England). Eri observatorioilla on kansallisia vastuualueita, esimerkiksi Luoteis-Englannin observatoriolla vastuualueina ovat päihteiden väärinkäyttö ja terveydensuojelu ja Lontoon observatorion erikoisalueena ovat terveyden eriarvoisuus ja sosiaalinen syrjintä sekä ‘regeneraatio’ eli alueiden elvyttämis-

toiminta. Jossain mielessä myös edellä esiteltyä Health Development Agencya voi pitää funktioiltaan maanlaajuisena 'kansanterveysobservatoriona'.

Observatorioilla on samanaikaisesti kiinteä yhteys yliopistoihin ja NHS:ään. Neljä observatoriota sijaitsee yliopistoissa, lopuilla on yhteys paikallisiin terveysviranomaisiin ja muutaman sijainti on molemmissa. Lontoon observatorion sijoituspaikka on North Central London Strategic Health Authority ja King's Fund. Observatoriot ovat hallinnollisesti vastuussa alueen kansanterveysjohtajan kautta keskushallinnolle ja Englannin ylimmälle lääkintäviranomaiselle (Chief Medical Officer).

Observatorioiden tehtävä painottuu tiedon keruuseen ja levittämiseen (intelligence and dissemination) ja ne palvelevat paitsi viranomaisia ja ammattihenkilöstöä myös väestöä, joten julkaisut on tarkoitettu myös tavallisille lukijoille. Observatorioiden tehtävänä nähdäänkin erityisesti kerätyn informaation työstäminen ja tulkinta käyttökelpoiseksi tiedoksi eri käyttäjätahoille (Watkins ym. 2002). Koska ne ovat syntyneet uuden kansanterveysohjelman toteuttamista palvelemaan, terveyserojen tarkastelun tulisi olla näkökulmana kaikkien niiden toiminnassa, vaikka Lontoon observatoriolla onkin temaattinen päävastuu alueesta.

Alueellisia Public Health Observatorioita edelsi Liverpool Public Health Observatory, joka lainasi nimensä uusille keskuksille. Tämän 'alkuperäisen' observatorion perusti John Ashton vuonna 1991 ja se toimii edelleen Liverpoolin yliopistossa, jossa toimii samanaikaisesti myös osa uudesta Luoteis-Englannin kansanterveysobservatoriosta. Vanha observatorio tekee lähinnä tutkimuksia ja selvityksiä NHS:n ja alueen kansanterveysjohtajan tilauksesta.

Health Impact Assessment (HIA)

Achesonin raportin ensimmäinen suositus koski terveysvaikutusten arviointia: 'Suosittelemme, että osana terveysvaikutusten arviointia kaikkia politiikan toimia, joilla on todennäköisesti suoraa tai epäsuoraa vaikutusta terveyteen, arvioidaan niiden terveyden eriarvoisuuteen kohdistuvien vaikutusten kannalta, ja politiikka pitäisi muotoilla siten, että suosimalla heikommassa asemassa olevia se vähentää tällaista eriarvoisuutta.' (Acheson 1998, 120)

Terveysvaikutusten arviointi (Health Impact Assessment) ei alunpitäen kohdistunut sosiaaliseen eriarvoisuuteen vaan pikemmin ympäristönmuutosten aiheuttamiin terveysvaikutuksiin, mutta metodin todettiin soveltuvan myös sosioekonomisten terveysvaikutusten arviointiin (Ritsatakis ym. 2002). Terveysvaikutusten arviointi eroaa muusta arviointitutkimuksesta siinä, että kun arviointitutkimuksella yleensä pyritään selvittämään miten hyvin esimerkiksi politiikan toimet onnistuvat terveyden parantamisessa, HIA enemmänkin selvittää politiikan tahattomia vaikutuksia varsinkin toimenpiteissä, joiden kohteena ei ensisijaisesti ole terveys (Ritsatakis ym. 2002, 288). Terveysvaikutusten arviointi on useim-

miten ennakoivaa ja tarkastelee terveysseuraamuksia jonkun määritellyn alueen väestölle, joka voidaan osittaa sukupuolen, iän, etnisen taustan ja sosioekonomisen aseman mukaan (Ritsatakis ym. 2002, 288). Näin siis 'evidenssi' saadaan vasta jälkikäteen ja siihen pyritään vaikuttamaan ottamalla huomioon asianosaisten mielipiteet ja keskustelemalla eri osapuolten kanssa etukäteen parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi.

Isossa-Britanniassa HIA:n kehittäminen käynnistyi lähinnä Liverpoolissa 1990-luvulla. Menetelmän kehittämiseen olennaisesti vaikuttaneen Alex Scott-Samuelin mukaan HIA on metodisesti enemmän kiinni historiallisessa kontekstissään kuin varsinainen arviointitutkimus, joka on periaatteessa toistettavissa olevaa. Silti metodisia ohjeita on kehitetty mahdollisimman selkeän ja systemaattisen arvioinnin avuksi (Ritsatakis ym. 2002; ks. myös Kauppinen ym. 2002). Jotkut ovat ehdottaneet erillistä terveyseroihin painottuvaa terveysvaikutusten arviointia (Health Inequalities Impact Assessment HIIA), mutta ainakin Manchesterissa vuonna 2000 pidetyssä kansainvälisessä kokouksessa päädyttiin siihen, että kaikessa terveysvaikutusten arvioinnissa on itsestäänselvästi otettava huomioon terveysvaikutukset sekä huono-osaisiin ryhmiin että koko väestöön eikä erillistä metodologiaa tarvita (Ritsatakis ym. 2002, 289).

Englannissa terveysministeriö on panostanut HIA-metodologian kehittämiseen ja välineistön tuottamiseen (Radford/Sihto 2002). Health Development Agency on alkanut arvioida HIA:n käyttöä ja on julkaissut joukon käytännön sovellusohjeita *Learning from practice bulletin*-sarjassaan (esim. Addressing inequalities through health impact assessment, HDA 2003; Evaluating health impact assessment, HDA 2003). Ohjeet perustuvat käytännön kokemuksiin ja niistä annetaan esimerkkejä (esimerkiksi HIA:n käyttö Lontoon erään alueen New Deal for Communities-yhteisöintervention osana). Tietoa ja kokemuksia HIA:n käytöstä on koottu erityiseen HIA -verkko-osoitteeseen (www.hiagateway.org.uk).

Health Equity Audit (HEA, 'terveyserotase')

Health Equity Audit (HEA) on eräänlainen terveyden tasa-arvotase, jota edellytetään NHS:n uudessa 3-vuotissuunnitelmassa vuosiksi 2003-2006 samoin kuin niin sanotussa prioriteettikehyksessä (PF, Priorities Framework). Terveyserotase liittyy paikallisten toimintasuunnitelmien, kuntastrategioiden ja paikallisyhteisöjen uusimisstrategioiden seurantavälineistöön ja nyt edellytetään, että menetelmä integroidaan paikallisten strategisten kumppanuuksien suunnittelujärjestelmään (LSP, Local Strategic Partnerships), tukemaan paikallishallintoa sen terveyskatsauksissa (Hamer ym. 2003, 5). HEA on siten erityisesti perusterveydenhuollon väline nykyisissä yhteistyökuvioissa, joihin osallistuvat Primary Care Trustit ja muut paikallishallinnon tahot. Terveyskatsauksien (overview and scrutiny of health) käytöstä terveyserojen vähentämisen instrumenttina on myös tehty erillinen selvitys (Hamer 2003).

Yksinkertaisimmin HEA:n tehtävä määritellään seuraavasti: Terveyserotase kohdistuu siihen, miten oikeudenmukaisesti resurssit jaetaan suhteessa eri ryhmien terveystarpeisiin (Hamer ym. 2003, 11).

Eriarvoisuusseurantaa on ollut aikaisemminkin, mutta nyt se on kytkettävä normaalitoimintojen suunnitteluun (mainstream planning). Public Health Observatoriot ovat yhdessä Health Development Agencyn ja muiden asiantuntijoiden kanssa kehittäneet välineistöä ja käytännön resursseja taseen laatimiseksi (Hamer ym. 2003). Kehittelyasteella olevan menetelmän ongelmana on, että sopivaa paikallistason tietoa-aineistoa terveyden eriarvoisuudesta ei ole tarpeeksi. HEA:n suhteutuminen muihin arviointimenetelmiin tuntuu olevan jossain määrin epäselvä. Toistaiseksi olemassaolevat esimerkit koskevat lähinnä tasa-arvoista hoitoonpääsyä. Jonkinlaisia tasa-arvoisuusprofileja (ekviteettiprofileja) on hahmoteltu. Pyrkimyksenä on yhdistää kokemuksia Health Action Zones-toiminnasta, alueiden elvytysohjelmien kumppanuuksista, lähiympäristön uudistusstrategioista ja sepelvaltimotautistrategian yhteydessä luoduista tasa-arvoprofileista (Hamer ym. 2003, 6). HEA:n kehittäminen liittyy laajempaa terveysministeriön ohjelmaan, jossa tuetaan paikallisten 'terveysindikaattorikorien' kehittämistä (Hamer ym. 2003, 6).

HEA on siten yksi paikallistason priorisointi- ja seurantavälineistä, jota kehitellään monissa NHS-organisaatioissa. Saatua tietoa on tarkoitus käyttää esimerkiksi sellaisten ryhmien tarpeiden parempaan huomioonottamiseen, joilla on palveluja alimitoitettu. Pyrkimyksenä on myös tunnistaa palvelujen yhteensovittamisen tarpeet terveydenhuollossa, asumisessa, liikennejärjestelyissä, vapaa-ajan toiminnoissa, koulutuksessa ja sosiaalihuollossa niin, että terveydeltään heikoimmat saavat tarvitsemaansa apua.

HEA:n ajatellaan myös auttavan julkisten palvelujen toimintaohjausta (performance management) osoittamalla miten eri ryhmien (sosioekonomiset, alue-, ikä- ja sukupuoliryhmät, rajoitteiset ryhmät ja etniset vähemmistöt) tarpeet on tyydytetty. HEA:n tehtävänä on antaa tietoa eriarvoisuustavoitteiden kehittymisestä paikallishallinnon toimintojen eri alueilla: näitä ovat paikalliset julkisten palvelujen sopimukset (local public service agreements) ja niihin liittyvät toimintakehykset (LSP performance frameworks), kuntastrategia, paikallinen lähiympäristön uudistamisstrategia ja paikallinen NHS:n palvelujentuottosuunnitelman tavoite.

HEA:n tehtävänä on tukea niin sanottuja Best Value-katsauksia, joista on paikallishallinnossa omat suoritesuunnitelmansa.

Lisäksi HEA:sta toivotaan apua resurssien allokoinnissa ja kumppanuuksien tukemisessa siten että kaikille LSP-kumppanuuksille saadaan yhteiset viitekehykset. Pyrkimyksenä on myös saada yhteisöjä mukaan NHS:n ja LSP:n suunnitteluun. Kansalaisille annetaan tietoa vallitsevista tasa-arvovajeista palvelujen tuotossa, saatavuudessa ja terveydentilassa. Vapaaehtoiselle ja yhteisötasolle annetaan

evidenssiä, jota voidaan käyttää tehokkaaseen lobbaukseen voimavarojen parempaa suuntausta varten. (Hamer ym. 2003, 9–10)

Terveyserotaseen keskeiset kysymykset ovat (Hamer ym. 2003, 15):

- Mitä tiedetään paikallisista väestöryhmien välisistä terveyseroista?
- Mitkä ovat keskeiset oikeudenmukaisuuskysymykset palvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa, tarjolla olevissa fyysisissä toimintaedellytyksissä ja hyvän terveyden determinanteissa?
- Mitkä näistä ovat toimintaprioriteetteja?
- Mitä ohjelmia jo on, jotka voisivat auttaa epätasa-arvon (inequities) vähentämisessä?
- Onko asiaan liittyviä kansallisia tavoitteita?
- Pitäisikö asettaa paikallinen tavoite?
- Mihin toimiin voitaisiin ryhtyä olemassaolevien julkisten palvelujen puitteissa kohdentamalla toimintaa avainryhmiin ja -alueisiin?
- Onko voimavaroja suunnattu uudelleen tehokkaimpaan toimintaan?
- Onko mitään vaikutuksia eriarvoisuuden tavoitearvoihin?

Terveyserotaseen tekeminen etenee prosessina, jossa ensin sovitaan prioriteeteista ja yhteistyötahoista, toiseksi tehdään tasa-arvoprofiili, jota varten kerätään ja analysoidaan perusaineisto. Kolmanneksi haetaan evidenssiä paikallistason tehokkaan toiminnan löytämiseksi (paikallisten interventioiden, palvelujen ja hankkeiden läpikäyminen). Neljänneksi sovitaan paikallisista tavoitteista yhteistyötahojen kanssa. Viidennessä vaiheessa käytetään audit-tietoja investointien ja palvelutuotannon muuttamiseksi ja kuudennessa vaiheessa tarkastellaan edistymistä ja vaikutuksia paikallisten tavoitteiden saavuttamisessa.

Tavoitteiden määrittelyssä ehdotetaan tavoitetyyppien erittelyä

- prosessitavoitteisiin (esimerkiksi yhteisen informaatiojärjestelmän rakentaminen)
- toimintatavoitteisiin (activity targets), jotka ilmaisevat tarvittavan työn laajuuden
- tuotostavoitteisiin (outcome targets) jotka ilmaisevat toivotun parannuksen esimerkiksi väestöryhmittäin ilmaistuna
- altistustavoitteisiin (exposure targets), jotka täsmentävät sosioekonomisissa ja ympäristöoloissa tapahtuneet muutokset mieluummin kuin elämäntyylin tai palvelujen muutokset (Hamer ym. 2003, 18–25).

3.2.5 Muutokset ja niiden arviointi

Labour-puolueen hallituskaudella on jo tapahtunut myönteisiä muutoksia, jotka mielellään tulkitaan onnistuneen politiikan seurauksiksi. Uusimmassa terveyserojen kaventamisohjelmassa (DH 2003, 14–23) raportoidaan tehdystä työstä ja joiltakin osin myös ohjelman teema-alueilla tapahtuneesta tavoitteiden mukais-

ta kehityksestä. Esimerkkejä myönteisistä tuloksista tai trendeistä on; että raskaana-olevien matalatuloisten naisten tupakointi oli laskenut 23 %:sta 19 %:iin vuodesta 1995 vuoteen 2000 ja rintaruokinta oli lisääntynyt 50 %:sta 59 %:iin (sosioekonomista eroista ei kuitenkaan raportoida), heikkojen alueiden kouluissa (kouluissa, joissa vähintään 35 % oppilaista saa ilmaiset ateriat) kansalliset oppimistulokset englannissa ja matematiikassa olivat parantuneet vuosien 1996 ja 2001 välillä siten, että repputaneiden osuudet vähenivät enemmän heikkojen alueiden kouluissa kuin koko maassa. Teiniraskaudet olivat vähentyneet 10 % vuosien 1997 ja 2002 välillä ja kolmannes 16–19-vuotiaista äideistä oli koulutuksessa tai töissä, mikä oli kaksinkertaisesti vuoteen 1997 verrattuna. Kodittomien perheiden määrä oli vähentynyt ja ulkona yöpyvien määrä oli vähentynyt 1850:stä 600:aan vuosina 1998–2001. Vuosina 2001–2002 120 000 tupakoijaa onnistui lopettamaan tupakoinnin neljä viikon kontrolliaikana NHS:n palvelujen tuella. Tie-liikenneonnettomuuksissa erityisesti matalatuloisten perheiden lasten kuolleisuus, samoin kuin vanhusten kuolleisuus, oli laskenut 20 % vuosien 1998 ja 2001 välillä ja vakavat vammat olivat vähentyneet 23 % samoissa ryhmissä. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus alle 75-vuotialla oli vuosien 1996–1997 ja 1999–2001 välillä vähentynyt 19 %. Vuosina 2001–2002 oli yli 400 000 lasta vähemmän matalatuloisissa perheissä verrattuna vuosiin 1998–1999.

Englantilaiselle järjestelmälle on ominaista, että suuria hankkeita arvioidaan varsin perusteellisesti, kuten on edellä ilmennyt esimerkiksi HAZ-ohjelman, Sure Startin, New Deal for Communities ja Health Improvement -ohjelman osalta. Arviointi on aloitettu usein aikaisessa vaiheessa, mikä on tarkoittanut sitä että monet pitkän aikavälin tavoitteet eivät periaatteessakaan olisi ehtineet toteutua. Toisaalta nämä suuret hankkeet ovat tyypillisesti laaja-alaisia yhteisöhankeita (comprehensive community-based initiatives), joiden kokonaisarviointiin perinteiset evaluointimenetelmät eivät sovi. Tämä johtuu siitä, että hankkeilla on monia päämääriä, interventiot ovat moniaineksisia ja tapahtuvat avoimissa systeemeissä, jolloin syytekijöiden osoittaminen on perustavanlaatuinen ongelma. Tällaisissa hankkeissa on lähes mahdotonta eristää muutosmekanismeja tai interventiota ja olettaa että kontekstitekijät voitaisiin 'vakioida' (Judge 2000). Muun muassa HAZ- ja HIMP -arvioinneissa tutkijat ovat kehittäneet 'realistisen evaluaation' kehikkoa, joka sopii paremmin arvioimaan sosiaalisia ohjelmia nopeasti muuttuvissa olosuhteissa, joissa konteksti on yhtä tärkeä kuin interventiokin (Judge 2000, referoi Pawsonin ja Tillyn kehittämää realistisen evaluaation lähestymistapaa). Kehikkoon on otettu mukaan myös Carol Weissin kehittämää muutoksen teoriaa, jossa otetaan huomioon hankkeihin sisältyvä käsitys siitä mihin pyritään ja myös muutoksen toteuttajien henkilökohtaiset käsitykset (ks. Judge 2000, Judge ym. 1999, Benzeval 2003). Tällöin arviointi on osa itse muutoshanketta ja asettuu prosessin osaksi.

Sinänsä terveyseroihin kohdistuvia interventioita on varsin vähän. Tuoreessa HDA:n arviointitutkimuksessa selvitettiin Yhdistyneessä Kuningaskunnassa vuosina 1995–2001 ilmestyneistä tietokantoihin rekisteröidyistä kansanterveys-tutkimuksista, missä määrin ne ovat kohdentuneet kansanterveysinterventioihin tai käytännön toimintatapoihin erityisesti sellaisilla toiminta-alueilla, jotka ovat tärkeitä kansanterveysohjelman Saving Lives: Our Healthier Nation (OHN DH 1999) ja NHS:n suunnitelman (DH 2000) kannalta. Kriteereinä olivat laaja terveyden edistämisen tai kansanterveyden näkökulma, terveystkasvatus ja terveysinterventiot kullakin aihealueella, joita oli poimittu mainituista dokumenteista yhteensä 13 (onnettomuudet, syöpä, sepelvaltimotauti/aivoinfarkti, diabetes, ruokavalio ja elämäntyyli, huumeet ja alkoholinkäyttö (mukaanlukien HIV/AIDS), eriarvoisuus (mukaanlukien kansanterveys), imeväiskuolleisuus (mukaanlukien HIV/AIDS), yli 50-vuotiaiden terveys, tupakointi, sukupuolitaudit (mukaanlukien HIV/AIDS), itsemurhat ja nuorten terveys (mukaanlukien lapset ja teiniraskaudet). Eri tietokannoista (MEDLINE, Sociofile, Datastar, EPPI-Centre, Cochrane, Centre for Reviews and Dissemination at University of York, ESRC, Joseph Rowntree Foundation, MRC, NRR, HTA) kertyi runsaasti teemoihin liittyviä sekä valmiita että työn alla olevia hankkeita.

Tutkijoiden erityyppisistä bibliografioista tekemien yhteenvetolaskelmien mukaan näytti siltä, että 0,4 % akateemisesta ja muusta tutkimuksesta on kansanterveydellisen interventiotutkimuksen kannalta relevanttia (Millward ym. 2003). Viitteitä oli siitä, että pienempien Review-organisaatioiden tuotoksista suurempi osa oli OHN:n terveyden edistämisroolin mukaista kuin suurempien organisaatioiden tutkimuksista (Cochrane). Varsinaisten tutkimusorganisaatioiden tietokantojen tuotoksista 0,1–6,1 % oli relevanttia kansanterveysohjelman (OHN) edellyttämän kansanterveysinterventiotutkimuksen näkökulmasta. Näistä vain pienessä osassa oli suoraan suuntauduttu terveyseroihin. Myös Mackenbach ja Bakker (2002) arvioivat, ilman numeroarvioita, että interventio- ja politiikka-tutkimusta on tehty enemmän USAssa. Brittitutkijat (Millward ym. 2003) arvelivat, että interventio-orientoituneen tutkimuksen esteinä voivat olla itse tutkimuksen monimutkaisuus syys-seuraussuhteiden osoittamisen kannalta, vähäinen kiinnostus pitkäkestoiseen tutkimukseen, sopivan koordinoivan infrastruktuurin puuttuminen, yliopistojen vähäinen tuki tällaiselle tutkimukselle ja epätietoisuus siitä mikä on hyväksyttävää näyttöä. He ehdottivat tilanteen korjaamiseksi muun muassa toiminnan rakenne-edellytysten kehittämistä ja yhteisten tietopohjien luomista sekä tukea yliopistojen osallistumiselle tällaisiin hankkeisiin.

3.2.6 Päätelmät

Englannin terveystalitiikassa ja muussa politiikassa ja hallinnossa on tapahtunut lyhyessä ajassa paljon muutoksia ja uudistuksia ja uusia politiikkadokumentteja on ilmestynyt myös tämän hankkeen aikana. Englantilaisten tekemistä arviointitutkimuksista huolimatta kovin selkeää kuvaa hallituksen moninaisista aloitteista ja kentällä toteutuneista ja toteutuvista hankkeista on ollut vaikea saada.

Englanti on myös kriittisen sosiaalitutkimuksen vahvimpia maita ja englantilaiset tutkijat ovat alusta pitäen arvostelleet nykyistä terveystalitiikkaa. Achesonin raportin suosituksia arvosteltiin tuoreeltaan priorisoinnin puuttumisesta, ostolistamaisuudesta, epämääräisyydestä ja kustannusarvioiden puuttumisesta (Davey Smith ym. 1998) ja myös terveyden eriarvoisuuden teoreettisten käsitteiden puutteellisesta analyysistä (Barnes & Scott-Samuel 1999). Terveystalitiikasta ohjelmasta ja toimenpiteistä esitetään samantapaista kritiikkiä edelleenkin. Terveystalitiikeroja ei ole selkeästi määritelty, ja myös hankkeiden arvioinneissa puutteellinen käsitteiden määrittäminen ilmeni tavoitemäärittelyn vaikeutena kenttäoloissa.

Myös tavoitteiden asettamisen ja erityisesti määrällisten tavoitteiden ongelmia on Englannissa pohdittu paljon, niin kuin jonkin verran muuallakin, aina WHO:n Terveystalitiikka kaikille -ohjelman terveystalitiikavoitteesta alkaen. Tavoitteilla on nähty kaksi käyttötarkoitusta, symbolinen ja praktinen (Whitehead et al 1998). Symbolisia tavoitteita, jollaisena WHO:nkin tavoite voidaan nähdä, on pidetty tärkeinä siinä, että ne oikeuttavat toiminnan ja antavat sille suunnan. Praktisesti asetettujen tavoitteiden tehtävä on auttaa täsmällisemmässä muodossa mittaamaan edistymistä ja myös parantamaan voimavarojen käytön vastuullisuutta. Toisaalta ei ole selviä todisteita siitä, että määrälliset terveystalitiikavoitteet edes olisivat tehokas keino terveystalitiikan parantamiseen (Baum ym. 1995; Diderichsen 2003). Kimmo Leppo (1995) on myös todennut, että tavoitteiden asettelu kriteerinä tulisi olla jokin varmuus siitä, että on olemassa menetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi. Englannissa käymissämme keskusteluissa haastateltavat arvelivat, että tavoitteita ei saisi olla liikaa. Lisäksi 'tavoitekuulttuuri' (Alex Scott-Samuelin käyttämä termi) voi ohjautua tuijottamaan liikaa teknisiin tavoitteisiin, jolloin tarpeet, joiden täyttämistä on kyse, ja monet muut sisällöllisesti tärkeät määrätavoitteiden ulkopuolelle jäävät pyrkimykset saatetaan sivuuttaa. Monet tavoitteet liittyvät myös pikemminkin seurausten korjaamiseen eli ns. 'alajuoksun' (downstream) ilmiöiden muuttamiseen, sen sijaan että yritettäisiin vaikuttaa rakenteellisiin ('upstream') kausaalitekijöihin ja niistä käynnistyviin prosesseihin. Pelkkiä seurauksia korjattaessa erojen tuottamisessa ei mikään muutu.

Haastatteluissamme suhtauduttiin myös kriittisesti aluepohjaisiin hankkeisiin, sillä valtaosa huono-osaisista asuu aina muilla alueilla kuin erilaisten projektien piirissä. Myös 'huonoudessa' kilpaileminen on joskus koettu kyseenalaisena,

kun hakemuksissa on pitänyt korostaa miksi alue erityisesti tarvitsee hankerahat, ja samalla vieressä oleva melkein yhtä huono alue on jäänyt ilman. Silti Englannin suuret alue-erot tuntuvat oikeuttavan aluepohjaisilla ohjelmilla aloittamisen (niin kuin Suomessakin on tehty aikaisemmin). Se, että tavoitteissa koko sosiaaliseen jakaumaan vaikuttaminen on jäänyt vähemmälle, on nähty erojen vähentämisen kannalta ongelmallisena (ks. esim. Exworthy ym. 2003).

Myös terveyseropolitiikan kontekstin ja ehtojen analyysin vähäisyys on herättänyt arvostelua, esimerkiksi kansainvälisen talouden ja politiikan aiheuttamia paineita ja reunaehtoja ei tavoiteohjelmissa juuri käsitellä. Kyse on kilpailuun ja erojen tuottamiseen perustuvan yhteiskuntapolitiikan ja tasa-arvon välisestä jännitteestä. Myös vallan ja politiikan tutkimuksen ja niitä koskevan keskustelun vähäisyyteen terveystutkimuksessa (verrattuna esimerkiksi Thatcherin ajan keskusteluihin) on kiinnitetty huomiota (Bambra ym. 2003).

Joka tapauksessa panostaminen terveyserojen kaventamiseen politiikkaan on ollut sekä hallituksen sitoutumisen että resurssien osalta runsasta. Resursseja on myönnetty avokätisesti suunnitteluun, hankkeisiin, tutkimukseen ja evaluaatioon. Samoin kuin Ruotsissa, kokonainen tutkimuslaitos on valjastettu pääosin hallituksen terveyseropolitiikan toteutumisen tueksi (Health Development Agency). Terveyseroja on nostettu työlistoille kautta maan muun muassa NHS:n Primary Care Trusteille asetettujen velvoitteiden takia. Terveyserot ovat tulleet paikallistason toiminnan kohteiksi myös erilaisten interventoiden ja hankkeiden kautta ja mahdollisesti politiikan pyrkimys saada hankkeiden kokemukset normaalitoimintoihin ('mainstreaming' -painotus) voi edistää terveyserojen pysyttämistä terveys- ja sosiaalipolitiikan keskiössä. Ilmeisiä vaaroja on kuitenkin nähty siinä, mitä on nimetty 'ruuhka-agendaksi'. Kyse on siis liiallisesta projektien määrästä samanaikaisten rakennemuutosten aikaan ja pitkän aikavälin tavoitteiden unohtumisesta vuosibudjettien paineessa. Kuitenkin terveyseroihin puuttumiseen vastuuttaminen jollain mekanismilla tuntuu välttämättömältä ja sitä myös korostetaan Englannissa.

Yhteistyösuhteiden rakentaminen saattaa olla eri kulttuureissa erilaista, eikä malleja kenties voi siirtää. Mahdollisesti syvällisempi perehtyminen joihinkin paikallistason projektien tai kunnallisen/piirikohtaisen yhteistoiminnan esimerkitapauksiin saattaisi olla hyödyllistä. Vaikka aluepainotteisuus ei ole Pohjoismaiden universalististen sosiaalipolitiikan arvojen ja rakenteiden mukaista, Englannin aluepohjaisissa hankkeissa voi olla kiinnostavia kokeiluja, joissa vaikeimmin tavoitettavien ryhmien elinoloja ja terveyttä yritetään kohentaa. Myös valtiollisen tason yhteistyön muodot ja valtiovarainministeriön mukanaolo terveyspolitiikassa ansaitsee pohdintaa. Yliopistojen kytkeminen tiedontuotantoon Englannin kansanterveysobservatorioiden tapaan voisi virittää ehdotuksia yhteistyön uusien muotojen hakemiselle myös Suomen kansanterveystieteen laitosten ja muiden valtion laitosten ja tiedontarvitsijoiden välille.

3.3 Hollanti

Hollantia pidetään yhtenä WHO:n Terveyttä kaikille -politiikan pioneerimaana. Vuonna 1985 hallitus hyväksyi HFA-politiikan tavoitteet ja Hollanti oli Suomen tavoin ensimmäisiä oman Terveyttä kaikille -dokumentin julkaisijoita vuonna 1986. Tämä dokumentti 'Health as a focal point, an abridged version of the Memorandum Health 2000 (Nota 2000) (Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs 1986, englanniksi 1987) oli käänteentekevä terveyserojen nostamisessa terveyspolitiikan kohteeksi (Gunning-Schepers 1989, 149–150). Sen jälkeen Hollannissa on lyhyessä ajassa tehty varsin paljon terveyserojen kaventamiseen kohdistuvaa tutkimusta ja politiikkaa, ja Hollantia onkin pidetty terveyserojen kaventamistoimien menestystarinana (Whitehead 1998), kun taas Suomesta on löytynyt kansainvälisessä vertailussa vain niukalti esimerkkejä terveyseroihin puuttumisesta (ks. Mackenbach & Bakker 2003).

Terveyserot ovat kuitenkin Hollannissakin pysytelleet suurina (Mackenbach & Stronks 2002). Pelkästään peruskoulutuksen saaneet miehet elävät keskimäärin 5 vuotta lyhyemmän elämän kuin korkeimman koulutusryhmän miehet. Naisilla vastaava ero on 2,6 vuotta. Terveen eliniän odotteen ero on 12 vuotta (ks. Stronks 2002a) ja se on tiettävästi ollut kasvussa. Tuoreimman kansallisen kansanterveys- ja ympäristölaitoksen (RIVM, National Institute for Public Health and Environment) raportin mukaan naisten elinajan odote, 80,6 vuotta, on jäämässä EU:n keskitason alapuolelle. Miesten elinikä on noussut 75,5 vuoteen, mutta nousu on ollut hitaampaa kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa (RIVM 2000). Ikävakioidussa kuolleisuudessa sydän- ja verisuonitauteihin hollantilaiset ovat kuitenkin paremmalla tasolla kuin raporttimme muut vertailumaat, mutta syöpäkuolleisuudessa he ovat Englannin jälkeen toiseksi korkeimmalla tasolla (ks. Wanless 2003, 13–15). Myös terveytensä hyväksi arvioijien osuudet ovat vertailumaistamme korkeimmat Hollannissa (Wanless 2003, 20). Koetussa terveydessä ja sairastavuudessa on kuitenkin Hollannissakin selvät koulutustason mukaiset gradientit (ks. esim. Stronks 2002a, 250). Tupakoijia on hollantilaismiehissä ja -naisissa eniten (ks. Wanless 2003, 32–33) ja myös alkoholin kokonaiskulutuksessa per capita hollantilaiset ovat hienokseltaan kärjessä ennen lähes yhtä paljon juovia englantilaisia (SU Alcohol Harm Reduction project 2003, 14).

3.3.1 Terveyspolitiikka

Hollannissa on toisen maailmansodan jälkeen rakennettu laaja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmä. Terveystieteiden järjestelmä on pluralistinen ja kahdella tavalla hajautettu: funktionaalisesti ja alueellisesti. Alueellisesti maakuntatason hal-

linto huolehtii sairaalasuunnittelusta ja alue- ja kuntataso paikallisista terveyspalveluista, lähinnä preventiosta. Funktionaalinen hajautus tarkoittaa sitä, että kansallisella tasolla toimii joukko kvasiautonomisia valtionhallinnon ulkopuolisia organisaatioita, esimerkiksi neuvonnasta ja sääntelystä vastaavat sairausrahastojen liitto (Sickness Fund Council) ja terveydenhuollon keskusliitto sekä kolme muuta sairaan- ja terveydenhoitoon liittyvää kansallista neuvontaorganisaatiota. Paikallistason sairaalat, yleislääkärit ja muut terveyspalvelujen tarjoajat, sairausrahastot, kuluttajajärjestöt, työnantajat ja työntekijät ja vakuutusyhtiöt ovat näiden kansallisten organisaatioiden jäseniä. Terveydenhuollon rahoitus perustuu pääosin sosiaalivakuutukseen, kun taas sosiaalihuolto rahoitetaan pääosin verovaroin (Dekker 2000 113–114). Sosiaalivakuutusjärjestelmä perustuu historiallisesti sairausrahastoihin ja työväenliikkeen politiikkaan ja on kohdentunut erityisesti heikossa asemassa olevien suojeluun. Dekkerin (2000, 113–115) mukaan tällaisen järjestelmän yksi seuraus on ollut se, että kansallista terveyspolitiikkaa on hallinnut suunnittelu, rahoitus ja terveyspalvelujen järjestäminen enemmän kuin terveydentila, tasa-arvokysymykset tai intersektoraalinen toiminta.

Terveyseroihin virisi kuitenkin kiinnostusta Hollannissa, kun vuonna 1980 julkaistiin tutkimus, jossa paljastui suuria terveyseroja Amsterdamin eri alueiden välillä, huolimatta suhteellisen kattavasta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä (Stronks 2002a). Britannian Black Report (Whitehead 1998) ja WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma toivat ulkopuolelta virikkeitä terveyden tasa-arvokysymyksiin. Hollannin terveyspolitiikan tavoitedokumentti (Ministry of Welfare..1989) ei tosin saanut virallisen dokumentin statusta, koska ei ollut mahdollista poliittisesti vastuuttaa erillisiä tahoja tavoitteiden saavuttamiseksi (van de Water & van Herten 1996, 25).

Ensimmäinen kansallinen terveyserojen tutkimusohjelma käynnistyi vuonna 1989 ja siitä kertyneet kokemukset ja tiedot virittivät myös alue- ja paikallistason toimintaa. Kansallisessa sosioekonomisia terveyseroja käsitelleessä konferenssissa, jonka kansallisen politiikan tiede neuvosto (Scientific Council for Government Policy) järjesti vuonna 1991, useat tahot lupasivat ryhtyä toimiin terveyserojen vähentämiseksi (Stronks 2002a, 255). Seuraavassa poliittisessa strategia-dokumentissa (Strategy for Health, Ministry of Welfare... 1992), jossa ilmaistiin Hollannin terveyspolitiikan pääalueet kvalitatiivisten päämäärien avulla, yksi viidestä prioriteetista käsitteli terveyden tasa-arvoa (equity in health). Siinä todettiin, että on välttämätöntä vahvistaa terveyspolitiikkaa siten että se vähentää terveyseroja sellaisten väestöryhmien osalta, jotka eivät ole hyötäneet yleisestä terveydentilan kohentumisesta yhtä paljon kuin muut (Ministry of ..1992, 16). Strategian konkreettiset tavoitteet kohdistuivat kahteen ryhmään: maahanmuuttajiin ja kodittomiin (Ministry of Welfare...1992, 33–34).

Vuonna 1995 julkaistua *Terveys ja hyvinvointi* -dokumenttia pidetään 1990-luvun lopun terveyspolitiikan keskeisenä ohjaajana (van de Water & van Hertzen 1998), ja siinä sosioekonomiset terveyserot mainitaan politiikan päämääräalueena. Yksi konkreettinen ehdotus koski suurkaupunkipolitiikan kehittämistä (Ministry of Welfare...1995, 14). Tässä ohjelmassa ilmoitettiin myös toisen terveyserojen tutkimusohjelmakomitean perustamisesta (Albeda Committee). Myös tämä toinen tutkimusohjelma vaikutti terveyspolitiikan muotoiluun.

Vuonna 1996 ilmestyi toinen Kansallisen kansanterveys- ja ympäristönsuojelulaitoksen Kansanterveyden tila ja ennuste -raportti, jossa sosioekonomisten terveyserojen tähdennetään olevan keskeinen kansanterveysongelma. Seuraavana vuonna niin sanottu Lemstran komitean kansanterveyden edistämistä koskeva raportti mainitsi niinkään sosioekonomisten terveyserojen olevan tärkeä politiikan alue (Stronks 2002a, 255–256).

Terveysministeriön dokumentissa vuonna 2001 (*Policy Spearheads for 2001 and beyond, Policy Agenda of the Ministry of Health, Welfare and Sport*) tukeudutaan toisen tutkimuskomitean työn tuloksiin (Stronks 2002a, 255).

Hajauttamistrendi näyttää jatkuvan Hollannin politiikassa. Sitä osoittaa muun muassa vuonna 2001 solmittu kansallinen terveydenhuollon yhteistyösopimus (National Contract for Public Health Care). Sopimuksen solmijoina ovat terveysministeriön lisäksi muutama muu ministeriö ja maan noin 450 kunnan muodostama kuntien yhteenliittymä (The Association of Netherlands Municipalities) ja terveyspalveluista vastaavien yhteenliittymien (noin 45 kpl) liitto (GGD Nederland, the Association of Municipal Health Services). Sopimuksen tavoitteena on vahvistaa paikallista terveydenhuoltopolitiikkaa ja kannustaa eri toimijatahoja voimistamaan julkista terveydenhuoltoa. Se pyrkii myös parempaan paikallisen ja kansallisen politiikan koordinoimiseen. Sopimuksessa velvoitetaan kunnat tekemään paikallisia terveystuunnitelmia. Yksi sopimuksen prioriteeteista on vähentää sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja ja edistää terveitä elämäntyyliä (National Contract for Public Health Care, 2001).

2000-luvun alussa hallituksessa on suhtauduttu myönteisesti terveyserojen kaventamispolitiikan edistämiseen, mutta viime vuosina prosessi ei ole juuri edennyt (Stronks 2003). Uusi terveyspolitiikan dokumenttiluonnos kohdistuu kuitenkin myös terveyseroihin.

3.3.2 Tutkimus ja interventiot

Sosioekonomiset terveyserot tulivat kansanterveystutkimuksen kohteeksi varsinaisesti vuonna 1980 ilmestyneen Amsterdamin asuinalueitten väliset terveyserot paljastaneen tutkimuksen myötä. Hollannin sosiaalilääketieteen seura järjesti samana vuonna sosiaalisia terveyseroja koskevan konferenssin. Ennen 1980-luvun

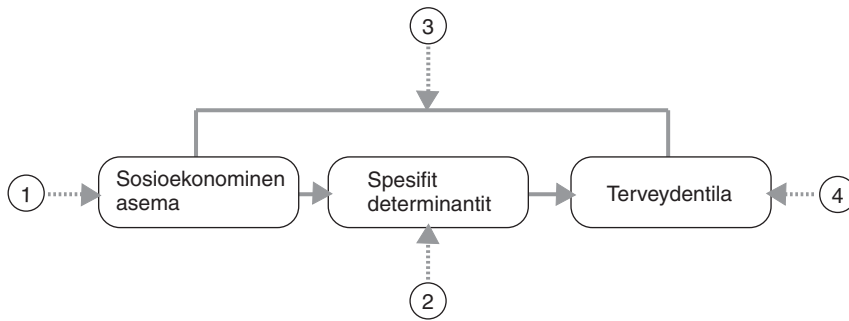
loppua ei kuitenkaan juuri ilmestynyt muita aihetta koskevia tutkimuksia (Stronks 2002a, 250–251). Tilanteen muutti ratkaisevasti valtiovallan rahoittama ensimmäinen kansallinen viisivuotinen tutkimusohjelma. Tämän ohjelman taustalla oli muun muassa WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelman virittämä aktiivisuus ja Hollannin terveyspolitiikan vuoden 1989 tavoitedokumentti (Dekker 2000).

Ensimmäisen vuosina 1989–1993 toteutetun ohjelman tavoitteena oli selvittää sosioekonomisten terveyserojen laatua, määrää ja determinantteja. Ohjelmassa oli 40 tutkimusta, joista valtaosa oli suhteellisen pienimuotoisia sekundaari-analyyssejä olemassaolevista aineistoista ja laaja seurantatutkimus (ns. GLOBE-tutkimus), joka pyrki selvittämään sosioekonomisten terveyserojen syitä. Tutkimushankkeisiin rekrytoitiin tietoisesti tutkijoita monilta aloilta, esimerkiksi epidemiologeja, terveys sosiologeja ja psykologeja, ja ohjelman toteutusta varten perustettiin komitea, jossa oli tutkijoiden lisäksi terveysministeriön edustaja samoin kuin politiikan alueita tuntevia henkilöitä. Julkaisujen määrä kasvoi voimakkaasti hankkeen aikana ja tuloksia julkaistiin myös laajalle yleisölle. Stronksin (2002a, 2002b) mukaan näissä tutkimuksissa kausaatiomekanismi osoittautui tärkeämmäksi kuin selektiomekanismi, toisin sanoen sosioekonomisen aseman vaikutus terveyteen oli merkityksellisempi kuin terveydentilan vaikutus sosioekonomiseen asemaan. Sosiaalisten rakennetekijöiden kuten elinolojen ja työolojen todettiin olevan yhtä tärkeitä kuin käyttäytymistekijät. Näiden rakennetekijöiden tai materiaalistien ehtojen joukossa erityisesti työolosuhteet osoittautuivat tärkeiksi. Niinpä lupaavimpina tapoina vaikuttaa terveyseroihin näyttivät olevan alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä olevien henkilöiden työolojen kohentaminen ja terveyskäyttäytymisen parantaminen (Stronks 2002b, 22).

Loogisena seurauksena tutkimusohjelman löydöksille oli ryhtyä selvittämään, millaiset strategiat voisivat olla tehokkaita erojen kaventamisessa. Aiemmissä tutkimuksissa ei juuri ollut tietoja interventioden tehokkuudesta sosioekonomisten terveyserojen kaventajana. Niinpä toinen, tällä kertaa kuusivuotinen, tutkimusohjelma käynnistettiin vuonna 1995, ja sen tavoitteena oli nimenomaan selvittää interventioden mahdollisuuksia ja tehokkuutta (Stronks 2002b).

Interventioiden toteuttamisen ja niiden evaluoinnin ohella ohjelmaan sisältyi myös terveyserojen monitorointia, pitkittäistutkimus, tutkimusseminaareja, julkaisemista ja dokumentaatiokeskuksen perustaminen (Mackenbach & Stronks 2002). Interventiotutkimuksia tehtiin 12 ja ne alkoivat vuonna 1997–1999. Useimmissa oli kvasiekperimentaalinen tutkimusasetelma ja vertailu kohdistui terveydellisiin seurausmuuttujiin (health outcomes) tai prosessitekijöihin koe- ja kontrolliryhmissä.

Hollantilaiset tutkijat soveltavat usein kuviossa 5 esitettyä vaikutusten jäsennostapaa sosioekonomisten tekijöiden ja terveyden välillä (esim. Stronks 2002b, 21–22).



KUVIO 5. Sosioekonomisten terveyserojen selitysten yleiskaavio ja terveystalitiikan vaikuttamiskohdat (Stronks 2002b, 21–22)

Malli kattaa samat interventioiden kohdentamisalueet kuin aiemmin esitetty Diderichsenin ym. malli (2001, Kuvio 1). Sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen voi siten periaatteessa tapahtua neljän vaikutuskanavan kautta:

- 1) Sosioekonomisen aseman kautta vähennetään epätasa-arvoa sosioekonomisten tekijöiden jakautumisessa (tulot, koulutus).
- 2) Spesifit determinantit koskevat välittäviä mekanismeja sosioekonomisten tekijöiden ja terveydentilan välillä, kuten tupakointia tai työoloja.
- 3) Selektio, huonon terveyden vaikutus sosioekonomiseen asemaan: sosiaalipolitiikan keinoilla estetään tulojen romahtaminen sairastuneilla tai työttömillä, autetaan kroonisesti sairaita pysymään työelämässä.
- 4) Sairausten vaikutuksiin vaikutetaan esimerkiksi tarjoamalla erityisiä sairaanhoitopalveluja heikommassa asemassa oleville.

Tehdyt 12 interventiota ryhmiteltiin vaikutuskohdan mukaan neljään ryhmään. Seitsemässä interventiossa saatiin toivotunlainen vaikutus, neljässä ei saatu vaikutusta tai se oli kielteinen, yhdestä ei ollut tietoa referoitua artikkelia kirjoitettaessa (Mackenbach & Stronks 2002).

Seuraavassa interventioiden luetteloivassa kuvauksessa + merkillä varustetut olivat tuloksellisia interventioita.

- 1) Interventiot jotka kohdistuivat sosioekonomiseen huono-osaisuuteen
 - Lisäetuksia köyhyydessä eläville vanhemmille, jotka identifioitiin lapsiin kohdistuvissa ehkäisevissä seulonnoissa (vain soveltavuustutkimus, ei kerätty evidenssiä tehokkuudesta)
- 2) Interventiot joilla pyrittiin vähentämään terveydentilan vaikutuksia sosioekonomiseen huono-osaisuuteen
 - Perusasteen ylittäneiden koululaisten neuvonta, kun esiintyi runsaasti sairaudesta johtuvia poissaoloja (suunniteltu evaluaatio epäonnistui)
- 3) Interventiot joilla pyrittiin vähentämään sosioekonomisen huono-osaisuuden vaikutusta terveyteen

- Joukkotiedotuskampanja jolla edistettiin raskautta harkitsevien alempien sosioekonomisten ryhmien naisten foolihapon nauttimista (ei vaikutusta sosioekonomiseen eroon)
 - Yhteisöinterventio jolla parannetaan terveyskäyttäytymistä deprivoiduilla asuinalueilla (tuloksia ei ollut käytettävissä)
 - + Integroitu tupakoinnin aloittamista ehkäisevä ohjelma koululaisille yleisessä alemman asteen koulussa ja ammattikoulussa; sosiaalisten taitojen opetus + rahapalkinnot (interventio vähensi tupakoinnin aloittamista)
 - + Hampaiden harjaus peruskouluissa -ohjelma (interventio eliminoi sosioekonomisen eron hampaiden harjauksessa)
 - + Työmenetelmien mukauttaminen (tiilien latominen ylöspäin - tiilien latominen vyötäröntasolla) ja työvälineet (nostokoneen käyttö) tiilityöntekijöille (interventio vähensi fyysistä kuormittuneisuutta ja sairauspoissaoloja)
 - + Tehtävien kierrätys roskalaatikoiden tyhjentäjillä (ajamisen ja minikonttien täytön välillä) (interventio vähensi fyysistä kuormitusta ja sairauspoissaoloja)
 - Itseohjautuvien ryhmien luominen erilaisissa tuotanto-organisaatioissa (arviointi epäonnistui)
- 4) Interventiot terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi
- + Paikallisten hoitoverkostojen luominen yleislääkäreiden, asumisyhtymien (housing corporation) henkilökunnan ja poliisien kesken asunnottomuuden ehkäisemiseksi kroonisilla psykiatrisilla potilailla (interventio vähensi häätöjä ja tahdonvastaista hoitoonottoja psykiatriisiin sairaaloihin)
 - + / - Vertaisopetus turkkilaisentyisille diabetespotilaille (interventio paransi glykemiakontrollia ja terveellistä käyttäytymistä, mutta vain naisilla)
 - + Terveydenhoitajien (nurse practitioners) toiminta astmapotilaiden tai kroonisista keuhkohtaumaa sairastavien hoidossa yleislääkärin vastaanotoilla deprivoiduilla alueilla (interventio paransi hoitomyöntyvyyttä ja vähensi taudin pahenemista).

Hollantilaiset ovat pohtineet interventioiden ja niiden evaluoimisen metodologisia puutteita ja sisällöllisiä rajoituksia perusteellisesti (ks. esim. Stronks 2002b, 22–23). Interventiot olivat sinänsä melko pienimuotoisia (englanninkielisissä esittelyissä ei ole ilmaistu osallistujien lukumääriä). Ongelmana oli 6-vuotisesta ohjelmasta huolimatta ajan lyhyys seurannan ja erityisesti terveydellisten muutosten esiintulemisen tai pysyvyyden kannalta. Tupakkaan liittyvissä tutkimuksissa ei enää tarvita osoituksia terveysseuraamuksista runsaan evidenssin takia, mutta silti koululaisten tupakoimattomuuden 1-vuotisseuranta, mihin tässä jouduttiin tyytymään, ei ole riittävä. Tiukkaa koeasetelmaa ei aina voida varsinkaan yhteisöinterventioissa käyttää, kuten ei tämänkään ohjelman interventioissa. Kukin inter-

ventio kohdistui vain pieneen osaan sosioekonomisista eroista ja monet muut jäivät huomiotta. Pulma on ilmeinen kun otetaan huomioon sosioekonomisten terveyserojen yleisyys lähes kaikessa sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Lisäksi ohjelman interventiot kohdistuivat sellaisiin alueisiin, joihin voidaan vaikuttaa preventiivisessä terveydenhuollossa ja joita myös voidaan arvioida. Sen sijaan asuntopolitiikan, sosiaalipolitiikan tai työllisyyspolitiikan vaikutuksia sosioekonomisiin terveyseroihin on huomattavasti vaikeampi arvioida, vaikka ne oletettavasti vaikuttavat paljon enemmän kuin spesifit interventiot. Näiden ongelmien takia myös muuta vähemmän formaalia evidenssiä kuten asiantuntijoiden mielipiteitä ja empiirisiin havaintoihin perustuvia tutkimustuloksia on syytä käyttää. Hollantilaiset myös kannustavat kansainväliseen yhteistyöhön ja kokemusten jakamiseen tällä vaikeasti tutkittavalla alueella.

Samoin kuin ensimmäisen tutkimusohjelman tämänkin ohjelman toteutusta ohjasi itsenäinen poliitikon johtama tutkijoista, poliitikoista ja terveyspolitiikan tuntijoista muodostuva komitea, joka raportoi suoraan terveysministerille. Komitea muun muassa tilasi katsauksen fyysisesti raskaan työn vähentämistä koskevista interventioista, mistä kävi ilmi että tällaisia hankkeita on arvioitu enemmän kuin suurimmassa osassa muita politiikan alueita (Stronks 2002a, 252). Ohjelman lopulla komitea kokosi ehdotuksensa terveyserojen vähentämiseksi Hollannissa. Sen perustana käytettiin paitsi ohjelman tutkimuksia, myös muita kotimaisia ja ulkomaisia kokemuksia. Komitean ehdotuksia on 26 ja ne kattavat edellä esitellyt neljä strategiaa vaikuttaa terveyseroihin. Suositukset koskevat implementaatioita joiden tehokkuudesta on näyttöä, mutta samalla suositellaan tutkimusta ja kehittämistä. Myös määrätavoitteita ehdotetaan. (Stronks 2002a, 254)

Lisäksi komitea järjesti kuusi konferenssia, joiden teemat käsittelivät köyhyden-vastaista politiikkaa, koulutuspolitiikkaa, työpaikkainterventioita, terveyden edistämistä, terveydenhoitoa ja asumisoloja/kaupunkikehitystä. Stronksin (2002b) mukaan konferenssit osaltaan lisäsivät tietoisuutta terveyserojen vähentämisestä myös muilla kuin terveyssektorilla. Lisäksi ohjelman tutkimustuotoksista ja konferenssien tuotoksista on koottu hollanninkielinen terveyserojen vähentämisen käsikirja alalla toimiville ammattihenkilöille (ks. Stronks 2002a).

Näin siis Hollannissa kansanterveystutkimus ja terveyspolitiikka ovat toimineet yhteistyössä kahden tutkimusohjelman kestäessä runsaan kymmenen vuoden ajan.

Hollannissa tehdään myös Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn instituutissa (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, NIGZ) terveyserojen tutkimusta, jossa painopiste on paikallistason ja kuntien toiminnassa. NIGZin yhteyteen on perustettu terveyseroihin keskittynyt 'clearinghouse' (Netherlands Clearinghouse on Reducing Inequalities in Health). NIGZin pääprojekti on vuonna 2001 aloitettu SLAG (Steunpunt Lokale Actie Gezondheids-

veschillen). Sitä varten on perustettu erillinen organisaatio The Netherlands Support Centre for Community Health (NSCH), jonka tehtävänä on tukea terveyserojen vähentämiseen liittyvässä työssä. SLAGin tutkimusten kohteena ovat sekä vähäosaiset (disadvantaged groups) että sosioekonomiset terveyserot. SLAGissa on mukana on kuusi suurta kaupunkia, jotka toimivat pilotteina hankkeen toimeenpanossa ja Terve Kaupunki-verkostoon kuuluvia kuntia, jotka tekevät kaupunginosakohtaista työtä. Sen tavoitteena on aktivoida terveydenhuollon sisällä toimivia kansanterveystyöstä vastaavia henkilöitä (public health professionals), joilla ei ole lääkinnällistä koulutusta.

3.3.3 Terveyserojen vähentämistavoitteet

Hollannissa ei tällä hetkellä ole kansallisia virallisesti asetettuja määrällisiä tavoitteita terveyserojen kaventamiselle. Hollannin toisen tutkimusohjelman ohjelma-komitea (Programme Committee 2001) ehdotti loppumietinnössään kansalliseksi yleistavoitteeksi sosioekonomisten terveyserojen vähentämistä 25 %:lla vuoteen 2020 mennessä. Ehdotetut strategiat tavoitteineen olivat seuraavia:

1. Eriarvoisuuden vähentäminen koulutuksessa, tuloissa ja muissa sosio-ekonomisissa tekijöissä.

1.1. Nostetaan edelleen erikoistuneiden ja erikoistumattomien työntekijöiden lasten prosenttiosuutta peruskoulun jälkeisessä koulutuksessa (lukiotaso, yliopisto) 12 %:sta vuonna 1989 25 %:iin vuoteen 2020.

1.2. Tuloerojen säilyttäminen Alankomaissa vuoden 1996 tasolla.

1.3. Niiden kotitalouksien, joiden tulot ovat enintään 105 % sosiaalisesta minimistä, vähentäminen 10,6 %:sta vuonna 1998 8 %:iin vuonna 2020.

2. Terveysongelmien kielteisten seurausten vähentäminen niin, etteivät ne huononna sosioekonomista asemaa.

2.1. Keskimääräisen etuustason säilyttäminen (prosenttiosuutena viimeksi ansaitusta palkasta) työaiheisten vaivojen aiheuttaman täyden työkyvyttömyyden tapauksessa vuoden 2000 tasolla.

2.2. Kroonisesti sairaiden 25–64-vuotiaiden palkkatyössä olevien %-osuuden nostaminen 48 %:sta vuonna 1995 57 %:iin vuonna 2020.

3. Sosioekonomisen aseman aiheuttamien kielteisten terveysvaikutusten vähentäminen.

3.1. Alempien ja ylempien koulutusryhmien tupakoivuuden eron vähentäminen 25 %:lla, vähentämällä vähemmän koulutettujen tupakointia vuoden 1998 38 %:sta enintään 35 %:iin vuonna 2020.

3.2. Alempien ja ylempien koulutusryhmien vapaa-ajan liikunnan eron vähentäminen 25 %:lla siten että vähemmän koulutettujen fyysinen inaktiiviteetti vähenee vuoden 1994 57 %:sta 53 %:iin vuonna 2020.

3.3. Alempien ja ylempien koulutusryhmien vakavan ylipainon eron vähentäminen 25 %:lla, siten että vakava ylipainoisuus vähenee vähemmän koulutetuilla vuoden 1998 15 %:sta 12 %:iin vuonna 2020.

3.4. Alempien ja ylempien koulutusryhmien vakavaa fyysistä kuormittuneisuutta koskevien erojen vähentäminen 25 %:lla siten, että vakavaa fyysistä kuormittuneisuutta kokeneiden osuus vähenee vähemmän koulutetuilla vuoden 1999 53 %:sta 48 %:iin vuonna 2020.

3.5. Alempien ja ylempien koulutusryhmien välisen eron vähentäminen työn toteuttamista koskevassa itsenäisessä päättämisessä 25 %:lla, siten että vähemmän koulutettujen %-osuus itsenäisen päättämisen mahdollistavassa työssä nousee vuoden 1999 58 %:sta 63 %:iin vuonna 2020.

4. Parannetaan terveydenhuollon saatavuutta ja tehokkuutta heikommassa sosio-ekonomisessa asemassa olevien ryhmien osalta.

4.1. Alemman ja ylempien koulutusryhmien eron säilyttäminen vuoden 1998 tasolla terveystalouden käytössä (yleislääkärikäynnit, erikoislääkäri- ja hammaslääkärikäynnit, sairaalahoidot, reseptilääkkeiden käyttö).

Yleisenä menetelmänä ehdotetaan tutkimuksen, kehittämisen, monitoroinnin ja arvioinnin jatkamista. (Mackenbach ym. 2002, 40–42).

3.3.4 Päätelmät

Vaikka Hollanti lähti liikkeelle systemaattisen terveyserotutkimuksen ja menetelmien kehittämisessä aiemmin kuin Ruotsi ja Englanti, se on aivan viime aikoina ilmeisesti sisäpoliittisten vaikeuksiensa takia jonkinlaisessa odotuksen tilassa ja kansanterveyspolitiikan linja on ollut selkiytymätön. Dekkerin (2000) analyysin perusteella vaikuttaa siltä, että Hollannin terveyspolitiikka toistaiseksi keskittyy paljolti vain terveydenhuoltopalvelujen hoitoaspekteihin (ks. myös Lancet 2003, 145).

Kun hollantilaista terveyseroihin kohdistuvaa toimintaa arvioidaan kolmelta suunnalta, politiikan (päämäärät, pyrkimykset ja tavoitteet), prosessin (politiikan toteuttamisen instrumentit) ja resurssien kannalta (Powell ym. 2001, 21), löytyy erisuuntaisia kehityskulkuja.

Hollannin politiikassa on pyritty konsensus-tyyppisiin ratkaisuihin (Whitehead 1998) ja kaikki poliittiset puolueet ovat ilmeisesti olleet jossain vaiheessa mukana terveysero-ongelmien määrittelemisessä. Mielenkiintoista on se, että politiikkaehdotuksien muotoilussa on mukana varsin kunnianhimoinen tutkimus- ja arviointitoiminta. Terveyseropolitiikalle on esitetty sekä vaikuttamista rakenteellis-materiaaliin syytekijöihin (koulutukseen ja tuloihin), että tekijöihin, jotka koskevat yksilöllisiin valintoihin liittyviä terveyden ehtoja, terveyspalvelujen käyttöön liittyviä tekijöitä ja huonon terveyden seuraamusten lieventämistä.

Hollannin tutkimusohjelman tuloksissa ilmeni tiettyjä prosesseihin liittyviä käyttökelpoisia terveyseroihin vaikuttamisen väyliä. Näitä olivat puuttuminen terveyskäyttäytymiseen (kuten tupakoinnin aloittamisen ehkäisy) ja fyysiseen työkuormitukseen kohdistuvat interventiot. Jälkimmäinen on johtanut kuntatasolla sovellutuksiin (esim. vuonna 2001 käynnistetty SLAG-projekti). Työn kuormitukseen vaikuttaminen on huomionarvoinen alue sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa ja sen periaatteelliseen tärkeyteen on myös Ruotsissa kiinnitetty huomiota (Hogstedt & Lundberg 2002).

Resurssien osalta voi todeta että kansallinen sopimus (National Contract for Public Health Care) takaa sekä materiaalista että tiedollista tukea kunnille. Kaksi mittavaa tutkimusohjelmaa ovat myös merkittävä panostus siitäkin huolimatta, että interventiot olivat verrattain suppeita ja pienimuotoisia. Toisaalta voisi sanoa, että Hollannin linja on varsin pragmaattinen, varovainen ja pienin askelin etenevä. Esimerkiksi poliittinen konsensuspyrkimys on ollut tietoista, jotta asioissa päätäisiin eteenpäin ilman suuria poliittisia taisteluja. Tehokkaita menetelmiä koskevan evidenssiperustan vähäisyys koetaan silti Hollannissakin ongelmana (Stronks 2002b, 24).

4 Yhteenveto

Kaikissa tässä tarkasteltavissa maissa kiinnostus sosioekonomisiin terveyseroihin ja tarve ryhtyä toimiin niiden kaventamiseksi palautuu paljolti brittiläisen ns. Black Reportin (1980) ja WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelman (1985) antamiin virikkeisiin. Niin Ruotsissa, Englannissa kuin Hollannissakin oli uskottu siihen asti, että tasa-arvoisuuden pyrkivä ja jokseenkin hyvin toimiva terveydenhuoltojärjestelmä ja sosiaalipolitiikan uudelleenjakojärjestelmät olisivat johtaneet terveyden tasa-arvoistumiseen, mutta kaikkialla kävi ilmi, ettei niin ollut tapahtunut. Terveyseroihin on tartuttu hieman eri tavoin ja kehityskuluihin eri maissa (Mackenbach & Bakker 2003), mutta kaikkia koskee sama ilmiö: sosioekonomiset terveyserot ovat säilyneet tai kasvaneet ja niihin on ollut vaikea vaikuttaa. Tärkein sosioekonomisia terveyseroja koskeva täsmennys koskee miesten ja naisten välisiä eroja: terveyserot ovat yleisesti suurempia miesten keskuudessa erityisesti kuolleisuuslukujen valossa.

Kaikissa tämän selvityksen maissa on viime vuosina kiinnitetty terveyserojen kaventamiseen huomiota selvästi enemmän kuin Suomessa, mikä on näkynyt muun muassa runsaampina terveyserojen kaventamistoimiin myönnettyinä voimavaroina. Tämä on selvityksessä kertyneen aineiston perusteella ilmeistä, vaikka tässä työssä ei ole tehty laskelmia siitä, mikä esimerkiksi terveyserojen tutkimiseen, interventioihin ja arviointeihin osoitettujen resurssien osuus on maiden tutkimus- ja kehittämiskeskeisistä tai miten resurssointi suhteutuu maan väkilukuun, erityisoloihin tai kansantuotteeseen.

Se miksi ja miten jotkin asiat tulevat politiikan kohteiksi on jo itsessään politiikan tutkimuksen kohde. Mark Exworthy tutkijatoverineen (2003b, 1916) tarkastelee Kingdonin työhön perustuen tätä asioiden ajankohtaiseksi ('agendalle') nousemisen prosessia eräänlaisina avautuvina ja sulkeutuvina 'politiikan ikkunoina', joissa on yhtäaikaan otettava huomioon kolme eri juonetta tai elementtiä: ensinnä ongelma, toiseksi toimintapolitiikka (policy) ja kolmanneksi ideologinen politiikka tai puoluepolitiikka, 'politikointi' (politics). Pelkkä näyttö terveyserojen esiintymisestä ei vielä riitä siihen, että asiaan puututtaisiin, vaan ilmiö on tulkittava 'ongelmaksi', johon politiikan toimin voidaan vaikuttaa. Poliittikkaa muokkaavat valtiovalta tai sen ulkopuolelta tulevat aloitteet ja strategiat ja politiikan kohteiksi asiat pääsevät yleensä vain jos niiden ratkaisut ovat teknisesti toteutuskelpoisia, sopivat vallitseviin arvoihin ja tulkitaan mahdollisiksi suhteessa odotettavissa oleviin rajoituksiin ja arvioituihin vaikeuksiin. Puoluepolitiikka on puolestaan kaupankäyntiä, neuvottelua ja kompromissien tekemistä intressi- ja valtaryhmien välillä. Kun nämä kolme juonetta tai virtausta kulkevat samaan uomaan esimerkiksi poliit-

tisten vaalien saattamina, muutos saattaa käynnistyä, mutta niiden eriaikaisuus tai ristiriitaisuus voi estää prosessin etenemisen.

Terveyserojen kaventamisen käytännön politiikassa on viime vuosina ollut aktiivisin Englanti, jossa 'ikkuna uudistuksille' avautui Labour-puolueen palattua valtaan vuonna 1997. Sosiaali- ja terveyspolitiikkaa on viety eteenpäin toiminta-ohjelmin, ja monia erilaisia uudistuksia, kokeiluja ja interventioita on käynnistetty. Myös Ruotsissa terveyserot tulivat terveyspolitiikan tärkeäksi kohteeksi sosiaalidemokraattien palattua hallitusvaltaan vuonna 1995, ja Ruotsi on ollut aktiivinen politiikan kehittelyssä jokseenkin samana ajanjaksona kuin Englantikin, mutta toiminta sai virallisen aseman kansallisen kansanterveysohjelman muodossa vasta vuonna 2003. Terveyseroihin kiinnitettiin Ruotsin kansanterveysohjelmassa huomiota kuitenkin jo vuonna 1991, mutta hallituksen vaihdos sosiaalidemokraateista porvarilliseen koalitioon pysäytti suurelta osin terveyserojen kaventamiseen liittyvän politiikan toteuttamisen. Paikallistasolla kansanterveysohjelmien laatiminen ja erilaiset kokeilut aloitettiin kuitenkin jo 1990-luvun puolivälissä. Hollannissa alettiin tutkijoiden ja poliitikkojen yhteisymmärryksellä kehittää terveyserojen kaventamispolitiikkaa aiemmin kuin muissa maissa, vuonna 1989. Se tapahtui kahden peräkkäisen systemaattisen tutkimusohjelman avulla ja tietoiseen konsensuspolitiikkaan pyrkien. Hollannin terveyspoliittisissa ohjelmissa ei kuitenkaan ole hyväksytty määrällisiä tavoitteita terveyserojen kaventamiselle huolimatta tutkimusohjelmaa johtaneen tutkimuskomitean suosituksista.

Suomessakin oltiin politiikan kehittämisessä varhain liikkeellä, kun WHO:n Terveyttä kaikille ohjelmat hyväksyttiin vuosina 1986 ja 1993, mutta 1990-luvun talouslaman aikana, jolloin myös Suomessa oli keskusta-oikeisto-hallitus (1991-1994), ei ollut tilaa paljon muulle kuin hallinnon uudistamiselle, suurtyöttömyydestä selviämiseksi ja Euroopan Unionin taloudellisten liittymiskriteereiden täyttämiseksi. Poliitiikan ikkunat eivät Suomessa kuitenkaan auenneet lamasta selvittyä ja käytännön toimiin ryhtyminen on myös vuoden 2001 kansallisen terveysohjelman julkistamisen jälkeen ollut hidasta (ks. esim. Kangas ym. 2002). Vaikuttaa siltä, että Suomessa terveyseroja ei ole samassa mitassa nähty sosiaalisena ja poliittisena ongelmana kuin vertailumaissa siitä huolimatta, että Suomessa on erityisesti kuolleisuudessa muita maita suuremmat sosioekonomiset erot. Ruotsin käsittelytavasta poiketen Suomen kansanterveysohjelmaa ei käsitelty ja hyväksytty eduskunnassa. Väestön terveyserojen kaventaminen on kuitenkin kesällä 2003 toimintansa aloittaneen hallituksen ohjelmassa. Taulukkoon 2 on koottu terveyserojen kaventamista painottavan kansanterveyspolitiikan päälinjoja tarkastelun kohteena olevissa maissa.

Seuraavassa esitetään pääkohtia Ruotsin, Englannin ja Hollannin terveyserojen kaventamistoimista. Powellin ja Exworthyn (2001, 21) jaottelua löyhästi mukailten tarkastellaan kolmea juonetta (streams): *politiikkaa* (policy stream), joka kos-

TAULUKKO 2. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen politiikan pääkohtia Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

	Suomi	Ruotsi	Englanti	Hollanti
Kansallinen tavoite valtiollisessa ohjelmassa	1986 (TK 2000)	2003	1999	1986 (TK 2000)
Nykyiset päämäärät / tavoitteet vuodelta	2001	2003	1999	2001
Määrällisiä tavoitteita vuodelta	2001	2003 tupakoinnissa	2001	(2001 ehdotus)
Tavoitevuosi	2015	2014–2015	2010	(2020)
Kaventamistavoite %	20	vaihtelee	10	(25)
Indikaattorien kehittäminen	+	+	+	ehdotus
Valtiohallinnon / poliittinen sitoutuminen ohjelman toteutukseen	toistaiseksi heikko	vahva	vahva	?

kee politiikan päämääriä ja tavoitteita, *prosessia*, joka koskee päämäärään pyrkimisen keinoja ja välineitä, ja *resursseja*, joita tässä on arvioitu toimintaresursseina ylimalkaisesti ilman rahoituslaskelmia. Juonteet menevät osittain päällekkäin. Lisäksi tarkastellaan kunkin maan linjauksia terveyserojen syistä ja niihin vaikuttamisesta sekä keskeisistä toimijoista oman raporttimme tavoitteista lähtien. Pyrkimyksenämme oli koota tietoa yrityksistä vaikuttaa rakenteellisiin terveyserojen syihin, kuten koulutukseen, tuloihin, köyhyyden ja marginalisoitumisen vähentämiseen, ja Suomelle tärkeisiin erityisiin tekijöihin kuten tupakointiin ja alkoholin käyttöön, lapsuuden oloihin ja työelämään sekä terveydenhuoltoon.

4.1 Ruotsi

Politiikka

Terveyserojen kaventaminen on keskeinen osa Ruotsin nykyistä terveyspolitiikkaa: hallituksen on kansanterveysohjelman mukaan luotava yhteiskunnalliset edellytykset hyvälle terveydelle tasaveroisesti ja vähennettävä terveyden epätasa-arvoa. Terveyspolitiikan tavoitteet ja keinot määritellään niin laaja-alaisesti, että terveyspolitiikkaa on kaikki terveyteen vaikuttava yhteiskuntapolitiikka. Toisin sanoen Ruotsissa terveyserot ja niiden vähentäminen pyritään integroimaan osaksi terveys-tavoitteista yhteiskuntapolitiikkaa.

Pyrkimyksenä on päästä käsiksi terveyserojen determinantteihin eli syytekijöihin. Huomiota kiinnitetään siis rakenteellisiin tekijöihin eikä esimerkiksi pelkästään terveyspalvelujärjestelmän kykyyn korjata tapahtuneita vaurioita.

Prosessi

Ruotsissa terveyserojen indikaattorijärjestelmän kehittäminen on pitkällä. Kansanterveyskomitean ehdottamia laaja-alaisia tavoitteita on kansanterveysohjelman valtakunnallisissa tavoitteissa täsmennetty 11 tavoitealueeksi, joille kullekin on määritely 2–4 indikaattoria. Nämä koskevat sekä terveyden yleisiä määrittäjiä lähtien yleisimmistä yhteiskunnallisen osallistumisen osoittimista (kuten vaaleihin osallistuminen) ja tasa-arvon rakennetekijöistä (kuten tasa-arvoinen tulonjako) että spesifejä determinantteja (esimerkiksi meluhaittojen kokeminen, liikunnan harrastaminen) ja terveyden lopputuloksia (esimerkiksi itsearvoitu terveys). Indikaattoreista on laadittu yksityiskohtaiset ehdotukset, mutta määrällisiä tavoitteita on toistaiseksi asetettu vain tupakoinnin vähentämiseen.

Ruotsin lääneissä, maakäräjillä ja kunnissa on oltu aktiivisia jo ennen kansallisen ohjelman laatimista: alueellisia kansanterveysohjelmia ja paikallisia hyvinvointitaseita on kehitetty terveyserot huomioonottaviksi. Myös terveysvaikutusten arviointimenetelmien (TEVA, HKB) kehittämisessä ruotsalaiset ovat olleet aktiivisia jo menetelmän kehittämisen varhaisvaiheessa. Paikallisissa suunnitelmissa edellytetään kansalaisten voivan osallistua omien edellytystensä mukaisesti hyvinvointitaseen muotoiluun ja myös huono-osaisten näkemyksiin on kiinnitetty huomiota (esimerkkinä voidaan mainita Örebron monipuoliset hyvinvointitaseeseen liittyvät hankkeet ja kokeilut) Seurantaa tehdään muun muassa alueellisten kyselyjen avulla.

Ruotsissa toimintaperiaatteiden laajapohjaisuuteen kuuluu kaikilla tasoilla se, että suunnitteluprosessissa on mukana tahoja, joita asiat koskevat. Tätä pidetään olennaisena, jos muutoksia halutaan saada aikaan.

Ruotsin ammattiyhdistysliikkeen (LO) vuosina 1987–1992 toteuttama laaja-alainen projekti oli aikanaan merkittävä työntekijöiden terveyden ja työolojen kohentajana, mutta vastaavia hankkeita ei ole toistettu.

Kansanterveyspolitiikan toteutumista seurataan neljän vuoden välein ilmestyvillä kansanterveyspolitiikan raporteilla, joista vastaa Kansanterveyslaitos. Ensimmäisen raportin on suunniteltu valmistuvan vuonna 2005.

Resurssit

Ruotsin Kansanterveyslaitos on vuonna 2001 organisoitu uudelleen terveyserojen kaventamista korostavan terveyspolitiikan ohjaajaksi ja koordinoijaksi, jonka tehtävänä on myös seurata tavoitteiden toteutumista. Yhtenä Kansanterveyslaitoksen tavoitteena on myös kartoittaa, mitä Ruotsissa jo tehdään terveyserojen

kaventamiseksi, koska kokonaiskuva kaikesta toiminnasta ei ole ollut kenelläkään. Terveyserojen poliittista painoarvoa kuvaa esimerkiksi se, että vuonna 2003 julkistettua indikaattoriehdotusta on ollut tekemässä noin 50 henkeä.

Ruotsissa on osoitettu enemmän voimavaroja terveyserojen tutkimukseen kuin Suomessa muun muassa siten, että tutkimukselle on luotu instituutiopohjaa CHESS -tutkimusyksikössä ja sen ylläpitämässä verkostossa.

Erillisiä interventioita, jotka olisi selvästi kohdennettu terveyserojen kaventamiseen, ei tullut kovin paljon esiin tässä noudatetulla yleiskatsauksellisella menetelmällä. Merkittävimpiä ehkä on sydän- ja verisuonitautien ehkäisyohjelma ns. Norsjö-projekti, jonka mallina on ollut Suomen Pohjois-Karjala-projekti. Tupakoinnin ja alkoholinkäytön osalta ei myöskään löytynyt kovin paljon sosioekonomisiin eroihin suoranaisesti liittyvää toimintaa. Tosin esimerkiksi nuorten terveysongelmien ja terveydellisen eriarvoisuuden ehkäisyssä pidetäänkin tärkeämpänä huolehtia lasten ja nuorten yleisestä hyvinvoinnista ja koulunkäynnin edellytyksistä melko universalistisella otteella (esimerkiksi JÄHS-projekti, von Zweigbergk 2003, Bremberg 2002) ennemmin kuin spesifeillä kampanjoilla. Interventioiden suhteellinen niukkuus Ruotsissa voi olla tahallista ja ruotsalaisen universalismin linjan mukaista: hyvinvointipolitiikka on hoidettava instituutioiden kautta politiikan keinoin eikä erillisinä interventioina.

Kansanterveyden ja terveyserojen kannalta tärkeää alkoholipolitiikkaa rahoitetaan Ruotsissa runsaammin kuin Suomessa (Tigerstedt 2002) ja 5-vuotinen valtion Alkoholikomitea seuraa alkoholiolojen kehittymistä ja pyrkii aktiivisesti ehkäisemään alkoholihaittoja.

Determinantit ja toimijat

Ruotsin yleislinjauksena on vaikuttaa sekä yleisiin rakenteellisiin terveyserojen syihin että erityisiin tekijöihin. Pohjoismainen universalistinen politiikan malli näyttää edelleen ohjaavan keskeisesti terveyserojen syihin vaikuttamisen menetelmiä. Muun muassa tasaista tulonjakoa, hyvää koulutusta ja vieläkin yleisempiä poliittista osallistumista ja järjestöaktiivisuutta painotetaan kansanterveysohjelmassa ja tavoitteiden toteutumista mittaavissa indikaattoreissa. Terveyserojen kaventaminen nähdään suoraan osana yleistä yhteiskuntapolitiikkaa. Esimerkiksi järjestöaktiivisuuden lisäämistavoitteen perusteluna ovat sosiaalisen pääoman ja terveyden välistä suhdetta kartoittaneet tutkimukset, joiden mukaan yhteiskunnallinen osallistuvuus on yhteydessä parempaan terveyteen. Nämä kansanterveysohjelman ensimmäisen tavoitealueen tavoitteet liitetään muun muassa Ruotsin muissa yhteyksissä asetettuihin demokratiatavoitteisiin ja ihmisoikeussuunnitelmaan, eikä näiden vastuutahoiksi ehdoteta kansanterveysviranomaisia vaan esimerkiksi oikeuskansleri ja vaalilaitos (Bilaga 1, Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället, 2003).

Samaan tapaan kansanterveysohjelman indikaattoriehdotuksessa esitetään 30 politiikka-aluetta ja yli 50 vastuutahoa (valtion viranomaisia, tutkimuslaitoksia, lautakuntia, media jne.) jaettuna 11 tavoitealueelle. Vastuutahot ovat pääosin keskeisiä viranomaisia eivätkä niinkään läänien, maakäräjien tai kuntien toteuttajatahoja. Varsinaisia vastuuviranomaisia, joiden on otettava kansanterveysohjelma toimialallaan huomioon on tällä hetkellä 17. Kansanterveysohjelman koordinoivavastuu on selvästi Kansanterveyslaitoksella, mutta hallinnollinen vastuu ja toteutus hajautuvat koko yhteiskuntaan.

4.2 Englanti

Politiikka ja prosessit

Terveyserot ovat olleet näkyvästi esillä Englannin kansallisissa ohjelmissa 1990-luvun lopulta alkaen Labour-puolueen tultua hallitusvastuuseen. Englannin terveystalouden politiikka tuntuu sosiaalipolitisoituneen samaan tapaan kuin Ruotsinkin ja terveyserot nähdään yleisenä yhteiskunnallisena ongelmana. Terveyseroja ei ole jätetty pelkästään terveyssektorin asiaksi, vaan koko valtiovalta on pyritty kytkeämään yhteistoimintaan ('joint-up government' eli 'JUG' -toiminta, jonka todellisesta olemassaolosta ja toimintakyvystä tosin myös esitetään kriittisiä arvioita). Esimerkiksi valtiovarainministeriö on ollut aktiivinen uudessa terveystalouden politiikassa ja koonnut ministeriöitä yhteen korjaamaan pienten lasten varhaislapsuuden elinoloja epäedullisissa asemassa olevilla alueilla (Sure Start -projekti). Lisäksi valtiovarainministeriön nimenomaisesti terveyseroihin kohdistuva poikkihallinnollinen katsaus (Cross-Cutting Review) on jatkanut ministeriöiden ja muiden tahojen yhteistyötä, ja äskettäin ilmestyi valtiovarainministeriön tilaama raportti *Securing Good Health for the Whole Population* (Wanless 2003), joka raportoidaan vuoden 2004 alussa pääministerille, terveysministerille ja valtiovarainministerille. Valtiovarainministeriö on mukana toiminnassa, joka tähtää köyhyyden torjuntaan ja taloudellisten alue-erojen tasaamiseen.

Terveyserojen vähentäminen nähdään siten osana köyhyyden ja syrjäytymisen vastaista politiikkaa ja huomiota on kiinnitetty terveyden yleisiin yhteiskunnallisiin edellytyksiin, esim. lähiympäristöön, työllisyyteen, asumiseen ja koulutukseen (DH 2003).

On myös asetettu määrällisiä tavoitteita siitä, kuinka paljon määräaikaan mennessä tulisi kaventaa sosioekonomisia eroja terveydessä tai sen determinanteissa, esimerkiksi eliniän odotteessa, tupakoinnissa, ja lapsikuolleisuudessa. Mittaristoa ja menetelmiä terveyden tasa-arvon toteutumisen arvioimiseksi on kehitelty eri tahoilla ja tavoilla (esimerkiksi Health Impact Assessment, Health Equity Audit, terveydenhuollon toimintojen seurannat, resurssien allokointimenetelmät).

Monien aluekokeilujen ohella ja jälkeen Englannissa pyritään saattamaan käynnistetyt terveyserojen kaventamistoimet osaksi normaalityöntä (ns. mainstreaming) kaikilla politiikan alueilla (terveys, sosiaalityö, koulutus, työllisyys, tulot jne.).

Terveyserojen vähentämisessä tavoitteena on myös puuttua terveyserojen rakenteellisiin syihin. Tämä näkyy erityisesti köyhyyden ja marginalisoitumisen vähentämiseen tähtäävissä alueohjelmissa ja myös uusissa kansallisissa indikaattoreissa, joita ovat esimerkiksi lapsiköyhyyden ja asunnottomuuden vähentäminen. Lisäksi esimerkiksi peruskoulutusvaiheessa olevien oppilaiden oppisaavutusten sosioekonomisia eroja pyritään kaventamaan tukemalla köyhemmillä alueilla olevien koulujen kehittämistä.

Hallituksen tietoisena pyrkimyksenä on edistää paikallistason toimintaa terveyserojen kaventamiseksi ja National Health Service'lle on annettu siinä johtava osa samalla edellyttäen siltä paikallistasolla yhteistyötä muiden sektorien kanssa.

Isoja aluekokeiluja on tehty eri puolilla maata ja niiden puitteissa ja ohella on kymmeniä erilaisia projekteja, joita tässä raportissa on kuvailtu vain pääpiirtein.

Politiikkaa arvioidaan jatkuvasti myös hallituksen itsensä toimesta ja sitä pyritään koko ajan täsmentämään ja kehittämään. Kriittisessä debatissa ovat myös tutkijat mukana. Englannissa terveyserot näyttävät siten todellakin olevan sekä julkisen keskustelun että toimien kohteena.

Resurssit

Tukea alikehittyneille alueille on lisätty Labourin kauden alusta lähtien. Tosin rahamääriä on myös avosteltu pieniksi esimerkiksi Health Action Zones -rahoituksessa. Kansallinen terveyspalvelujärjestelmä NHS on saanut lisäpanostuksen 10-vuotiseen modernisointiprojektiin, johon osana liittyy NHS:n rooli myös terveyserojen kaventamistoimissa. Interventioihin annettua lisärahoitusta lienee kuitenkin tarkoitus vähentää ja siirtää interventioissa kokeillut toiminnot perustointoihin.

Terveyserojen tutkimiseen on suunnattu rahoitusta. On perustettu uusia tiedon keräämis- ja muokkausjärjestelmiä kuten kansanterveysobservatoriot (Public Health Observatories). Vuonna 2000 toimintansa aloittaneelle NHS:n 'erityisterveysviranomaiselle' Health Development Agencylle on annettu keskeinen uutta terveyspolitiikkaa palveleva ohjaus-, neuvonta-, tiedonkeruu- ja arviointitehtävä, jossain määrin samaan tapaan kuin Ruotsin Kansanterveyslaitokselle.

Tuloksia

Labourin hallituskauden aikana vuodesta 1997 lähtien on jo tapahtunut myönteistä kehitystä joissakin asioissa. Yhdessä 'upstream' -determinantissa eli tuloissa on tapahtunut muutosta siten, että vuosien 1997 ja 2002 välillä tuloerot ovat hieman

pienentyneet, sillä köyhimpien tulot ovat kasvaneet eniten ja rikkaimpien ovat hieman vähentyneet (Exworthy ym. 2003a, 15–16). Pienituloisten naisten tupakointi on vähentynyt, heikkojen alueiden kouluissa oppimistulokset ovat parantuneet, teiniraskaudet ovat vähentyneet, pienituloisten kuolleisuus tie- liikenneonnettomuuksissa on vähentynyt ja kodittomien perheiden määrä on vähentynyt. Sosioekonomiset kuolleisuuserot kasvoivat ainakin vuoteen 1995 saakka (Mackenbach ym. 2003), mutta saattoivat jonkin verran kaventua 1990-luvun lopulla, joskin tulokset ovat erilaisia riippuen vertailuryhmistä ja tarkastelutavasta (ks. luku 3.2; Donkin ym. 2002; Wanless 2003). Uudessa toimintaohjelmassa esitetyn kehitystä koskevan katsauksen (DH 2003) perusteella ei kuitenkaan saa selvää kuvaa siitä, mikä myönteisten terveystrendien syynä on ollut, mutta joka tapauksessa kaikilla näillä alueilla on ollut suoraa tai epäsuoraa terveyserojen kaventamiseen tähtäävää toimintaa.

Lyhyen aikavälin muutoksia terveyseroissa ei ehkä ole kohtuullistakaan odottaa, kuten Michael Marmot (2004) on todennut. Hänen mielestään sellaisia politiikan alueita, joilla toiminta on aloitettu ja joilla voidaan myönteisiä tuloksia odottaa, ovat tulopolitiikan lisäksi Sure Start -ohjelma, terveysvyöhyketoiminta (Health Action Zones), kansallisen terveyspalvelun uudistukset, tavoitteiden ja suoritusten monitoroinnin järjestelmän kehittäminen ja terveyserojen kaventamistavoitteeseen liittyvä julkisten palvelujen sopimus (Public Service Agreement) sekä yhteistoimintarakenteiden vahvistaminen esimerkiksi ministeriöiden kesken.

Determinantit ja toimijat

Englannin terveystalouden yleispoliittisessa suuntauksessa on tekijöitä, jotka menevät ohi terveyssektorin toiminnan. Rakenteellisia eli 'upstream' -vaikutuskohteita ovat olleet jossain määrin tuloerot ja etenkin köyhyys ja vähäosaisuus, joita yritetty korjata esimerkiksi säättämällä ensimmäistä kertaa minimitulo ja osoittamalla uusia tukia vähävaraisille lapsiperheille. Lapsuuden ja nuoruusiän yleisten sosiaalisten, taloudellisten ja koulutuksellisten edellytysten parantamiseen on suunnattu voimavaroja Sure Start -ohjelman kautta ja erilaisten kouluohjelmien kautta. Alueohjelmien toimet ovat toisaalta kuitenkin eriarvoisuuden seurauksia korjaavia 'downstream' -toimia kohdentuessaan huono-osaisten tilanteen parantamiseen. Kriittistä on, miten alueohjelmat siirtyvät normaalitoimintoihin erillisten tukien loputtua ja miten mahdolliset hyvät mallit leviävät erillistä tukea vaille jääneille alueille. Englannissa alue-erot ovat kuitenkin suuria ja alueelliset kuolleisuuserot kasvoivat ainakin 1970-luvun lopulta 1990-luvun lopulle (Leyland 2004). Tämä on puoltanut erillisiä investointeja köyhille alueille.

Perusterveydenhuoltojärjestelmää ollaan modernisoimassa ja National Health Service on valjastettu johtamaan paikallistason terveystalouden toteutusta.

Terveydenhuoltosektorilla on siten vetovastuu terveyserojen kaventamisessa. Partnership-rakenteet ovat paikallistason toiminnassa olleet edellytyksenä erillirahoituksille ja yhteistoiminnallisuutta on korostettu kaikilla hallinnon tasoilla. Arviointitutkimukset ovat osoittaneet, että toimivia yhteistyörakenteita on myös syntynyt.

4.3 Hollanti

Politiikka ja resurssit

Terveyspoliittinen keskustelu ja ohjelmien laatiminen oli vilkasta erityisesti 1990-luvulla ja myös sosioekonomiset terveyserot olivat keskustelun aiheena. Hollantilaisten toimintatapa on ollut käytännönläheistä ja systemaattista. On aloitettu rajatuilta alueilta, tehty interventioita erityisryhmissä ja arvioitu niiden onnistumista. Sen jälkeen on täsmennetty valtakunnallisia tavoitteita.

Uusimmat strategiset tavoitteet Hollannissa tähtäävät myös rakenteellisiin tekijöihin: eriarvoisuutta halutaan vähentää koulutuksessa, tuloissa ja muissa sosioekonomisissa tekijöissä. Myös terveysongelmien seurauksia halutaan lieventää niin, etteivät ne huononna sosioekonomista asemaa. Sosioekonomisen aseman negatiivisia terveysvaikutuksia halutaan vähentää (vaikuttamalla tupakointiin, liikuntaan, ylipainoon, fyysiseen kuormittuneisuuteen ja itsenäiseen päätäntävaltaan työssä) ja terveydenhoidon saatavuutta parantaa heikoimmassa asemassa oleville.

Hollannissa tutkijat ovat työskennelleet läheisessä yhteistyössä terveyspolitiikan toimijoiden kanssa ja politiikan edustajat olivat mukana kun laadittiin valtion rahoittama tutkimusohjelma, joka kohdistui terveyserojen laatuun, määrään ja determinantteihin. Tämän ohjelman perusteella lupaaviksi erojen kaventamiskeinoiksi ehdotettiin vaikuttamista alempien sosioekonomisten ryhmien työoloihin ja terveyskäyttäytymiseen. Uudessa tutkimusohjelmassa toteutettiin interventioita, jotka kohdistuivat näille alueille. Tutkimusta koordinoivassa ja johtavassa ryhmässä oli myös toisella kierroksella mukana politiikan edustajia. Hollannin terveys-eropolitiikalle on ollut leimallista tietoinen pyrkimys konsensukseen ja kaikki puolueet ovat olleet mukana terveyspolitiikan muotoilemisessa.

Tiedollista ja materiaalista tukea kunnille terveyspolitiikan toteuttamisessa on taattu National Contract for Public Health Care -sopimuksella.

Prosessit

Hollantilaisten systemaattinen terveyspolitiikan kehittämisen prosessi eteni tutkimusnäyttöä hakeneista katsauksista menetelmällisesti harkittuihin interventioihin ja niiden arviointiin.

Yksittäisissä interventioissa saavutettiin myönteisiä tuloksia. Esimerkiksi tupakoinnin aloittamista onnistuttiin ehkäisemään alemman asteen koulussa ja ammattikoulussa ja näin osoitettiin kouluissa tehtävän työn potentiaalinen tehokkuus. Lisäksi onnistuttiin parantamaan ruumiillista työtä tekevien työmenetelmiä ja vähentämään fyysistä kuormittuneisuutta ja sairauspoissaoloja. Osoitettiin, että työympäristöön vaikuttamalla voidaan kaventaa sosioekonomisia terveyseroja. Tutkimusohjelma on virittänyt jatkoprojektin (SLAG), joka toimii kuntatasolla. Paikallisten hoitoverkostojen luominen asunnottomuuden ehkäisemiseksi mielen-terveyspotilailla vähensi häätöjä ja tahdonvastaista hoitoonottoa. Osoitettiin, että yhteistyö eri toimijatahojen välillä voi olla tuloksellista huono-osaisten terveyttä vaarantavien prosessien katkaisemisessa.

Determinantit ja toimijat

Hollantilaiset tutkijat ovat korostaneet sosioekonomisten terveyserojen taustalla olevia eritasoisia syytekijöitä ja ehdottavat myös eritasoisia lähestymistapoja terveyserojen kaventamiseksi lähtien yleisistä stratifikaatiotekijöistä (Programme Committee SEGV II 2001). Tasa-arvoisuuden jatkaminen hollantilaisessa koulutuspolitiikassa on tutkimusohjelmakomitean ehdottama ensimmäinen yleinen keino ja seuraavina ovat tuloerojen kasvun estäminen ja köyhyiden vähentäminen. Terveyttä vaarantava käyttäytyminen jakautuu epätasaisesti sosioekonomisten ryhmien välillä, joten epäterveelliseen käyttäytymiseen vaikuttaminen nähdään keinona sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen. Hollannin interventio-ohjelmaan perustuvissa suosituksissa tähdennetään tässä yhteydessä tupakointia, vähäistä liikuntaa, ylipainoa ja vähäistä vihannesten ja hedelmien syömistä, mutta ei alkoholinkäyttöä (Programme Committee SEGV II 2001, 25). Spesifeistä determinanteista tärkeiksi on nostettu työolot. Myös asumisoloihin ja asuinalueen laatuun kiinnitetään huomiota kausaalitekijöinä, joihin pitäisi puuttua (Programme Committee SEGV II 2001, 26-27). Terveyspalvelujen käytössä ei Hollannissa ole suuria sosioekonomisia eroja, mutta tärkeänä pidetään että alempien sosioekonomisten ryhmien pääsyä hoitoon ja hoidon tehokkuutta parannetaan edelleen (Programme Committee SEGV II 2001, 29-30). Terveyden determinanttien lisäksi huonon terveyden sosioekonomisten seurauksien lieventämistä sosiaaliturvan säilyttämisen ja myös kroonisesti sairaiden työllistämisen avulla pidetään tärkeinä terveyserojen vähentämisen keinoina.

Hollannin tutkimusohjelmakomitean mukaan terveyserojen kaventaminen ei ole ensisijaisesti terveydenhuollon asia. Terveydenhuollon mahdollisuuksia on kuitenkin luontevaa käyttää mahdollisimman paljon hyväksi, sillä sekä ehkäisevässä että hoitavassa terveydenhuollossa voidaan tehdä paljon terveyserojen kaventamiseksi terveyskäyttäytymiseen vaikuttamalla ja tasa-arvoisen hoitopääsyn takaamisella. Tämä edellyttää lisää terveyseroja koskevaa tietoisuutta terveyden-

huollon ammattilaisilta. Terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisiä muita toimijoita ovat tulopolitiikasta vastaavat tahot, työmarkkinat ja työoloista vastaava politiikka, suurkaupunkipolitiikka (Major Cities Policy), asumispolitiikka ja alue-suunnittelu (Programme Committee SEGV II 2001, 18).

4.4 Pohdinta

Tämän selvityksen kohteeksi valittiin tietoisesti maita, joiden tiedettiin kehittäneen terveyseroihin kohdistuvaa kansanterveyspolitiikkaa eikä näin ollen ole yllätys, että näissä maissa oli tuotettu runsaasti terveyserojen kaventamista koskevia politiikkadokumentteja. Työtä aloitettaessa oli kuitenkin mahdotonta ennakoida sitä tuotteliaisuutta, jolla englantilaiset ja ruotsalaiset ovat politiikan kehittämistyötä jatkaneet hankkeen kestäessä. Suoraan terveyserojen kaventamiseen tähtäävästä käytännön toiminnasta saatiin Ruotsista esimerkkejä paikallistason kansanterveysohjelmista ja hyvinvointitaseista, mutta ei kovin paljon interventioista. Sen sijaan Hollannissa on tehty systemaattinen interventio-ohjelma arviointineen. Englannissa on käynnistetty ja meneillään laajoja terveyserojen kaventamiseen liittyviä aluepohjaisia hankkeita, mutta on myös perusterveydenhuollon ja kuntien kansanterveysraportointiin ja terveydenedistämishjelmiin liittyvää toimintaa, joka on kytketty terveyserojen kaventamista painottavaan kansalliseen ohjelmaan.

Koska terveyseroihin vaikuttavat monet yhteiskunnalliset tekijät, terveyserojen kaventamista on vaikea rajata yleisestä yhteiskuntapolitiikasta ja sosiaalipolitiikasta ja osoittaa tehtävä esimerkiksi pelkästään terveystaloudelle. Näyttää siltä, että niin ei Ruotsissa ja Englannissa halutakaan tehdä vaan terveyseroihin vaikuttaminen on hajautettu lähes kaikille politiikan alueille. Tällöin politiikan terveysvaikutuksia ja muita syy- ja seuraussuhteita saattaa olla vaikea osoittaa. Myös Hollannin dokumenteissa painotetaan terveyden ehtojen ja terveyserojen syiden moninaisuutta ja niihin vaikuttamisen jakautumista monille yhteiskuntapolitiikan alueille. Hollantilaisten toimintalinja on kuitenkin ollut pragmaattisempi ja kapealaisempi kuin Ruotsissa ja Englannissa omaksuttu linja. Siitä huolimatta että raportin kolmessa kohdemaassa on paljon erilaista terveyseroihin liittyvää toimintaa, niistä on kuitenkin vaikea osoittaa hyvin toimivia esimerkkejä ja malleja.

Tähän mennessä julkaistun evaluointikirjallisuuden ja omien haastattelujemmekin perusteella näyttää siltä, että erilaisten toimintamallien vaikuttavuuden arviointi on edelleenkin varsin puutteellisesta. Tähän lienee yhtenä syynä se, että terveyserojen kaventaminen on pitkäaikainen, kenties vuosikymmeniä kestävä prosessi ja eroihin vaikuttavat aina muutkin kuin tietoiset politiikat ja interventioissa kokeillut keinot. Ensimmäinen realistinen tavoite terveyserojen kaventamisessa onkin yleensä vain erojen kasvun estäminen. Tulosten vähäisyyteen vaikuttaa li-

säksi se, että monet vasta joitakin vuosia sitten aloitetut hankkeet eivät ole ehkä ehtineet tähän mennessä vaikuttaa. Englantilaisten tutkijoiden pohdinnat monimutkaisten yhteisöinterventioiden 'realistisesta evaluomisesta' ovat myös varteenotettavia. Niinpä interventioista saatavan 'vahvan näytön' vaatimus saattaa olla liian tiukka kriteeri hyviä esimerkkejä etsittäessä, jos yhteisöinterventio on luonteeltaan interaktiivinen ja osallistujien muokattavissa intervention edetessä. Kuitenkin interventioiden kalleuden, raskauden ja aikaavievyden vuoksi on myös tärkeää, että kausaaliyhteyksistä rakennetaan selvät mallit, koska kausaaliyhteyksien löytäminen tai vahvistuminen antaa parhaiten mahdollisuuksia mallin käyttämiselle toisenlaisessa ympäristössä (Töttö 2001; ks. myös Purola 1987).

Terveyserojen kaventamisessa on myös kyse eettisistä valinnoista. Vaikka interventioiden tehokkuudesta ei ole kovin paljon varmaa näyttöä, se ei kuitenkaan saisi estää yrityksiä terveyserojen kaventamiseksi, kuten Stronks (2002b) on todennut. Yksittäisten interventioiden käyttöarvo mallina politiikan suuntaamiselle tai interventioiden 'toistamiselle' jossain toisessa ympäristössä on kuitenkin moniaineksisen harkinnan ja arvovalintojen asia. Kaiken politiikan ja yhteiskunnallisten toimien terveysvaikutusten arvioimismenetelemien soveltamista ja menetelmien kehittämistä (esimerkiksi TEVA/ HIA-menetelmät) terveysrovaikutusten arviointiin on pidetty tärkeänä kaikissa maissa.

Tapani Purolan (1986) esittämää suunnittelun ja toiminnan tasoja ja niitä ohjaavia arvoja koskevaa mallia soveltaen (kuvio 6) voidaan kokoavasti sanoa, että kaikissa tässä tarkastelluissa maissa – Suomi mukaan lukien – terveyserojen kaventamistavoitteet on normatiivisen suunnittelun tasolla arvioitu tärkeiksi tasa-arvotavoitteiksi. Myös poliittinen tahto on ollut toiminnan tasolla riittävä terveyserojen kaventamista tähdentävien kansanterveysohjelmien laatimiseen. Strateginen suunnittelu ja sitä vastaava hallinnollinen toiminta resurssineen on käynnistynyt Ruotsissa ja Englannissa, joissa vastuutahot on osoitettu ja keskushallinnosta aluehallinnon kautta paikallistasolle kulkevia toimintaketjuja ja sektorirajoja ylittäviä yhteistyömalleja on luotu. Strategisen suunnittelun esimerkkeinä voidaan pitää Ruotsin läänien ja kuntien kansanterveysohjelmia ja Englannin paikallisia terveydenparantamisohjelmia (HIMP). Suomessa strateginen terveyserojen kaventamistoimien suunnittelu tuntuu olevan vasta alussa. Operatiivinen suunnittelu ja vastaava toiminnallinen 'tuotanto' ovat Englannissa edenneet muun muassa aluekokeiluiksi ja interventiohankkeiksi, Ruotsissa muun muassa kattavan indikaattorijärjestelmän kehittämiseen ja myös paikallisiin hyvinvointitaseen sovellutuksiin. Suomesta voitaisiin ehkä hieman provokatiivisesti sanoa, että operatiivinen suunnittelu toimii talouden ehdoin ja toteuttaa lyhyen aikavälin säästö- ja tehokkuuspäämääriä ja on ikään kuin tietämätön pitkän aikavälin normatiivisista suunnitelmista, koska strategisen tason suunnittelu on vähäistä. Poliitiikan toteutumisen tai toteutumattomuuden 'ikkunoita' tutkittaessa olisikin analysoitava muun

Toiminnan taso	Esimerkkiarvo	Suunnittelutaso
Poliittinen	Kansakunnan etu Kansanterveys Tasa-arvo Oikeudenmukaisuus Solidaarisuus	Normatiivinen
Hallinnollinen	Ohjattavuus Järjestys, kattavuus Toimivalta, resurssit	Strateginen
Tuotannollinen	Potilaan hyvä Tehokkuus Tieteellinen perusteltavuus Tekninen oivallisuus	Operatiivinen

KUVIO 6. Terveystuotannon suunnittelun tasot. Mukailtu Tapani Purolan kuviosta (1987, 3).

muassa sitä, mitkä arvot ja edut todellisuudessa riitelevät keskenään. Kaaviossa esitettyjen WHO:n ohjelmadokumenteista peräisin olevien normatiivisen tason ihannearvojen kilpailevina arvoina voisivat olla globaalisuus, kilpailukyky, vapaus (rahan, tuotannon ja työvoiman liikkuvuus, yksilönvapaus) ja instituutioiden/valtioiden turvallisuus.

5 Ehdotuksia terveyserojen kaventamiseksi Suomessa

Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat Suomessa viime vuosikymmeninä kasvaneet ja sairastavuuden erot ovat säilyneet jokseenkin ennallaan. Näin on käynyt siitä huolimatta, että terveyspolitiikassa on jo pitkään kiinnitetty huomiota terveyseroihin ja pyritty niiden supistamiseen. Erojen kaventamisen keinoja ei ole kovinkaan aktiivisesti Suomessa kehitetty, vaan toimintapolitiikan pääpaino on ollut niin sanotussa tasotavoitteessa eli koko väestön terveyden parantamisessa. Muissakin maissa terveyserojen supistaminen on osoittautunut vaikeaksi, aikaa, asiaan paneutumista ja voimavaroja vaativaksi tehtäväksi. Jotta terveyserot otettaisiin konkreettisen toiminnan kohteeksi, edellytyksenä on, että ne nähdään sosiaalisena ongelmana, johon on tasa-arvon ja hyvinvoinnin nimissä puututtava. Näin on tapahtunut etenkin Ruotsissa ja Englannissa, joissa terveyserojen kaventamisesta on tullut keskeinen osa kansanterveyspolitiikkaa. Myös Suomen Terveys 2015 -ohjelman keskeisenä tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen ja Suomen nykyinen hallitusohjelma on niinkään sitoutunut terveyserojen kaventamiseen, joten tässä mielessä Suomessakin on edellytykset terveyserojen kaventavan toimintapolitiikan kehittämiseksi.

Terveyserojen kaventaminen ei ole vaihtoehto terveyden edistämiseksi ja yleiselle terveystason kohentamiseksi vaan pikemminkin terveyspolitiikan täydentävä näkökulma, joka kuitenkin on otettava erikseen huomioon, koska universalistinen terveys- ja sosiaalipolitiikka eivät automaattisesti johda tasa-arvoiseen ja oikeudenmukaiseen lopputulokseen. Pikemminkin saattaa käydä niin, että universaaleista eduista ja toimista hyötyvät parhaiten ne, joilla on edellytyksiä käyttää palveluja ja informaatiota. Esimerkiksi kaikille suunnattu terveyskasvatus saattaa kasvattaa terveyseroja, niin kuin on ehkä käynyt tupakkavalistuksessa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että universalismista pitäisi luopua, vaan sitä, että hyvinvointivaltion perusidean mukaisesti on huolehdittava tarvittaessa erityistoimin heikommassa asemassa olevien tarpeista ja oikeuksista.

Hyvinvointivaltion perusrakenteiden säilyttämiselle on hyviä kansanterveydellisiä syitä, mutta lisäksi perusrakenteita voi perustella myös taloudellisin argumentein: universaali koulutusjärjestelmä ja terveydenhuoltojärjestelmä ovat muihin vaihtoehtoihin verrattuna halpoja ratkaisuja. Riittävä sosiaalipolitiikka on puolestaan sivistysvaltion perusehto, josta ei voi eettisistä syistä tinkiä. Vaikka tasainen tulonjako ei sinänsä takaa tasa-arvoista terveysjakaumaa, tuloerojen kasvu hyvin todennäköisesti suurentaisi terveyseroja. Yksilöllisen tulotason on tutkimuksissa toistuvasti osoitettu olevan yhteydessä terveyteen niin Suomessa kuin muual-

lakin (Ecob & Davey Smith 1999; Martikainen ym. 2001; Rahkonen ym. 2002; Fritzell ym. 2004). Hyvinvointivaltion rakenteiden säilyttäminen, mikä tarkoittaa yhdenvertaista koulutusta, sosiaaliturvaa ja terveyspalvelujen saatavuutta, edellyttää veroin tasattua tulonjakoa. Tähän on Suomessa väestön tuki olemassa (Forma 2002).

Sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen ei ole löydettävissä yhtä menetelmää eikä yhtä vaikutusreittiä, koska erojen syyt ovat monenlaisia ja monitasoisia. Kaventamispolitiikan monitahoisuus käy ilmi Diderichsenin, Evansin ja Whiteheadin esittämästä viitekehyksestä (Kuvio 2 s. 35) ja Stronksin kaaviosta (Kuvio 5 s. 110), joissa eriteltiin vaikuttamisen 'sisääntulokohtia' eri tasoilla. Niiden mukaan terveyseroihin voidaan yleisimmin vaikuttaa makropolitikan kautta eli puuttua rakenteellisiin tekijöihin, jotka aiheuttavat yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Sen lisäksi voidaan alemmilla tasoilla pyrkiä estämään tai vähentämään terveyttä eriarvoisesti vaarantavia tekijöitä ja vähentää huonon terveyden eriarvoisia seurauksia. Mainittuja malleja yhdistellen voidaan erottaa seuraavat terveyseroihin vaikuttamisen väylät:

- 1) vaikutetaan stratifioiviin tekijöihin (koulutus, tulot, työ, verot)
- 2) vaikutetaan erityisiin eriarvoista terveyttä tuottaviin syytekijöihin ja altistuksiin (kuten elintavat)
- 3) vaikutetaan erilaiseen haavoittuvuuteen (esimerkiksi valikoiva tuen anto, riskien vaikutusten pehmentäminen)
- 4) ehkäistään huonon terveyden sosioekonomisia seurauksia eli vaikutetaan terveydelliseen selektioon (esimerkiksi riittävin eläkejärjestelyin ja muin tukitoimin)
- 5) kohdistetaan erityistä huomiota huono-osaisten tavoittamiseen ja heidän hoitonsa onnistumiseen eli harjoitetaan positiivista diskriminaatiota esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmässä

Keskeiset vaikuttamisen alueet ovat syiden puolella yleiset sosiaaliseen asemaan ja tasa-arvoon vaikuttavat tekijät, elinolot ja elintavat ja seurausten korjaamisen puolella palvelujärjestelmä.

Lisäksi on otettava huomioon, että väestötasolla ryhmien väliset terveyserot muuttuvat hitaasti. Terveyserojen syntyä ja niihin ajoissa puuttumista on viime aikoina yhä enemmän korostettu elämäntapa- ja elämäntilanteesta tai elämäntilanteesta niin Isossa-Britanniassa (Bartley ym. 1997; Blane ym. 1998) kuin Suomessakin (Rahkonen & Lahelma 1998; Pensola 2003; Huurre ym. 2003a, 2003b). Eri ikävaiheista löytyy kriittisiä ajanjaksoja, joihin terveyserojen ehkäisyssä olisi kiinnitettävä huomiota. Lapsuusiässä tärkeää on perheen, pienten lasten hoitojärjestelyjen ja koulun kautta toimiminen. Nuoruusiässä terveyteen vaikuttavien keskeisten valintojen vaihe ajoittuu peruskoulun päättämisen ja jatkokoulutusta tai ammattia koskevien valintojen ajankohtaan. Aikuisiän kriittisiä vaihteita voivat

olla avioero, työttömäksi joutuminen tai pitkäaikainen sairastuminen ja eläkeiässä korostuvat toimintakyky, turvallisuus ja riittävät sosiaaliset kontaktit. Elämänkaarinäkökulma näkyy myös Terveys 2015 -ohjelman tavoiterakenteessa. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttaessa on lisäksi otettava huomioon, että miesten sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat suurempia kuin naisten.

Seuraavassa esitetään joukko keinoja, joilla terveyseroja Suomessa voitaisiin kaventaa. Ehdotukset on jäsennetty siten, että edetään yleisistä terveyseroihin vaikuttavista tekijöistä erityisiin tekijöihin. Ensimmäinen ehdotusten alue koskee kuitenkin toimintaympäristön rakenteellisten edellytysten vahvistamista. Tämä johtuu siitä, että Suomessa terveyserojen kaventamisyrittämiä on haitannut sopivien rakenteiden löyhyys tai puuttuminen ja voimavarojen vähäisyys. Ehdotukset perustuvat Ruotsin, Englannin ja Hollannin politiikka- ja tutkimusdokumenttien läpikäyntiin ja asiantuntijahaastatteluihin, mutta myös suomalaisen asiantuntijoiden näkemyksiin sekä *Kohti terveyden tasa-arvoa* –kirjassa (Kangas ym. 2002) esitettyihin suosituksiin.

A. Toimintaedellytysten vahvistaminen

Kansanterveysohjelmien edellyttämään terveyserojen kaventamiseen on erityisesti Ruotsissa ja Englannissa suunnattu huomattavasti voimavaroja, mikä ilmenee henkilöiden työpanoksina, vastuutahojen osoittamisena, kokeilutoimintana, pyrkimyksenä siirtää terveyserojen kaventaminen erityistoimista normaalitoimintoihin, tutkimuksena, interventioina ja niiden arviointina. Monet järjestelyistä ovat pysyväisluonteisia, mistä esimerkikkejä ovat Ruotsin Kansanterveyslaitoksen ja Englannin Health Development Agencyn tehtävät terveystoiminnan seurannassa ja sitä palvelevan tietopohjan keräämisessä. Suomessa on terveyserojen kaventamisessa toimittu projektilähtöisesti ja hyvin vaatimattomilla resursseilla. Lyhyet projektit eivät sovellu pääasialliseksi ratkaisuksi rakenteellisista syistä johtuviin ongelmiin, joiden korjaaminen edellyttää pitkäjänteistä toimintaa.

1. Laaditaan terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma Terveys 2015 -ohjelman toteuttamiseksi

Englannissa terveyserojen kaventamisyrittämiä ovat vauhdittaneet erilliset terveyserojen kaventamista koskevat toimintaohjelmat. Suomessa olisi harkittava Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoa tukevan erillisen terveyserojen kaventamiseen keskittyvän toimintaohjelman laatimista siten, että mukana olisivat ne keskeiset yhteiskunnalliset tahot, joiden toimialue on yhteydessä väestön terveyserojen syntyyn ja siten myös niiden ehkäisemiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön veto vastuulla olevan ohjelman valmisteluryhmässä olisi lisäksi oltava muiden keskeisten ministeriöiden (opetusministeriö, työministeriö, valtiovarainministeriö, lii-

kenneministeriö, maa- ja metsätalousministeriö), sektorilaitosten (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos), Kansaneläkelaitoksen, työeläkelaitosten, yliopistojen, läänien ja kuntien, työmarkkinajärjestöjen ja järjestökentän edustajia. Toimintaohjelman laatimiseen olisi osoitettava riittävät voimavarat (esimerkiksi päätoiminen koordinaattori, asiantuntija-sihteerit, tekninen sihteeristö). Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden saavuttamisen kannalta olisi toivottavaa, että toimintaohjelma saataisiin valmiiksi vuosina 2006-2007, mahdollisesti kahteen prioriteettijärjestyksen mukaiseen osaan jaoteltuna.

2. Nimetään terveyserojen kaventamistoimien vastuutahot

Ruotsissa kansanterveysohjelman toteutuksen seuranta, ohjaus ja koordinointi on osoitettu Ruotsin Kansanterveyslaitokselle. Kansanterveyslaitos organisoitiin uudelleen tätä tehtävää varten ja ohjelman seuranta on laitoksen toiminnan pääalue. Englannissa vastuutahoina ovat National Health Service ja seurannasta vastaavat myös alueiden ja strategisten terveysvirastojen kansanterveysjohtajat. Tiedollisesta pohjasta ja neuvonnasta vastaavat Englannissa Health Development Agency ja alueelliset kansanterveysobservatoriot. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön on huolehdittava Terveys 2015 -ohjelman toteutumisen ohjauksesta ja seurannasta. Terveyseroja koskevan seurannan vastuu on Suomessa osoitettu Kansanterveyslaitokselle, jonka tehtäväprofiili ei kata kaikkea terveyseroihin liittyvää tutkimustoimintaa eikä terveyspolitiikkaa. Edellisessä kohdassa ehdotetun terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman yhteydessä voitaisiin täsmentää asianomaiset vastuutahot Suomessa nykyistä laajemmalla pohjalla.

3. Vakiinnutetaan terveyseroja koskeva tutkimus, tiedonkeruu ja seuranta

Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat Suomessa kansainvälisesti poikkeuksellisen suuret, ja niiden kansanterveydellinen merkityskin on siten suuri. Suomessa on jo sosioekonomisten terveyserojen tutkimuspohjaa, mutta tutkimus on hajanaista. Terveyserojen tutkiminen on yksittäisten tutkijoiden mielenkiinnon varassa ja projektilähtöistä. Ruotsissa on terveyseroihin keskittynyt tutkimuskeskus CHESS, Englannissa on pitkä ja vahvana jatkuva sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen ja terveyserojen tutkimus- ja raportointiperinne. Hollannissa on tehty suurehko erillispanostus terveyserojen tutkimukseen ja interventioihin

Suomessa on hyvät rekisterit ja seuranta-aineistot, jotka mahdollistavat väestöryhmittäisten terveyserojen seurannan (STM 2003, 25). Terveyttä koskevien väestöryhmittäisten tietojen saatavuus olisi kuitenkin turvattava Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -terveydentilaryhmän ehdotusten mukaisesti siten, että terveystiedoista on saatavilla myös koulutus- ja ammattiluokitusten mukaiset tiedot (STM 2003, 69-70). Perusedellytyksenä on, että turvataan Suomessa tehtyjen toistuvien väestön terveydentilakartoitusten jatkuvuus, jotta väestön terveydenti-

lan kehitystä ylipäättään voidaan seurata ja väestöryhmien välisiä terveyseroja tutkia (STM 2003, 85–86). Suomeen ei tarvita uutta tutkimuslaitosta, mutta terveyserojen tutkimukseen olisi osoitettava uusia pysyviä tutkijoiden virkoja soveltuviissa laitoksissa, samalla kun väestön terveystutkimusten yleistä resurssointia vahvistetaan (STM 2003, 85–86).

4. Kartoitetaan alueelliset ja paikalliset tiedon tarpeet

Suomessa olisi kartoitettava alueellisen ja paikallisen terveyseroja koskevan tiedon tarpeet ja tarvittaessa luotava jokin niitä palveleva järjestelmä. Englannissa on alueellista ja paikallista tiedonkeruuta ja tutkimusta yhdeksässä kansanterveysobservatoriossa (Public Health Observatories), joista kutakin rahoitetaan enemmän kuin Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteensä rinnastettaviin tarkoituksiin saama rahamäärä on (STM 2003, 37). Ruotsissa läänien sosiaalilääketieteen yksiköt palvelevat alueiden tarpeita. Myös Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -raportissa ehdotetaan aluetietojen tarpeen kartoitusta (STM 2003, 15).

5. Vahvistetaan yhteistyötä eri tasoilla ja aloilla

Englannissa sektorien välistä työskentelyä pidetään tärkeänä kaikilla hallinnon tasoilla (ns. Joint-up Government, partnership -rakenteet paikallistasolla). Myös Ruotsin kansanterveyspolitiikassa on laajennettu yhteistyötä. Hollannissa tutkijat, poliitikot ja toimijat tekivät yhdessä terveyserojen kaventamisen kaksi tutkimusohjelmaa ja politiikkasuositukset.

Suomessa kansanterveyspolitiikan ja terveyseroihin kohdistuvan politiikan ylä-tason keskusteluyhteyksiä olisi laajennettava samaan tapaan kuin on tehty Ruotsissa ja Englannissa, joissa kansanterveys nähdään olennaisena kansakunnan tulevaisuuden tekijänä. Tämä tarkoittaisi sosiaali- ja terveysministeriön terveyspoliittista keskusteluyhteyttä muun muassa valtiovarainministeriön, opetusministeriön ja työministeriön edustajien kanssa, samoin ammattiyhdistysliikkeen ja muiden keskeisten toimijoiden kanssa. Kansanterveyden neuvottelukunta voisi olla foorumi, joka tällaisesta laajennuksesta vastaa ja kehittää sille sopivan toimintamuodon. Samalla olisi selvitettävä aluetason ja paikallistason yhteistyörakenteiden vahvistamismahdollisuuksia.

6. Terveyserojen kaventaminen sisällytetään osaksi terveyden edistämistä

Terveyden edistäminen on parhaimmillaan terveysongelmien ehkäisemistä ja terveyserojen synnyn ehkäisemistä. Terveyskasvatuksessa ja muussa terveyden edistämisessä on lisättävä tietoisuutta sosioekonomisista terveyseroista ja valmiutta toimia kulttuurisesti sensitiivisellä tavalla terveyserojen kaventamisen suuntaisesti. Terveyserojen kaventamisen näkökulma on myös saatava kansallisiin terveyden

edistämishjelmiin, joista se on yleisesti puuttunut (Prättälä ym. 1999). Tupakka- ja alkoholiohjelmista ja niiden toteutuksessa on kiinnitettävä erikseen huomiota terveyseroihin ja niiden kaventamiseen.

7. Vahvistetaan järjestöjen roolia

Terveyserojen kaventaminen on syytä ottaa selväksi painopisteeksi esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen rahojen jaossa. Terveyserojen kaventamisnäkökulmaa olisi painotettava Terveys 2015 -ohjelman mukaisesti kansanterveysjärjestöjen lisäksi liikuntajärjestöissä, ravitsemukseen ja kotitalouteen painottuvissa järjestöissä (kuten Martat) ja potilasjärjestöissä. Terveyden edistämiskeskus voisi koordinoita järjestökentän toimia.

B. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamistoimet

1. Yleinen yhteiskuntapolitiikka

Kiinnitetään hyvinvoinnin ja terveyden tason lisäksi huomiota niiden jakautumiseen. Koko väestön hyvinvoinnin ja terveyden sosioekonomisen jakautumisen lisäksi on otettava huomioon heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevat. Näitä ovat eri tavoin syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat ryhmät (toimeentulotukea saavat, tuloköyhät, mielenterveyspotilaat, mielenterveyden vuoksi työkyvyttömät henkilöt, vangit; ks. Kangas ym. 2002). Terveyserojen kaventaminen on integroitava kansalliseen syrjäytymisen vastaiseen toimintaohjelmaan.

Yhteiskunnallisten ja yhteiskuntapoliittisten toimien kansanterveydellisiä seurauksia aletaan tutkia säännöllisesti ja kehitetään sitä varten terveysvaikutusten arviointimenetelmiä (esimerkiksi TEVA, HIA). Tämä oli Achesonin työryhmän ensimmäinen suositus Englannissa (Acheson ym. 1998, 30). Selvitetään, mikä on eri sektorien osuus terveyserojen kaventamisessa.

1.1. Rakenteelliset tekijät

Huolehditetaan siitä, että tasaveroisuuden periaatteita noudatetaan keskeisillä terveyteen vaikuttavilla aloilla:

- Koulutuksen tasa-arvoisuuden periaatteita noudatetaan edelleen kaikkialla maassa.
- Tuloerot eivät saa kasvaa.
- Tuloköyhyyttä vähennetään.
- Työttömyyttä ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyyttä vähennetään esimerkiksi työtä jakamalla.
- Työn kuormitustekijöitä tutkitaan ja kiinnitetään erityisesti huomiota fyysisesti raskaisiin ja terveysriskejä sisältäviin ammatteihin. Työn psykososiaalista stressiä ja työn ja perheen yhteensovittamisen ongelmia tutkitaan sosioekonomiset erot huomioonottaen.

1.2. Kuntien ja alueiden hyvinvointipolitiikka

Kuntien hyvinvointiselontekoihin ja hyvinvointitaseisiin sisällytetään hyvinvoinnin jakautumista ja terveyseroja koskevat osiot. Pienissä kunnissa nämä voi olla tarkoituksenmukaista tehdä isompia alueita koskevasti, esimerkiksi kuntainliiton, seutukunnan tai muun isomman alueyksikön tasolla. Kokeiluprojektina olisi tehtävä joissakin kunnissa terveyserot huomioon ottava toimintasuunnitelma ja seurantasuunnitelma. Tähän voi hakea mallia ja ideoita Ruotsin alueellisista ja paikallisista suunnitelmista ja hyvinvointitaseista. Myös Englannin paikalliset kansanterveysraportit ja terveydenparantamisohjelmat (HIMP), joissa edellytetään terveyseroihin paneutumista, voivat toimia virikkeinä.

Selvitetään, miten Suomessa tulisi vahvistaa aluetason toimintaa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa. Alueellisen hyvinvointipolitiikan kehittäminen tähän suuntaan tuntuu tarpeelliselta, koska alueelliset hyvinvointierot ovat Suomessa 1990-luvulta lähtien lisääntyneet (ks. Karvonen ja Rintala 2004). Alueyksikköjä voisivat olla esimerkiksi läänit, maakunnat tai sairaanhoitopiirit.

2. Elintavat

Tärkeimmät sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat elintavat ovat tupakointi, alkoholinkäyttö, ruokatottumukset ja liikunta. Ne ovat terveyserojen syytekijöitä, joihin vaikuttamalla voidaan estää sosioekonomisten terveyserojen kasvamista ja myös kaventaa niitä.

Ruotsista, Englannista ja Hollannista löytyi tässä hankkeessa vain muutamia esimerkkejä politiikoista tai interventioista, joilla on onnistuttu kaventamaan elintapojen sosioekonomisia eroja. Alkoholista aiheutuvien haittojen sosioekonomiseen jakaumaan ei ole näissä maissa kiinnitetty kovin paljon huomiota terveyspolitiikan toimien tasolla. Tupakoinnin, liikunnan, lihavuuden ja ravinnon sosioekonomisten erojen kaventaminen on ollut interventioiden tai ohjelmien tavoitteena, mutta näyttöä tavoitteiden saavuttamisesta on niukasti. Englannin tupakastaveroittamistoiminnasta on kuitenkin lupaavia havaintoja. Eräs harvoja elintapajen kaventaneista interventioista lienee ruotsalainen Norsjö-projekti, jossa käytettiin esikuvana Pohjois-Karjala-projektia.

2.1. Tupakointi

Tupakointi on tärkeimpiä yksittäisiä suomalaisten miesten sosioekonomisten kuolleisuuserojen selittäjiä. Tupakoinnin sosioekonomisten erojen kaventamiskeinoja ovat kootusti

- tupakkaveron korotus
- tupakkamainonnan ja myynninedistämisen rajoitukset
- työpaikkojen tupakkarajoitukset, savuttomien ympäristöjen lisääminen

- puhelinneuvontalinjat lopettamista yrittäville
- rahallinen tuki tupakoinnin lopettamisvälineille (nikotiinikorvaushoidot, bupripioni)
- ehkäisyinterventiot niissä väestöryhmissä, joissa tupakointi on keskimääräistä yleisempää:
 - tupakoinnin aloittamisen ehkäisyinterventiot ammattikouluissa
 - odottaviin äiteihin kohdistuvat tupakoinnin lopettamisinterventiot
 - ruumiillista työtä tekevien tupakointiin kohdistuvat interventiot

Korkea tupakkavero ja siitä seuraava tupakan korkea hinta vähentäneet tupakointia enemmän pienituloisissa sosiaaliryhmissä kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. Tupakkamainonnan ja markkinoinnin rajoitukset hillitsevät nuorten tupakoinnin aloittamista. Markkinointi vaikuttaa erityisesti vähän koulutettuihin.

Tupakoinnin rajoitukset julkisilla paikoilla, erityisesti työpaikoilla hyödyttävät eniten alempia sosiaaliryhmiä, joiden on todettu altistuvan tupakansavulle enemmän kuin ylimpien sosiaaliryhmien.

Tupakoinnin lopettamista tukevista ohjelmista ja toimenpiteistä maksuttoman puhelinneuvonnan ja ilmaisen nikotiinikorvaushoidon on todettu tavoittavan alempia sosioekonomisia ryhmiä.

2.2. Alkoholin käyttö

Alkoholi on toinen tärkeimmistä yksittäisistä suomalaisten miesten sosioekonomisten kuolleisuuserojen selittäjistä (Valkonen 1999; Mäkelä ym. 2002). Liiallisesta alkoholinkäytöstä aiheutuva ennen aikainen kuolleisuus lisääntyy todennäköisesti lähivuosina (Valkonen 1999).

Alkoholinkäytön sosioekonomisiin eroihin voidaan vaikuttaa samantapaisilla keinoilla kuin tupakointiin. Tehokkaita keinoja ovat:

- alkoholin hinta- ja veropolitiikan kiristäminen
- alkoholin saatavuuden rajoittaminen
- ravintoloiden anniskeluvalvonnan tehostaminen
- alkoholihaittojen ehkäisyn tehostaminen kunnissa
- päihdeongelmaisten ja heidän perheidensä tuen ja palvelujen kohentaminen
- yhteistyö EU:n kanssa ja erityisesti Ruotsin kanssa EU:n sisällä: alkoholipolitiikka on EU:ssa saatava osaksi terveystaloutta.

Suomessa vuonna 2004 toteutunut alkoholijuomien hintojen alennus on jostanut alkoholinkulutusta. Viron liittyminen Euroopan Unioniin 1.5.2004 mahdollisesti lisää alkoholin kulutusta Suomessa jonkin verran. Alkoholinkulutuksen kasvun ennustettiin vuonna 1998 tehdyissä laskelmissa lisäävän alkoholikuolemien määrää vuonna 2004 verrattuna vuoteen 1995 miehillä 11%–28% ja naisilla vas-

taava kasvu olisi jopa 41%–57%, eri alkoholiveroille lasketusta mallista riippuen (Österberg ym. 1998, 82). Myös muiden terveyshaittojen ennustetaan kasvavan. Ennusteita ei ole tehty sosioekonomisia eroja huomioonottavasti, mutta alkoholinkäytön ja erityisesti väkevien juomien kulutuksen kasvu johtaa kaiken käytettävissä olevan tiedon mukaan terveyserojen kasvuun.

Alkoholin hinnankorotukset hillitsevät erityisesti alempien sosiaaliryhmien juomista, hinnanalennuksilla on päinvastainen vaikutus. Myyntirajoitukset ja anniskelun valvominen ehkäisevät alaikäisten alkoholinkäyttöä ja humalajuomista, jonka haittoja ilmenee enemmän alemmissä kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. Alkoholihaittojen ehkäisyyn olisi varattava enemmän resursseja kunnissa ja samoin olisi kiinnitettävä huomiota juomisympäristöjen turvallisuuteen. Päihdeongelmaisten perheiden tukeminen auttaisi syrjäytymisvaarassa olevia lapsia ja katkaisisi ylisukupolvisia huono-osaisuuden ketjuja.

2.3 Ravinto, liikunta ja ylipaino

Ravinnon tärkeimmät sosioekonomiset erot liittyvät kasvien ja hedelmien käyttöön sekä lihavuuteen ja seerumin kolesterolitasoihin. Koska lihavuus on seurausta energiansaannin ja -kulutuksen epätasapainosta, lihavuuden sosioekonomisten erojen kaventamisessa on otettava huomioon sekä liikunta- että ravintotottumukset. Tärkeitä erojen kaventamiskeinoja ovat:

- kasvien saatavuuden parantaminen mm. hinta- ja veropolitiikan avulla
- joukkoruokailun laadun ja kattavuuden parantaminen (työvoima ja myös sen ulkopuolella olevat)
- kouluruoan laadun varmistaminen
- työmatka- ja arkiliikunnan esteiden poistaminen

Hinta- ja veropolitiikka sekä myymäläverkko vaikuttavat mm. kasvien ja erilaisten vähärasvaisten ja pehmeitä kasvirasvoja sisältävien elintarvikkeiden käyttöön. Vähävaraisten on todettu karsivan rahan puutteen vuoksi ruokavaliostaan kasviksia. Hyvätuloisilla on paremmat edellytykset ostaa tavanomaista kalliimpia kevyttuotteita ja terveysvaikutteisia elintarvikkeita.

Työpaikka- ja kouluruokailulla on suuri ravitsemuksellinen merkitys. Henkilöstöruokalassa syövät useimmin hyvin koulutetut, mutta jos edullinen ruokala on olemassa, sitä käyttävät muutkin. Henkilöstöruokalaa säännöllisesti käyttävät syövät keskimääräistä enemmän kasviksia, perunaa ja kalaa.

Lihavuuden sosioekonomisia eroja kavennettaessa tulisi varmistaa yhtäläiset liikuntamahdollisuudet kaikille ottaen huomioon asuntojen, työpaikkojen, koulujen, kauppojen ja liikuntaharrastuspaikkojen sijainti ja niiden väliset yhteydet.

3. Terveysthuolto

Suomen terveysthuoltostrategian tavoitteena on vuosikymmenten ajan ollut tarjota kaikille väestöryhmille yhtäläiset mahdollisuudet terveysthuoltojen käyttöön. Kansanterveyslain ja sen toimeenpanon tuloksena palvelujen saatavuuden erot vähenivät, mikä on kaventanut terveyden eriarvoisuutta. Palvelujen saatavuudessa, sisällössä, laadussa sekä palveluihin hakeutumisessa on kuitenkin edelleen alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja, jotka osaltaan ylläpitävät terveyden eriarvoisuutta.

Kun hinta- ja veropolitiikan keinot säädellä tupakan, alkoholin ja elintarvikkeiden kulutusta vähenevät, terveydenhuollon merkitys kasvaa. Kunnallinen terveydenhuolto tavoittaa erityisesti alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat kansalaiset ja pystyy puuttumaan elintapaongelmiin jo ennen kuin niistä on koitunut peruuttamatonta haittaa. Tupakoinnin lopettamisesta ja alkoholiongelmista tehdyt tutkimukset osoittavat, että jo pelkkä lääkärin huomautus voi olla hyödyllinen. Lääkärin lopetuskehoitus vähentää tupakointia sellaisissakin ryhmissä, joissa tupakointi on sosiaalisesti hyväksyttävää. Erilaisten niin sanottujen mini-interventioiden on todettu hillitsevän alkoholin suurkulutusta. Terveysthuoltostrategiassa voitaisiin rakentaa mini-interventioihin sosioekonomiset terveyserot huomioonottavia kokeiluja. Varhaisesta puuttumisesta elintapaongelmiin pitäisi tulla terveydenhuollon arkipäivän työtä – erityisesti jos asiakas voidaan terveysthuolto- tai työterveyshuoltokäynnin yhteydessä ohjata sopivan palvelun piiriin, päihdepalveluihin, laihdutusryhmään tai tupakoinnin lopettamiskurssille.

Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta on tärkeää saada terveyseroja koskeva tieto palvelujärjestelmän normaalitoimintoihin. Tämän perusedellytyksiä ovat seuraavat:

- terveydenhuollon, erityisesti perusterveydenhuollon asianajajaroolin selkiyttäminen kohdeväestön terveyden edistämiseksi
- prevention painoarvon lisääminen ja terveyserot huomioonottavien menetelmien kehittäminen
- terveydenhuoltohenkilöstön koulutus: terveyseroja koskevaa tietoisuutta on parannettava
- väestölähtöisten tarveanalyysien tekeminen ja ottaminen palvelujen suuntaamiseen perustaksi
- terveyden eriarvoisuuden ja sen taustatekijöiden huomioon ottaminen erityisesti koko ikäluokan tavoitettavissa palveluissa kuten neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa
- hoidon saatavuuden, sisällön ja laadun sekä hoitoon hakeutumisen tutkimuksen ja seurannan ja tuloksista tiedottamisen lisääminen terveyserot huomioonottavalla tavalla

Palvelujärjestelmän toiminnassa terveyserojen kaventamiseen voidaan päästä seuraavin toimin:

- työterveydenhuollon kattavuuden parantaminen pienillä työpaikoilla (erityisesti rakennus- ja kuljetusaloilla). Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015 (STM 2004) edellyttää yhdenvertaista ja kattavaa työterveyshuollon palvelujärjestelmää.
- työttömien ja lyhytaikaisissa työsuhhteissa toimivien terveydenhuollon saattaminen työssäkäyvien terveydenhuollon tasalle
- mielenterveyspalvelujen aukkojen paikkaaminen (esimerkiksi psykoterapiapalveluja on liian vähän ja ne ovat epätasaisesti jakautuneet)
- käyttäjämaksujen alentaminen ja omavastuuosuuksien pienentäminen erikoislääkäripalveluissa ja lääkeshoidossa (Suomessa on kansainvälisesti korkeat käyttäjän maksut, mikä voi vähentää erityisesti vähävaraisten hoitoon hakeutumista ja lääkkeiden käyttöä)
- erikoissairaanhoidon ja erityisesti sen avohoitopalvelujen riittävän tarjonnan varmistaminen palvelujen tarpeenmukaisen saatavuuden ja oikea-aikaisen hoitoonohjauksen turvaamiseksi potilaiden sosioekonomisesta asemasta riippumatta
- operatiivisten toimenpiteiden ei-tarpeenmukaisen kohdentumisen vähentäminen
- hammashuollon palvelujen tarjonnan puutteiden korjaaminen siten, että pienituloisten hoitoonhakeutumiselle ei ole esteitä
- iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen heikossa sosioekonomisessa asemassa olevia erityisesti tukien
- tupakastaveroitustoiminnan lisääminen terveydenhuollossa
- huomion kiinnittäminen alkoholiongelmien havaitsemiseen, ehkäisyyn ja hoitoon.

4. Koulutus

Terveyseronäkökulma on tuotava esiin ammatillisessa koulutuksessa koskien kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä lääkäreistä perushoitajiin. Myös sosiaali-toimen ammattilaisten, varhaiskasvattajien, opettajien ja nuorisotyöntekijöiden koulutuksessa on annettava riittävät tiedot sosioekonomista terveyseroista, niiden syistä ja niihin vaikuttamisen mahdollisuuksista. Terveystiedon oppiaine olisi saatava myös ammatillisiin oppilaitoksiin.

5. Interventiot

Sosioekonomisiin terveyseroihin kohdistuvat interventiotutkimukset muissa maissa antoivat toistaiseksi vain rajoitetusti kokemuksia, joiden perusteella voitaisiin arvioida vastaavanlaisten interventioiden vaikutuksia Suomessa. Osaksi tämä johtuu siitä, ettei monivuotisten yhteisöinterventioiden tuloksia vielä tiedetä. Hyvin

suunnitelluilla interventioilla ja niiden huolellisella arvioimisella on kuitenkin merkitystä kehitettävässä käyttökelpoisia terveyserojen kaventamiskeinoja, ja systemaattisesti arvioidut interventiot ja kokeilut ovat järkevää toimintaa ongelmissa, joiden ratkaisemiseen on erityisen vaikea löytää tepsiviä keinoja. Tällä hetkellä meneillään olevista hankkeista on muun muassa syytä seurata, mitä tuloksia ja tietoja saadaan Englannin laaja-alaisista alueellisista ja ongelmakohtaisista interventioista joidenkin vuosien kuluttua. Samoin on syytä seurata, miten Hollannin kunnallista kansanterveystyötä tukeva sopimus (National Contract for Public Health Care) toimii ja miten Ruotsin kuntien hyvinvointihankkeet ja Englannin terveydenparantamisohjelmat ajan mittaan onnistuvat. Näiden kokemusten huomioonottamiseen on aihetta muun muassa siksi, että desentralisaatiota korostavassa järjestelmässä kuntien on itse huolehdittava alueensa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Suomessa alueellinen eriarvoisuus on lisääntynyt (Karvonen ja Rintala 2004) eikä valtakunnallinen suunnittelu tunnu kaikilta osin riittävältä estämään sitä. Siksi muiden maiden aluepohjaisista ja paikallisista hankkeista saatu kokemus voi myös osoittautua hyödylliseksi.

LÄHTEET

HALLITUKSIEN DOKUMENTIT

SUOMI

- STM (1986) Terveystä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (1993) Terveystä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2001). Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- STM (2003) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Väestön terveydentila -ryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:6, Helsinki.
- STM (2004) Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämislinjaukset. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2004:3. Helsinki.

RUOTSI

- SOU 1998:43. Hur står det till med folkhälsan i Sverige? Första steget mot nationella folkhälsomål.
- SOU 1999:137. Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål
- SOU 2000:91. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Englanniksi: Health on equal terms - national goals for public health. Final Report by the Swedish National Committee for Public Health. Scandinavian Journal of Public Health, Supplement 57, 2001.
- SOU 2000:91 Underlagsmaterialet.
- Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. www.social.regeringen.se/sb/d/108/a/1259.
- Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet. Huvudrapport 2003-03-31. Redovisning av regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet (Socialdepartementet S2002/5085/FH), Dnr 02-0368. Statens Folkhälsoinstitut.
- Bilaga 1 till regeringsuppdrag utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet (Socialdepartementet S2002/5085/FH). Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället. Analys och förslag avseende mål och indikatorer. Dnr 02-0368. Statens Folkhälsoinstitut.

Bilaga 11 till regeringsuppdrag utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet (Socialdepartementet S2002/5085/FH). Målområde 11: Minskat bruk av tobak. Analys och förslag avseende mål och indikatorer. Dnr 02-0368. Statens Folkhälsoinstitut.

ENGLANTI

- DH (1998) Our Healthier Nation: A Contract for Health. The Stationery Office, London.
- DH (1999a) Saving Lives: Our Healthier Nation. Department of Health. HMSO, London (www.DH.gov.uk/ohn.htm, 2002).
- DH (1999b) Reducing Health Inequalities: An Action Report. Our Healthier Nation. Department of Health, London.
- DH (2000) The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. Department of Health, London.
- DH (2001) Tackling Health Inequalities. Consultation on a Plan for Delivery. Department of Health, London. www.DH.gov.uk/healthinequalities/tacklinghealthinequalities.htm
- DH (2002). Tackling Health Inequalities. The Results of the Consultation Exercise, Department of Health.
- HM Treasury & DH (2002) Tackling Health Inequalities. 2002 Cross-Cutting Review. (Erikseen myös Summary of the Cross-Cutting Review). HM Treasury and Department of Health. www.DH.gov.uk/healthinequalities/ccsrsummaryreport.htm.
- DH (2003) Tackling Health Inequalities. A Programme for Action. Department of Health. www.DH.gov.uk/healthinequalities/programmeformation
- SU (2002) National Alcohol Harm Reduction Strategy. Consultation Document. Strategy Unit & Department of Health.
- SU (2003) National Alcohol Harm Reduction Strategy. Interim Analytical Report. Strategy Unit. www.number-10.gov.uk/output/Page77.asp.
- SU (2004) Alcohol Harm Reduction Strategy For England. Prime Minister's Strategy Unit. Cabinet Office.

HOLLANTI

Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (1987), Health as a Focal Point. An abridged version of the Memorandum Health 2000.

- The Hague.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (1989) Draft Main Document: Health Policy for the Years 1990-1995: Targetted Changes.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (1992) A Strategy for Health, Netherlands Health Policy Document 1992, Rijswijk.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (1995) Healthy and Sound. Framework for Health Policy in the Netherlands 1995-1998, Rijswijk.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (2001) Policy Spearheads for 2001 and Beyond. Policy Agenda of the Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague.
- National Contract for Public Health Care (2001) Declaration of Intent to Cooperate 2001-2003, Leiden.
- Programme Committee SEGV II (2001). Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health – Second Phase. Reducing Socio-Economic Inequalities in Health. (SEGV-II) Final Report and Policy Recommendations from the Dutch Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health – Second Phase. Health Research and Development Council of the Netherlands.

MUU KIRJALLISUUS

- Acheson D. (1998) Independent Inquiry into Inequalities in Health. Report. Chaired by Sir Donald Acheson. The Stationery Office, London.
- Allardt E. (1999) Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36:203–212.
- Andréasson S. (toim.) Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Statens Folkhälsoinstitut Rapport nr 2002:11. Växjö.
- Arbetslivsfaktorer. (1999) Rapport från arbetsgruppen för arbetslivsfaktorer till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr. 1. Työryhmä Enochson P., Hogstedt C., Nilsson C., Theorell T. & Östlin P. Nationella folkhälsokommittén.
- Aromaa A., Koskinen S. & Huttunen J. (toim.). *Suomalaisten terveys 1996*. Edita 1997.
- Arts W. & Gelissen J. (2001) Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type Really Matter? *Acta Sociologica* 44(4):283-299.
- Arve-Parès B. (ed.) (1998) *Inequality in Health - A Swedish Perspective*. Swedish Council for Social Research, Stockholm.
- Asthana S., Gibson A., Moon G., Brigham P. & Dicker J. (2004) The demographic and social class basis of inequality on self reported morbidity: an exploration using the Health Survey for England. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58:303-307.
- Bambra C., Fox D. & Scott-Samuel A. (2003) Towards a New Politics of Health. Politics of Health Group Discussion Paper no. 1. www.liv.ac.uk/PublicHealth/Publications/publications01.html
- Barnes R. and Scott-Samuel A. (1999). The Acheson report: beyond parenthood and apple pie? *Editorial. Journal of Epidemiology & Community Health* 53(6):322-323.
- Bartley M., Blane D. & Montgomery S. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health and the lifecourse: why safety nets matter. [Education and debate]. *BMJ* 314: 1194-1196.
- Barnes J., Broomfield K., Frost M., Harper G., McLead A., Knowles J. & Leyland A. (2003) Characteristics of Sure Start local programme areas: Rounds 1 to 4. National evaluation summary. NESS/SF/003. www.surestart.gov.uk
- Baum F., Sanders D. (1995) Can Health Promotion and Primary Health Care Achieve Health for All Without a Return to Their More Radical Agenda. *Health Promotion International*, 1995, 10, 2, 149-160
- Benzeval M. (2002) *England. Teoksessa Mackenbach J. & Bakker M. (toim.) Reducing inequalities in health: A European Perspective*. Routledge, London & New York 2002. S. 201-213.
- Benzeval M. (2003) The Final Report of the Tackling Inequalities in Health module. Department of Geography. Queen Mary University of London.
- Benzeval M. & Meth F. (2002) *Health Inequalities: A Priority at Crossroads. The Final report to the Department of Health*. Department of Geography, Queen Mary University of London.
- Berensson K. (2002) Swedish Experience of HIA as a Policy Tool to Promote Equity at the Local Level. *Teoksessa Kauppinen T., Sihto M., Wiman R. & Lintula A. (Toim.) Human Impact Assessment. Report on the Seminar on Human Impact Assessment. Helsinki-Kellokoski, Finland, 24-25 January, 2002. Themes from Finland. Themes 4/2002. Stakes, Helsinki.*

- Bertram T., Pascal C., Bokhari S., Gasper M. & Holtermann S. (2002) Early Excellence Centre Pilot Programme. Second Evaluation Report 2000-2001. Department for Education and Skills. Research Report RR361. Queen's Printer. www.dfes.gov.uk/research/data/uploadfiles/RR361.pdf
- Black D., Morris J. N., Smith C. & Townsend P. (1980/1982). The Black Report. Inequalities in Health. Edited by Townsend P. and Davidson N., Penguin Books, Middlesex.
- Black, D., Morris J.N., Smith C. & Townsend P. (1999). Better benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report. Education and debate. *BMJ* 318:724-727.
- Blane D., Bartley M. & Davey Smith G. (1998) Making Sense of Socio-economic Health Inequalities. Teoksessa Field D. & Taylor S. (toim.) *Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care*. Blackwell Science, Bodmin, Cornwall. s. 79-96.
- Boëthius G. (1998) En fortsatt minskning av tobaksbruket - möjligheter och svårigheter. Teoksessa Tobaken – folkhälsans största fiende? Nationella Folkhälsokommittén. Debattinlägg av Göran Boëthius, Paul Nordgren, Måns Rosén och Bengt Haglund. Stockholm. s. 9-24.
- Borgström A. (2002) Fler unga trelleborgare dricker trots mångmiljonprojekt. *Utblick folkhälsa* 3/2002:40-41.
- Bostock Y. (2003) Searching for the solution. Women, smoking and inequalities in Europe. Health Development Agency, London.
- Boström G. (2001) Chapter 6. Habits of Life and Public Health. Health in Sweden – The National Public Health Report 2001. *Scandinavian Journal of Public Health* 29. Suppl. 58:133-166.
- Boström G. & Rosén M. Measuring social inequalities in health - politics or science? *Scandinavian Journal of Public Health* 31(3):211-215, 2003.
- Breaking Free. The Fight for Swedish Independence from Tobacco (1994) Folkhälsoinstitutet. Stockholm.
- Bremberg S. (2002) Kan skolan minska ungdomars bruk av alkohol? Teoksessa Andréasson S. (toim.) *Den svenska supen i det nya Europa*. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Statens Folkhälsoinstitut Rapport nr 2002:11. Växjö. s. 137-158.
- Bremberg S. (2003) Jämlikhet och hälsa: perspektiv, begrepp och mått. Teoksessa Hogstedt C. (toim.) *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Statens folkhälsoinstitut 2003:12. S. 29-94. (www.fhi.se)
- Bull J. & Hamer L. (2001) Closing the gap: setting local targets to reduce health inequalities. Health Development Agency.
- Burström B., Diderichsen F., Östlin P. & Östergren P-O. (2002) Sweden. Teoksessa Mackenbach J. & Bakker M. (toim.) *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, Routledge, London. s. 274-283.
- Bynner J., Ferri E., Plewis I., Kelly Y., Marmot M., Pickering K., Smith T. & Smith G. (1999) Report to Sure Start Unit. Sure Start Evaluation Development Project.
- Cancer Prevention. A Resource to support local action in delivering the NHS Cancer Plan (2002). Health Development Agency, London.
- Coronary Heart Disease. Guidance for implementing the preventive aspects of the National Service Framework (2001). Health Development Agency. London.
- Dahlgren G. & Whitehead M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute of Future Studies, Stockholm.
- Davey Smith G., Dorling D., Mitchell R. & Shaw M. (2003) Health inequalities in Britain: continuing increases up to the end of the 20th century. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:434-435.
- Davey Smith G., Morris J.N. & Shaw M. (1998) The independent inquiry into inequalities in health. Is welcome, but its recommendations are too cautious and vague. Editorial. *BMJ* 317:1465-1466.
- Dekker E. (2000) Health Policy in the Netherlands: Description and Analysis of the Years of National Health Policy Development Emphasizing the Health for All Strategy. Teoksessa Ritsatakis A., Barnes R., Dekker E., Harrington P., Kokko S., Makara P. (toim.): *Exploring Health Policy Development in Europe*. WHO Regional Office for Europe. s. 110-129.
- Diderichsen F. (1998) Folkhälsa och politik. Teoksessa Med fokus på hälsan – HKB – Hur kan man beskriva Hälsokonsekvenser av politiska beslut? (1998) Landstingsförbundet & Svenska Kommunförbundet. Stockholm. s. 10-14.
- Diderichsen F. (2003) Policies for Health Equity: An Ethical and Epidemiological Framework and Targets or a New National Health Policy in Sweden. Teoksessa Oliver A. (ed.): *Health Care Priority Setting. Implications for Health Inequalities*. Proceeding from a Meeting of the Health Equity Network. Nuffield Trust.
- Diderichsen F., Evans T. & Whitehead M. (2001) The Social Basis of Disparities in Health. Teoksessa Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A. & Wirth M. (toim.) *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*. The Rockefeller Foundation, Oxford University Press. New York.
- Donkin A., Goldblatt P. & Lynch K. (2003) Inequalities in life expectancy by social class, 1972–1999. *Health Statistics Quarterly* 15:5-15.

- Douglas M. & Scott-Samuel A. (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. Editorial. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55(7):450-451.
- Ecob R. & Davey Smith G. (1999) Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science & Medicine* 48:693-705.
- Exworthy M., Berney L. & Powell M. (2002) 'How great expectations in Westminster may be dashed locally': the implementation of national policy on health inequalities. *Policy and Politics* 30:79-96.
- Exworthy M., Blane D. & Marmot M. (2003) Tackling Health Inequalities in the United Kingdom: The Progress and Pitfalls of Policy. *Health Services Research* 38:6:1905-1921. (2003b)
- Exworthy M., Stuart M., Blane D. & Marmot M. (2003) Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. The Policy Press, Bristol. (2003a)
- Forma P. (2002) Suomalaisten sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielipiteet vuonna 2002. Teoksessa Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus, Jyväskylä. s. 292-311.
- Forssas E., Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Manderbacka K., Prättälä R., Sihto M. & Valkonen T. (1999) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen – bibliografia suomalaisista tutkimuksista. *Stakes. Aiheita* 40/1999. Helsinki.
- Fritzell J. & Lundberg O. (2000) Valfärd, ofärd och ojämlikhet - levnadsförhållanden under 1990-talet. Statens Offentliga Utredningar 2000:41. Socialdepartementet. Rapport från Kommittén valfärdbokslut. Stockholm.
- Graham H. (1999) Inquiry into Inequalities in Health. The Official Newsletter of the ESRC Health Variations Programme. 3:2-4.
- Graham H. (2004) Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 33:115-131.
- Gunning-Schepers L. (1989) How to Put Equity in Health on the Political Agenda. *Health Promotion International* 4:149-50
- Habbema J.D.F.T., van der Bos A., Lau IJzerman & van der Maas P. (1980) Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 58:101-106.
- Hamer L. (2003) Local government scrutiny of health: Using the new power to tackle health inequalities. Health Development Agency, London.
- Hamer L. & Easton N. (2002) Community strategies and health improvement: A review of policy and practice. Health Development Agency, London.
- Hamer L., Jacobson B., Flowers J. & Johnstone F. (2003) Health Equity Audit Made Simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships. Working Document January 2003. Health Development Agency & Public Health Observatories.
- Health for All -database. WHO. www.euro/who.int/hfad
- Heikkilä M. & Kautto M. (2002) Suomalaisten hyvinvointi vuosituuhannen alussa. Teoksessa Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus, Jyväskylä. s. 428-434.
- Hemström Ö. (2002) The contribution of alcohol to socioeconomic differentials in mortality - the case of Sweden. Teoksessa Norström T. (toim.) Alcohol in Postwar Europe. Consumption, drinking patterns and policy responses in 15 European countries. Almqvist & Wicksell International, Stockholm. s. 177-184
- Hemström Ö., Leifman H. & Ramstedt M. (2002) The ECAS-survey on drinking patterns and alcohol-related problems. Teoksessa Norström T. (toim.) Alcohol in Postwar Europe. Consumption, drinking patterns and policy responses in 15 European countries. Almqvist & Wicksell International, Stockholm. s. 115-136.
- Hogstedt C. (2003) Inledning. Teoksessa Hogstedt C. (toim.) Valfärd, jämlikhet och folkhälsa - vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer. Statens folkhälsoinstitut 2003:12. s. 21-26. (www.fhi.se)
- Hogstedt C. & Lundberg I. (2002) Work-related policies and interventions. Teoksessa Mackenbach J. and Bakker M. (toim.) Reducing Inequalities in Health: A European Perspective, Routledge, London. s. 85-103.
- Hughes K., Bellis M.A. & Kilfoyle-Carrington M. (2001) Alcohol, Tobacco & Drugs in the North-West of England. Identifying a Shared Agenda. Northwest Public Health Observatory, Liverpool. John Moores University, Liverpool.
- Huurre T., Aro H. & Rahkonen O. (2003a) Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. A follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38:249-255.
- Huurre T., Rahkonen O. & Aro H. (2003b) Terveystilanteen ja terveyskäyttäytymisen sosioekonomiset erot nuoruudesta aikuisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 40:154-162.
- Häkkinen U. (2003) Lääkärissäkäynnit jakautuneet Suomessa eriarvoisesti. *CHESS Online* 2003:3. www.stakes.fi/chess

- Judge K. (2000) Testing evaluations to the limits: the case of English Health Action Zones. *Journal of Health Services Research and Policy* Vol. 5, No 1.
- Judge K., Barnes M., Bauld L., Benzeval M., Killoran A., Robinson R., Wigglesworth R. & Zeilig H. (1999) Health Action Zones: Learning to make a difference. National Evaluation of Health Action Zones. A report submitted to the Department of Health.
- Julkunen R. (2001) Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Jäntti M., Martikainen P. & Valkonen T. (2000) When the Welfare State Works: Unemployment and Mortality in Finland. Teoksessa Cornia G.A. & Paniccià R. (toim.) *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford University Press, Great Britain. s. 351-369.
- Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) (2002) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita, Helsinki.
- Kannisto V. (1988) Imeväiskuolleisuuden alueellisia eroista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*:25:108-117.
- Kannisto V. & Nieminen M. (1996) *Revised Life Tables for Finland 1881-1990*. Statistics Finland. Population 1996:2. Helsinki.
- Karisto A., Lahelma E. & Rahkonen O. (1992) *Suomalaisen terveys sosiologian juuret*. Teoksessa Karisto A., Lahelma E. & Rahkonen O. (toim.) *Terveys sosiologia*. WSOY, Juva. s. 9-28.
- Karvonen S. & Rahkonen O. (2002) *Tupakka ja terveyden eriarvoisuus*. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita, Helsinki. s. 83-99.
- Karvonen S. & Rintala T. (2004) *Alueellisten hyvinvointierojen kasvu jatkuu*. *Yhteiskuntapolitiikka* 69: 159-170.
- Kauppinen T., Sihto M., Wiman R. & Lintula A. (toim.) *Human Impact Assessment*. Report on the Seminar on Human Impact Assessment. Helsinki-Kellokoski, Finland, 24-25 January, 2002. *Themes from Finland*. Themes 4/2002. Stakes, Helsinki.
- Kautto M. (2000) *Two of a Kind? Economic Crisis, Policy Responses and Well-being during the 1990s in Sweden and Finland*. A report from the government commission. A balance Sheet for Welfare of the 1990s/SOU 2000:83. Stockholm.
- Kautto M. & Moisio P. (2002) *Suomalainen köyhyys vertailevasta näkökulmasta*. Teoksessa Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus, Jyväskylä. s. 312-335.
- Kautto M., Heikkilä M., Hvinden S., Marklund S. & Ploug N. (1999) *Introduction. The Nordic welfare states in the 1990s*. Teoksessa Kautto M., Heikkilä M., Hvinden B., Marklund S. & Ploug N. (toim.) *Nordic Social Policy. Changing Welfare States*. Routledge, London and New York. 1-18.
- Keskimäki I. (1997) *Social Equity in the Use of Hospital Inpatient Care in Finland*. Stakes Research Reports 84. Gummerus, Jyväskylä.
- Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Sihto M., Kangas I. & Manderbacka K. (2002) *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen*. Teoksessa Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus, Jyväskylä. s. 352-371.
- Keskimäki I., Koskinen S. & Teperi J. (2002) *Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja*. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita, Helsinki. s. 281-299.
- Kivelä K., Lahelma E., Roos E., Tuominen T., Dahl E., Diderichsen F., Elstad J.I., Lissau I., Lundberg O., Rahkonen O., Rasmussen N.K. & Åberg Yngwe M. (2001) *Sairastavuuden väestöryhmittäiset muutokset Pohjoismaissa 1980- ja 1990-luvuilla*. *Suomen Lääkärilehti* 56 (2):155-161.
- Kivelä K., Lahelma E. & Valkonen T. (2000) *Health of Disadvantaged Groups in Finland*. *Themes from Finland*. Stakes, Themes 3/2000. Helsinki.
- Koskinen S. & Martelin T. (1994) *Kuolleisuus*. Teoksessa Koskinen S., Martelin T., Notkola I.-L., Notkola V. & Pitkänen K. (toim.) *Suomen väestö*. Gaudemus, Helsinki.
- Koskinen S. & Martelin T. (1998) *Viina tappaa keski-ikäisiä pääkaupunkiseudulla*. *Kuolleisuuden alue-erot 1990-luvulla*. *Kuntapuntari* 1998, nro 2:66-71.
- Koskinen, S. & Teperi J. (toim.) (1999) *Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen*. Stakes, Raportteja 243. Gummerus, Jyväskylä.
- Koskinen S. & Teperi J. (1999) *Voitaneeko terveyseroja kaventaa?* Teoksessa Koskinen S. and Teperi J. (toim.) *Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen*. Stakes, Raportteja 243. Gummerus, Jyväskylä. s. 13-23.
- Kosonen P. (2003) *Pohjoismaisten hyvinvointimallien murrokset 1990-luvulla*. Teoksessa Ritakallio M. (toim.) *Riskit, instituutiot ja tuotokset*. Juhlakirja Olli Kankaan täyttäessä 50 vuotta. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimus nro 59. TCWR tutkimuksia nro 1. Painosalama Oy. s. 43-67.
- Krantz G. & Lundberg O. (2003) *Health Equity Studies – an introduction*. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 1/2003.
- Kunst A., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Cardano

- M., Dalstra J., Geurts J., Helmert U., Lennartsson C., Lissau I., Lundberg O., Mielck A., Ramm J., Regidor E., Stronegger W. & Mackenbach J. (2004) Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* (painossa).
- Lahelma E. (2000) Terveydentila ja sosiaalinen rakenne. Teoksessa Kangas I., Karvonen S. & Lillrank A. (toim.) *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki. s. 134-153.
- Lahelma E. (2001) Health and Social Stratification. Teoksessa Cockerham W.C. (toim.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Publishers, Padstow, Cornwall. s. 64-93.
- Lahelma E. & Koskinen S. (2002) Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot - haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita, Helsinki. s. 21-44.
- Lahelma E., Keskimäki I. & Rahkonen O. (2002) Income maintenance policies: The example of Finland. Teoksessa Mackenbach, J. and Bakker M. (toim.) *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, Routledge, London. 67-76.
- Lahelma E., Kivelä K., Roos E., Tuominen T., Dahl E., Diderichsen F., Elstad J.I., Lissau I., Lundberg O., Rahkonen O., Rasmussen N.K. & Åberg Yngwe M. (2002) Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social Science & Medicine* 55:609-625.
- Lancet, 2003, 361, January 11, The interview of Hans van Oers.
- Leppo, K. (1995) Health for All in a Pilot Country: The Case of Finland. Teoksessa Harrington P. & Ritsatakis A. (toim.): *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future*. Vol. III, WHO European Office, Copenhagen, s.70-82
- Levnadsvanor 1. (1999) Rapport från arbetsgruppen Levnadsvanor 1 till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr. 7. Työryhmä Lindberg J. Hanson B.S., Leifman H., Melander A., Nordgren O. & Östlin P. Nationella folkhälsokommittén.
- Leyland A.H. (2004) Increasing inequalities in premature mortality in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58:296-302.
- Lundberg O. (1998) Exploring Causal Mechanisms that Generate Health Inequalities, Teoksessa Arve-Parès B. (ed.) (1998) *Inequality in Health – A Swedish Perspective*. Swedish Council for Social Research, Stockholm. s. 169-184.
- Lundberg O. (1998) Om ohälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige. Teoksessa *En god hälsa - ett socialt privilegium?* Debattinlägg av Lundberg O., Ström P. och Greider G., Nationella Folkhälsokommittén, Stockholm. s. 7-46.
- Lundberg O. (2003) Ojämlikhet och hälsa: Definitioner, mätt, mekanismer och policy-implikationer. *Socialmedicinsk tidskrift* 1/2003.
- Lundberg O. & Palme J. (2002) Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Lundgren B. Statens Folkhälsoinstitut. Dnr 02-0659, 2003-06-26. (www.fhi.se).
- Maaailma numeroina. Tilastokeskus. [www.tilastokeskus.fi/tk/tp/maailmanumeroina/...](http://www.tilastokeskus.fi/tk/tp/maailmanumeroina/) (21.4.2004)
- Macintyre S. (1997) The Black Report and beyond: What are the issues? *Social Science & Medicine* 44:723-745.
- Macintyre S., Chalmers I., Horton R. & Smith R. (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report of the Evaluation Group*. Department of Health, London.
- Mackenbach, J. (1994) *Socioeconomic Inequalities in Health in the Netherlands: Impact of a Five Year Research Programme*. *BMJ* 309:1487-91.
- Mackenbach J. & Bakker M. (2002) Foreword. Teoksessa Mackenbach J. & Bakker M. (toim.) *Reducing inequalities in health: A European Perspective*. Routledge, London & New York. s. ix-xx.
- Mackenbach J. and Bakker M, (toim.) (2002) *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, Routledge, London.
- Mackenbach J.P. & Bakker M.J. (2003), for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. *Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences*. *Lancet* 362:1409-1414.
- Mackenbach J.P. & Kunst A.E. (1997) Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine* 44:757-771.
- Mackenbach J. & Stronks K. (2002) A Strategy for Tackling Health Inequalities in the Netherlands. *BMJ* 325:1029-1032
- Mackenbach J.P., Bakker M.J., Sihto M. & Diderichsen F. (2002) Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa Mackenbach J. & Bakker M. (toim.) *Reducing inequalities in health: A European Perspective*. Routledge, London & New York. s. 25-49.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E.J.M., Groenhouf F., Geurts J.J.M. & the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997) *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*. *The Lancet* 349:1655-1659.
- Mackenbach J., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., Reid A., Hemström Ö., Valkonen T. & Kunst A. (2003) Widening

- socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 32:830-837.
- Manderbacka K., Forssas E., Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (2000) Sosioekonomisten terveyserojen suupistaminen - suomalaisen tutkimuksen painopistealueet 1970-1998. *Stakes, Aiheita 9/2000*. Helsinki.
- Marmot M.G. (2004) Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58:262-263.
- Martelin t., Karvonen S. & Koskinen S. (2002a) Työikäisten hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä M. & Kautta M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002. sosiaali- ja terveyden tutkimus- ja kehittämiskeskus*. Gummerus, Jyväskylä. s. 84-119
- Martelin T., Koskinen S. & Aromaa A. (2002b), Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja B3/2002*, Helsinki. s. 93-102.
- Martikainen P., Mäkelä P., Koskinen S. & Valkonen T. (2001) Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology* 30:1397-405.
- Matthews S., Manor O. & Power C. (1999) Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Science & Medicine* 48:49-60.
- McKee M. (2002) What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement 59: Reducing social inequalities in health*, 54-58.
- Millward L.M., Kelly M.P. & Nutbeam D. (2003) Public health intervention research - the evidence. *Health Development Agency*. London. www.hda.nhs.uk
- Morris J.N., Donkin A.J.M., Woderling D., Wilkinson P. & Dowler E.A. (2000) A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54:885-889.
- Mäkelä P., Holmila M. & Kaukonen O. (2002) Päihtet ja päihdepolitiikka. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita, Helsinki. s. 101-122.
- NRU (2002) Factsheet No. 3. Health and neighbourhood renewal. *Neighbourhood Renewal Unit*. www.neighbourhood.gov.uk
- NRU (2003) Factsheet 9. New Deal for Communities. *Office of the Deputy Prime Minister, Neighbourhood Renewal Unit*. www.neighbourhood.gov.uk
- OECD in Figures. *Statistics on the Member Countries*. *OECD Observer 2003/Supplement 1*.
- Palme J., Bergmark Å., Bäckman O., Estrada F., Fritzell J., Lundberg O., Sjöberg O., Sommestad L. & Szebehely M. (2003) A Welfare Balance Sheet for the 1990s. *Final Report of the Swedish Welfare Commission*. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement 60*. (Myös SOU:2002, alkuperäinen ruotsiksi SOU).
- Pearson T.A., Wall S., Lewis C., Jenkins P.L., Nafziger A. & Weinehall L. (2001) Dissecting the "black box" of community intervention: background and rationale. *Scandinavian Journal of Public Health* 29, Supplement 56: 5-12.
- Pearson T.A., Wall S., Lewis C., Jenkins P.L., Nafziger A. & Weinehall L. (2001) Dissecting the "black box" of community intervention: Lessons from community-wide cardiovascular disease prevention programs in the US and Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 29, Supplement 56:69-78.
- Pensola T. (2003) From Past to Present: The Effect of the Lifecourse on Mortality, and Social Class Differences in Mortality in Middle Adulthood. *Yearbook of Population Research in Finland XXXIX*. *Population Research Institute*.
- Penttilä I. (2004) Tulonsiirtojen vaikutus köyhyyteen. *Hyvinvointikatsaus 1/2004*:12-13.
- Petersson B. (1996) Mot en hälsopolitisk jämlikhetsstrategi. *Internationella impulser och nationella initiativ*. Teoksessa Eriksson Ch. (toim.) *Att överbygga hälsogapen i Sverige genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. En Rapport över pågående forsknings- och utvecklingsarbete vid Folkhälsoinstitutet*. *Folkhälsoinstitutet 1996:90*. Stockholm. s. 73-85.
- Petersson B. (2000) Health policy development in Sweden: action at three levels. Teoksessa Ritsatakis A., Barnes R., Dekker E., Harrington P., Kokko S. & Makara P. (toim.) *Exploring Health Policy Development in Europe*. *European Centre for Health Policy*. WHO Regional Publications, European Series, No. 86. Copenhagen. s. 147-160.
- Powell M. & Exworthy M. *Joined-Up Solutions to Address Health Inequalities: Analysing Policy, Process and Resource Streams*, *Public Money & Management*, 2001, January-March, 21:21-27.
- Prättälä R., Forssas E., Koskinen S. & Sihto M. (1999) Eriarvoisuus ja terveyden edistäminen - suomalaisten terveyskäyttäytymisinterventioiden arviointia, *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36:296-300.
- Public Health Observatories in England. *Progress & Prospects 2000/2001*. A Report to the

- National Governing Board.
- Purola T. (1986) Terveydenhuollon ja terveydenhuoltotutkimuksen arvosidonnaisuus. Teoksessa Heinonen O.P. ym. (toim.), Tutkimus ja kansanterveys: suuntauksia 1980-luvulla. osa 1. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:57, Helsinki. s. 1-11.
- Purola T. (1987) Vaikuttavuuden arvioinnista sosiaalihuollossa. Näkökohtia suunnittelun ja evaluaation tasoista ja tavoista. Teoksessa Purola T., Urponen K. & Sintonen H. (toim.) Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuuksista ja menetelmistä sosiaalihuollossa. Sosiaalihuollon julkaisuja 18. Valtion Painatuskeskus, Helsinki.
- Radford G./compiled by Sihto M. (2002) Experience of Governmental level HIA in the UK. Teoksessa Kauppinen T., Sihto M., Wiman R. & Lintula A. (toim.) Human Impact Assessment. Report on the Seminar on Human Impact Assessment. Helsinki-Kellokoski, Finland, 24-25 January, 2002. Themes from Finland. Themes 4/2002. Stakes, Helsinki.
- Rahkonen O. & Lahelma E. (toim.) (1998) Elämäntapa ja terveys. Gaudeamus, Helsinki.
- Rahkonen O. & Lahelma E. (2002) Sosiaalinen rakenne ja väestön terveys. Teoksessa Piirainen T. & Saari J. (toim.). Yhteiskunnalliset jaot. 1990-luvun perintö? Gaudeamus, Helsinki. s. 273-290.
- Rahkonen O., Lahelma E., Martikainen P. & Silventoinen K. (2002) Determinants of health inequalities by income from the 1980s to the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:442-443.
- Ramstedt M. (2002) Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. Teoksessa Norström T. (toim.) Alcohol in Postwar Europe. Consumption, drinking patterns and policy responses in 15 European countries. Almqvist & Wicksell International, Stockholm. s. 137-156.
- Ritsatakis A., Barnes R., Douglas M. & Scott-Samuel A. (2002) Health impact assessment. In Mackenbach J. & Bakker M. (toim.) Reducing inequalities in health: A European Perspective. Routledge, London & New York. s. 287-299.
- RIVM/National Institute for Public Health and Environment. Health on Course? Key Messages from the 2002 Dutch Public Health Status and Forecasts Report, 2002, Bilthoven.
- Rosen G. (1972) The evolution of social medicine. Teoksessa Freeman H.E., Levine S. & Reeder L.G. (toim.) Handbook of Medical Sociology, Second Edition. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. s. 30-60.
- Salomaa V., Laatikainen T., Tapanainen H., Joussilahti P. & Vartiainen E. (2003) Sepelvaltimotautien riskitekijöiden sosioekonomiset erot. *Suomen Lääkärilehti* 58(33):3187-3191.
- Sihto M. (2003) Onko terveyserojen kaventaminen mahdollista? *Yhteiskuntapolitiikka* 68(5):538-546.
- Sihto M. & Keskimäki I. (2000) Does a policy matter? Assessing the Finnish health policy in relation to its equity goals. *Critical Public Health* 10(2):273-286.
- Sihto M., Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Manderbacka K. & Prättälä R. (2002) Terveyserojen kaventamiskeinot käytöön. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki. s. 325-330.
- Snuset ger stort nikotinberoende -men osäkert om risken för cancer och kärleksjukdomar. www.tobaksfakta.org/ 25.4.2004.
- Speller V. & Kelly M. (2003) Getting Evidence into Practice to Reduce Health Inequalities. Context and Progress on HDA Implementation. Health Development Agency.
- Sprengel V. (2001) Sättet att tänka har förändrats. Hälsokonsekvensbeskrivningar visar politikens effekt på folkhälsan. *Landstingsvärlden* 19/2001:16-17.
- Stronks K. (2002a) The Netherlands. Teoksessa Mackenbach J. & Bakker M. (toim.) Reducing inequalities in health: A European Perspective. Routledge, London & New York. s. 249-261.
- Stronks K. (2002b) Generating Evidence on Interventions to Reduce Inequalities in Health: the Dutch Case. *Scand J Public Health* 30: (suppl 59) 20-25.
- Tigerstedt C. (2002) Måste alkoholpolitiken omdefinieras? Teoksessa Paaso K., Tigerstedt C. & Österberg E. (toim.) I kläm mellan handel och hälsa. Nordisk alkoholpolitik i en global värld. Social och hälsovårdsministeriets stencilserie 2002:3. Helsingfors. s. 17-23.
- Tigerstedt C. & Karlsson T. (2003) Vaivalloinen irtiotto. Suomen ja Ruotsin alkoholi-poliittinen uudelleenorientaatio vuoden1990 jälkeen. Tommi 2003. Alkohol- ja huume-tutkimuksen vuosikirja. Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research.
- Tunstall J., Allnock D., Meadows P. & McLeod A. (2002) Early Experience of Implementing Sure Start. Sure Start National Evaluation. NESS/FR/01. www.surestart.gov.uk
- Töttö P. (2001) Olisiko syytä tutkia myös sosiaalisten ongelmien syitä ja sosiaalityön vaikutuksia? *Janus* 9:312-330.
- Vallgård S. (2001) Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health* 11(4):386-392.
- Valkonen T. (1999) Sosioekonomiset kuolleisuus-erot Suomessa, Teoksessa Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Väestöryhmien välisten

- terveyserojen supistaminen. Stakes, Raportteja 243. Gummerus, Jyväskylä. s. 25-29.
- Valkonen T., Ahonen H. & Martikainen P. (2003) Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2/2003:12-18.
- Valkonen T., Martikainen P., Jalovaara M., Koskinen S., Martelin T. & Mäkelä P. (2000) Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health* 10:274-280.
- Vartiainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundval J, Pietinen P, & Puska P. (1998) Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden muutokset Finriski-tutkimuksessa 1972-1997. Suomen lääkärilehti.
- Virtaranta I. (2002) Finland. Teoksessa Paaso K., Tigerstedt C. & Österberg E. (toim.) *I kläm mellan handel och hälsa. Nordisk alkoholpolitik i en global värld. Social och hälsovårdsministeriets stencilserie 2002:3.* Helsingfors. s. 53-55.
- Vågerö D. (1998) Health Inequalities: Searching for Causal Explanations. Teoksessa Arve-Parès B. (toim.) *Inequality in Health - A Swedish Perspective.* Swedish Council for Social Research, Stockholm. s. 25-39.
- Waller S., Naidoo B. & Thom B. (2002) Prevention and reduction of alcohol misuse. Evidence Briefing. Health Development Agency, London.
- Wallin E. (2002) Lokalt folkhälsoarbete. Teoksessa Andréasson S. (toim.) *Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt.* Statens Folkhälsoinstitut Rapport nr 2002:11. Växjö. s. 249-264.
- Wanless D. (2003) *Securing Good Health for the Whole Population.* Population Health Trends. HM Treasury, HMSO. London. www.hm-treasury.gov.uk
- Water HPA van de & Herten van L. M. (1996) Bull's Eye or Achilles' Heel. WHO's European Health for All Targets Evaluated in the Netherlands. TNO Prevention and Health, Leiden.
- Water HPA van de & Herten van L. M. (1998) Health Policies on Target? Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries. TNO Prevention and Health, Leiden.
- Watkins F., Bendel N., Scott-Samuel A. & Whitehead M. (2002) Through a glass darkly: what should public health observatories be observing? *Journal of Public Health Medicine* 24:160-164.
- Weinehall L., Hellsten G., Boman K., Hallmans G., Asplund K. & Wall S. (2001) Can a sustainable community intervention reduce the health gap? - 10-Year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health* 29, Supplement 56:59-68.
- Whitehead M. (1997) Bridging the Gap. Working towards equity in health and health care. Karolinska institutet, Department of Public Health Sciences. Sundbyberg.
- Whitehead, M. (1998) Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *The Milbank Quarterly* 76 (3):469-492
- Whitehead M., Scott-Samuel A. & Dahlgren G. (1998) Setting targets to address inequalities in health. *The Lancet* 351:1279-1282.
- WHO: The World Health Report 2003. www.who.int/whr/en/
- WHO:n terveystalouden arviointi (1992). Maa-ilmaston terveystalouden arviointi. Euroopan aluetuomio. Ågren G. (2001) The new Swedish national public health policy. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health* 29(4):246-247.
- Ågren G. (2003) Den nya folkhälsostrategin. Nationella mål för folkhälsan. Statens folkhälsoinstitut 2003:57, 2:a reviderade upplagan. Sandviken. www.fhi.se
- Ågren G. (2004) Ett steg mot en ny folkhälsostrategi. Esitteessä Vår roll. Statens folkhälsoinstitut, 2:a upplagan. Sandviken.
- Österberg E., Kajalo S., Leppänen K., Niilola K., Rauhanen T., Salomaa J. & Voipio I.B. (1998) Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholioloista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamisvaihtoehdon mukaan. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1998:8. Helsinki.
- Östlin P. & Diderichsen F. (2001) Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. Policy Learning Curve Series Number 1 (updated version, 2001). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen & European Centre for Health Policy, Brussels.

AINEISTOLÄHTEITÄ JA WWW-OSOITTEITA

RUOTSI

Välfrädsbokslut (1999) Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet & Landstingsförbundet. Rapportnummer 1999:25. Katarina tryck. (www.svekom.se/valfard/skrifter/)

Nyckeltalskatalog (1999) Att göra ett välfrädsbokslut. Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet & Landstingsförbundet. Rapportnummer 1999:25. Katarina tryck. (www.svekom.se/valfard/skrifter/)

Örebro på väg mot hållbar utveckling, Folkhälsoprogram 2000. Antaget av kommunfullmäktige 2000-03-15.

Områdesutveckling med sju Kulturcentrum i Örebro kommun, Lägesrapport – December 2001.

Folkhälsobokslut 2001. Örebro kommun.

Med fokus på hälsan - HKB- Hur kan man beskriva Hälsokonsekvenser av politiska beslut? (1998) Landstingsförbundet & Svenska Kommunförbundet. Stockholm.

Landstingsförbundet (1999) Enkät Jämlig hälsa & Hälsokonsekvensbeskrivningar. Enkättemanställning avseende undersökning ang jämlig hälsa och hälsokonsekvensbeskrivningar i landstingen.

www.alkoholkommitte.se

www.fhi.se/forumfolkhalva

www.lf.se/landstingsinfo (Landstingsförbundet)

www.lf.se/hkb

www.svekom.se (Svenska Kommunförbundet)

www.tobaksfakta.org

www.sverigedirekt.se

ENGLANTI

Directory of HAZ Projects. Luton Health Action Zone. (epv)

Liverpool Healthy City. A 21st Century Approach. Liverpool Partnership Group, Liverpool. (epv)

www.chi.nhs.uk/ratings

www.doh.gov.uk/performance/ratings

www.evidencenetwork.org/nodes.asp

www.gov.uk/cmo/publichealth/regional.htm

www.haznet.org.uk/hazs

www.hiagateway.org.uk (Health Impact Assessment)

www.hda-online.org.uk/html/about/index.html

www.hda-online.org.uk/evidence

www.ohn.gov.uk/inequ.htm (The Government and Health Inequalities)

www.ohn.gov.uk/ohn/school/school.htm

www.nhs.uk/thenhsexplained/history (National Health Service)

www.neighbourhood.gov.uk

www.ness.bbk.ac.uk (National Evaluation of Sure Start)

www.pho.org.uk (Public Health Observatories)

www.renewal.net

www.surestart.gov.uk/surestartservices/surestartlocalprogrammes

www.teenagepregnancyunit.gov.uk

HOLLANTI

www.vws.nl (Ministry of Health, Welfare and Sport)

www.ggd.nl

www.nigz.nl

Raporttia varten tehdyt haastattelumatkat.
Haastattelijat, haastateltavat ja heidän toimipaikkansa maittain.

Ruotsi 13.–16.5.2003/ Hannele Palosuo

Institutet för framtidsstudier, Tukholma

- Johtaja professori Joakim Palme,
(haastattelu tehty yhdessä Eeva Ollilan kanssa)

Statens Folkhälsoinstitut, Ruotsin valtion Kansanterveyslaitos, Tukholma

- Pääjohtaja Gunnar Ågren
- Tutkimusjohtaja professori Christer Hogstedt
- Bosse Pettersson, Strategichef & STF generaldirektör
- Bernt Lundgrén, Utredningsledare
- Suunnittelija Henrik Moberg
- Ylva Arnhof, Avdelningschef
- Margaretha Haglund, Chef för nationella tobaksupdraget
(suurin osa haastatteluista tehty yhdessä Eeva Ollilan ja Pia Solinin kanssa)

CHESS, Tukholma

- Professori Olle Lundberg
(haastattelu tehty yhdessä Eeva Ollilan kanssa)

Samhällsmedicin, Folkhälsoforum, Stockholms läns landsting, Tukholma

- projektijohtaja Ludmilla von Zweigbergk

Hollanti 24.–28.3.2003/ Marita Sihto, haastattelut tehty yhdessä Juhani Lehdon kanssa

Municipal Health Authority, Department of Health Promotion, Rotterdam

- Mr AJJ (Toon) Voorham

RIVM National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven

Centre for Public Health Forecasting, Intersectoral Policy Office

- Dr. J.M. (Lea) den Broeder MA
- Dr. Gerard Varela Put

Ministry of Health, Welfare and Sport, Public Health Department, The Hague

- Dr. Theo van Iwaarden, Head, Health Promotion

The Dutch Public Health Federation/Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht

- Professori Dr. Henk Rengelink (voorzitter), p/a NIVEL
- Dr. Koos van der Velden, consultant

Netherlands Association for Community Health Services – GGD Nederland, Utrecht

- Ms Anja Koornstra, policy advisor

Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
– Dr. Peter W Acterberg, senior investigator, PhD
– Dr. Hans van Oers, PhD, Head

Stichting Voedingscentrum Nederland, Den Haag
– Dr. Karin Bemelmans (ir.C.A.J.) Senior Beleidsmedewerker,

Netherlands Institute for Health promotion and Disease Prevention NIGZ, Woerden
– Dr. Hans Saan, senior adviser

University of Amsterdam, Amsterdam
– Dr. Neik Klazinga, Professor of Social Medicine

Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addictions, Utrecht
– Mr Maurice S.J. Galla, European Project Manager, Unit International Affairs
– Mr Henk Maurits, Public Relations

Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen, Woerden
Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
– Dr. Joop ten Dam

Englanti 5.–11.7.2003/ Hannele Palosuo

University College of London, Medical School, Lontoo
– Professori Mel Bartley
– Dr. David Blane

Queen Mary University of London
– Dr. Michaela Benzeval

Government Office for the North West, Manchester
– Director of Public Health, Professori John Ashton
– Senior Health Policy Adviser Cathy Wynne
(haastattelu tehty yhdessä Meri Koivusalon kanssa)

University of Liverpool, Liverpool
– Professori Margaret Whitehead
– Dr. Alex Scott-Samuel, Director of the Liverpool Public Health Observatory,

Health Development Agency, Lontoo
– Dr. Amanda Killoran
– Tutkimusjohtaja Anthony Morgan
– Dr. Clive Blair Stevens
– Dr. Tricia Younger, Head of Primary Care Development
– Dr. Tina Bird

St.Albans, Strategic Health Authority
– Dr. Martin Woolaway, Director of Public Health, Strategic Health Authority
– Linda Willis, Associate Director, Health Promotion, NHS
– Pieter Schipster, Health Improvement Manager, Stevenage, North Hertfordshire

Raportin käsikirjoituksen pohjalta järjestettyyn
asiantuntijaseminaariin osallistuneet 4.2.2004 ja/tai
kirjallisia kommentteja antaneet henkilöt

Hillevi Aro, professori, Kansanterveyslaitos
Antero Heloma, lääninlääkäri, Etelä-Suomen lääninhallitus
Ilka Kangas, dosentti, yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto, sosiologian
laitos
Jouko Karjalainen, erikoistutkija, Stakes
Taru Koivisto, ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveysministeriö
Meri Koivusalo, erikoistutkija, Stakes
Tuija Martelin, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Veijo Notkola, toimitusjohtaja, Kuntoutussäätiö
Eeva Ollila, erikoistutkija, Stakes
Tapio Paljärvi, tukija, Stakes
Kristiina Patja, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Mika Pyykkö, toiminnanjohtaja, Terveyden edistämiskeskus
Ossi Rahkonen, dosentti, Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos
Veikko Salomaa, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos
Kirsi Talala, tutkija, Kansanterveyslaitos
Christoffer Tigerstedt, erikoistutkija, Stakes
Päivi Topo, tutkimuspäällikkö, Stakes
Simo Virtanen, erikoistutkija, Työterveyslaitos

LIITE C.

Englannin hallituksen terveyseroihin liittyvät tavoitteet
(luettelo teoksessa Hamer ym. 2003, Appendix 5.)

Terveysministeriö (Department of Health)

Syöpä

- Kansalliseen tavoitteeseen liittyvä tupakoinnin alentaminen: ruumiillista työtä tekevien ryhmien tupakoinnin vähentäminen 32 %:sta vuonna 1998 26 %:iin vuonna 2010; 800 000 tupakoijaa kaikista ryhmistä lopettaa tupakoinnin 4 viikon seurantajaksolla vuoteen 2006 mennessä.
- Läpi raskaudenajan tupakoiden naisten osuuden yhden prosenttiyksikön väheneminen vuodessa, kohdennus erityisesti huono-osaisiin ryhmiin.
- Edistetään kansallista alle 75-vuotiaiden syöpäkuolleisuuden alenemista vähintään 12 %:lla vuoteen 2005 mennessä verrattuna vuosiin 1995–1997, kohdennettuna sille viidennekselle alueista, jolla on korkein syöpäkuolleisuus.

Sepelvaltimotauti

- Toimitaan kansallisen sepelvaltimotautikuolleisuuden alenemisen hyväksi siten, että alle 75-vuotiaiden sepelvaltimotautikuolleisuus alenee vähintään 25% verrattuna 1995–1997 tasoon, kohdennettuna sille viidennekselle alueista, jolla on korkein sepelvaltimotautikuolleisuus.

Mielenterveys

Kohdennetaan keskeisiin huono-osaisiin ryhmiin seuraavat toimet:

- Yritetään tavoittaa ne vakavasta mielen sairaudesta kärsivät aikuiset potilaat, jotka säännöllisesti jättäytyvät pois palveluista.
- Lisätään taukoja ja tukipalveluja hoivaajille.
- Parannetaan mielenterveyden hoitoa vankiloissa.

Ikääntyneet ihmiset

- Saavutetaan 70 %:n taso influenssarokotuksissa 65 vuotta täyttäneessä väestössä, kohdentuen väestöihin, jotka asuvat sillä viidenneksellä alueista, jolla on alhaisin elinajanodote.

Paremmat elämänsä mahdollisuudet lapsille

Lasten kansallinen palvelukehys (The Children's National Service Framework) luo pohjan käsitellä eriarvoisuutta tässä ryhmässä. On olemassa suuri joukko tavoitteita, jotka pyrkivät parantamaan huostaanotettujen lasten elämänsä mahdollisuuksia ja tukemaan kaikkia lapsia ja perheitä, joilla on alhaiset tulot ja jotka asuvat alhaisen tulojen alueella (Sure Start, Children's Centres). Tavoitteita ovat mm.:

- Parannetaan koulusaavutuksia huostaanotetuilla lapsilla ja nuorilla nostamalla vuoteen 2003–2004 mennessä 15 %:iin niiden osuus, joilla on 16-vuotiaana tai sitä vanhempana huostasta lähtiessään korkeakouluihin pyrkimiseen vaadittava minimiarvosanataso kansallisessa koulun päättötodistuksessa ja tämä taso säilytetään vuoteen 2006.
- Parannetaan koulutustasoa, ammattikoulutusta ja työllistymistä 19-vuotiailla huostasta lähtijöillä, siten että tämä ryhmä on vähintään tasolla, jonka 75 % saman alueen nuorista on saavuttanut, maaliskuuhun 2004 mennessä ja säilytetään taso vuoteen 2006.
- Vähennetään vuoteen 2004 mennessä kolmanneksella niiden vähintään vuoden jatkuvassa valvonnassa olevien 10–17-vuotiaiden lasten osuutta, jotka ovat saaneet viimeisen varoituksen tai tuomion, syyskuuhun 2000 verrattuna. Ylläpidetään vähennys niin että paikallinen maksimitaso on 7.2 % vuoteen 2006 asti.
- Ylläpidetään nykyinen adoptiosijoitusten pysyvyys niin että laatu säilyy, samalla kun lisätään adoption käyttöä (40 %:n kasvu 2004–2005 mennessä ja 50 % 2006 mennessä).
- Nostetaan 95 %:iin valvonnassa olevien lasten adoptiopäätöksen toimeenpano 12 kuukauden sisällä päätöksestä, jolloin adoptio on todettu lasten parhaan edun mukaiseksi.

Teiniraskaudet

- Saavutetaan sovitut paikalliset teiniraskauksien vähentämistavoitteet, samalla kun vähennetään piirien (wards) huonoimman viidenneksen ja keskimääräisen tason eroa vähintään neljänneksellä kansallisten tavoitteiden mukaisesti.

Rintaruokinta

- Saadaan aikaan 2 %-yksikön nousu vuosittain rintaruokinnan aloittamisessa, kohdentaen erityisesti huono-osaisten naisten ryhmiin.

Huumeet

- Ongelmakäyttäjien osallistumista huumeohjelmiin nostetaan 55 %:lla vuoteen 2004 mennessä ja 100%:lla vuoteen 2008 mennessä (1998 tasoon verrattuna).
- Lisätään kaikkien huumeiden ongelmakäyttäjien mahdollisuuksia päästä yleislääkärin hoitoon.

Fyysiset puitteet (fasiliteetit)

- Parannetaan yleislääkäreiden työtiloja jotta päästään kansalliseen tavoitteeseen, joka koskee 500:a uutta tai korjattavaa keskusta vuoteen 2004 mennessä, edelleen 125:ä vuoteen 2006 mennessä ja edelleen 125:ä vuoteen 2008 mennessä

Hoitoonpääsy

- Parannetaan hoitoonpääsyä erityisesti huono-osoisilla ryhmillä ja alueilla, erityisesti
- aikaista raskaudenaikaiseen seurantaan kirjautumista
- raskaudenaikaisia ja lapsen terveyden seulontapalveluja
- seksuaaliterveyspalveluja ja rinta- ja kohdunkaulaseulontoja
- vahvistetaan perusterveydenhuollon palveluja lisäämällä terveysammattilaisten määrää ja parantamalla palvelujen puitteita alueilla, joilla palveluja on liian vähän ja köyhillä alueilla.

Muut sosioekonomista eriarvoisuutta koskevat ministeriöiden tavoitteet

Liikenneministeriö: aikuisten ja lasten tieliikenneonnettomuudet

- Vähennetään tieliikenneonnettomuuksissa kuolleiden tai vakavasti vammautuneiden määrää 40%:lla ja lasten osalta 50%:lla vuoteen 2010, verrattuna vuosien 1993–1998 keskiarvoon, siten että huomiota kiinnitetään heikkotasoisien yhteisöjen huomattavasti suurempaan insidenssiin.

Varapääministerin virasto: asumisolosuhteet

- Vuoteen 2010 mennessä kaikki kunnalliset asunnot saatetaan siedettävään kuntoon niin, että suurin osa parannuksista tapahtuu köyhillä alueilla, ja lisätään heikossa asemassa olevien ryhmien riittävän hyvien yksityisasuntojen osuutta.

Sisäasiainministeriö: rikosten vähentäminen

- Vähennetään rikoksia ja rikosten pelkoa; parannetaan tilannetta kauttaaltaan, mukaanlukien eron vähentäminen suurimman rikollisuuden ‘Rikosten ja häiriöiden vähentämisen kumppanuus’-alueiden ja parhaiden alueiden välillä.

Ympäristö-, ruoka- ja maaseutuministeriö: ‘lämmitysaineköyhyys’ ja palveluiden saatavuus maaseudulla

- Vähennetään ‘lämmitysaineköyhyyttä’ (fuel poverty) huono-osaisissa kotitalouksissa parantamalla energiatehokkuutta 600 000:sa kodissa vuosina 2001–2004.
- Vähennetään tuottavuuskuilua maaseudun vähiten tuottavan neljänneksen ja Englannin mediaanin välillä vuoteen 2006 ja parannetaan maalaisväestön palvelujen saatavuutta.

Työ- ja eläkeministeriö: lasten köyhyys, työllisyys, etuuskien käyttö ja eläkesaatavat

- Vähennetään pienituloisissa kotitalouksissa elävien lasten osuutta vähintään neljänneksellä vuoteen 2004, osana laajempaa tavoitetta puolittaa lasten köyhyys vuoteen 2010 ja hävittää se vuoteen 2020.

- Kaksinkertaistetaan toimeentulotukea saavien huoltovelvoitteisten vanhempien sekä ansioperustaista työttömyyskorvausta ja lapsiavustuksia saavien työnhakijoiden osuus, niin että se nousee 60 %:iin (etuuksiin oikeutetuista) maaliskuuhun 2006 mennessä.
- Seuraavien kolmen vuoden aikana kevääseen 2006 mennessä kasvatetaan työllisyysastetta huono-osaisilla alueilla ja ryhmissä, ottaen huomioon talous-suhdanteet, yksinhuoltajien, etnisten vähemmistöjen, yli 50-vuotiaiden ja vähiten erikoistuneiden työntekijöiden joukossa ja niissä 30:ssa paikallishallintopiirissä, joissa on huonoin työmarkkinatilanne, ja vähennetään merkittävästi alueiden työllisyysasteen eroa koko maan työllisyysasteeseen.
- Vähennetään 6.5 %:lla niiden lapsiperheiden osuutta, jossa vanhemmilla ei ole työtä, seuraavien kolmen vuoden aikana keväästä 2003 kevääseen 2006.
- Vuoteen 2006 mennessä maksetaan lisäeläkettä (Pension Credit) vähintään 3 miljoonalle kotitaloudelle.

Kauppa- ja teollisuusministeriö: pienelinekeinojen kehittäminen

- Autetaan rakentamaan yritysyhteiskuntaa jossa kaikenlaiset pienyritykset kukois-tavat ja saavuttavat potentiaalinsa siten, että
 - liike-elämään menemistä harkitsevien määrä lisääntyy
 - pienyritysten yleinen tuottavuus lisääntyy
 - epäedullisessa asemassa oleviin yhdyskuntiin tulee lisää yrityksiä.

Varapääministerin virasto, kauppa- ja teollisuusministeriö ja valtiovarainministeriö

- Parannetaan kestäväällä tavalla kaikkien Englannin hallintoalueiden (regions) taloudellista toimintaa ja pitkällä aikavälillä pienennetään itsepintaista juopaa alu-eiden kasvunopeuksien välillä, siten että määritellään toiminnan parantamisen mittarit ja raportoidaan edistymisestä näiden mittarien mukaisesti vuoteen 2006 mennessä.

KIRJOITTAJAT

Ilmo Keskimäki, LT, dosentti, vt. tulosaluejohtaja, Stakes

Seppo Koskinen LT, VTM, dosentti, ylilääkäri, Kansanterveyslaitos

Eero Lahelma, VTT, professori, kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto

Kristiina Manderbacka, VTT, erikoistutkija, Stakes

Hannele Palosuo, VTT, erikoistutkija, Stakes

Ritva Prättälä, ETT, dosentti, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos

Marita Sihto, VTT, erikoistutkija, Stakes

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
PUBLICATIONS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

ISSN 1236-2050

- 2004: 1 Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004-2007.
ISBN 952-00-1474-8
- 2 Statsrådets principbeslut om ett åtgärdsprogram för narkotikapolitiken 2004-2007.
ISBN 952-00-1475-6
- 3 Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämislinjat.
ISBN 952-00-1484-5
- 4 Statsrådets principbeslut. Hälsa i arbetet 2015. Utvecklingslinjer för företagshälsovården.
ISBN 952-00-1485-3
- 5 Government Resolution. Occupational Health 2015. Development Strategy for Occupational Health Care.
ISBN 952-00-1488-8
- 6 Varhaiskasvatuksen laatu on osaamista ja vuorovaikutusta. Varhaiskasvatuksen laadunhallinnan ja ohjauksen kehittämishankkeen julkaisu. Toim. Risto Ruokolainen, Kirsi Alila.
ISBN 952-00-1496-9
- 7 Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004.
ISBN 952-00-1517-5
- 8 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala vuonna 2003.
ISBN 952-00-1522-1
- 9 Den sociala tryggheten i Finland år 2003.
ISBN 952-00-1523-X
- 10 Finnish Social Protection in 2003.
ISBN 952-00-1524-8
- 11 Kaija Hasunen et al. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. 3. uus. p.
ISBN 952-00-1528-0
- 12 Hannele Palosuo, et al. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.
ISBN 952-00-1533-7