

Katri Hannikainen-Ingman

SITKEÄSTI TERVEYSEROJA VASTAAN

**Arviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävästä työstä Kainuussa
2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä**

TIIVISTELMÄ

Ihmisten terveydentilaan vaikuttaa sijoittuminen yhteiskunnan rakenteeseen: pitkälle koulutetut, hyvässä ammattiasemassa olevat tai hyvin tienaatvat väestöryhmät elävät keskimäärin pidempään ja sairastavat vähemmän kuin muut. Terveyden tasa-arvotavoitteen toteutuminen onkin jo pitkään ollut suomalaisen terveystalouden suurimpia haasteita ja 1980-luvun puolivälistä alkaen terveyden jakaumatavoite on sisällynyt kaikkiin terveystaloudellisiin ohjelmiin. Vuonna 2004 aloitettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (ennen vuotta 2009 Kansanterveyslaitos ja Stakes) ja Työterveyslaitoksen terveyserojen kaventamiseen tähtäävä yhteistyöhanke TEROKA. Kainuun maakunta on tehnyt yhteistyötä TEROKA-hankkeen tutkijoiden kanssa vuodesta 2006 alkaen.

Vuonna 2009 päätettiin yhdessä TEROKAn tutkijoiden ja Kainuun maakunta-kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen kanssa toteuttaa Kainuun terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimien prosessiarviointi, jonka toteutuksesta vastaisi Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen TEROKA-tutkija. Arvioinnin tavoitteeksi asetettiin ensinnäkin selvittää, mitä terveyserojen kaventaminen käytännössä tarkoittaa Kainuun kokemusten perusteella. Pyrkimyksenä olisi myös tunnistaa ja tuoda esiin toimintatapoja, jotka parhaiten ovat edistäneet terveyserojen kaventamiseen tähtäävää työtä maakunnassa. Viimekätisenä tavoitteena olisi oppimisprosessi ja toiminnan kehittäminen siten, että se tukisi myös tulevaisuuden päätöksentekoa ja auttaisi löytämään joitakin yleistettävissä olevia, alueelta toiselle vietävissä olevia toimintamalleja terveyserojen kaventamiseksi.

Terveyserojen kaventamisen parissa tehtävä työ on Kainuussa edistynyt huomattavasti 2000-luvulla. Työn edistymisen kannalta merkittävässä asemassa on ollut varsinaista terveyserojen kaventamistyötä edeltänyt pitkäaikainen syrjäytymisen ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvä työ ja osaaminen. Päätös tarttua toimeen vuosituhannen alussa kumpusi taantuma-alueen problematiikasta. Moninaiset ongelmat johtivat siihen, että Kainuusta otettiin yhteyttä Kansanterveyslaitokseen ja tuolloin alkoi Kainuun maakunnan ja TEROKA-hankkeen tutkijoiden välinen yhteistyö. Yhteistyön kaksi kulmakiveä ovat olleet alueellisen terveyseroraportin laadinta ja terveyserot huomioon ottavan terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen. Terveyserotietämyksen lisääntyessä paljastuivat myös tietoaукот ja niihin tarttuminen puolestaan on lisännyt tietämystä entisestään.

Tiedon olemassaolo ei sinällään vielä vie asiaa eteenpäin. Tiedon lisääntymisen myötä on voitu osoittaa asioiden tila ja esittää perustelu, miksi pitäisi toimia. Tutkittu tieto turvana asiaa on ollut helpompi tehdä tutuksi eri foorumeilla ja saada eri toimijoita vakuuttamaan terveyserotyön tarpeellisuudesta. Käsillä olevan työn perusteella yksi merkittävimmistä tekijöistä, jonka avulla terveyserotyötä on kyetty edistämään, on ollut kainuulainen tapa toimia. Toimintaa on leimannut avoin suhtautuminen uusiin mahdollisuuksiin, rohkeus, nopea toimeen tarttuminen ja aktiivinen kulkeminen ja asian esillä pitäminen. Sitoutuminen asian taakse ei olisi yhtä laajaa, jos paikallista tietoa ei olisi niin konkreettisesti käyty levittämässä paikasta toiseen. Ripeä reagointi sekä avoin suhtautuminen uusiin mahdollisuuksiin kuten esimerkiksi Alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (ATH) osallistumiseen, ovat entisestään lisänneet tietoa ja antavat siten mahdollisuuksia myös seurannalle ja tiedon jatkuvalle levittämiselle. Tiedon lisääntyminen, levittäminen ja seuranta puolestaan mahdollistavat palvelujärjestelmien rakenteiden kehittämisen terveyseronäkökulmasta, mikä Kainuussa näkyy jo erityisesti perhepalveluissa.

SISÄLLYS

1. Johdanto	4
2. TEROKA-hanke ja alueellinen yhteistyö terveyserojen kaventamiseksi	6
2.1. TEROKA-hanke ja alueyhteistyökumppanit	6
2.2. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävän työn prosessiarviointi	7
3. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävän työn tausta ja alkutaival Kainuussa	9
3.1. Syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyden edistämistä 1970-luvulta eteenpäin	9
3.2. Uuden vuosituhanen haasteet ja sitoutuminen terveyserojen kaventamiseen	11
4. Terveyserotyö Kainuussa vuodesta 2005 tähän päivään	14
4.1. Tavoitteet	14
4.2. Kainuun maakunnan ja TEROKA-hankkeen yhteistyö	16
4.3. Terveyserotiedolla herättely kainuulaisten avaintoimijoiden työnä	22
4.4. Terveyserotyötä maakunnan kehittämishankkeissa	26
5. Avaintoimijoiden kokemuksia terveyserotyöstä	31
5.1. Kaventamistyön vaativuus	31
5.2. Jaksamisen edellytykset	32
6. Terveyserotyön väliaikatilanne Kainuussa: Mitä on saatu aikaan ja millä keinoilla?	35
7. Miltä terveyserojen tulevaisuus Kainuussa näyttää?	41
Lähteet	44

1. Johdanto

Sosioekonomisen aseman mukaan tarkasteltuna terveys ei jakaudu tasaisesti suomalaisessa yhteiskunnassa. Ihmisten terveydentilaan vaikuttaa sijoittuminen yhteiskunnan rakenteeseen: pitkälle koulutetut, hyvässä ammattiasemassa olevat tai hyvin tienaatvat väestöryhmät elävät keskimäärin pidempään ja sairastavat vähemmän kuin muut. Vähäinen koulutus, heikot työolosuhteet, raskas ja epävarma työ, pitkäaikainen työttömyys, köyhyys, alhainen asumistaso, sosiaalisen tuen puute ja epäterveelliset elintavat kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, liikunnan puute ja epäterveelliset ruokailutottumukset kasautuvat vaihtelevina yhdistelminä samoihin väestöryhmiin ja siirtyvät monesti sukupolvien yli.

Terveyden tasa-arvotavoitteen toteutuminen onkin jo pitkään ollut suomalaisen terveystalouden suurimpia haasteita. Tavoitteena terveyden tasainen jakautuminen oli Suomessa jo 1960- ja 1970 -luvuilla, jolloin huomattiin, että erityisesti syrjäseudulla asuvan ja vähävaraisen väestön terveydentilan kohentamiseen olisi kiinnitettävä huomiota. Lähes neljännesvuosisata sitten Suomen hallitus päätti lähteä mukaan WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaan, jonka yksi päätavoitteista oli väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen (STM 2001). Tuosta 1980-luvun puolivälistä alkaen terveyden jakaumatavoite on sisällytetty kaikkiin terveystaloudellisiin ohjelmiin. Myös kahdessa viimeisessä hallitusohjelmassa terveyserojen kaventaminen on ollut vahvasti esillä. Kuitenkin vastoin terveystalouden pyrkimyksiä sosioekonomiset terveyserot ovat osittain jopa kasvaneet (Valkonen ym. 2007).

Suomessa on tehty runsaasti terveyseroja koskevaa tutkimusta. Kansainvälisesti verrattuna suomalainen tutkimus perustuu poikkeuksellisen korkeatasoisiin ja kattaviin rekisteriaineistoihin ja laajoihin väestön terveystutkimuksiin. Tilasto- ja tutkimustiedoista saakin varsin hyvän kuvan sosioekonomisten terveyserojen laajuudesta, ilmenemismuodoista ja ajallisesta kehityksestä kansallisella tasolla (Palosuo ym. 2007). Sen sijaan terveyserojen syntymisen mekanismeja ja terveyserojen kaventamista koskeva tietämys on huomattavasti vähäisempää kuin terveyserojen ilmenemistä koskeva epidemiologinen tietämys (Palosuo ym. 2004; Sihto ym. 2007). Tavoitteiden saattaminen käytännön toiminnaksi vaatii kuitenkin tietämystä sekä syistä että keinoista. Lisäksi tavoitteiden ja toimenpiteiden on oltava sekä poliittisesti hyväksyttävää että toteuttamiskelpoisia (Nutbeam 2003).

Terveyteen suorasti tai epäsuorasti vaikuttavia päätöksiä tehdään monilla eri hallinnonaloilla ja monilla tasoilla (globaali, EU, kansallinen, alueellinen ja kunnallinen). Kunnilla on itsehallintonsa ja laajan toimivaltansa vuoksi hyvät mahdollisuudet osallistua eri väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen. Suomessa kansallisella tasolla tehty terveyserojen kaventamiseen tähtäävä työ on kuitenkin ollut varsin kaukana siitä arkiympäristöstä, alueellisesta ja paikallistasosta, jossa eletään ja toimitaan. Uudistetussa Kansanterveyslaissa kuitenkin veloitetaan kuntia ottamaan myös terveyserot huomioon ja seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin (Kansanterveyslain muutos 2006). Jotta kunnilla on mahdollisuus noudattaa tätä lakia, on niillä oltava myös tietoa oman alueensa terveyserotilanteesta. Näihin päiviin asti alueellista tietoa terveyseroista ei Suomessa ole juurikaan ollut saatavilla ja lain noudattaminen on ollut lähes mahdotonta.

2. TEROKA -hanke ja alueellinen yhteistyö terveyserojen kaventamiseksi

2.1. TEROKA-hanke ja alueyhteistyökumppanit

Tämänhetkinen terveyserojen kaventamiseen tähtäävä työ maassamme kytkeytyy tiiviisti Suomen Terveys 2015 - kansanterveysohjelmaan (STM 2001), jonka yhtenä tavoitteena terveyden elinvuosien lisäämisen rinnalla on terveyden eriarvoisuuden väheneminen. Määrällisenä tavoitteena on, että koulutusryhmien ja ammattiryhmien väliset kuolleisuuserot pienentyvät viidenneksellä. Näitä tavoitetta toteuttamaan on laadittu erillinen Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 (STM 2008). Toimintaohjelman suunnittelussa ja valmistelussa oli keskeinen rooli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (ennen vuotta 2009 Kansanterveyslaitos ja Stakes) ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhankkeen TEROKAn asiantuntijoilla.

TEROKA-hankkeen juuret ovat 1990-luvulla¹, mutta varsinaisesti TEROKAn toiminta alkoi vuonna 2004. Hankkeen ensimmäisen vaiheen (2004–2006) tavoitteena oli kansallisen terveyseroja koskevan tiedon nykytilan kartoitus ja tietoisuuden nostaminen. Toiminnassa on nyt edetty valtakunnallisen tason tietopohjan kartuttamisesta alueelliseen yhteistyöhön Kainuun maakunnan, Pohjois-Pohjanmaan ja Turun kaupungin kanssa. Kainuun maakunnan *Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen* -hanke käynnistyi vuonna 2006. Kolmivuotisen hankkeen päätyttyä työtä on jatkettu vuoden 2009 alusta käynnistyneessä *Tieto toiminnaksi* -hankkeessa. Pohjois-Pohjanmaan ja Oulun lääninhallituksen kanssa TEROKA-hanke aloitti yhteistyön vuonna 2007. Pohjois-Pohjanmaan liiton kolmivuotinen *Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Pohjois-Pohjanmaalla* -hanke käynnistyi vuonna 2008. Turun kaupungin *Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen* -hanke käynnistettiin vuonna 2007. Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan hankkeita on rahoitettu sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahoista. Alueet ovat kuitenkin osoittaneet toimintaan myös omaa rahoitusta.

¹ Vuonna 1996 käynnistyi tutkijoiden kansainvälinen yhteistyö *European Network on Interventions and Policies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health* -verkostossa. Verkostossa tarkasteltiin ja arvioitiin terveyserojen kaventamistoimia Euroopassa (Keskimäki ym. 1999).

2.2. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävän työn prosessiarviointi

Useimmiten keittämishankkeista tehdään loppuraportit, mutta varsinaista kehittämistyötä palvelevat elementit jäävät liian usein piiloon. Jotta raportointi ei typisty pelkästään tavoitteiden ja lopputulosten kuvailuksi, on tärkeää tehdä arviointi, josta ulkopuolinenkin lukija saa selville, minkälaisia johtopäätöksiä arvioinnin perusteella on tehty. Prosessiarvioinnissa tavoite on saada selville, mitä kehittämistyön aikana on tapahtunut ja millaisen toiminnan, minkälaisen vaiheiden tai ratkaisujen tai minkälaisen ennakoimattomien tapahtumien kautta lopputuloksiin on päästy. Katsomalla pelkkiä lopputuloksia ei voida tehdä päätelmiä toiminnan ja tulosten keskinäisistä yhteyksistä ja vaikutusketjuista (Robson 2000). Näin on mahdollista päästä kehittämistyölle asetettuihin tavoitteisiin eli tuottaa ja hyödyntää tietoa, edistää toimintaa, sekä löytää hyviä toimintatapoja. Toisaalta on tärkeää tunnistaa myös sellaisia toimintatapoja, jotka eivät johtaneet toivottuun lopputulokseen tai joita on mahdollista kehittää paremman lopputuloksen aikaansaamiseksi. Aina vika ei kuitenkaan ole ideassa, vaan syy voi löytyä toteuttamistavoista, vuorovaikutuksesta jne. (Seppänen-Järvelä 2004; Vataja & Seppänen-Järvelä 2006).

Vuonna 2009 päätettiin yhdessä TEROKAn tutkijoiden ja hankkeen kolmen alueen yhteistyökumppaneiden kanssa toteuttaa alueellisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimien prosessiarviointi, jonka toteutuksesta vastaisivat Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen kaksi TEROKAn tutkijaa. Arvioinnin tavoitteeksi asetettiin ensinnäkin selvittää, mitä terveyserojen kaventaminen käytännössä tarkoittaa alueiden kokemusten perusteella. Pyrkimyksenä olisi myös tunnistaa ja tuoda esiin toimintatapoja, jotka parhaiten ovat edistäneet terveyserojen kaventamiseen tähtäävää työtä alueilla. Viimekätisenä tavoitteena on oppimisprosessi ja toiminnan kehittäminen siten, että se tukisi myös tulevaisuuden päätöksentekoa ja auttaisi löytämään joitakin yleistettävissä olevia, alueelta toiselle vietävissä olevia toimintamalleja terveyserojen kaventamiseksi.

Kaksi keskeistä kokonaisuutta työssä ovat alueilla tapahtunut toiminta ja TEROKAn rooli alueellisen terveyserojen kaventamistyön tukena. Pyrkimyksenä on ensiksi kuvata alueellisen toiminnan konteksti ja lähtökohdat sekä alueellisen toiminnan rakenne. Tämän jälkeen kuvataan ja arvioidaan niitä alueilla tapahtuneita prosesseja, joilla terveyserojen kaventamiseen on pyritty. TEROKAn osalta kuvataan ja arvioidaan hankkeessa tehtyä kehittämistyötä sekä TEROKAn antamaa asiantuntijatukea alueiden näkökulmasta.

Prosessiarvioinnin onnistuminen on vaativa tehtävä. Kehittämispöessi ei ole pelkästään loppuun asti harkittu, rationaalinen ja loogisesti etenevä jatkumo. Kehittäminen on tilannesidonnaista, siihen sisältyy sattumia, ulkopuolisia ennakoimattomia asioita ja siinä toimitaan myös intuition perusteella. Tässä työssä arvioinnin onnistumista helpottamaan päätettiin ensin laatia prosessikuvaukset kultakin alueelta. Tällöin kuvataan ensiksi kehittämistyön tausta. Kiinnostuksen kohteena on, minkälaisesta taustasta kullakin alueella tämänhetkinen työ kumpuaa. Tämän jälkeen kuvataan 2000-luvun kaventamistyön konteksti kullakin alueella. Sitten hahmotetaan alueiden terveyserotyön ideointi-, suunnittelu- ja toteuttamisvaiheita. Lopuksi suoritetaan arviointiosuus. Tällöin tuodaan esiin vaikutusketjut ja keskeiset elementit, jotka ovat johtaneet tiettyyn lopputulokseen sekä arvioidaan terveyserotyön tämänhetkistä tilannetta ja tulevaisuuden näkymiä alueella. Kun kaikkien kolmen alueen työ on tehty, laaditaan alueiden kokemuksia vertaileva kokoava raportti vuonna 2011.

Tässä katsauksessa käsitellään Kainuun maakunta -kuntayhtymän toimia sekä TEROKAn ja Kainuun välistä yhteistyötä terveyserojen kaventamiseksi. Työn aineistona on käytetty ensisinkin kirjallista materiaalia kuten hankehakemuksia, työsuunnitelmia, kokousmuistioita, toimintakertomuksia, esitelmiä, Kainuun maakunnan strategia-asiakirjoja 2000-luvulta, Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan asiakirjoja, Terve Kajaani -projektin ja Terve Kunta -verkoston materiaaleja sekä Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -raporttia. Keskeisessä asemassa työn toteutuksessa ovat olleet kuusi alueen avaintoimijaa ja heidän haastattelunsa. Neljää heistä haastateltiin syksyllä 2009 Kajaanissa ja kaksi toimijaa on sähköpostitse vastannut kainuulaista terveyserotyötä koskeviin kysymyksiin.

3. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävän työn tausta ja alkutaival Kainuussa

3.1. Syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyden edistämistä 1970-luvulta eteenpäin

Prosessiarvioinnin paikannuksen yhteydessä voidaan myös kysyä, mikä on prosessi. Kehittämisprosessi on ainutkertainen, kullekin projektille ominainen ja yksilöllinen toiminnan, havaintojen ja ajattelun kokonaisuus. Kehittämisen prosessi on ei-lineaarinen, jatkuvasti muuntuva, yhteenliitetyistä palasista koostuva, ajallisesti kulkeva jatkumo (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006). Kehittämissuunnitelma määrittää tyypillisesti ajallisesti tietyn mittaiseksi. Tällöin on tärkeää tiedostaa, että *prosessi* on alkanut ennen kuin itse *projekti*. Kuvauksen tai arvioinnin fokus voidaan paikantaa johonkin tiettyyn ajanjaksoon, mutta koko toimintaympäristön ymmärtämiseksi on perehdyttävä myös projektia edeltäneisiin prosesseihin.

On tapauskohtaista, miten pitkälle menneisyyteen tietyn projektin käynnistämiseen johtaneita prosesseja tarkastellaan. Tässä työssä valinta on tehty tällä hetkellä terveyserojen kaventamisen parissa Kainuussa työskentelevien avaintoimijoiden esittämistä näkemyksistä. Koska toimijoilla on omat henkilökohtaiset työhistoriat, joiden kautta he asiaa tarkastelevat, voidaan myös projektin käynnistymiseen johtaneiden tapahtumien ajallisia "alkupisteitä" paikantaa useita. Hankkeen taustojen monimuotoisuuden voi toisaalta ymmärtää vasta, kun seurataan eri toimijoiden urallaan kulkemia polkuja.

Useimmat terveyserojen syiden tutkijat ovat nykyään sitä mieltä, että terveyserojen taustalla on monia eri tekijöitä ja niiden yhteisvaikutuksia. Vallitsevan käsityksen mukaan terveyden ja terveyserojen taustalla vaikuttavia determinantteja ovat esimerkiksi lapsuuden ja aikuisuuden aikaiset aineelliset olosuhteet kuten köyhyys, pienituloisuus, muut taloudelliset vaikeudet, työolot, asumistaso ja asumisympäristö (Lahelma ym. 2007). Tämänkaltaisiin tekijöihin kiinnitettiin Kainuussa huomiota jo 1970-luvun ensimmäisellä puoliskolla, kun Suomessa keskusteltiin terveydentilan ja terveystilanteen suurista Itä- ja Länsi-Suomen välisistä eroista. Tuolloin Kainuussa jo oivallettiin, että on kiinnitettävä huomiota lapsuuden aikaisiin elinolosuhteisiin, jotta ongelmat eivät siirry sukupolvelta toiselle. Biologista perimää tärkeämpänä nähtiin ihmisen kulttuuri- ja sosiaalinen perimä.

Varsinainen herätys terveyden ja ihmisten elinolojen yhteyden ymmärtämiseksi tapahtui 1990-luvun alussa, kun laman myötä Kainuusta katosi suuri määrä työpaikkoja ja sosiaali- ja

terveydenhuollon kustannuksia karsittiin kahdessa vuodessa (1991–1993) 30 %. Pitkäaikais-työttömien selviytymiseksi käynnistettiin 1990-luvun puolessa välissä Pitkospuu-projekti, jonka yhtenä keskeisenä tavoitteena oli, että edes yksi perheenjäsen säilyttäisi työpaikkansa. Kyse oli laajan mittakaavan työllistämistoimista tukitoimenpiteineen. Työttömille järjestettiin myös työterveyshuoltoa. Kyseessä oli melko laaja yhteistyöhanke, jossa mukana olivat Kela, koulutoimi, kunta ja työvoimahallinto. Projektin seurauksena vain vahvistui näkemys, jonka mukaan yksilöiden selviämispolku alkaa elämän varhaisessa vaiheessa.

Terveydenedistämisen- ja ennaltaehkäisevää työtä pidettiin muutenkin 1990-luvulla Kainuussa tärkeänä. Valtakunnallisen Terveystyötä kaikille 2000 -kuntaohjelman tiimoilta toteutettiin Pitkospuut -projektin kanssa samoihin aikoihin 1990-luvun puolessa välissä Terve Kajaani -projekti, jossa yhtenä tavoitteena oli väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Vaikka terveyserojen kaventaminen käsitteenä ei tuolloin vielä ollut laajasti käytössä, eriarvoisuuden vähentämisen tarve oli kuitenkin tunnistettu. Eriarvoisuuden vähentämisen katsottiin edellyttävän panostamista huonoimmassa asemassa olevien terveyden parantamiseen. Työttömyysaste oli 1990-luvun puolivälissä Kajaanissa lähes 25 %. Elintapojen lisäksi hankkeessa kiinnitettiin huomiota syrjäytymisen ehkäisyyn liittyviin tekijöihin.

Tämän jälkeen tärkeä foorumi, jossa terveyden edistämistyötä jatkettiin Kainuussa, oli Terve Kunta -verkosto, joka perustettiin vuonna 1996. Verkoston perustamisidea syntyi juuri TK 2000 -kuntaohjelmasta ja sen toiminnan tavoitteena on ollut väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Yksi verkoston perustajajäsenistä oli Kajaani. Tänä päivänä kaikki Kainuun kunnat ovat Terve Kunta -verkoston jäseniä, kun Kainuun maakuntakuntayhtymä liittyi verkoston jäseneksi vuonna 2005. Kajaanin ja sittemmin koko Kainuun pitkäaikainen osallistuminen verkoston toimintaan tarkoittaa tähän asti tehdyn työn syvällistä tuntemusta ja tarpeiden tunnistamista. Verkoston jäsenyys on toteuttanut myös terveyden edistämiseen liittyvän tiedonvaihdon ja tiedon välittämisen funktiota. Verkoston kautta Kainuussa myös tutustuttiin terveyserotutkijoihin. Näihin asioihin nojaten voidaan sanoa, että Terve Kunta -verkostossa toimiminen oli yhtenä merkittävänä tekijänä sysäämässä varsinaista terveyserotyötä alkuun Kainuussa.

Lisäksi on paikallaan mainita, että kuntien terveyskeskuksissa työskennelleet terveydenhoitajat ovat omalla työllään luoneet pohjaa myös terveyserojen kaventamiseen tähtäävälle työlle. 1980-luvulla luotiin maan kattava terveyskasvatuksen yhdyshenkilöverkosto. Kunkin terveys-

kasvatuksen yhdyshenkilön tehtävänä oli oman terveydenhoitajan työnsä osana kehittää terveyden edistämistä eri sektoreiden välisenä yhteistyönä ja vahvistaa valtakunnallisten kansanterveysohjelmien toimeenpanoa kunnissa. Kaiken kaikkiaan pitkä perinne terveyden edistämisen saralla on luonut vankan pohjan terveyserojen kaventamistyölle Kainuussa. Tämänkaltaisen jatkuvuuden tuoma kokemus ja asiantuntemus ovat ensiarvoisen tärkeitä terveyserojen kaventamiseen tähtäävässä työssä.

3.2. Uuden vuosituhannen haasteet ja sitoutuminen terveyserojen kaventamiseen

2000-luku alkoi Kainuussa sosiaali- ja terveydenhuollon osalta synkissä tunnelmissa. Jouduttiin käymään vakavia keskusteluita Kainuun mahdollisuuksista selvitä sosiaali- ja terveydenhuollon haasteista edes lähitulevaisuudessa. Asukasluvun lasku, ikärakenteen vanheneminen, yritystoiminnan supistuminen ja työpaikkojen väheneminen tulisivat johtamaan kuntatalouden heikkenemiseen. Uhkana oli, että ilman toimenpiteitä Kainuussa ei läheskään riittävässä määrin kyettäisi turvaamaan yhdenvertaisia ja laadukkaita kunnallisia peruspalveluita eikä niiden saatavuutta väestölle. Lopputuloksena todettiin, että mikään Kainuun kunta ei selviä haasteista yksinään.

Virallisesti Kainuun hallintokokeilu lähti vireille vuoden 2001 lopussa, kun silloinen pääministeri Paavo Lipponen vieraili Kajaanissa. Tuolloin syntyi ajatus pienen maakunnan voimavarojen kokoamisesta vahvemmin yhteen ja hallinnon ja päätöksenteon tehostamisesta. Maakunnalle haluttiin myös antaa lisää päätösvaltaa alueelle tulevan rahoituksen ohjaamisessa. Asiaa alettiin valmistella ja selvitystyön pohjalta päädyttiin ajatukseen Kainuun maakuntahallintokokeilusta, josta säädettiin laki eduskunnassa helmikuussa 2003. Hallintokokeilu alkoi vuoden 2005 alussa ja sen oli alun perin tarkoitus kestää vuoden 2012 loppuun. Hyvien kokemusten seurauksena hallintokokeilua on sittemmin päätetty jatkaa edelleen.

Hallintokokeilun käynnistyttyä maakunta -kuntayhtymän vastuulle siirtyi sosiaali- ja terveydenhuolto päivähoitoa lukuun ottamatta sekä nuorten ja aikuisten toisen asteen ammatillinen koulutus ja lukio-opetus. Samalla Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen koottiin yhteen tavoitteena kehittämistoiminnan tehostaminen ja vaikuttavuuden lisääminen. Kainuun peruskuntien ja maakunta -kuntayhtymän tehtävänä oli tukea terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyden kannalta edullisia taustatekijöitä, kuten koulutusmahdollisuuksia

sia, elinoloja, työoloja ja palveluiden toimivuutta, jotta yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuudet edistää omaa ja lähiyhteisönsä terveyttä paranisivat.

Hallintokokeilun valmistelussa oli mukana samoja henkilöitä, jotka tällä hetkellä tekevät aktiivisesti terveyserotyötä maakunnassa. Keskustelu ei tuolloin varsinaisesti fokusoitunut terveyserojen kaventamiseen, mutta sivujuonteena se oli suunnitelmissa mukana erityisesti siten, että heikommassa asemassa olevien ihmisten aseman huomioon ottaminen oli tärkeää. Palveluiden turvaaminen ja yhdenvertainen saatavuus eri väestöryhmille olivat keskeisiä periaatteita ja osin näitä periaatteita turvaamaan kehitettiin palveluiden kolmijako maakunnallisiin, seudullisiin ja lähipalveluihin. Muita tärkeitä periaatteita maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä ovat olleet palveluiden korkea laatu, taloudellisuus ja tehokkuus. Hallintokokeilun yhteydessä kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimeen palkattiin myös erillinen terveyden edistämisen suunnittelija, joka Terve Kunta -verkostosta saadun kokemuksen pohjalta näki myös terveyserojen kaventamisen tärkeyden.

Päätös terveyseroihin tarttumisesta tehtiin Kainuussa jo ennen hallintokokeilun alkua pian vuosituhannen vaihtumisen jälkeen, muistitiedon mukaan noin 2003–2004². Asiaa pidettiin tärkeänä, koska Kainuussa oli paljon terveysongelmia, työttömyyttä, köyhyyttä ja suuri joukko "näkyvätöntä" väestöä, jolta puuttuivat palvelut, tuki ja apu. Väestö nähtiin kahtiajakautuneena; oli niitä, joilla oli vaihtoehtoja ja niitä, jotka jäivät kaiken ulkopuolelle. Pitkälle päästetyt terveysongelmat tulevat kuitenkin lopulta erittäin kalliiksi, koska sosiaali- ja terveydenhuollon erityistason hoito maksaa paljon. Syrjäytyminen lieveilmiöineen aiheuttaa myös mittavia kustannuksia. Lisäksi inhimillisiä tragedioita oli eettisistäkin syistä tärkeää pyrkiä ehkäisemään. Terveyseroja oli siis kyettävä tarkastelemaan niin yhteiskuntarakenteellisista tekijöistä, palvelujärjestelmän toimivuudesta kuin ihmisten arjen kokemuksistakin käsin. Eriarvoistavia tekijöitä oli paljon ja monentasoisia ja ne oli kyettävä tunnistamaan, jos aiottiin saada toivottuja vaikutuksia aikaan.

Keväällä 2005 maakunnan sosiaali- ja terveystoimessa päätettiin hakea Terveyden edistämisen määrärahaa terveyserojen kaventamiseksi. Rahaa saatiin ja *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa* -hanke käynnistyi vuonna 2006 ja kesti kolme vuotta. Tämän jälkeen terveyden edistämisen määrärahaa on saatu uudelle terveyden tasa-arvoa tavoitteleva-

² Kehittämistyössä ratkaisevia päätöksiä tehdään paljon ilman niin sanottuja kirjattuja virallisia päätöksiä. Innostuminen ja asiaan uskominen saa aikaan edistävää toimintaa.

le *Tieto toiminnaksi* -hankkeelle vuonna 2009 ja 2010. Vuosittain uusittava hakuprosessi yllätti aluksi kainuulaiset toimijat, koska kyseessä on asia, joka vaatii pitkäjänteistä työtä. Joka tapauksessa vuosikymmenen puolessa välissä hankehakemuksen suunnittelun ja hankkeen aloittamisen seurauksena terveyserojen kaventamiseen tähtäävä toiminta realisoitui ja konkretisoitui tavoitteellisemmaksi ja näkyvämmäksi työksi.

Jotta sitoutuminen terveyserojen kaventamiseen on mahdollista, on jollain taholla oltava ymmärrystä terveyden tasa-arvon tärkeydestä. Kainuussa 2000-luvun alun sitoutuminen terveyserojen kaventamistyöhön, päätös toimeen tarttumisesta ja rahan hakemisesta toimintaa varten lähti liikkeelle nimenomaan sosiaali- ja terveystoimesta eikä maakuntajohdosta tai poliittisilta päättäjiltä. Merkkejä johdon sitoutumisesta terveyserojen kaventamiseen alkoi kuitenkin näkyä melko pian varsinaisen projektin käynnistymisen jälkeen. Vuodesta 2007 alkaen terveyden tasa-arvotavoite on nimittäin nostettu koko maakunnan strategiseksi tavoitteeksi. Ensimmäinen asiakirja, johon tavoite kirjattiin, oli Kainuun maakunta -kuntayhtymän strateginen suunnitelma vuosille 2007–2015. Siinä velvoitettiin maakunnan toimijoita kiinnittämään huomiota väestöryhmien välisiin eroihin ja käynnistämään konkreettisia toimenpiteitä, joilla voitaisiin vaikuttaa sosiaaliseen eriarvoisuuteen ja elintapoihin. Viime vuonna päivitetystä Maakuntaohjelmassa vuosille 2009–2014 terveyserot ovat saaneet edellisiin maakunnan asiakirjoihin verrattuna vahvemman aseman.

4. Terveyserotyö Kainuussa vuodesta 2005 tähän päivään

4.1. Tavoitteet

Jotta kaventamistavoitteita voidaan ylipäättään asettaa, on asian parissa aktiivisesti työskentelevien keskuudessa oltava ymmärrys ja jossain määrin myös yhteneväinen käsitys terveysero-käsitteen sisällöstä. Pelkkien tavoitteiden asettaminen kun ilman ajatusta tavoitteiden asettamista seuraavista toimista on turhaa. Käsitteen määrittely puolestaan vaikuttaa toimintatapoihin. Vuoden 2005 tietämällä ja siitä eteenpäin käsitteen käyttö on alkanut kainuulaisten avain-toimijoiden keskuudessa vakiintua. Vaikka käsitteen selkiytymistä on edesauttanut yhteistyö tutkimuslaitosten kanssa ja osin yhteistyöstä seurannut tutkimustietoon tutustuminen, Kainuussa oli jo pitkä perinne syrjäytymisen ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvässä keskustelussa ja toiminnassa. Terveyserokäsitteen sisällön on Kainuussa nähty liittyvän laajasti ihmisen sosiaaliseen taustaan ja historiaan, huono-osaisuuteen, ongelmien kasautumiseen ja niiden periytyvyyteen sukupolvelta toiselle. Sairauksia ja ennenaikaisia kuolemia aiheuttavat elintavat voidaan nähdä vaikeiden elämäntilanteiden ja elinolosuhteiden seurauksena. Ihmiset eivät silloin enää monistakin syistä johtuen välttämättä kykene huolehtimaan terveydestään³. Myös päivitettyssä Maakuntaohjelmassa 2009–2014 terveyserojen kaventamistavoitteeseen katsotaan päästävän silloin, kun vaikutetaan monentasoisiin asioihin: köyhyyteen, työttömyyteen, asumisoloihin, koulutukseen, terveellisiin elintapoihin ja sosiaali- ja terveystalouden tasa-arvoiseen ja tarpeenmukaiseen saatavuuteen.

Laajassa mitassa terveysero-käsite ei kainuulaisten keskuudessa ole kuitenkaan vielä selkiytynyt, vaikka mittavaa edistystä on aktiivisen työn tuloksena tapahtunutkin. Terveyserojen kaventaminen saatetaan mieltää edelleen vain perusterveydenhuollon tehtäväksi. Esimerkiksi kuntapäättäjäille on ollut ja on edelleen tärkeää painottaa, että terveyden tasa-arvon lisääminen ei ole pelkästään sosiaali- ja terveystoimen alaan kuuluva asia. Sosiaali- ja terveystoimella on aloitteentekijän, havainnoitsijan ja pitkälti myös tulevaisuuteen katsojan rooli, mutta terveyserojen kaventaminen ja sitä tukevien ratkaisujen tekeminen on mahdollista vain yhteistyössä. Terveyserojen kaventamisen suomaa mahdollisuutta kunnille ja palvelujärjestelmälle ei avain-toimijoiden mukaan vielä riittävässä määrin ymmärretä etenkin tekojen tasolla.

³ Kansainvälisessä keskustelussa on tuotu esiin ajatus, että terveyseroja ei tulisikaan käsittää ensisijaisesti terveystalouden ongelmana vaan sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmana (esim. Munro 2006).

Terveyserojen kaventamiseen tähtäävä työ on Kainuussa mielletty kiinteäksi osaksi yleistä terveyden edistämistä. Jo tavoitteita asetettaessa on pohdittu, miten terveyden edistämiseen liitetään terveyserojen kaventaminen ja pidetään huolta, että tavoitteisiin pyrittävillä toimilla ei lisätä terveyden eriarvoisuutta⁴. Väestötasolla parhaita tuloksia saadaan aikaan, kun huomiota kiinnitetään heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin. Kainuussa on avaintoimijoiden kesken vallinnut yhteisymmärrys siitä, että universalistinen hyvinvointi- ja terveystoiminta ei välttämättä pysty edistämään terveyden tasaista jakautumista⁵, vaan tarvitaan kohdennettuja toimia. Positiivinen diskriminaatio on suotavaa, jos esimerkiksi palvelujärjestelmä muutoin toimii siten, että palveluista pääsee osalliseksi lähinnä hyvin pärjäävät ja hyvin toimeentulevat ihmiset ja osa kuntalaisista jää eriarvoiseen asemaan. Kainuulaisen terveyserotyön yksi tavoite onkin kyetä kohdistamaan toimenpiteet oikein.

Kaiken kaikkiaan terveyserojen kaventamisen tavoitteet on Kainuussa haluttu asettaa realistisesti. Ensimmäisiä asetettuja tavoitteita terveyserojen kaventamiseksi oli kymmenluvun puolivälissä tehty päätös hankkia alueellista tietoa maakunnan terveyserotilanteesta. Muita lähitulevaisuuden toimintaan tähtäviä tavoitteita kirjattiin Terveyden edistämisen määräraha-hakemukseen useita. Paikallisessa ja alueellisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa tulisi ottaa terveyserot huomioon ja suunnata toimia terveyserojen kaventamiseksi. Kaventamisen näkökulma haluttiin saada myös sulautettua maakuntasuunnitelmaan ja poikkihallinnolliseen päätöksentekoon. Tavoitteena oli kehittää myös konkreettisia toimintamalleja väestöryhmittäisen terveysseurannan ja päätöksenteon tarpeisiin alue- ja paikallistasolla. Terveyserot huomioon ottavan terveysvaikutusten arvioinnin kehittämisessä nähtiin olevan yksi mahdollinen keino vähentää terveyden epätasaista jakautumista.

Terveyserojen kaventamiseen tähtäävän toiminnan vaikuttavuustavoite asetettiin vuoteen 2040. Tuolloin kainuulaisten terveyserotilanteen toivotaan näyttävän samalta kuin muualla maassa. Yleisiä tavoitteita ovat olleet ja ovat edelleen tiedon tuottaminen, jalostaminen ja leittäminen maakuntaan ja kuntiin. Useat tavoitteet ovat välitavoitteita ja koska käytettävissä olevat resurssit määrittävät, mitä voidaan tehdä, niin tavoitteitakin asetetaan sitä mukaa kuin jokin toiminta pystytään käynnistämään. Aikataulut elävät koko ajan. Esimerkiksi yksi tämän-

⁴ Kansainvälisessä keskustelussa esimerkiksi John Catford (2002) on pohtinut, onko terveyden edistämistoimilla taipumus suosia paremmassa sosiaalisessa asemassa olevia ja tätä kautta suorastaan lisätä terveyseroja.

⁵ Tähän on kiinnitetty huomiota myös terveyseroja koskevassa kansainvälisessä keskustelussa. Samat tekijät, jotka ovat edistäneet terveyttä, eivät ole kyenneet murtamaan linkkiä ennenaikaisen kuoleman osalta eivätkä yhteyttä heikon sosioekonomisen aseman ja terveyden välillä. Tämä osoittaa, että samat tekijät, joiden avulla on saavutettu hyviä tuloksia, voivat ylläpitää ja tuottaa eriarvoisuutta (Graham 2004).

hetkinen toiminnallinen tavoite, joka on kirjattu maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan suunnitelmaan vuosille 2010–2013 on rakentaa valtakunnalliseen vertailutietoon perustuva mittaristo maakunnan terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi. Mittaristossa on mukana sairastavuusindeksi, kansantauti-indeksi, kariesindeksi sekä lastensuojelun avohuollon piirissä olevat ja huostaan otetut lapset. Näillä mittareilla pyritään seuraamaan asiakirjassa strategisena päämääränä olevaa väestön terveyden ja hyvinvoinnin paranemista ja terveyserojen kaventumista. Samassa asiakirjassa mainittu toinen tavoite on määritellä eniten palveluja tarvitsevat väestöryhmät ja kohdistaa palveluja näille ryhmille.

4.2. Kainuun maakunnan ja TEROKA-hankkeen yhteistyö

Kuten aiemmin mainittiin, alueellisen terveyserotietämyksen hankkiminen nähtiin Kainuussa ensiarvoisen tärkeänä. Terve Kunta -verkoston kautta tulleet viestit olivat tuoneet esiin tällaisen tiedon tarpeellisuuden. Selvitystyön käynnistämiseksi tarvittiin verkostoitumista ja yhteistyötä jonkin tutkimuslaitoksen kanssa. Kainuusta otettiin yhteyttä Kansanterveyslaitokseen ja toukokuussa 2006 alkoi kiinteä yhteistyö TEROKA-hankkeen ja Kainuun maakunnan kanssa. Alueellista tietoa terveyseroista haluttiin päätöksenteon tueksi, jotta tutkitun tiedon valossa saataisiin oikeutus terveyserojen kaventamisen toimenpiteille. Selvityksen toivottiin myös auttavan terveyseronäkökulman saamista maakuntasuunnitelmaan.

Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -raportti julkaistiin marraskuussa 2008. Kun raportti oli helmikuussa 2008 jo lähes valmis, Kainuussa käytiin perusteellinen keskustelu saadun tiedon merkityksestä tulevaisuuden toiminnalle. Esille nostettiin neljä strategista tavoitetta linjaamaan Kainuun maakunta -kuntayhtymän tulevaa toimintaa. Nämä linjaukset olivat 1) Palvelujen suuntaaminen siten, että palveluprosessien eriarvoistavat tekijät tunnistettaisiin ja niihin puututtaisiin), 2) Terveydenhuollon kykyä tunnistaa ja puuttua eri väestöryhmien tarpeisiin tulisi kehittää, 3) Toiminnan tulee pohjautua entistä enemmän tutkituun tietoon (seuranta- ja ohjausjärjestelmä sekä yhteistyö tutkimuslaitosten kanssa) ja 4) Hyvinvoinnin ja terveydenedistämistä tulee vahvistaa ja osaamista kehittää läpi koko organisaation (terveyseronäkökulma).

Jo ennen kuin raportti valmistui, käytettävissä olevaa tietoa levitettiin eteenpäin⁶. Esimerkiksi Kainuun radiossa pidettiin aiheesta 2-tuntinen ohjelma, jonka tausta-aineistoksi tehtiin toimittajille selvitys terveyseroista. Raportin valmistuttua mielenkiinto sitä kohtaan osoittautuikin suureksi. Mieleenpainuvana esimerkkinä tästä oli, että suuri määrä vielä laatikoissa olevia juuri ilmestyneitä kirjoja hävisi työhuoneisiin maakunta -kuntayhtymän kanslian alakerrasta ennen kuin niiden varsinainen jakelu oli edes ehditty aloittaa. Pian raportin julkistamisen jälkeen joulukuun alussa 2008 sitä käsiteltiin myös maakuntavaltuustossa. Valtuustossa päätettiin, että terveyserojen pitää näkyä uudistettavassa maakuntaohjelmassa ja että valtuutetuille on järjestettävä terveyseroihin liittyvää koulutusta.

Raportissa on rakennettu kuvaa terveydestä ensiksikin koetun terveyden kautta ja asioita on tarkasteltu yleisellä tasolla ja verrattu Kainuun tilannetta vertailualueina olleisiin Oulun lääniin ja Itä-Suomen lääniin sekä koko maan keskiarvoon. Tarkastelua on sitten syvennetty koulutusryhmittäiseen tarkasteluun, jossa Kainuun tilannetta verrataan koko maan keskiarvoon. Raporttiin valittujen osoittimien tarkoitus on ollut saada asioita esiin ja osoittaa, missä on koko väestön terveyden edistämisen kannalta paras kehityspotentiaali eikä siis syyllistää alempia koulutusryhmiä. Raportin tulokset kertovat, että sosioekonomiset erot terveydessä ja sen taustatekijöissä ovat Kainuussa suurempia kuin koko Suomessa keskimäärin. Myös koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot ovat Kainuussa jyrkemmät kuin koko maassa.

Raportin laadinta tuotti päättäjille, suunnittelijoille ja hankkeiden työntekijöille tarpeellista alueellista tietoa väestöryhmien välisistä sairastavuus- ja kuolleisuuseroista Kainuussa. Raportin laadinnan osana toteutetut kahdentoista Kainuun maakunnan alueella toimivan johtavassa asemassa olevan henkilön haastattelut lisäsivät alueella myös tietoa terveyseroista. Haastattelut suoritettiin syksyllä 2006, jolloin tietoa terveyseroista ei vielä Kainuussa ollut liiemmästi levitetty. Terveyseroraportin laadinta selkeytti myös käsitystä olemassa olevista tietoaaukoista. Suurin tietoaukko koski neuvola- ja ala-asteikäisiä lapsia. Tähän tietoaukkoon haluttiin tarttua nopeasti ja Kainuussa toteutettiin yhdessä TEROKAn kanssa Lasten ja nuorten terveysseuranta -hankkeen (LATE) tiimoilta erillistutkimus vuosina 2007–2008. Tutkimuksessa kerättiin yhteensä yli 6000 lapsen tiedot terveydestä ja terveyden taustatekijöistä muun muassa vanhempien sosioekonomisen aseman ja eri perhetyyppien mukaan.

⁶ Tätä levittämistyötä tarkastellaan tarkemmin luvussa 4.3.

Myös ammattiin opiskelevista nuorista oli niukasti tietoa saatavilla. Vuonna 2007 TEROKAn ja Kainuun välillä käytiin keskusteluja, joiden seurauksena kouluterveyskysely pilotoitiin samana vuonna Oulun seudun ammattiopiston lisäksi myös Kainuussa. Kyselyn tulokset olivat hälyttäviä. Kainuun ammattiopiston 1. ja 2. vuoden opiskelijoista 45 % tupakoi kyselyn mukaan päivittäin. Samanikäisistä lukio-opiskelijoista tupakoi ainoastaan 11 %. TEROKAn ja Kainuun välinen yhteistyö saikin jatkoa vuonna 2008 aloitetusta ammatillisiin oppilaitoksiin kohdistuvasta terveyden edistämisen hankkeesta (AMIS). Kainuun ammattiopisto on hankkeen yksi yhteistyöoppilaitos. Kesästä 2009 alkaen Kainuun ammattioppilaitoksessa on toteutettu savuton oppilaitos -periaatetta.

Kainuun maakunta on mukana myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen uudessa Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH), jonka vastuullinen tutkija on TEROKAn jäsen. Alueellisen tiedon merkitys oli jo Kainuun terveysraportin myötä koettu tärkeäksi tekijäksi, jonka avulla herätetään kiinnostusta ja tuodaan terveyseroasia läheisemmäksi väestöä. Paikallisen tiedon osoittautuminen päättäjiksi ja väestöä puhuttelevaksi lienee yksi syy siihen, miksi maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimissa mahdollisuus osallistua ATH-tutkimukseen otettiin hyvin vastaan ja koko sosiaali- ja terveystoimi on tällä hetkellä sitoutunut asiaan. ATH saatiin Kainuussa osaksi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste)⁷ Terveempi Pohjois-Suomi -hanketta. Maakunnan sosiaali- ja terveystoimi rahoittaa tutkimuksesta itse kuitenkin 25 %.

ATH:ssa tuotetaan puuttuvaa indikaattoritietoa kuntalaisten terveydestä, hyvinvoinnista, työ- ja toimintakyvystä, palvelujen tarpeesta ja käytöstä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Alueellisen tiedon kerääminen auttaa kuntia ja alueita seuraamaan ja ennakoimaan toimintaa ja myös kohdentamaan toimia asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia tukevaksi. Näin kunnissa Kansanterveyslakiin kirjatun velvoitteen toteuttaminen mahdollistuu. Tutkimuksen ensimmäinen vaihe käynnistyi TEROKAn yhteistyöalueilla Kainuussa, Turussa ja Pohjois-Pohjanmaalla maaliskuussa 2010 yhteensä 26 000 eri-ikäisen aikuisen suomalaisen tutkimuksella. Muualla maassa toteutettiin lisäksi 5000 suomalaisen tutkimus. Kainuussa otoskoko oli 9000. Jo syksyllä 2009 tutkimuslomaketta testattiin Ylivieskassa ja Kainuussa. Sosiaali- ja terveystoimi-alan suunnitelmassa vuosille 2010–2013 esitetään, että ATH-tutkimus suoritetaan Kainuussa joka 4. vuosi, jota myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta suositellaan.

⁷ Kaste -kehittämisohjelmalla on tarkoitus vahvistaa kuntien mahdollisuuksia puuttua terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin, edistää väestön terveyttä ja kaventaa terveyseroja.

Terveyserot huomioon ottavan vaikutusten arvioinnin (TEVA) kehittäminen on vuodesta 2006 alkaen ollut osa TEROKAn ja Kainuun maakunnan välistä yhteistyötä⁸. Tuolloin tehtiin ensimmäinen asiaa koskeva alustava pilottihankesuunnitelma. Varsinaisesti pilottia alettiin suunnitella kuitenkin vasta syksyllä 2007. Kehittämistyön aluksi kartoitettiin kainuulaista toimintaympäristöä ja selvitettiin maakunnan ohjelmien ja strategioiden yhtymäkohtia terveyserojen kaventamistavoitteisiin. Vuonna 2008 TEROKAn ja Kainuun toimijoiden välisten keskustelujen tuloksena pilotoinnin kohteeksi valittiin UPM-Kymmene Kajaanin tuotantolaitoksen lakkauttaminen. Pilotissa on selvitetty Kajaanin paperitehtaan lakkauttamiseen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutuksia jälkikäteisarviointina. Pilotista on juuri valmistunut loppuraportti *Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi* (Rotko ym. 2010). Terveyserot huomioon ottavan vaikutusten arvioinnin kehittäminen kytkeytyy Suomen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan (STM 2001), jossa edellytetään päätöksentekoa tukevan terveysvaikutusten arvioinnin lisäämistä ja ulottamista kaikkien politiikkojen ja toimintojen valmisteluun ja uudelleenarviointiin.

Terveyserot huomioon ottavaan vaikutusten arviointiin tähtäävää kehittämistyötä ja Kainuupilottia on suunniteltu yhteistyössä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin (IVA) kanssa. Aluksi IVA-ennakkoarviointimalli ja terveyserojen kaventaminen etenivät toisistaan erillisinä, mutta hiljalleen niitä alettiin kehittää osin yhdessä. Keväällä 2008 maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakuntatyöskentelyssä otettiin käyttöön IVA-menetelmä, johon liitettiin terveys- ja hyvinvointierojen näkökulma. Kainuussa kehitettiin näin Suomen ensimmäinen malli sosioekonomisiin väestöryhmiin kohdistuvien vaikutusten arvioimiseksi lautakuntapäätöksissä. Sosiaali- ja terveyslautakunnassa on tähän mennessä käytetty ennakkoarviointia jo useassa päätösasiassa. Ensimmäiset pilotit toteutettiin maaliskuussa 2009, kun ennakkoarviointia käytettiin lapsiperheiden kotipalvelun aloittamista koskevassa asiassa ja kesäkuussa 2009 Suomussalmen kehitysvammaisten tilaratkaisuja koskevassa asiassa sekä koulupsykologien palveluiden järjestämisvastuuta koskevassa asiassa. Kainuun Maakuntaohjelman toteuttamissuunnitelmassa (TOTSU) vuosille 2010–2011 on tavoitteeksi asetettu, että ennakkoarviointimalli otettaisiin käyttöön myös Kainuun peruskuntien päätöksenteossa. Tällä hetkellä (syksyllä 2010) on käynnissä THL:n tutkimus valmistelijoiden ennakkoarvioinnin käytön kokemuksista.

⁸ Tämä osa TEROKA-työtä jatkoi Terve Kunta -verkostossa 2000-luvun alussa pilotoitua ennakkoarviointitoimintaa, jossa Kajaanin kaupunki toimi yhtenä kansallisena kehittäjänä.

Ennen ennakkoarviointimallin käyttöönottoa Kajaanissa järjestettiin kaksi tilaisuutta, joissa Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakuntaa sekä sosiaali- ja terveystoimen laajennettua johtoryhmää koulutettiin ottamaan sosioekonomisiin väestöryhmiin kohdistuvat vaikutukset huomioon lautakuntapäätösten valmistelussa. Ennakkoarviointi sai innostuneen vastaanoton, mutta mallin käyttöönoton todettiin vaativan useamman koulutustilaisuuden sarjan, joissa esimerkiksi pohdittaisiin jo saatujen kokemusten valossa ennakoarvioinnin ongelmia. Marraskuussa 2009 järjestettiin neljä uutta koulutustilaisuutta, jotka oli suunnattu Maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen projektipäälliköille, tulosaluejohtajille, johtoryhmälle ja vastuualuepäälliköille, sosiaali- ja terveyslautakunnan jäsenille sekä maakuntahallituksen ja -valtuuston suunnittelu- ja kehittäminen -yksikön valmistelijoille. Yhteensä vuoden 2009 koulutuksiin osallistui 49 osanottajaa. Maaliskuussa 2010 IVA-koulutuksia järjestettiin Kainuun maakuntavaltuuston, -hallituksen ja koulutuslautakunnan jäsenille sekä Kainuun kuntien johtoryhmille ja kuntien luottamushenkilöille. Yhteensä näihin koulutustilaisuuksiin osallistui 70 henkilöä.

Yllä mainittujen yhteistyömuotojen lisäksi TEROKA ja Kainuun maakunta ovat olleet järjestämässä yhteisiä seminaareja. Järjestelyistä on vastannut Kainuun maakunta, mutta esitelmää on pyydetty TEROKAlta. Kesällä 2006 Kajaanissa järjestettiin *Terveyttä, hyvinvointia ja terveyserojen kaventamista Kainuussa - me kaikki olemme vastuussa* -seminaari. Seminaarin kohderyhmänä olivat erityisesti päättäjät, viranhaltijat ja järjestöt. Saman vuoden marraskuussa Kajaanissa järjestettiin osana Oulun lääninhallituksen seutukierrosta *Me voimme vaikuttaa terveyseroihin Kainuussa* -seminaari. Tämä oli samalla Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -raportin julkistamistilaisuus. Seuraavassa yhteisessä seminaarissa keskityttiin palvelurakenteisiin ja se järjestettiin Kajaanissa toukokuussa 2009. Seminaarin otsikko oli *Tieto toiminnaksi -eväitä päätöksentekoon*. Seminaari oli ensisijaisesti tarkoitettu Kainuun maakunta -kuntayhtymän henkilöstölle ja luottamushenkilöille. Maaliskuussa 2010 järjestettiin *Työ muuttuu – muuttuuko ihminen? – seminaari työstä ja työttömyydestä*. Tilaisuudessa oli 160 osallistujaa. Toistaiseksi viimeinen yhteinen seminaari pidettiin marraskuussa 2010. Seminaarissa valotettiin monelta kantilta UPM-Kymmenen paperitehtaan lakkauttamista otsikolla *Paperitehtaan varjossa -toimenpiteiden ja vaikutusten arviointeja*. Seminaari oli samalla Rotkon ym. *Paperitehtaan varjossa – Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi* -raportin julkistamistilaisuus.

TEROKAn piirissä on kehitetty kuntiin suuntautuvaa tukimateriaalia, niin sanottuja Tiedä ja toimi -kortteja, terveyserotietämyksen lisäämiseksi. Erityisesti Kainuuseen suunnattuja paikallista näkökulmaa sisältäviä kortteja on laadittu yhteistyössä kainuulaisten kanssa. Kortteja on maakunnassa käytetty terveyserotyön tukena jakamalla niitä seminaareissa ja kuntakierroksilla. Korteista on saatu pääasiallisesti hyvää palautetta. TEROKAn ja Kainuun välisen yhteistyön virallisena yhteistyöelimenä on toiminut ensin *Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Kainuussa* -hankkeen ohjausryhmä ja vuodesta 2009 alkaen *Tieto toiminnaksi* -hankkeen ohjausryhmä.

Yhteistyö TEROKAn ja Kainuun maakunnan välillä käynnistyi avaintoimijoiden mukaan vauhdittomasti ja vuoropuhelu on suurimmaksi osaksi ollut aitoa, positiivista ja hedelmällistä. Kainuulaiset ovat saaneet teoreettista tukea ja kokeneet TEROKA-yhteistyön syventäneen tietämystään terveyseroproblematiikasta. Vuorovaikutus tutkijoiden kanssa on auttanut alueen toimijoita pysymään liikkeessä. Toimijat kuvaavat yhteistyötä esimerkiksi pankiksi, josta ammennetaan silloin, kun työssä on ongelmallisia tilanteita. Asioita on TEROKAlaisten kanssa ollut helppo ottaa esille, omalle työlle on saatu tukea ja yhteistyö on luonut positiivisuutta ja uskoa toiminnan mielekkyyteen. Kainuussa on koettu, että TEROKAn piiristä on tullut paljon läheisiä työtovereita.

Ongelmiakin on matkan varrella jonkin verran ollut. Aluksi oli hankaluuksia mieltää, mitä kaikkea TEROKA on, mihin kaikkeen se liittyy ja asemoida oma työnsä suhteessa TEROKA-työhön. Vaikka TEROKAn kanssa tehtävä yhteistyö ja muu Kainuussa tehtävä terveyserojen kaventamiseen liittyvä työ mielletään useimmiten yhtenäisenä kokonaisuutena, jossa kaikki työ kiinnittyy toisiinsa, on ajoittain ollut myös hankaluuksia yhdistää näitä saman asian eri puoliksi. Pettymyksen ja hämmennyksen tunteita on herännyt silloin, kun on koettu, että joi-tain asioita valmistellaan ja viedään eteenpäin yhdessä TEROKAssa toimivien henkilöiden kanssa ja Kainuussa onkin jouduttu yllättäen toteamaan, että kesken valmistelujen yhteistyö on loppunut ja jotkut TEROKAn jäsenet ovat ilman selitystä jättäytyneet pois toiminnasta. Tämä on kuitenkin ollut harvinaista.

Jatkossa TEROKAn ja Kainuun yhteistyön toivotaan myös jatkuvan. Vaikka eri toimintakulttuureista tulleet ihmiset ovat kainuulaisten mielestä tulleet hyvin toimeen keskenään ja kyenneet puhumaan verrattain hyvin samaa kieltä, alueellisen toiminnan kannalta olisi kuitenkin tarpeellista pyrkiä tiukemmin nivomaan yhteen tutkimusta ja alueilla koettua käytäntöä. Tut-

kimuksesta toivottaisiin saatavan tukea omalle työlle alueellisessa kontekstissa ja välineitä, joilla voisi peilata arjen haasteita tutkimusmaailmaan. TEROKA voisi myös toimia taustatukena asian saamiseksi paremmin esiin julkisuudessa. Palautekeskustelut ja ideointiriihet olisivat toivottavia.

4.3. Terveyserotiedolla herättely kainuulaisten avaintoimijoiden työnä

Kun halutaan lisätä tietämystä niistä keinoista, joilla tällä hetkellä pyritään terveyden eriarvoisuutta vähentämään tai siitä, mitä terveyserojen kaventaminen käytännössä tarkoittaa alueilla tehtävänä arkisena työnä, on tarpeellista kuvata alueilla ja kunnissa työtä tekevien ihmisten konkreettista toimintaa. Kainuussa terveyserotyö on käynnistetty maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialalla, josta myös löytyvät asian parissa aktiivisesti työskennelleet avaintoimijat. Tänä päivänä terveyserotyö on Kainuussa jo laajentunut ja joidenkin terveyseroihin liittyvien asioiden parissa tiiviisti työtä tekeviä ihmisiä löytyy erityisesti maakunnan kehittämishankkeista.

Osaa Kainuussa tehtävästä terveyserotyöstä voi kuvata sanalla "jalkautuminen". Kaventamistyön parissa työskentelevät kainuulaiset ovat erilaisissa tilaisuuksissa - ja tilanteissa - herätelleet päättäjiä, virkamiehiä, järjestöjen edustajia, yritysmaailman edustajia ja yleensäkin maakunnan väestöä tunnistamaan terveyseroihin liittyviä tekijöitä ja lisäämään kaikin tavoin ihmisten tietoisuutta asiasta. Keskeiset toimijat ovat kuvanneet rooliaan monilla nimillä: puhuja, kouluttaja, tienaukaisija, muistuttaja, mielipidevaikuttaja, neuvonantaja, saarnamies, ilosanoman tuoja ja jopa hankala akka. Työ pitää sisällään politikointia, viestintää, tempauksia, turhautumista ja riemua. Tärkeää on olla se ihminen, joka erilaisissa tilanteissa kykenee laittamaan "terveyserosilmälasis" päähän ja tuomaan tämän näkökulman esille esityksissä ja keskusteluissa. Vasta jalkautumisen seurauksena syntyvän ymmärryksen kautta voidaan edes odottaa eri tahojen tarttuvan toimeen ja kykenevän yhteistyöhön asian edistämiseksi.

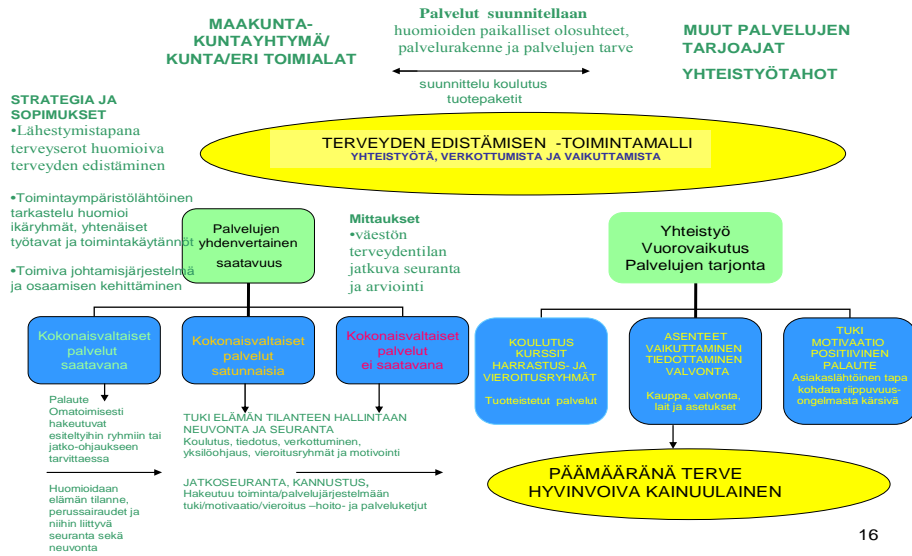
Kun Kainuun maakunta -kuntayhtymä aloitti vuonna 2006 yhteistyössä TEROKAn kanssa selvitystyön Kainuun terveyseroista, alettiin tuloksia käyttää maakunnassa työvälineenä jo selvitystyön aikana ennen lopullisen raportin valmistumista. Valmisteilla olevan terveyseroraportin antaman tietopohjan turvin avaintoimijat kiertelivät vuosien 2007–2008 aikana erilaisissa työryhmissä, koulutustilaisuuksissa, verkostokokouksissa, maakunnassa käynnissä olevien

hankkeiden kokouksissa, maakunta -kuntayhtymän tulosalueiden johtoryhmissä sekä myös yritysmaailmassa levittämässä ja lisäämässä tietämystä terveyseroista. Asia oli esillä myös paikallisradiossa ja sanomalehdissä jo ennen raportin julkaisemista.

Tärkeitä työmuotoja Kainuussa ovat olleet kuntakierrokset. Vuonna 2007 käynnistettiin Kainuun kuntien johdon tapaamiseksi *Yhteisvastuullisesti terveyttä ja hyvinvointia Kainuussa* -kuntakierros, jonka aikana myös hyödynnettiin vasta valmisteilla olevasta Kainuun terveys-eroraportista saatavilla olevaa tietopohjaa. Kuntakierroksilla tavattiin kuntien päättäjiä kuten kaupungin- ja kunnanjohtajia, kunnansihteereitä, toimialajohtajia, päivähoiton ja koulujen edustajia sekä kaupungin- ja kunnanhallituksen jäseniä. Maakunta -kuntayhtymästä kierroksille osallistuivat sosiaali- ja terveysjohtaja, terveyden edistämisen suunnittelija ja päihdetyön koordinaattori.

Kierrosten osallistujille vietiin tietoa sekä valtakunnallisesta että maakunnan terveyserotilanteesta. Keskeistä keskusteluissa oli paneutua siihen, miten ihmiset kussakin kunnassa voivat. Kierrosten aikana perusteltiin myös paikallisen tiedon ja kulttuurin merkitystä yhteisessä kehittämistyössä. Tapaamiset koettiin tarpeellisiksi ja antoisiksi. Tilaisuuksien järjestäjät saivat kiitosta esimerkiksi kuntakohtaisista terveyseroihin, päihteiden käyttöön ja alkoholin myyntiin liittyvistä tiedoista. Kierrosten seurauksena kunnissa alettiin huomata, että maakunta-kuntayhtymän toiminta terveyden edistämiseksi voi olla kunnille resurssi ja tuki heidän omassa työssään ja että kyseessä on yhteinen tavoite. Joitakin konkreettisia seurauksiakin terveyserotiedon viemisellä oli: muutamissa kunnissa esimerkiksi poistettiin alle 18-vuotiailta liikuntapaikkojen pääsymaksut.

Kiinnostusta *Yhteisvastuullisesti terveyttä ja hyvinvointia Kainuussa* -kuntakierroksilla herätti myös terveyden edistämisen toimintamalli. Tämän mallin pohjalta on rakennettu myös savuton maakunta -toimintamalli, terveyttä edistävä liikuntamalli sekä terveyttä edistävä ravitsemusneuvontamalli.



16

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen oli aloitettu Kainuussa jo 2006, mutta sen juurruttamista osaksi palvelujärjestelmää jatkettiin kuntakierrosten aikana. Mallin keskeisenä tavoitteena on terveyden tasa-arvon lisääntyminen. Sen avulla tarkastellaan, takaako palvelujärjestelmä kaikille kainuulaisille yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää tarvitsemiaan palveluita sekä ylläpitää niiden avulla omaehtoisesti terveyttään ja hyvinvointiaan. Jos palveluiden saanti on satunnaista tai henkilö on kokonaan palveluiden ulkopuolella, myöskään tukea ja neuvontaa ei ole saatavilla. Kainuun haasteena on palvelujen, toimien ja resurssien suuntaaminen niihin ryhmiin, joihin terveysongelmat kasantuvat. Tavoitteena on, että terveyserot huomioon ottaen terveyden edistämisen -toimintamalli näkyisi tulevaisuudessa eri-ikäisten ja eri väestöryhmiin kuuluvien kainuulaisten lisääntyneenä hyvinvointina ja terveytenä.

Toiset kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen toteuttamat kuntakierrokset järjestettiin kesän ja syksyn 2009 aikana. Kainuun maakunta -kuntayhtymän maakuntavaltuusto teki kesäkuussa 2009 päätöksen, jonka mukaan sosiaali- ja terveyslautakunnan on aloitettava selvitystyö lähipalveluiden tarpeesta ja toimivuudesta. Osa lautakunnan tekemää selvitystyötä olivat *Sosiaali- ja terveyspalvelut tutuiksi* -kuntakierrokset. Kierrosten tarkoituksena oli sekä esitellä kuntalaisille kuntayhtymän sosiaali- ja terveyspalveluita että kerätä palveluiden käyttäjiltä asiakaspalautetta palveluiden saatavuudesta ja toimivuudesta. Tilaisuuksia järjestettiin kaikissa kuntayhtymään kuuluvissa kunnissa. Tilaisuudet jaettiin aamu- ja iltatilaisuuksiin siten, että aamuisin esiteltiin toimialaa ja kerättiin asiakaspalautteita. Iltatilaisuuksissa esiteltiin asiakaspalautteen

tuloksia ja etsittiin ryhmätöiden muodossa keinoja, joilla sosiaali- ja terveyspalveluita voitaisiin kehittää. Yhteensä tilaisuuksissa kävi 1440 kainuulaista.

Sosiaali- ja terveyspalvelut tutuiksi -kuntakierroksilla haluttiin lisätä kansalaisten osallisuutta ja lisätä palvelujen tuottajan ja käyttäjien välistä vuorovaikutusta. Kuntakierroksilla kyettiin lisäämään väestön tietoa palvelurakenteesta ja tarjolla olevista palveluista. Kierrokset lisäsivät myös ymmärrystä palveluiden saatavuuden kuntakohtaisista eroista. Tilaisuudet olivat onnistuneita ja kansalaispalaute antoi arvokasta tietoa terveyspalveluiden toimivuudesta Kainuussa. Terveyserojen näkökulmasta kuntakierrosten tärkeä anti oli, että ne entisestään auttoivat näkemään ja ymmärtämään heikommassa asemassa olevien palveluiden tarvitsijoiden huolen palveluiden saatavuudesta.

Kansalaispalautetta *Sosiaali- ja terveyspalvelut tutuiksi* -kuntakierroksilta saatiin yli 900 henkilöltä. Palautteesta on nyt ilmestynyt myös julkaisu (Korhonen & Ponnikas & Koskela: Kansalaispalautetta sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuudesta Kainuussa vuonna 2009). Runsaalla puolella vastaajista ei ollut vaikeuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen saamisessa kuntayhtymältä viimeisen vuoden aikana. Monilla vaikeuksia oli kuitenkin ollut ja jonkinlaista kielteistä palautetta palveluista antoi 57 % vastaajista. Esimerkiksi vanhustenhoito, odottaminen ja jonottaminen sekä pitkät välimatkat ja niihin liittyen toimimaton yhteiskuljetus saivat vastaajilta kielteistä palautetta. Yksi suurimmista ongelmista vastaajien mielestä oli kuitenkin se, että lääkärille on vaikea saada aikoja. Lääkäripulan lisäksi tähän oli erityisesti vaikuttanut huonosti toimiva ajanvaraus.

Toukokuussa 2009 Valvira antoikin Espoon, Jyväskylän ja Lahden lisäksi Kainuun maakunta-kuntayhtymälle määräyksen saattaa hoitoon pääsy terveyskeskukseen lain edellyttämälle tasolle syyskuun 2009 loppuun mennessä. Kainuussa terveyskeskuksiin tulleista puheluista oli päässyt läpi alle 80 % ja sen lisäksi eri terveysasemien välillä oli suuria eroja, jolloin alueen väestö joutui palveluiden suhteen eriarvoiseen asemaan. Puhelinpäivystyksen kehittämiseen onkin sittemmin panostettu. Puhelinpäivystyksen kautta on ympäri vuorokauden tavoitettavissa kokenut sairaanhoitaja. Palveluun ollaan oltu tyytyväisiä ja puhelinneuvonnan vaikutuksesta kaikkien soittajien ei ole lainkaan tarvinnut hakeutua vastaanottopalveluiden piiriin. Tällaisen palvelun onnistumisen edellytys on, että puhelinpalvelussa työskentelevillä hoitajilla on riittävän pitkä kokemus alalta.

Kaiken kaikkiaan yli 60 % kuntakierrosten asiakaspalautteeseen vastanneista vastaajista antoi myös myönteistä palautetta maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystalvluille. Osa kainuulaisista pitää palveluita hyvin toimivina ja henkilökuntaa ystävällisenä ja ammattitaitoisena. Kaiken kaikkiaan positiivista oli kansalaisten aktiivinen osallistuminen järjestettyihin tilaisuuksiin, vilkas kyselyyn vastaaminen ja runsas palautteen antaminen. Tämä osoittaa, että kainuulaiset pitävät julkisia sosiaali- ja terveystalvluita tärkeinä. Jatkossa asiakaspalautekysely on tarkoitus järjestää vuoteen 2012 mennessä. Pohdinnan alla on vielä, kohdistetaanko kyselyt silloin joillekin tietyille erityisryhmille tai jaetaanko kyselyjä erityisissä paikoissa. Myös Maakuntaohjelmassa 2009–2014 kansalaisten osallisuuden lisääminen on tärkeässä asemassa. Ohjelmaan on esimerkiksi kirjattu tavoite, jonka mukaan mahdollistetaan kainuulaisten osallistuminen palvelujen kehittämiseen luomalla konkreettisia osallistumistapoja.

4.4. Terveysterotyötä maakunnan kehittämishankkeissa

Kainuun kehittämistä ohjaa vuoden 2005 alusta voimaan astunut Laki Kainuun hallintokokoukusta. Lain mukaan maakunta huolehtii suurelta osaltaan aiemmin kuntien vastuulla olleista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä ja toiminnan kehittämisestä. Merkittävä osa kehittämistyöstä toteutetaan hankkeina projektimuotoisella työskentelytavalla. Myös terveyserojen kaventamiseen liittyvää työtä tehdään useissa erilaisissa maakunnan kehittämishankkeissa. Osassa hankkeista maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi on vastuullisena tahona, mutta osassa hankkeista vastuu on muualla. Hankkeissa tehtävällä kehittämistyöllä tähdätään siihen, että hankkeen aikana saataisiin rakennettua väestön hyvinvointia tukevia pysyviä toimintamalleja.

Paljolti rahoituksen saamiseen liittyvistä syistä kehittämistyötä tehdään juuri hankkeissa. Tämä ei kuitenkaan Kainuussa ole tarkoittanut sitä, että maakunnan sosiaali- ja terveystoimen kehittäminen ja tässä tapauksessa terveyserojen kaventamistyö tapahtuisivat toisistaan irrallaan olevissa lyhyen tähtäimen projekteissa. Eri hankkeista on rakennettu kehittämisaskelluksia - ja polkuja⁹, joissa johonkin tiettyyn substanssiin liittyvää työtä viedään koko ajan eteenpäin yhtenä tavoitteena hyvinvoinnin ja terveyden tasa-arvo. Keväällä 2007 päätettiin, että

⁹ Polut on nimetty tietopoluksi, toimintapoluksi, päihdepoluksi, työttömyyspoluksi ja palvelupoluksi. Tietopolku sisältää ne hankkeet, joissa on tehty työtä lähinnä terveyserotietämyksen lisäämiseksi ja levittämiseksi maakunnassa. Muiden polkujen hankkeissa tehty kehittämistyö menee toisaalta lähemmäksi ihmisiä ruohonjuuritasolle ja toisaalta syvemmälle johonkin tiettyyn terveyseroihin yhteydessä olevaan substanssiin.

sosiaali- ja terveystoimialan jokaista kehittämishanketta tarkastellaan väestöryhmien välisten terveyserojen näkökulmasta. Kyselyllä haluttiin selvittää, onko kehittämisellä vaikutusta väestöryhmien välisiin terveyseroihin, ja jos on, lisääntyvätkö vai kaventuvatko erot. Tarkastelut ovat olleet hankevetäjien vastuulla ja asia on käyty läpi myös hankkeiden ohjaus- tai johtoryhmissä. Vuoden 2007 aikana hankevetäjien oli vielä vaikea hahmottaa, mitä terveyserotavoitteella tarkoitetaan. Kevään 2008 uusittuun kyselyyn laadittu lomake helpotti tarkastelua.

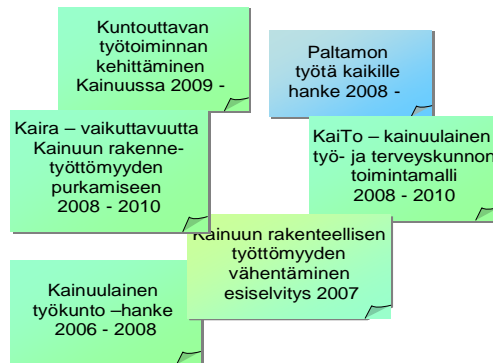
Kehittämispoluissa näkyy kainuulainen käsitys terveyseroista. Terveyserot nähdään laajasti syrjäytymiseen liittyvänä kysymyksenä, jolloin terveellisten elintapojen noudattaminen voi olla vaikeaa tai siihen ei löydy edes halua, jos ihmisen tulevaisuudennäkymät ovat synkät. Kun terveyserot käsitteenä mielletään laajasti, myös tavat tarttua asiaan ovat monipuolisia. Hankkeissa, joista kehittämisaskellukset ovat 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä muodostuneet, on esimerkiksi pyritty poistamaan rakenteellista työttömyyttä, kehitetty työttömien terveydenhuoltojärjestelmää, pyritty ennaltaehkäisemään lasten ja nuorten syrjäytymistä ja kehittämään palveluita haavoittuvassa asemassa oleville perheille. Toisaalta hankkeissa on panostettu myös kaikkiin keskeisiin elintapatekijöihin eli savuttomuuteen, alkoholin kulutuksen vähentämiseen, liikunnan lisäämiseen ja terveellisiin ravintotottumuksiin.

Koska kaikkien kehittämispolkujen ja hankkeiden yksityiskohtainen esittely ei ole tässä yhteydessä tarpeenmukaista, otetaan tässä esimerkeiksi kaksi kehittämispolkua ja kummastakin yksi meneillään oleva kainuulaisittain hyvin merkityksellinen hanke, joiden toimintaa kuvataan. Alla olevasta työttömyyspolusta kuvataan Kainuulainen työ- ja terveyskunnan toimintamallia (KaiTo), joka järjestää työttömille suunnattuja terveyspalveluita. Näitä ovat esimerkiksi terveystarkastukset, lääkärintarkastukset, fyysisen kunnon testaaminen ja psykiatrisen sairaanhoidajan vastaanotot.



Mitä on tehty?

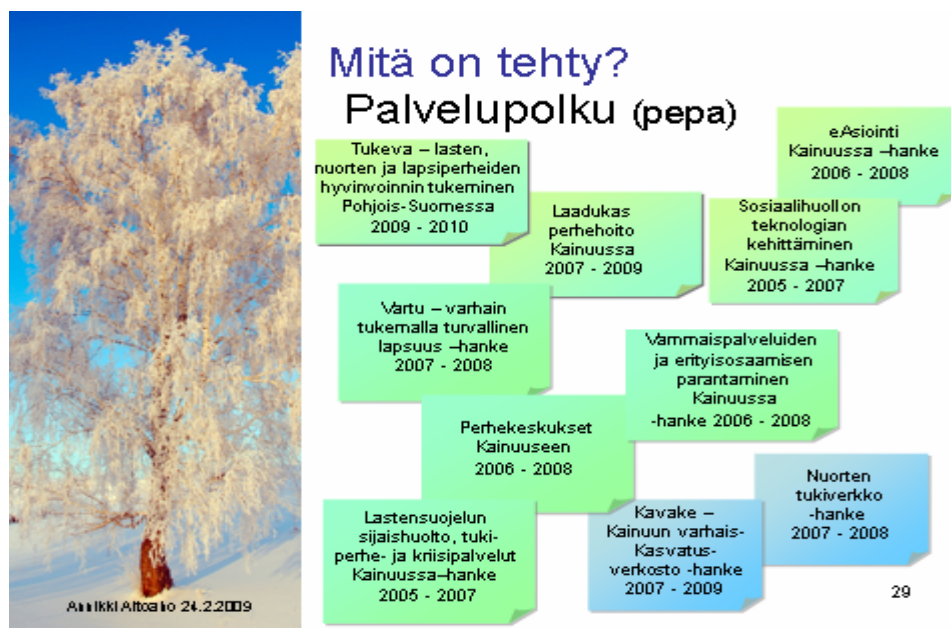
Työttömyyspolku



KaiTo-hankkeessa tehtävä työ on terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisessä asemassa, koska kohteena oleva väestöryhmä on pääosin muuta väestöä sairaampaa, mutta he eivät kuitenkaan saa riittävää hoitoa sairauksiinsa tai ovat jopa täysin hoidon ulkopuolella. Tarjotuilla terveyspalveluilla on saatu kuntalaisia kiinnittymään terveyspalveluihin, aloittamaan lääkityksiä, jäämään sairauslomalle, siirtymään kuntoutukseen jne. Palvelu siis täyttää julkisen palvelujärjestelmän aukkoja, sillä ilman hanketta työttömät eivät ainakaan tässä laajuudessa Kainuussa palveluita saisi. Toiminta lisää tilastollisesti kansansairauksia Kainuussa ja tekee samalla osin piilossa olevaa ongelmaa näkyväksi, koska sairausindikaattorit kuvaavat vain diagnosoituja sairauksia. Oleellista on, että hankkeen tavoitteena on juurruttaa työttömille suunnatut terveystarkastukset osaksi perusterveydenhuoltoa.

KaiTo-hankkeen työntekijät nostavat sosioekonomisiin terveyseroihin liittyviä teemoja ja aiheita usein esiin niin raportoinnissa, viestinnässä kuin jalkautuvassakin työssä. Hankkeessa järjestetään tempauksia, tapahtumia ja koulutusta, joissa terveyseroasia pyritään tekemään ymmärrettäväksi. Kampanjoista esimerkkeinä ovat mm ”Näe Kainuu uusin silmin - optikkokampanja” sekä ”Liikuntavälineitä kirjastoihin -kampanja”. Hankkeessa tehdään myös valtakunnallista yhteistyötä tutkimuslaitosten kanssa ongelmien rakenteellisiin syihin puuttumiseksi. KaiTo-hankkeen työntekijät ovat tehneet myös kuntalaisaloitteita poliittisille päättäjille. Kainuun maakunta -kuntayhtymälle on tehty aloite liikuntavälinekokeilun laajentamisesta. Kajaanin kaupungille puolestaan on tehty aloite erityisryhmien liikunnan edistämisestä. Aloitteissa esitetään työttömille sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujille maksuttomia liikuntavuoroja. Näistä aloitteista ei kuitenkaan ole vielä saatu mitään palautetta.

Toinen hanke-esimerkki on niin sanotun palvelupolun käynnissä oleva Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan Kasteeseen kuuluva Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin tukeminen Pohjois-Suomessa -hanke (Tukeva). Hankekokonaisuudessa ovat mukana Oulun seutu, Kainuun maakunta ja Oulunkaaren seutukunta.



Kainuun maakunta -kuntayhtymän perhepalvelujen tulosalueella yhtenä tavoitteena on perheiden terveyserojen väheneminen. Tavoite on kirjattu viimeksi perhepalveluiden strategiseksi päämääräksi maakunta -kuntayhtymän taloussuunnitelmassa vuosille 2011–2014. Tämän tavoitteen toteutumiseksi kehitetään ja suunnataan palveluita valikoiduille väestöryhmille siten, että palveluista osallisiksi pääsisivät juuri niitä eniten tarvitsevat. Kainuun Tukeva-hankkeessa tavoite on sama. Palveluita halutaan kohdentaa esimerkiksi sellaisille pikkulapsiperheille, joissa on nähtävissä alkavia tai jo pidemmällekin kehittyneitä selviytymisongelmia. Tässä joukossa on esimerkiksi yksinhuoltajaperheitä sekä mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsiviä perheitä. Myös syrjäytymisvaarassa olevat koululaiset ja nuoret ovat toiminnan fokuksessa.

Olemassa olevat ongelmat kyetään Kainuussa jo melko hyvin tunnistamaan ja löytämään. Esimerkiksi neuvolatyön ikäluokkatarkastukset toimivat tehokkaasti ja ammattitaitoisesti. Ongelmana on pikemminkin ollut se, että havaittuihin tuentarpeisiin on ollut vaikea vastata, koska tarvittavia rakenteita ei ole ollut olemassa. Tällaisia rakenteita yritetään parhaillaan saada aikaan. Tarvittavia palvelumuotoja ovat mm lapsiperheiden kotipalvelu, varhaisen tuen perhe-

työ, lastensuojelun avohuollon kehittäminen sekä perustason mielenterveyspalveluiden tarjoaminen nuorille, joka käytännössä tarkoittaa esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien palkkaamista kouluille kouluterveydenhoitajien ja koulukuraattoreiden tueksi.

Palvelurakenteen uudistaminen alkoi Kainuussa vasta vuonna 2008, mutta selvää positiivista kehitystä on jo tapahtunut. Huostaan otettujen ja avohuoltona sijoitettujen lasten määrän kehitys on hidastunut. Tavoitteena on, että lasten sijoittamisesta kodin ulkopuolelle aiheutuvat kustannukset alkaisivat laskea. Säästetyllä rahalla olisi sitten mahdollisuus vahvistaa kohdennettuja palveluita kuten esimerkiksi varhaista tukea. Ennaltaehkäiseviä palveluita olisi myös tarpeen vahvistaa, erityisesti lisäämällä neuvola- ja kouluterveyslääkäreitä sekä koulupsykologeja.

Tässä kohtaa on vielä hyvä painottaa, että terveyserotietoisuus ja terveyseroihin puuttuva näkökulma on ohjannut Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimessa ja sen hankkeissa tehtyä kehittämistyötä jo ennen TEROKA-yhteistyön alkamista. Pitkä syrjäytymisen ehkäisyn ja terveyden edistämisen perinne ja siitä kumpuava laaja ymmärrys on näkynyt jo 2000-luvun alun keskusteluissa ja toiminnassa. Yhteistyö TEROKAn kanssa on sittemmin tuottanut elementtejä, joiden turvin terveyserotyötä on voitu laajentaa ja lähteä viemään voimallisemmin maakunnassa eteenpäin.

5. Avaintoimijoiden kokemuksia terveyserotyöstä

5.1. Kaventamistyön vaativuus

Alueellinen terveyserotyö on vaativaa ja aiheuttaa tekijöilleen ajoittain myös riittämättömyyden ja jaksamattomuuden tunteita. Arjen työssä rinnalla kulkevat usein ensinnäkin epäilykset, päästäänkö käytetyillä toimintatavoilla haluttuun lopputulokseen. Toiseksi maaperän muokkaus otolliseksi ja kuulijoiden saaminen asialle vastaanottavaisiksi ei tapahdu hetkessä. Yhdellä puheella ei saada vielä asiaa sisäistettyä niin, että tieto muuttuisi toiminnaksi. Työssä joutuu kohtaamaan tilanteita, joissa ei tule ymmärretyksi. Toisaalta on myös varottava vyöryttämästä esimerkiksi päättäjille liikaa informaatiota, jolloin tärkeät asiat voivat jäädä huomiotta. Kun taas eri tehtäviä hoitavat ihmiset tai päättäjät vaihtuvat, tietämyksen tasossa tapahtuu notkahduksia ja kouluttaminen on aloitettava uudestaan. Lisäksi on kyettävä olemaan hienotunteinen ja löytämään empaattinen tapa lähestyä kuulijoita, jotta viestiä ei ymmärretä väärin ja koeta esimerkiksi joitakin ihmisryhmiä leimaavaksi tai joidenkin tekemän työn arvosteluksi.

Terveyserojen kaventaminen on työtä, jonka edistymistä on vaikea havaita tai mitata kovin lyhyellä tähtämellä ja kuitenkin työtä tehdään suuressa määrin määrämittaisten melko lyhytaikaisten projektirahoitusten varassa. Epävarmuus työn ja rahoituksen jatkuvuudesta saattaa vaikeuttaa niin motivoitumista, työhön sitoutumista kuin laittaa miettimään koko työn mielekkyyttäkin. Asian parissa työtä tekevien tärkeä tehtävä onkin toistuvasti jaksaa erilaisissa tilanteissa muistuttaa, että terveyseroja pystytään kaventamaan vain pitkäjänteisellä tavoitteellisella työllä. Tämän päivän ratkaisuille on terveyserojen suhteen jopa kymmenien vuosien päähän ulottuvia vaikutuksia.

Suuria vastuksia työlle aiheuttavat ulkopuolelta tulevat esimerkiksi valtiovallan päätökset, joihin alueellisella tasolla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa ja jotka liian usein tuntuvat vesittävänsä tehdyn työn ja saavutukset. Tällaisten joidenkin väestönosien elämää kurjistavien kansallisen tason päätösten jälkeen väestön luottamuksen palauttaminen jää kuitenkin alueilla työskentelevien tehtäväksi. Työssä on siis siedettävä yllätyksiä, epävarmuutta ja aiheetonkin kritiikkiä. Vaikutusvallan puute tärkeiden asioiden ja oman työn näkökulmasta ehdottomasti väärin päätösten edessä on turhauttavaa.

Kuten aiemmin on käynyt ilmi, terveyserojen kaventaminen on yhteistyötä. Terveyserojen syyt ja niihin vaikuttamisen keinot jakaantuvat useille eri sektoreille ja hallinnonaloille, mikä aiheuttaa työlle omat haasteensa. Kuntien ja kuntayhtymän eri tehtävissä työskentelevien viranomaisten, elinkeinoelämän edustajien ja järjestöjen yhteistyö ei aina suju ongelmitta. Asioita katsotaan helposti vain omasta näkökulmasta ja terveyseroproblematiikan kokonaisuus ja monimuotoisuus pilkkoutuu toinen toistaan vastaan kilpaileviksi yksittäisiksi kysymyksiksi. Tämä aiheuttaa terveyserojen parissa työtä tekeville ihmisille oman haasteensa. Taustoiltaan erilaisille ihmisryhmille on kyettävä puhumaan samasta asiasta tavalla, jonka kukin ryhmä kokee tutuksi, mutta samalla niin, että kokonaisuus tulisi ymmärretyksi.

Kainuussa aivan oman vaatimuksensa työskentelylle on tuonut käynnissä ollut ja oleva mittava Suomen oloissa radikaalikin yhdentoista organisaation fuusio, jota määrittävät tiukat taloudelliset tavoitteet. Kainuun hallintomallin rakentaminen on vienyt paljon aikaa ja voimia myös terveyserojen parissa työskenteleviltä ihmisiltä. Organisaatiomuutoksissa saattaa syntyä tilanteita, joissa työtehtävät muuttuvat, työntekijöiden toimenkuvat voivat jäädä pitkäksi aikaa epäselviksi ja esimiehet joutuvat toimimaan kovissa paineissa kiireen ja ristiriitaisten vaatimusten kanssa. Toisaalta hallintomallin suunnitteluvaiheessa tärkeänä pidettiin yhdenvertaisten palveluiden turvaamista eri väestöryhmille. Hallintokokeilu ja sen aloittamista edeltävät keskustelut 2000-luvun alussa ovat siis saattaneet osaltaan vaikuttaa myös terveyseronäkökulman esille saamiseen ja työn vahvistumiseen Kainuussa.

5.2. Jaksamisen edellytykset

Raskaista kokemuksista ja turhautumisen hetkistä on päästy yli sillä, että terveyserojen kaventamiseksi tehtävä työ yksinkertaisesti koetaan niin tärkeäksi, että ei haluta antaa periksi. Pettymysten hetkellä on toimintaa kyettävä suuntaamaan uudella tavalla niissä olosuhteissa, jossa kulloinkin eletään ja pyrittävä näkemään, mitä uuttaa ja positiivista vaikeuksista mahdollisesti avautuu. Oma usko asiaan on keskeinen työväline. Ainoastaan olemalla itse vakuuttunut toisaalta siitä, että terveyseroille pitää tehdä jotain ja toisaalta siitä, että niille voidaan tehdä jotain, kykenee vakuuttamaan myös kuulijat samoista asioista. Työhön on sitouduttava vahvasti.

Kaikkien työssä mukana olevien sitoutuminen on tärkeää, mutta onnistumisen ja ylipäättään koko työn tekemisen tärkein edellytys on, että johto on selkeästi asian takana. Kainuussa maa-

kunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveysjohtaja oli itse käynnistämässä terveyserojen kaventamistyötä. Johdon sitoutumisen merkitys korostuu ja konkretisoituu päätöksenteossa, toimeenpanossa ja resurssienjaossa. Johdon osallistuminen konkreettiseen jalkautumistyöhön¹⁰ kuvastaa alaisille esimiehen sitoutumisen astetta. Lisäksi se luo työyhteisöön yhteishenkeä ja on merkki alaisten tekemän työn arvostuksesta.

Paineista ja kiireestä huolimatta työilmapiiri Kainuun sosiaali- ja terveystoimessa on koettu pääasiassa positiivisena. Työ on itsenäistä, mutta työyhteisö on ollut avoin, mikä on mahdollistanut keskustelun ja asioiden esille nostamisen silloin kun se on ollut tarpeellista. Yhteneväinen käsitys toiminnan suunnasta esimiehen kanssa on ollut työssä ensiarvoisen tärkeää. Se on helpottanut työn suunnittelua ja eteenpäin viemistä. Yhteiseen päämäärään pyrkiminen antaa tekijöille myös positiivista palautetta oman työn tärkeydestä.

Luottamusta oman työn merkitykseen tuo erityisesti se, että huomaa työssään kyenneensä ja saaneensa mahdollisuuden edistää terveyserojen kaventamistavoitetta. Toiset näistä asioista ovat pienempiä, toiset suurempia ja toiset ovat konkreettisempia kuin toiset. Pienistä edistysaskeleista esimerkkinä on, että joissain tilaisuuksissa terveyseroasia tai läheisesti siihen liittyvä asia otetaan esille ennen kuin itse ehtii käyttää puheenvuoroa. Työhön saa uutta toivoa, kun huomaa joidenkin muidenkin ajatusten askartelevan samojen asioiden parissa, etenkin jos kyseessä on henkilö, joka aiemmin ei ole puheissaan painottanut terveyseroasiaa.

Toisinaan jokin tilanne taas saa hyvin konkreettisella tavalla asiat etenemään, mikä luo uskoa omaan työhön. Yhtenä esimerkkinä tästä oli terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden johtoryhmässä pidetty esitelmä terveyseroista. Esityksen jälkeen psykiatrian ylilääkäri nosti esiin Kainuussa merkittävän yhteiskuntapudokkaiden ryhmän, nuoret miehet. Pidetty esitelmä johti siihen, että keskustelu laajeni ja siihen saatiin mukaan useita henkilöitä, myös puolustusvoimien edustaja. Keskustelujen seurauksena Kainuussa käynnistettiin yhteistyössä Stakesin kanssa Aikalisä-hanke, jossa on kehitetty tukitoimia nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Erityisen palkitsevaa ja mielialaa kohottavaa on saada merkkejä maakuntajohdon tai poliittisten päättäjien sitoutumisesta asiaan. Eräs terveyserojen kaventamisenkin kannalta merkittävä päätös tehtiin maaliskuussa 2007, kun Kainuun maakuntahallitus päätti muuttaa Savuton maa-

¹⁰ Esimerkiksi Yhteisvastuullisesti terveyttä ja hyvinvointia Kainuussa -kuntakierros, jossa maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveysjohtaja oli keskeisesti mukana.

kunta -työryhmän nimen Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen -työryhmäksi ja sen tehtäväksi tuli vastata terveyden edistämisen laatusuositusten täytäntöönpanosta¹¹. Samana vuonna syksyllä sosiaali- ja terveyslautakunta puolestaan esitti Kainuun kunnille ja maakunnan muille toimialoille, että he nimeäisivät edustajansa Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen -työryhmään terveyden edistämisen valmistelutyöhön ja sen toimeenpanosta huolehtimiseen. Sekä Kainuun kunnat, maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakunta ja koulutuslautakunta että maakuntahallitus ovat nimenneet edustajansa työryhmään. Maakuntahallituksen päätös ja sittemmin työryhmän toiminta on luonut edellytyksiä terveyserotyössä tärkeälle Kainuun kuntien ja maakunta -kuntayhtymän väliselle yhteistyölle.

Tärkeä merkki maakuntajohdon sitoutumisesta on terveyseroasian saaminen erilaisiin maakunnallisiin asiakirjoihin. Strategioissa, maakuntaohjelmissa ja niiden toteuttamissuunnitelmissa terveyserot ovat näkyneet Kainuussa jo useamman vuoden ja uusitussa Maakuntaohjelmassa 2009–2014 terveyserojen kaventaminen on saanut entistä näkyvämmän aseman. Merkittävää on myös, että syksystä 2006 alkaen terveyserojen kaventaminen on ollut strategisena päämääränä Sosiaali- ja terveystoimialan suunnitelmissa. Viimeisin asiakirja, johon terveyserojen kaventamisen strateginen päämäärä on kirjattu, on Kainuun maakunta -kuntayhtymän taloussuunnitelma vuosille 2011–2014. Ilman johdon tukea työn tekeminen ja ajatusten vieminen ruohonjuuritasolle olisi huomattavasti vaikeampaa ja tietyssä määrin se antaa valtuutuksen koko työlle.

¹¹ Terveyden edistämisen laatusuosituksessa esitetään, että terveyttä edistäviä palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen otetaan huomioon.

6. Terveyserotyön väliaikatilanne Kainuussa: Mitä on saatu aikaan ja millä keinoilla?

Arvioitaessa terveyserojen kaventamisen tämänhetkistä tilannetta Kainuussa käytetään viitekehyksenä kehitettyä mallia terveyseroihin liittyvän toiminnan vaiheista (Whitehead 1998)

Terveyseroihin liittyvän toiminnan vaiheet



Mallia on käytetty esimerkiksi kuvaamaan sitä, missä vaiheessa jokin maa on toiminnassaan terveyserojen kaventamisen edistämiseksi. Tarkasteltaessa terveyseroihin liittyvän huolen ja kiinnostuksen kehitystä vaikkapa Euroopassa viimeisten 20–30 vuoden aikana on havaittu, että useissa maissa terveyserojen mittaaminen on lisääntynyt, tiedot julkistetaan ja tietoa levitetään tällä hetkellä avoimemmin ja aktiivisemmin kuin aiemmin. Sekä huoli terveyden epäta- sa-arvosta että halu toimia asian edistämiseksi on useissa maissa lisääntynyt. Joillekin Euroo- pan maille on ollut tyypillistä, että terveyserotyön aktiivisuuden aste on vaihdellut voimak- kaasti alueittain. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on joillakin alueilla levitetty aktiivisesti tie- toa terveyseroista jo vuosikymmeniä, kun taas joillakin alueilla asia on jätetty tyystin huomiot- ta (Whitehead 1998).

Suomessa terveyserojen kaventaminen on kansallisella tasolla ollut terveystalouden tavoit- teena jo pitkään. Terveyseroja on tutkittu Suomessa runsaasti ja mittaamisen perustana ovat kansainvälisesti verrattuna korkeatasoiset ja kattavat aineistot ja väestötutkimukset. 2000– luvulla terveyserojen kaventaminen ollut tavoitteena myös hallitusohjelmissa. Tämän lisäksi terveyseroasiasia edistämään käynnistettiin erillinen TEROKA-hanke, jonka asiantuntijoilla oli

keskeinen rooli laadittaessa Kansallista terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa 2008–2011. Tällä hetkellä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Työterveyslaitos laativat yhteistyössä terveyserojen kaventamisen tilannearviota, jonka on määrä valmistua vielä tämän hallituskauden aikana. Myös alueellinen terveyserotyö on 2000-luvulla aktivoitunut huomattavasti.

Terveyserojen kaventamisen haasteeseen ei kuitenkaan ole helppo vastata sen enempää kansainvälisellä, kansallisella kuin alueellisellakaan tasolla. Vaikka tietoa terveyseroista on saatavilla ja halua tilanteen korjaamiseksi löytyy, ongelmana on, että puuttuu tutkimuksellista näyttöä, mitkä politiikat tai toimenpiteet voisivat vähentää terveyseroja (Mackenbach ym. 2002). Ei ole olemassa mitään yhteiskunta- tai terveystaloudellisia täsmäkeinoja, joiden avulla terveys olisi "uudelleenjaettavissa" esimerkiksi samalla tavalla kuin tulot (Fritzell ym. 2005). Kun mietitään, miten terveyseroihin tartutaan, toimintaa on suunniteltava sen tiedon varassa, joka terveyseroja aiheuttavista ja ylläpitävistä tekijöistä on olemassa. Alueellista toimintaa suunniteltaessa yleinen tieto on yhdistettävä alueella tiedostettuihin ongelmiin.

Seuraavaksi esitetään malli terveyserojen kaventamiseen liittyvän toiminnan vaiheista Kainuussa. Malli on laadittu edellä kuvatun kainuulaisen terveyserotyön pohjalta ja viitekehyyksenä on käytetty edellä esitettyä mallia terveyseroihin liittyvän toiminnan vaiheista. Kainuun mallia ei kuitenkaan ole suoraan yritetty saada sopimaan viitekehyykseen, vaan sieltä on lähinnä poimittu käyttökelpoisia käsitteitä. Viitekehyyksenä toimivan mallin avulla pyritään myös hahmottamaan, missä vaiheessa terveyserotyössä tällä hetkellä Kainuussa ollaan.

TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN VAIHEET KAINUUSSA 2000-LUVULLA

Tausta: Vahva syrjäytymisen ehkäisyn ja terveyden edistämisen perinne 1970-luvulta alkaen

Huolestuminen: 2000-luvun alussa paljon köyhiä, työttömiä, sairaita, vanheneva ikärakenne, työpaikkojen vähentyminen, asukasluvun lasku → Kainuun maakuntahallintokokeilun valmistelut ja käynnistyminen vuonna 2005 → Keskustelu eriarvoisuudesta lisääntyy → Miten turvata tasa-arvoiset palvelut heikkenevässä kuntataloudessa ja miten pysäyttää eriarvoistava kehitys?

Halu ryhtyä toimiin: Maakunnan sosiaali- ja terveystoimi haki vuonna 2005 Terveiden edistämisen määrärahaa terveyserojen kaventamiseksi → Vuoden 2006 alusta käynnistyi *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa* -hanke.

Paikallisen tiedon tarpeen tunnistaminen: Kainuusta otettiin yhteyttä Kansanterveyslaitokseen keväällä 2006, jolloin alkoi Terokan ja Kainuun maakunnan välinen yhteistyö.

Tiedon keruu: Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -raportin laadinta

Terveyserot huomioon ottavan terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen

Tietoaukot paljastuvat → Late- ja Amis -hankkeet

Oikeutus toimille

Tietoisuuden nostaminen alueella: Tiedon jakaminen eri tilaisuuksissa, kuntakierrokset 2007 ja 2009, seminaarit, IVA-koulutukset

Poliittinen sitoutuminen: Vuodesta 2007 alkaen terveyserojen kaventamistavoite on kirjattu kaikkiin maakunnan strategia-asiakirjoihin. IVA+ otettiin käyttöön. On sitouduttu ATH-tutkimukseen.

Rakenteellinen kehitys: Kehittämistyö pysyvien syrjäytymistä ehkäisevien ja terveyden tasa-arvoa edistävien rakenteiden aikaan saamiseksi.

P
A
I
K
A
L
L
I
S
E
T

H
A
N
K
K
E
T

Tarkasteltaessa terveyserojen kaventamisen vaiheita Kainuussa voidaan sanoa, että työn suhteen on edistytty monilla eri tasoilla. Ensimmäisen hankehakemuksen suunnittelun ja hankkeen alkamisen ajoista kainuulainen terveyserotyö on muutamassa vuodessa syventynyt, laajentunut ja saanut erilaisia toimintamuotoja. Kaventamistyö lonkeroituu monenlaisiin asioihin. Maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimessa on tehty yhteistyötä asian tiimoilta niin Kainuun kuntien, työnantajien, tutkimuslaitosten, oppilaitosten, puolustusvoimien, kuntayhtymän koulutoimen kuin esimerkiksi Oulun Lääninhallituksenkin kanssa. Järjestöjen ja yhdistysten rooli on myös keskeinen kehitettäessä toimintoja yhteistyössä mm Kainuun liikunta ry:n ja Kainuun sydänyhdistyksen kanssa.

Työn edistymisen kannalta erittäin merkittävässä asemassa on ollut varsinaista terveyserojen kaventamistyötä ja projektin aloittamista edeltänyt pitkäaikainen syrjäytymisen ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvä työ ja osaaminen. Tällä hetkellä terveyserotyötä Kainuussa eteenpäin vievillä avainhenkilöillä on pitkä kokemus terveyden ja hyvinvoinnin parissa työskentelystä ja kokemuksen mukanaan tuoma monipuolinen ymmärtämys. Tähän asti tehdyn työn tunteminen ja tarpeiden tiedostaminen auttavat tulevaisuuden suunnittelussa.

Vuosituhanneen vaihteessa tilanne Kainuussa oli huolestuttava. Asukasluvun lasku, ikärakenteen vanheneminen, yritystoiminnan supistuminen ja työpaikkojen väheneminen tulisivat johtamaan kuntatalouden heikkenemiseen ja näistä asioista käytiin vakavia keskusteluita. Kainuun mahdollisuudet selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon haasteista edes lähitulevaisuudessa näyttivät heikoilta. Uhkana oli, että ilman toimenpiteitä Kainuussa ei kyettäisi turvaamaan yhdenvertaisia ja laadukkaita kunnallisia peruspalveluita eikä niiden saatavuutta väestölle. Lopputuloksena todettiin, että mikään Kainuun kunta ei selviä haasteista yksinään.

Vahva tiedollinen tausta ja huolestuminen johtivat siihen, että Kainuussa päätettiin ryhtyä toimiin. Vuonna 2005 Kainuusta haettiin terveyden edistämisen määrärahaa terveyserojen kaventamiseksi ja saadun rahan turvin käynnistettiin seuraavana vuonna *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa* -hanke, ja samalla alkoi myös Kainuun maakunnan ja Teroka -hankkeen yhteistyö, jonka kulmakiviä ovat olleet alueellisen terveyseroraportin laadinta ja terveyserot huomioon ottavan terveystaustatietojen arviointimallin kehittäminen.

Päätös hankkia alueellista tietoa terveyseroista on osoittautunut jälkepäin erittäin merkittäväksi ja kainuulaista terveyserotyötä vahvistavaksi ja eteenpäin vieväksi tekijäksi. Terveysero-

raportin laadinnan myötä saatu tieto on ensiksikin antanut oikeutuksen toiminnalle. Tutkimustiedon avulla voidaan osoittaa asioiden tila ja esittää perustelu, miksi pitäisi toimia. Toisaalta tutkittu tieto turvana asiaa on ollut helpompi tehdä tutuksi eri foorumeilla. Jo tiedon keruun vaiheessa pystyttiin haastatteluiden avulla terveyserotietämystä maakunnassa lisäämään. Tietoisuuden aktiivinen nostaminen alueella aloitettiin muutoinkin jo raportin valmisteluvaiheessa ja raportin valmistuttua vuoden 2008 lopulla sitä levitettiin alueella laajasti. Kainuussa työskentelytapana ollut jalkautuminen ympäri maakuntaa ja terveyserotiedolla herättely on ollut yksi toiminnan kulmakivistä. Aktiivinen kulkeminen eri työryhmissä, kokouksissa ja johtoryhmissä sekä kuntakierrosten ja seminaarien järjestäminen ovat avanneet tietä keskustelulle ja lisänneet ymmärrystä.

Raportin laadinnan yhteydessä paljastui myös tietoaaukkoja, joista suurimmat koskivat neuvola- ja ala-asteikäisiä lapsia sekä ammattiin opiskelevia nuoria. Tämä oli yksi kimmoke kainuulaisten halukkuuteen osallistua Lasten- ja nuorten terveysseuranta -hankkeeseen (LATE) samoin kuin Terveiden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa -hankkeeseen (AMIS). Sittemmin alueellisen tiedon lisäämiseksi on lähdetty mukaan myös Alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (ATH). Tämä kertoo siitä periaatteesta, että Kainuussa terveyserojen kaventamiseksi kehiteltävien toimenpiteiden halutaan nojaavan alueelliseen terveyserotietoon. ATH:n kaltaiset seurantajärjestelmät tukevat ja auttavat kehittämään ja uudistamaan rakenteita.

Tietoa terveyseroista on Kainuussa lisätty myös kehittämällä terveyserot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia. Terveyserot huomioon ottavaan vaikutusten arviointiin tähtäävää kehittämistyötä ja tähän liittyvää UPM-pilottia on suunniteltu osaksi yhteistyössä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin (IVA) kanssa. Keväällä 2008 maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakuntatyöskentelyssä otettiin käyttöön IVA-menetelmä, johon liitettiin terveys- ja hyvinvointierojen näkökulma (IVA+). Kainuussa kehitettiin näin Suomen ensimmäinen malli sosioekonomisiin väestöryhmiin kohdistuvien vaikutusten arvioimiseksi lautakuntapäätöksissä.

Pitkäjänteinen juurruttaminen, tiedon levittäminen ja joidenkin avaintoimijoiden voimakas sitoutuminen tällaiseen työhön on ennen kaikkea ollut edellytys sille, että merkkejä laajemmastakin asiaan sitoutumisesta on alkanut olla. Terveyserojen kaventaminen tavoitteena ei näy pelkästään sosiaali- ja terveystoimialan suunnitelmissa vaan vuodesta 2007 alkaen tavoite on

kirjattu kaikkiin maakunnan strategioihin ja kehittämisohjelmiin. Päivitetystä Maakuntaohjelmassa vuosille 2009–2014 esitetään myös tavoite kehittää ja ottaa käyttöön sekä maakunnallinen että peruskuntien hyvinvointikertomukset, joissa puolestaan olisi saatava terveyserojen kaventaminen esille.

Se, miten terveyserot Kainuussa mielletään, on ohjannut myös käytännön toimintamallien kehittämistä. Terveyserot kytkeytyvät laajasti väestöryhmien väliseen eriarvoisuuteen ja yhteiskunnasta syrjäytymiseen. Työ- ja asumisolosuhteet, taloudellinen tilanne, lapsuusajan elinolosuhteet ja ihmisten elämänhistoriat vaihtelevat väestöryhmien välillä. Palvelujärjestelmäkään ei kohtele ihmisiä tasapuolisesti ja elintavat vaihtelevat. Terveyserojen kaventamistavoitteeseen pyrittäessä on kiinnitettävä huomiota näihin kaikkiin asioihin ja osattava yleisen terveyden edistämisen rinnalla kohdistaa toimenpiteitä haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin. Nämä asiat on nostettu esiin myös viime vuonna päivitetyn Maakuntaohjelman 2009–2014 hyvinvointiosiossa.

Yllä esitetty näkökulma tulee selkeästi esille kainuulaisessa 2000-luvun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnassa. Eri hankkeista rakennettujen kehittämisspolkujen avulla on pyritty yleisen terveydenedistämisen vanavedessä kohdistamaan toimenpiteitä heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin näiden syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja terveyttä edistävien elintapojen tukemiseksi. Hankkeissa tehtävällä työllä pyritään rakentamaan jatkuvia ja pysyviä toimintamalleja kuten aiemmin kuvatut KaiTo- ja Tukeva -hankkeet ovat osoittaneet.

Kuten huomataan, edistystä on tapahtunut huomattavasti. Tästä huolimatta kainuulaiset avain-toimijat ovat sitä mieltä, että terveyserojen kaventamistyössä ollaan maakunnassa vasta alkutaipaleella. Terveyspoliittisena arvona ja päämääränä se on vasta hiljalleen alkanut heijastua kuntien ja toimijoiden arkiseen työhön. Muutamassa vuodessa on kuitenkin saatu aikaan se, että terveyserot näkyvät puheissa ja strategioissa ja on myös paljon ihmisiä, jotka omassa käytännön työssään pyrkivät edistämään terveyden tasa-arvoa. Asian vieminen ruohonjuuritasolle käytännön toimijoille on myös jo aloitettu, kun kevään 2010 aikana alettiin jalkautua aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueille ja vietiin sinne terveyserotietoa ja järjestettiin keskustelutilaisuuksia.

7. Miltä terveyserojen tulevaisuus Kainuussa näyttää?

Tulevaisuudennäkymät terveyserojen kaventamiseen tähtäävän työn suhteen ovat Kainuussa toisaalta varovaisen optimistisia mutta toisaalta myös huolia on paljon. Ongelmat nousevat taantuma-alueen problematiikasta. Pessimistisissä tulevaisuudenvisioissa työttömyys lisääntyy entisestään, työpaikat ja palvelut vähenevät, sosiaali- ja terveydenhuollon ääni on liian heikko, väestö ikääntyy ja alueelle jäävät vanhat ja sairaat terveiden ja työkykyisten muuttaessa kasvukeskuksiin. Tämän hetkisen ennusteen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve on 20 vuoden kuluttua 50 % nykyistä korkeampi ja samanaikaisesti käytettävissä olevat ihmis-työvoimaresurssit vähenevät 30 %. Koulutetun väestön jääminen alueelle tulisi ehdottomasti kyetä turvaamaan samoin riittävät resurssit sosiaali- ja terveydenhuollolle.

Yksi keskeisistä ongelmista Kainuussa on edelleen perusterveydenhuoltoa vaivaava lääkäripula, joka vuoden 2009 aikana tehtyjen kuntakierrosten kansalaispalautteessakin tuli esiin. Eri-tyisesti pienten tai harvaanasuttujen kuntien terveysasemille lääkäreitä on vaikea saada, kun lääkärinkunta hakeutuu mieluummin kasvukeskuksiin ja pääkaupunkiseudulle. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen alkuvuodesta 2010 julkaisemassa selvityksessä (Hujanen ym. 2010) todetaankin, että Kainuussa käytettiin vuonna 2008 terveystalouteen keskimäärin vähemmän rahaa kuin muualla maassa. Syy alhaisiin terveysmenoihin saattaa olla nimenomaan aluetta vaivaava pula terveydenhuoltohenkilökunnasta. Vaikka terveyseroja ei poisteta pelkästään palvelujärjestelmän toiminnalla, terveyserojen kannalta julkisen sektorin lääkäripula on huolestuttavaa. Julkisen perusterveydenhuollon ongelmista kärsivät eniten juuri alemmat sosiaali-ryhmät, jotka käyttävät eniten peruspalvelujärjestelmän palveluita. Rahaa yksityisiin palveluihin ei ole eivätkä heikoimmassa asemassa olevat väestöryhmät kuulu työterveyshuollon piiriin.

Kahdeksanvuotinen Kainuun hallintomallikokeilu on edennyt pitkälti yli puolenvälin ja keskustelua vuoden 2012 jälkeisestä tilanteesta on käyty jo pitkään. Vaativaksi jatkon suunnittelun on tehnyt erityisesti se, että eri ryhmät näkevät hallintokokeilun onnistumisen osin ristiriitaisesti. Maakunnan johdon ja maakuntavaltuutettujen mielestä tehtävässä on onnistuttu varsin hyvin. Palvelujen tuottamisen keskittäminen maakuntatasolle on lisännyt tehokkuutta, mahdollistanut paremman strategisen pitkäjärteisen suunnittelun ja tuonut kaivattuja säästöjä. Peruspalvelujen kustannusten kasvua on hillinnyt muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen samaan organisaatioon ja saman johdon, maakuntavaltuuston,

alaisuuteen. Arvioinnin mukaan Kainuun malli on tuonut Kainuun kuntien velkataakkaan noin 80–100 miljoonan euron helpotuksen. Hallintomallin vaikutuksia tutkineen Tampereen yliopiston tutkijaryhmän mukaan Kainuussa on pystytty vaikeissa oloissa turvaamaan peruspalvelut ja joiltain osin jopa parantamaan palveluita, mikä terveyserojen näkökulmasta tarkasteltuna näyttäytyy positiivisena. Mallille ei kuitenkaan ole saatu kaikkien kainuulaisten luottamusta. Osa kuntalaisista on sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat huonontuneet dramaattisesti kokeilun myötä. Kunnissa pelätään myös itsehallinnon rapautumista.

Vaikka Kainuun mallin myötä maakunnan kehittämisen ja uudistusten läpiviemisen on nähty helpottuneen, tällainen pitkään käynnissä ollut organisaation rakentaminen luo omat vaikeutensa työskentelylle. Organisaatiomuutos vie työntekijöiltä aikaa, aiheuttaa väsymystä ja epä-tietoisuus tulevasta saattaa heikentää työmotivaatiota. Muutos voi myös luoda ristiriitoja työyhteisöön joko työntekijöiden välille tai alaisten ja esimiehen välille. Kainuun hallintokokeilun toisessa väliarviossa *Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin* vuodelta 2008 todetaan, että hallintokokeilu on henkilöstön näkökulmasta vaikuttanut kielteisesti johtamiseen ja esimiestyöhön. Yleisemminkin tiedetään, että muutokset asettavat lisävaatimuksia esimiestyölle. Kun muutos on taloudellisten tavoitteiden sanelemaa, kuten Kainuussa, ristiriidat saattavat vielä korostua.

Tämän hetken ja lähitulevaisuuden yksi keskeisimmistä haasteista terveyserotyössä kainuulaisten toimijoiden mukaan on saada tieto juurrutettua ruohonjuuritasolle ihmisten parissa työtään tekeville. Kuten aiemmin jo mainittiin, kevään 2010 aikana jalkauduttiin aikuisten mielen-terveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueille ja vietiin sinne terveyserotietoa ja järjestettiin keskustelutilaisuuksia. Toiveena maakunnasta on myös esitetty, että jatkossa tällaisen käsillä olevan selvityksen tai tutkimuksen tekemisessä käytännön toimijataso huomioidaisiin paremmin ja esimerkiksi haastatteluita tehtäisiin myös siellä eikä pelkästään johtoportaassa. Tällaisen ehdotuksen voi tulkita hyvin positiiviseksi merkiksi Kainuun terveyserotilanteesta; tietämystä terveyseroista on alueella kyetty jo niin hyvin levittämään, että käytännön työtä tekevien oletetaan myös sisäistäneen tai pian sisäistävän asian.

Vaikka huolenaiheita on paljon, optimistisia odotuksia synnyttää kuitenkin se, että vaikeassa tilanteessa, jossa on kamppailtu moninaisten vakavien ongelmien kanssa ja samalla toteutettu erittäin mittavaa organisaatiomuutosta, on kuitenkin kyetty selkeästi edistämään terveysero-asiaa. Kaiken kaikkiaan voidaan arvioida, että mahdollisuudet jatkaa terveyserojen kaventu-

mista edistävää työtä ovat Kainuussa erittäin hyvät. Aktiivisella monella taholla tehdyllä ja etenevällä työllä on kyetty luomaan keskeisiä edellytyksiä terveyserojen kaventumiselle. Tieto on lisääntynyt, sitä on aktiivisesti levitetty ja toiminta on muutamassa vuodessa laajentunut merkittävästi. Ongelmat on tiedostettu ja tahtoa tilanteen korjaamiseksi on. Kun aluksi ainoastaan muutama ihminen Kainuun sosiaali- ja terveystoimessa sitoutui toimintaan, nyt terveyserojen kaventamisen tuoma mahdollisuus palvelujärjestelmälle ja kunnille ymmärretään jo paljon aiempaa laajemmin. Sitoutuminen asiaan on jo useamman vuoden ajan näkynyt maakunnan strategia-asiakirjoissa. Kainuussa on myös alettu ymmärtää, että sosiaali- ja terveystoimi ei yksinään pysty terveyserokysymystä ratkaisemaan. Yhteistyö asian edistämiseksi on laajaa.

Käsillä olevan työn perusteella yksi merkittävimmistä tekijöistä, jonka avulla terveyserotyötä on kyetty viemään eteenpäin, on ollut kainuulainen tapa toimia. Toimintaa on leimannut sitkeys, avoimuus, rohkeus, nopea toimeen tarttuminen ja aktiivinen kulkeminen ja asian esillä pitäminen. Sitoutuminen asian taakse ei olisi yhtä laajaa eikä terveyserotietoisuuden nostaminen alueella olisi tapahtunut yhtä nopeasti, jos Kainuun terveyseroraportista saatua paikallista tietoa ei olisi niin konkreettisesti käyty levittämässä paikasta toiseen. Ripeä reagointi terveyseroraportin paljastamiin tietoaukkoihin sekä avoin suhtautuminen uusiin mahdollisuuksiin, kuten esimerkiksi terveyserot huomioon ottavan terveysvaikutusten arvioinnin kehittämiseen tai alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen osallistumiseen, ovat entisestään lisänneet tietoa ja antavat siten mahdollisuuksia sekä seurannalle että tiedon jatkuvalle levittämiselle. Tiedon lisääntyminen ja levittäminen sekä mahdollisimman monien tahojen sitoutuminen asiaan taakse puolestaan mahdollistaa palvelujärjestelmien rakenteiden kehittämisen terveyseronäkökulmasta, mikä Kainuussa näkyy jo erityisesti perhepalveluissa.

Lähteet

Catford J (2002). Reducing health inequalities – time for optimism. *Health Promotion International* 2002:17:2:101–104.

Fritzell J & Lundberg H (2005). Fighting inequalities in health and income: one important road to welfare and social development. Teoksessa Kangas O, Palme J (toim.) *Social policy and economic development in the Nordic countries*. United Nations Research Institute for Social Development, Palgrave Macmillan 2005, 164–185.

Graham H (2004). Tackling inequalities in health in England: Remediating health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy* 2004:33:1:115–131.

Hujanen T, Häkkinen U & Peltola M (2010). *Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekaioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2008*.
<http://www.groups.stakes.fi/CHESS/FI/tilastotuotteet/tarvevak.08.htm>.

Kaikkonen R, Kostiainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R & Koskinen S (2008). Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008*. Helsinki.

Korhonen S, Ponnikas J & Koskela A (2009). *Kansalaispalautetta sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuudesta Kainuussa vuonna 2009*. Kainuun maakunta -kuntayhtymä B:18. Kajaani.

Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T & Palosuo H (2007). Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keksimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007

Mackenbach J, Bakker M, Sihto M & Diderichsen F (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa Mackenbach J, Bakker M (ed.) *Reducing inequalities in health*. Routledge, London 2002, 25–29.

Munro J (2006). Health inequalities 25 years after Black. Guest editorial. *Public Health* 2006:120:187–188.

Nutbeam D (2003). How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health promotion Journal of Australia* 2003:14:3:154–158.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, Keskimäki I, Ostamo A, Martelin T, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (2007). Yhteenveto ja päätelmiä. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keksimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.

Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K & Prättälä R (2004). Eriarvoisuus ja terveystaloudellisuus. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.

Robson C (2000). *Small-Scale Evaluation*. London: Sage Publications.

Rotko T, Palosuo H, Sihto M & Husman P (2010). Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 27/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

Seppänen-Järvelä R (2004). *Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin*. Fin-Soc, työpapereita 1. Stakes. Helsinki.

Sihto M, Palosuo H & Linnanmäki E (2007). Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.) *Terveystieteiden eri- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki 2007.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintasuunnitelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008:16. Helsinki.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). *Terveystieteiden 2015 -kansanterveysohjelma*. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P & Remes H (2007). Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.) *Terveystieteiden eri- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki 2007.

Vataja K & Seppänen-Järvelä R (2006). *Prosessiarviointi – Mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmaa. Kehittämistyön risteyskohta*. Työpapereita. Stakes. Helsinki.

Whitehead M (1998). *Diffusion of Ideals on Social Inequalities in Health: A European perspective*. The Milbank Quarterly, Vol. 76, No. 3, 1998.