



TUULA VESANEN

# TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROJEN KAVENTAMINEN KÖÖPENHAMINASSA JA TUKHOLMASSA

1

TUTKIMUSKATSAUKSIA 2017



Helsingin kaupunki  
Tietokeskus

**TIEDUSTELUT  
FÖRFRÅGNINGAR  
INQUIRIES**

Tuula Vesanen, p. – tel. 09 310 43377

**JULKAISIJA  
UTGIVARE  
PUBLISHER**

Helsingin kaupungin tietokeskus  
Helsingfors stads faktacentral  
City of Helsinki Urban Facts

**OSOITE  
ADRESS**

**ADDRESS**

PL 5500, 00099 Helsingin kaupunki  
(Siltasaarenkatu 18-20 A)  
PB 5500, 00099 Helsingfors stad  
(Broholmsgatan 18-20 A)  
P.O.Box 5500, FI-00099 City of Helsinki  
Finland (Siltasaarenkatu 18-20 A9)

**PUHELIN  
TELEFON  
TELEPHONE**

09 310 1612

**INTERNET  
WWW.HEL.FI/TIETOKESKUS/**

**TILAUKSET, JAKELU  
BESTÄLLNINGAR, DISTRIBUTION  
ORDERS, DISTRIBUTION**

p. – tel. 09 310 36293  
tietokeskus.tilaukset@hel.fi

**KÄTEISMYYNNTI  
DIREKTFÖRSÄLJNING  
DIRECT SALES**

Tietokeskuksen kirjasto  
Siltasaarenkatu 18-20 A, p. 09 310 36377  
Faktacentralens bibliotek  
Broholmsgatan 18-20 A, tel. 09 310 36377  
City of Helsinki Urban Facts Library  
Siltasaarenkatu 18-20 A, tel. +358 09 310 36377  
tietokeskus.kirjasto@hel.fi

Helsingin kaupungin tietokeskus  
Helsingfors stads faktacentral  
City of Helsinki Urban Facts

# TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROJEN KAVENTAMINEN KÖÖPENHAMINASSA JA TUKHOLMASSA

TUULA VESANEN

TUTKIMUSKATSAUKSIA  
FORSKNINGSRAPPORTER  
STUDY REPORTS

2017:1

KÄÄNNÖKSET  
ÖVERSÄTTNING  
TRANSLATIONS  
Magnus Gräsbeck

KUVIOT JATAITTO  
FIGURER OCH OMBRYTNING  
GRAPHS AND GENERAL LAYOUT  
Lotta Haglund

KANSI  
PÄRM  
COVER  
Lotta Haglund  
Kansikuva | Pärm bild | Cover picture  
Takakansi: Kasper Thye / Copenhagen Media Center  
Etukansi: Friskis & Svettis Stockholm

PAINETTU  
ISSN 1455-7266  
ISBN 978-952-331-244-9

VERKOSSA  
ISSN 1796-7236  
ISBN 978-952-331-245-6

# SISÄLLYS

<b>Esipuhe</b> .....	4
<b>Förord</b> .....	5
<b>Preface</b> .....	6
<b>Lukijalle</b> .....	7
<b>1 Terveys- ja hyvinvointierojen määrittely</b> .....	12
1.1 Terveyseroja kuvaavat käsitteet .....	12
1.2 Elämäkaarinäkökulma .....	14
1.3 Perustelut terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiselle .....	16
<b>2 Pohjoismaiden nykytilanne</b> .....	18
2.1 Kansainvälisen terveyspolitiikan muutokset .....	18
2.2 Terveyspoliittiset painotukset eri maissa .....	18
2.3 Näkökulmia kuntien toimintaan .....	20
<b>3 Kööpenhaminan terveyspolitiikka</b> .....	24
3.1 Johtamiskäytännöt .....	24
3.2 Väestön terveyserojen analysointi ja seuranta .....	24
3.3 Terveyspolitiikan seuranta .....	27
<b>4 Tukholman sosiaalisen kestävyysstrategia</b> .....	29
4.1 Johtamiskäytännöt .....	29
4.2 Väestön hyvinvointierojen analysointi ja seuranta .....	31
4.3 Sosiaalista kestävyttä lisäävien toimenpiteiden seuranta .....	35
<b>5 Yhteenveto ja johtopäätökset</b> .....	39
<b>Lähteet</b> .....	45
<b>Liite 1.</b> Terveyseroja luovien mekanismien malli .....	49
<b>Liite 2.</b> Alueellisen segregaation kuvaus terveyseroja luovien mekanismien mallissa .....	54
<b>Liite 3.</b> Terveyserojen sosiaalisten määrittäjien ja erojen kaventamistoimenpiteiden indikaattorit terveyseroja luovien mekanismien mallissa .....	55
<b>Liite 4.</b> Suosituksia paikallisiksi terveyseroja kaventaviksi toimenpiteiksi ja niiden indikaattoreiksi .....	59
<b>Liite 5.</b> Tukholman kaupungin elinolojen eroja kuvaavat indikaattorit vuonna 2015 .....	61
<b>Liite 6.</b> Sosiaalisesti kestävä Tukholma – päämäärään liittyvät tavoitteet ja indikaattorit Tukholman kaupungin talousarvioissa vuosina 2016, 2017 ja 2018 .....	65
<b>Liite 7.</b> Yhteispohjoismaisen tutkijaryhmän suositukset terveyserojen kaventamisen tehostamiseksi pohjoismaissa .....	68

# ESIPUHE

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä erojen seurannan tehostaminen on ollut yksi Helsingin kaupungin strategisista tavoitteista valtuustokaudella 2013–2016. Osana strategian toimeenpanoa kaupunginhallitus perusti työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää terveys- ja hyvinvointierojen seurannan nykytilaa ja laatia toimenpide-ehdotuksia seurannan kehittämiseksi sekä seurannan tulosten paremmaksi hyödyntämiseksi hyvinvointierojen kaventamisessa. Nykytilaa kuvannut pohjaselvitys ja työryhmän loppuraportti julkaistiin Helsingin kaupungin tietokeskuksen Työpapereita -sarjassa vuonna 2015.

Tämä tutkimuskatsaus jatkaa hyvinvointierojen seurannan kehittämiseen tähtäävää työtä. Katsauksen tavoitteena on kuvata pohjoismaissa, erityisesti Kööpenhaminassa ja Tukholmassa, käytössä olevia terveys- ja hyvinvointierojen seurantamittareita sekä hyvinvointierojen kaventamiseen tähtääviä toimenpiteitä. Erityistä huomiota kiinnitetään terveys- ja hyvinvointierojen määrittämisen tapaan sekä mittareiden valintaan vaikuttaneeseen teoreettiseen viitekehykseen – eli siihen miten terveys ja hyvinvointi ymmärretään Kööpenhaminan ja Tukholman terveystieteissä.

Pohjoismaiset pääkaupungit tarjoavat hyvän vertailupohjan Helsingin kaupungin terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen tähtäävälle työlle. Katsauksessa kuvatut lähestymistavat ja konkreettiset esimerkit antavat ideoita, miten hyvinvointieroja ja niiden kaventamiseen tähtääviä toimenpiteitä voidaan tehokkaasti seurata. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että yleisestä elintason parantumisesta ja väestön terveydentilan kohentumisesta huolimatta, alueelliset ja väestöryhmien väliset erot terveydessä ja hyvinvoinnissa ovat Helsingissä edelleen suuria. Perusteita työn jatkamiselle on siis olemassa.

Helsingissä helmikuussa 2017

Katja Vilkama  
tutkimuspäällikkö

# FÖRORD

En av Helsingfors stads strategiska målsättningar under fullmäktigeperioden 2013–2016 har varit att minska skillnaderna i hälsa och välfärd och att effektivisera iakttagandet av skillnaderna. Som ett led i strategins omsättande i praktiken tillsatte Stadsstyrelsen en arbetsgrupp med uppgift att klarlägga hur skillnaderna i hälsa och välfärd följs idag och att komma med förslag hur följandet kunde utvecklas och iakttagelserna bättre utnyttjas för att minska välfärdsskillnaderna. En grundläggande utredning av nuläget och arbetsgruppens slutrapport publicerades år 2015 i Helsingfors stads faktacentrals serie Arbetspapper.

Föreliggande forskningsöversikt fortsätter på arbetet med att förbättra följandet av välfärdsskillnaderna. Dess syfte är att presentera hur man på andra håll i Norden, i synnerhet i Köpenhamn och Stockholm, mätt skillnader i hälsa och välfärd och vad man vidtagit för åtgärder för att minska välfärdsskillnaderna. Särskild uppmärksamhet ägnas sätten att definiera hälso- och välfärdsskillnader samt den teoretiska referensramen bakom valet av mätare – med andra ord vad man avser med hälsa och välfärd inom hälsopolitiken i Köpenhamn och Stockholm.

De nordiska huvudstäderna ger en god jämförelsegrund för Helsingfors stads arbete för att minska hälso- och välfärdsskillnaderna. De förhållningssätt och konkreta exempel som beskrivs i forskningsöversikten ger idéer om hur man effektivt kan följa dels välfärdsskillnaderna, dels de åtgärder som vidtas för att minska dem. Många undersökningar har visat att skillnaderna i hälsa och välfärd mellan stadsdelar och befolkningsgrupper fortfarande är stora i Helsingfors, trots att den allmänna levnadsstandarden stigit och befolkningens hälsotillstånd förbättrats. Det finns alltså goda skäl att fortsätta på detta arbete.

I Helsingfors i februari 2017

Katja Vilkama  
forskningschef

# PREFACE

One of the strategic goals of the City of Helsinki during the City Council's term of office 2013–2016 has been to reduce differences in health and wellbeing and to upgrade monitoring of these differences. One step in the implementation of the strategy was when the City Board appointed a working group to look at how differences in health and wellbeing are monitored today and to make suggestions how the monitoring could be developed further and findings better used to reduce welfare differences. A basic assessment of the present state of things and the final report of the work group were published in the City of Helsinki Urban Facts' series Working Papers in 2015.

The present study report continues the work on upgrading the monitoring of welfare differences. Its purpose is to present how authorities elsewhere in Scandinavia, particularly so in Copenhagen and Stockholm, have measured differences in health and wellbeing and what action has been taken to reduce these differences. Special focus is put on the ways of defining differences in health and wellbeing and on the theoretical framework behind the choice of gauge – in other words what is meant by health and wellbeing in public health policy in Copenhagen and Stockholm.

The Scandinavian capitals provide a good comparison for the City of Helsinki's work to reduce differences in health and wellbeing. The approaches and concrete examples described in the study reports give ideas of how to efficiently monitor welfare differences and the measures taken to reduce them. Many studies have shown that, although the general standard of living and the health level of the population have risen, differences in health and wellbeing between city districts and population groups are still big in Helsinki. Thus, there are good reasons indeed to continue this work!

Helsinki, February 2017

Katja Vilkama  
Research Director



## Pohjoismainen terveysparadoksi – myös Helsingissä

Kiinnostus terveyserojen kaventamiseen on voimistunut 2010-luvulla pohjoismaissa. Poliittisten muutosten lisäksi kiinnostusta on lisännyt tutkimuksissa havaittu ”pohjoismainen terveysparadoksi”. Termillä kuvataan tilannetta, jossa kohonnut elintaso ja pienentyneet sosioekonomiset erot eivät ole kyenneet kaventamaan maiden sisäisiä terveyseroja.

Helsingin terveyserojen kehitystä voidaan arvioida elinajanodotteen ja sairastavuuden kehityksen kautta. Vuoden 2016 Tila ja kehitys -raportin mukaan helsinkiläisten elinajanodote on kasvanut viimeisten kahden vuosikymmenen aikana, mutta se on edelleen alempi kuin maassa keskimäärin. Vastasyntyneen elinajanodote Helsingissä oli vuonna 2015 miehillä 77,8 ja naisilla 83,6 vuotta, ero koko maan tasoon on noin puoli vuotta sekä miehillä että naisilla. Eroa selittää 40–80-vuotiaiden suurempi kuolleisuus. Erityisesti alkoholiin ja tupakointiin liittyvät kuolemat vähemmän koulutetuilla. Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa oli Helsingissä 1990-luvun alkupuolella lähes 8 vuotta, mutta se on pienentynyt vajaaseen kuuteen vuoteen. Suurpiirikohtaiset erot ovat enimmillään lähes kolme vuotta naisilla ja reilu viisi vuotta miehillä.

Muuta maata suurempi kuolleisuus ei koske kaikkia väestöryhmiä. Korkeasti koulutetuilla ja ylemmillä toimihenkilöillä kuolleisuudessa ei pääsääntöisesti ole eroa Helsingin ja muun maan välillä. Sen sijaan vähemmän koulutettujen ja työntekijäasemassa olevien kuolleisuus on Helsingissä huomattavasti suurempaa kuin vastaavilla ryhmillä muualla maassa. Vastaavanlaisia havaintoja voidaan tehdä muidenkin hyvinvointia kuvaavien tietojen kohdalla. Korkeammin koulutetut kokevat elämänlaatunsa paremmaksi kuin matalammin koulutetut, samoin terveydentilansa. Ikäryhmien välillä eroja voidaan nähdä esimerkiksi terveyden ja elämänlaadun kokemisen kohdalla. Sukupuolten väliset erot tulevat ilmi esimerkiksi eliniän odotteen ja alkoholin kulutuksen kohdalla.

Väestöryhmien ohella terveys- ja hyvinvointierot näkyvät myös asuinalueiden välisinä eroina. Helsingin alueellinen eriytyminen on aiempaa monikerroksisempaa, ja esimerkiksi korkea työttömyys sekä matala tulotaso ja koulutustaso paikantuvat Helsingissä usein samoille alueille. Monessa tapauksessa näillä alueille on lisäksi verrattain korkea vieraskielisen väestön osuus. Hyvinvointi-indikaattoreiden alueelliset erot ovat yhteydessä alueiden erilaisiin sosioekonomisiin rakenteisiin: alueilla, joiden asukkaista pienempi osa on korkeasti koulutettuja, suurempi osa työttömän ja joilla tulot alhaisempia, myös terveyden ja hyvinvoinnin eri osa-alueilla jäädään usein muita alueita alhaisemmalle tasolle (Helsingin kaupunki 2017).

Tutkimustulosten perusteella ”pohjoismainen terveysparadoksi” on ajankohtainen myös Helsingissä, siksi pohjoismaiset suurkaupungit tarjoavat mielenkiintoisen vertailukohteen Helsingin terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen tähtääville hankkeille.

## Terveys- ja hyvinvointierojen seurannan kehittäminen

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja niiden seurannan tehostaminen on ollut Helsingin kaupungin strateginen tavoite. Vuosien 2013–2016 strategiaohjelmaan (Helsingin kaupunki 2013) sisältyi pääkohta Hyvinvoiva helsinkiläinen, jossa tavoitteena on helsinkiläisten hyvinvoinnin ja terveyden parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Kaupunginhallitus päätti keväällä 2013 strategiaan toimeenpanoon liittyvistä hankkeista, joista yksi oli selvityksen ja toimenpide-ehdotusten laatiminen, miten hyvinvointierojen muutoksia Helsingissä voitaisiin entistä tarkemmin seurata ja miten seurannan tuloksia voitaisiin hyödyntää hyvinvointierojen kaventamiseksi. Helsingin seurannan nykytilannetta kuvannut pohjaselvitys (Vesanen 2015a) ja asiaa valmistelleen työryhmän loppuraportti (Vesanen 2015b) valmistuivat keväällä 2015. Loppuraportti toimenpide-ehdotuksineen merkittiin tiedoksi kaupungin johtajistossa kesällä 2015.

Loppuraportin viiden toimenpide-ehdotuksen toteuttaminen on parhaillaan käynnissä. Tila ja kehitys-raportteja on uudistettu ja sisältöihin on lisätty terveys- ja hyvinvointieroja koskeva osuus. Väestöryhmien hyvinvointiin liittyvää raportointia on kehitetty erityisesti nuorten ja lasten osalta. Informaatio- ja johtamistyökaluja on kehitetty kaupunki-, virasto- ja ohjelmatasolla. Lisäksi hyvinvointiraportoinnin yhteistyöverkoston toiminta on käynnistetty vuonna 2016.

Vuonna 2017 tullaan valmistelemaan väestön hyvinvointieroja koskeva vuosiraportti, joka voidaan liittää osaksi kaupungin taloussuunnittelun aineistoja. Hankkeessa määritellään virastojen yhteistyönä viitekehys Helsingin hyvinvointierojen kuvaamiselle ja valitaan seurantaindikaattorit. Lisäksi hankkeessa kehitetään kunnan hyvinvointiraportoinnin tietosisältöjä ja pilotoidaan sähköinen hyvinvointikertomus-järjestelmää.

## Tietojohtamisen näkökulmat hyvinvointierojen kaventamisessa

Tutkimuskatsauksen tarkastelunäkökulmien ja tutkimuskysymysten valinnassa sovelletaan Tampereen teknillisessä yliopistossa kehitettyä teoreettista mallia (kuvio 1), jossa tietojohtamista lähestytään tiedon hyödyntämisen näkökulmasta (Laihonen et al. 2013). Mallia sovellettiin myös Helsingin hyvinvointiraportoinnin nykytilan kuvaamiseen (Vesanen 2015a).

Kuvio 1. Tietojohdamisen näkökulmat

## LÄHTÖKOHTANA



## TIETOJOHTAMISEN NÄKÖKULMAT:

Ilmiön ymmärtäminen. Miten tiedosta luodaan arvoa liiketoimintaprosesseissa?

Johtamisen käytännöt. Miten tietoa (tietoresurseja) johdetaan organisaatiossa; miten organisaatiota johdetaan tiedon avulla?

Johtamistyökalut. Millaisilla välineillä johtamista tuetaan, miten välineitä hyödynnetään?

Lähde: Laihonen ym. (2013): Tietojohdaminen. Tampereen teknillinen yliopisto, Tiedonhallinnan ja logistiikan laitos. Tampere.

Mallissa tietojohdamisen lähtökohtana ovat *johtamisen haasteet* tieto - ja palveluyhteiskunnassa. Haasteisiin vastataan tietojohdamisella, jonka osa-alueita ovat ilmiön ymmärtäminen, johtamisen käytännöt sekä johtamistyökalut. *Ilmiön ymmärtämisellä* tarkoitetaan ymmärrystä siitä, miten tiedosta luodaan arvoa erilaisissa liiketoimintaprosesseissa ja -ympäristöissä. Arvolla tarkoitetaan tässä yhteydessä asiakasvaikuttavuutta ja tuottavuutta. *Johtamisen käytännöt* on mallissa jaettu kahteen ryhmään. *Tiedon johtamisella* tarkoitetaan organisaation oppimista, uusiutumista, uuden tiedon luontia sekä tietovarantojen ja tietovirtojen hallintaa. Tietoresurssien tunnistaminen ja tehokas hyödyntäminen ovat tiedon johtamista. *Tiedolla johtamisella* tarkoitetaan toimintatapoja, joilla olemassa olevaa tietoa jalostetaan ja hyödynnetään organisaation toiminnan kehittämisessä ja päätöksenteossa. *Johtamistyökaluilla* tarkoitetaan tieto- ja viestintäteknologian mahdollistamia, johtamista tukevia välineitä sekä sitä, kuinka näitä välineitä hyödynnetään.

Kun tietojohdamisen mallia sovelletaan hyvinvointierojen kaventamiseen, *lähtökohdaksi ja johtamisen haasteeksi määritellään tietoon perustuva hyvinvointierojen kaventaminen* (Vesänen 2015a). *Ilmiön ymmärtäminen* tarkoittaa tällöin käsitystä siitä, kuinka tiedon avulla luodaan hyvinvointia ja parempaa terveyttä. Tämä tarkoittaa konkreettisesti hyvinvointierojen tunnistamista, niiden määrittelyä ja tulkintaa sekä syntyneen tietoisuuden vaikutuksia seurantaan ja kaventamistoimenpiteisiin. Näkemys hyvinvoinnista ja hyvinvointierojen syistä vaikuttaa siihen, mitä tietoa ja mitä toimenpiteitä pidetään tärkeinä hyvinvointierojen kaventamisen kannalta. Toiminnan vaikuttavuus riippuu siitä, kohdentuvatko toimenpiteet hyvinvointierojen kannalta olennaisimpiin tekijöihin.

*Johtamisen käytäntöihin* sisältyy tällöin kaksi osa-aluetta: hyvinvointieroja koskevan tiedon ja tietoresurssien johtaminen sekä tiedon hyödyntäminen erojen kaventamiseen tähtäävässä toiminnassa ja päätöksenteossa. *Johtamistyökaluilla* tarkoitetaan erilaisia tiedonhallinnan välineitä, kuten seuranta- ja raportointijärjestelmiä, joilla hyvinvointijohtamista tuetaan.

## Tutkimuskatsauksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuskatsauksen tavoitteena on tukea Helsingin hyvinvointierojen kaventamista sekä hyvinvointierojen ja kaventamistoimenpiteiden seurannan kehittämistä. Tutkimuskysymykset on asetettu Helsingin omien kehittämistarpeiden ja tietojohdamisen näkökulmien pohjalta.

Katsauksessa selvitetään terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista osana Kööpenhaminan terveyspolitiikkaa ja Tukholman kaupungin sosiaalisen kestävyuden lisäämiseen tähtäävää strategiaa. Ajallisesti selvitys on rajattu vuosiin 2014 – 2016, jolloin nämä hankkeet käynnistyivät. Kaupunkien hankkeiden tarkastelussa näkökulmat ja tutkimuskysymykset ovat:

- ilmiön ymmärtäminen: miten terveys- ja hyvinvointierot on määritelty ja millaiseen viitekehukseen erojen määrittely perustuu
- johtamistyökalut: miten väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä erojen kaventamistrategioita ja toimenpiteitä seurataan
- johtamiskäytännöt: miten kaupunkien johtamisessa käytetään terveys- ja hyvinvointieroja koskevaa tietoa.

Tavoitteena on antaa yleiskuva Kööpenhaminan ja Tukholman terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen tähtäävistä toimenpiteistä. Katsauksessa esitetään jonkin verran kaupunkien terveys- ja hyvinvointieroja kuvaavia tietoja, joilla konkretisoidaan kaupunkien lähestymistapaa ja indikaattoreiden antamia tuloksia. Raportin varsinaisena tarkoituksena ei ole selvittää tai analysoida näitä eroja. Katsaus ei sisällä seurantamenetelmien tai indikaattoreiden tieteellistä arviointia, vaikka raportin liiteosaan on koottu esimerkkejä käytössä olevista indikaattoreista. Seurantajärjestelmiin tullaan palaamaan myöhemmin Helsingin oman seurantamittariston kehittämisen yhteydessä.

Kaupunkikuvausten taustaksi esitetään pohjoismaissa esille tuotuja, terveys- ja hyvinvointieroihin liittyviä käsitteitä, selitysmalleja sekä näkemyksiä, joilla erojen kaventamista perustellaan. Pohjoismaiden terveyspoliittiset painotukset sekä kuntien roolin ja tietotarpeiden analyysi kuvaavat kaupunkien toimintaympäristöön liittyviä muutoksia.

## Aineistot

Pohjoismaiden nykytilanteen kuvauksessa on käytetty vuonna 2015 valmistunutta, yhteis-pohjoismaista haastattelututkimusta (Diderichsen et al. 2015), jossa selvitettiin terveyserojen kaventamiseen liittyviä kokemuksia 11 kunnan tai alueen päättäjiltä ja asiantuntijoilta kootun aineiston avulla<sup>1</sup>. Tutkimus sisältää uusinta vertailevaa tietoa ja analyysejä terveyserojen kaventamisesta pohjoismaissa. Suomi ei osallistunut kyseiseen tutkimukseen.

Kaupunkivertailun tutkimusaineistona on käytetty Kööpenhaminan ja Tukholman kaupunkien hallintoelinten (kaupunginvaltuustot, kaupunginhallitukset, lautakunnat) päätösasiakirjoja, talousarvioita, toimintakertomuksia, strategisia suunnitelmia, työryhmäraportteja, muita raportteja sekä kaupunkien verkkoaineistoja. Lisäksi lähteinä on käytetty aiheeseen liittyvää tutkimuskirjallisuutta ja seminaariesityksiä. Katsauksen kirjoittaja vastaa kaikista käännöksistä.

Katsauksen tutkimusidea syntyi nopeasti keväällä 2015, mutta idean käytännön toteutus vaati paljon pitkäjänteisyyttä, sillä aineisto oli mahdollista koota vähitellen kahden vuoden aikana Kööpenhaminan ja Tukholman julkaisujen tahdissa. Työn päättyessä haluan erityisesti kiittää tutkimuspäällikkö Katja Vilkamaa ja erikoistutkija Stina Högnabbaa saamastani tuesta ja osuvista kommentteista, joilla oli tärkeä merkitys työn valmistumisen kannalta.

---

1 Tanska: Kööpenhamina, Ishøj, and Vordingborg, Norja: Innherred Samkommune, Fredrikstad, and Kristiansand, Ruotsi: Botkyrka, Degerfors-Karlskoga, Malmö, Luleå, and Västra Götaland Region. Asiantuntijaryhmä: Anna Balkfors, Espen Dahl, Göran Dahlgren, Elisabeth Fosse, Lars Iversen, Bo Pettersson, Morten Hulvej Rod, Anne Smetana, and Lennart Svensson.

# 1 TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROJEN MÄÄRITTELY

Tässä luvussa kuvataan muutamia terveys- ja hyvinvointieroihin liittyviä käsitteitä ja erojen kaventamiseen liittyviä perusteluja, jotka ovat toimineet yleisenä viitekehysenä terveys- ja hyvinvointierojen määrittelyssä pohjoismaissa.

## 1.1 Terveyseroja kuvaavat käsitteet

### Terveyden sosiaaliset määrittäjät

*Terveyden sosiaalisilla määrittäjillä* (social determinants of health) tarkoitetaan sosiaali-epidemiologisessa tutkimuksessa useimmiten sosiaalisia syitä tai väljemmin määriteltyjä taustatekijöitä, jotka vaikuttavat huonoksi koettuun terveyteen, sairauksiin, muihin terveyden ja toimintakyvyn vajeisiin sekä kuolleisuuteen ja elinajanodotteeseen.

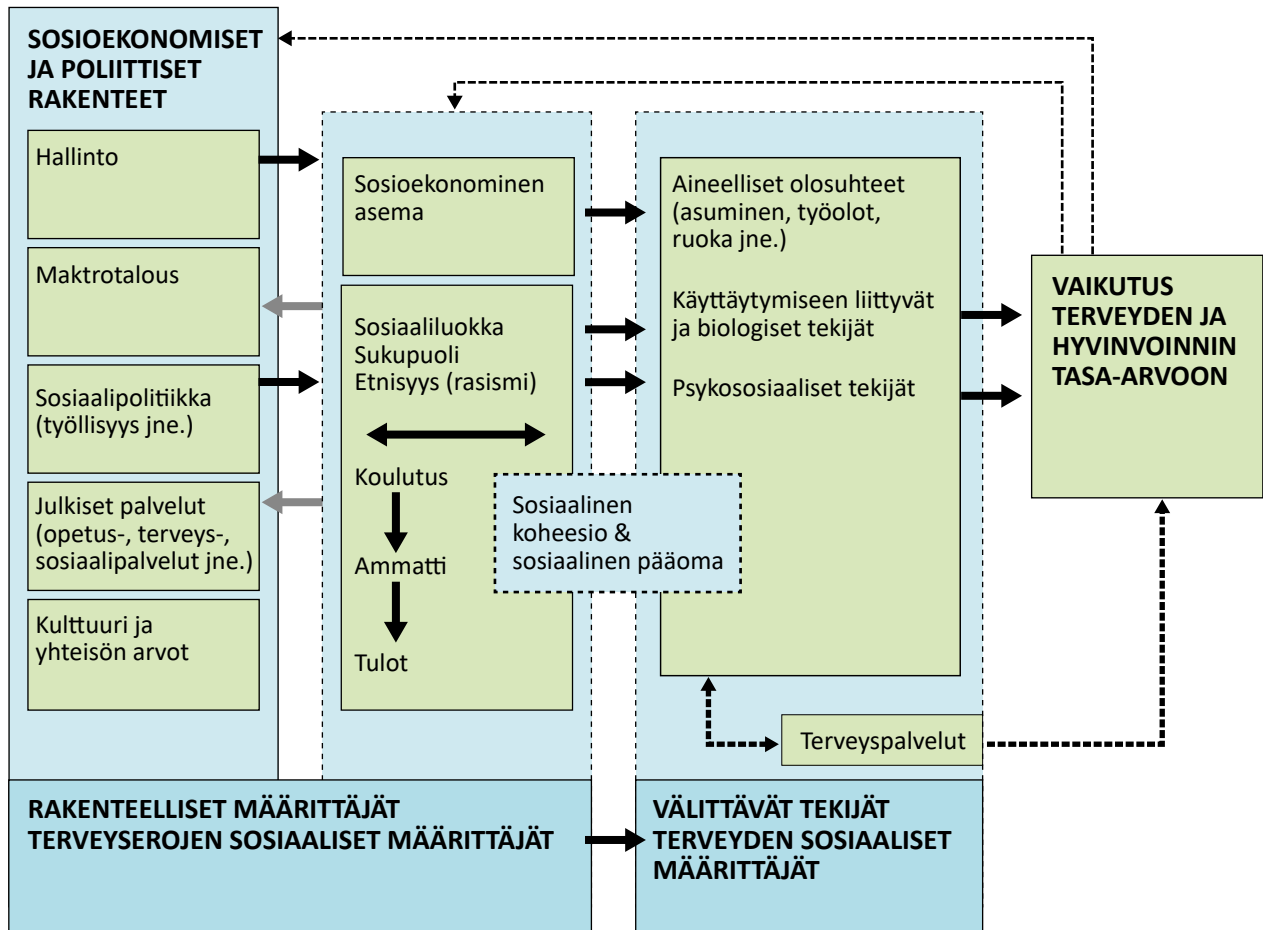
Väestön terveyden yleisosoittimena käytetään usein kuolleisuustietojen perusteella laskettavaa elinajanodotetta, joka antaa yhdessä muiden kuolleisuutta kuvaavien suhdelukujen kanssa luotettavan perustan myös kansainvälisille vertailuille (WHO 2010, Palosuo et al. 2013). Kuolleisuustietojen rinnalle on pyritty kehittämään mittareita, jotka kuvaisivat terveyttä laajemmin. Hyvälle terveydelle ei helposti löydy yhteistä käsite- tai teoriapohjaa, jolle mittareita voisi rakentaa. Hyvä terveys määritetään useimmiten koetun terveyden kautta, mutta terveyseroja selvitetään tällöinkin enemmän huonoon kuin hyvään terveyteen liittyvien kokemusten kautta.

*Terveyserojen syntyä koskevat selitysmallit* voidaan luokitella neljään ryhmään: käyttäytymiseen ja kulttuuriin liittyvät selitykset, psykososiaaliset selitykset, materialistiset selitykset sekä elämäntapaan liittyvät selitykset. Eroja aiheuttavat tekijät voivat olla yhteiskunnan makrotasoisia rakenteellisia tekijöitä, sosiaaliin suhteisiin liittyviä tekijöitä tai sosiokulttuurisia, elämäntapaan tai elämäntyyliin liittyviä tekijöitä. Määräävät tekijät liittyvät osittain myös eri elämänkaaren vaiheisiin. (WHO 2010, Palosuo et al. 2013). Sosiaalisen aseman käsitteellä on keskeinen merkitys selitysmalleissa.

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut käsitteellisen viitekehksen terveyden sosiaalisille määrittäjille (WHO 2010). Tutkimustiedon pohjalta on koottu yhteen käsitekonaisuuden olennaisimmat elementit ja laadittu terveyseroihin vaikuttavien tekijöiden prosessikuva (kuvio 2). Kuvaus erottelee terveyseroihin ja yleisemmin terveyteen vaikuttavat tekijät. Rakenteellisia määrittäjiä, jotka liittyvät sosioekonomisiin ja poliittisiin rakenteisiin sekä yksilön sosioekonomiseen asemaan kutsutaan *terveyserojen sosiaalisiksi määrittäjiksi*. Tärkeimpiä rakenteellisia tekijöitä ovat koulutus, tulot, ammatti, sosiaali-ryhmä, sukupuoli ja etnisyys. Rakenteelliset tekijät vaikuttavat välittävien tekijöiden kautta väestön terveyteen ja terveyseroihin. Välittäviä tekijöitä eli materiaalisia olosuhteita sekä biologisia, käyttäytymiseen liittyviä ja psykososiaalisia tekijöitä kutsutaan *terveyden sosiaalisiksi määrittäjiksi*. Sosiaalisen koheesion ja pääoman käsitteet liitetään rakenteellisiin

ja välittäviin tekijöihin, mutta niiden merkityksestä ei olla yksimielisiä. Mallissa myös terveyspalvelujen katsotaan vaikuttavan terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoon ja terveyseroihin. Hyvinvoinnin ja terveyden tasa-arvo vaikuttaa edelleen rakenteellisiin tekijöihin ja sosioekonomiseen asemaan sekä tätä kautta terveyserojen syntyyn.

Kuvio 2. Terveyden sosiaalisten määrittäjien käsitteellinen viitekehys



Lähde: WHO (2010) A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. World Health Organization Geneva 2010.

WHO:n käsitteellisen viitekehysten yhtenä taustateoriana on toiminut professori Diderichsenin ”terveyseroja luovien mekanismien malli” (WHO 2010, Diderichsen et al. 2001, 2012), jota pidetään merkittävänä kuvauksena sosiaalisen aseman vaikutuksista terveyseroihin. Selitysmallia on kehitetty 1990-luvun lopulta lähtien, sen uusinta versiota kuvataan lähemmin katsauksen liitteissä 1, 2 ja 3. Mallin lähtökohtana on yksilön terveydentilan ja sairauksien muotoutuminen yksilön sosiaalisen aseman ja yhteiskunnan vuorovaikutusprosessissa. Malli identifioi kolme mekanismia, jotka aiheuttavat terveyseroja. *Sosiaalinen rakenne*, joka sisältää yhteiskunnan rakenteet, sosiaaliset suhteet sekä yksilön perityt ominaisuudet, vaikuttaa keskeisesti yksilöiden saavuttamaan sosiaaliseen asemaan ja aseman välityksellä myös terveyteen. *Sosiaalinen asema* johtaa erilaiseen riskitekijöille altistumiseen ja erilaiseen haavoittuvuuteen. *Sairauden eriarvoiset seuraukset* tarkoittavat erilaisia huonon terveyden seurauksia eri sosiaalisessa asemassa oleville henkilöille. Seurausten erot tulevat esille terveyspalvelujen käytössä ja työmarkkinoilla.

WHO:n raportti soveltaa selitysmallia myös kaventamistoimenpiteiden määrittelyyn. Terveyserojen kaventamiseksi tulee toimia monella tasolla: yhteiskunnan tasolla voidaan vaikuttaa sosiaaliseen rakenteeseen, toimintapolitiikkojen avulla voidaan vähentää altistuksia, yhteisöjen tasolla voidaan vähentää haavoittuvuutta ja yksilöiden tasolla voidaan ehkäistä eriarvoisia, sairastumiseen liittyviä seurauksia (WHO 2010).

## Terveytpoliittiset käsitteet

*Sosiaalisilla terveyseroilla* tarkoitetaan yleensä sosioekonomisten ryhmien (sosiaaliryhmien) välisiä systemaattisia eroja terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomisilla ryhmillä tarkoitetaan tällöin koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen mukaan muodostettuja ryhmiä. Kun puhutaan terveyden eriarvoisuudesta tai lyhyesti terveyseroista, tarkoitetaan tavallisesti nimenomaan sosioekonomisia terveyseroja.

Terveytpoliitikassa usein käytettyjä käsitteitä ovat ”terveyden sosiaalinen gradientti” ja ”terveyskuilu” (health gap) (WHO 2010, 2009, Diderichsen et al. 2015). Käsitteiden sisältö voidaan määrittellä sairauteen liittyen seuraavasti. *Sairauden sosiaalisella gradientilla* tarkoitetaan sosiaalisen aseman ja sairastumisriskin välistä suhdetta väestössä. Monien sairauksien esiintyminen väestössä on sosiaalisesti vinoutunutta siten, että sairastavuus lisääntyy systemaattisesti samalla, kun koulutustaso alenee, ammatillinen asema heikkenee ja tulotaso laskee. Taustatekijöitä ovat varhaisen altistumisen luoma haavoittuvuus sekä elinolot ja terveyskäyttäytyminen myöhemmässä elämässä.

*Sairausten seurauksien sosiaalisella gradientilla* tarkoitetaan alemman sosiaalisen aseman ja sairauden kielteisten seurausten keskinäistä riippuvuutta, esimerkiksi puutteellinen toimintakyky tai työmarkkinoille ja sosiaaliseen elämään osallistumisen vaikeudet ilmenevät useammin vähemmän koulutetuilla.

*Syrjäytyneiden sairastavuudella eli ”kuilulla”* tarkoitetaan jyrkkää eroa sairastavuudessa syrjäytyneiden tai erittäin sairaiden henkilöiden ja muun väestön välillä. Pienellä ihmisryhmällä varhaislapsuuden vaikeat sosiaaliset olosuhteet sekä somaattiset ja mielenterveysongelmat johtavat syrjäytymiseen koulutuksesta ja myöhemmin työelämästä, asumisesta ja perhe-elämästä. Lisäksi he syrjäytyvät hyvinvointipalveluista ja muista etuisuuksista, koska eivät sopeudu niihin liittyviin sääntöihin. Heidän elämästään syntyy kierre, jossa kaikki aiemmin mainitut terveyserojen mekanismit yhdistyvät.

## 1.2 Elämänkaarinäkökulma

Terveyden sosiaalisten määrittäjien käsitteistö liittyy läheisesti teorioihin, joiden mukaan terveyserot kehittyvät yksilön elämänkulun aikana prosessissa, jossa positiiviset ja negatiiviset terveys- ja hyvinvointivaikutukset kumuloituvat (WHO 2010, Marmot et al. 2010).

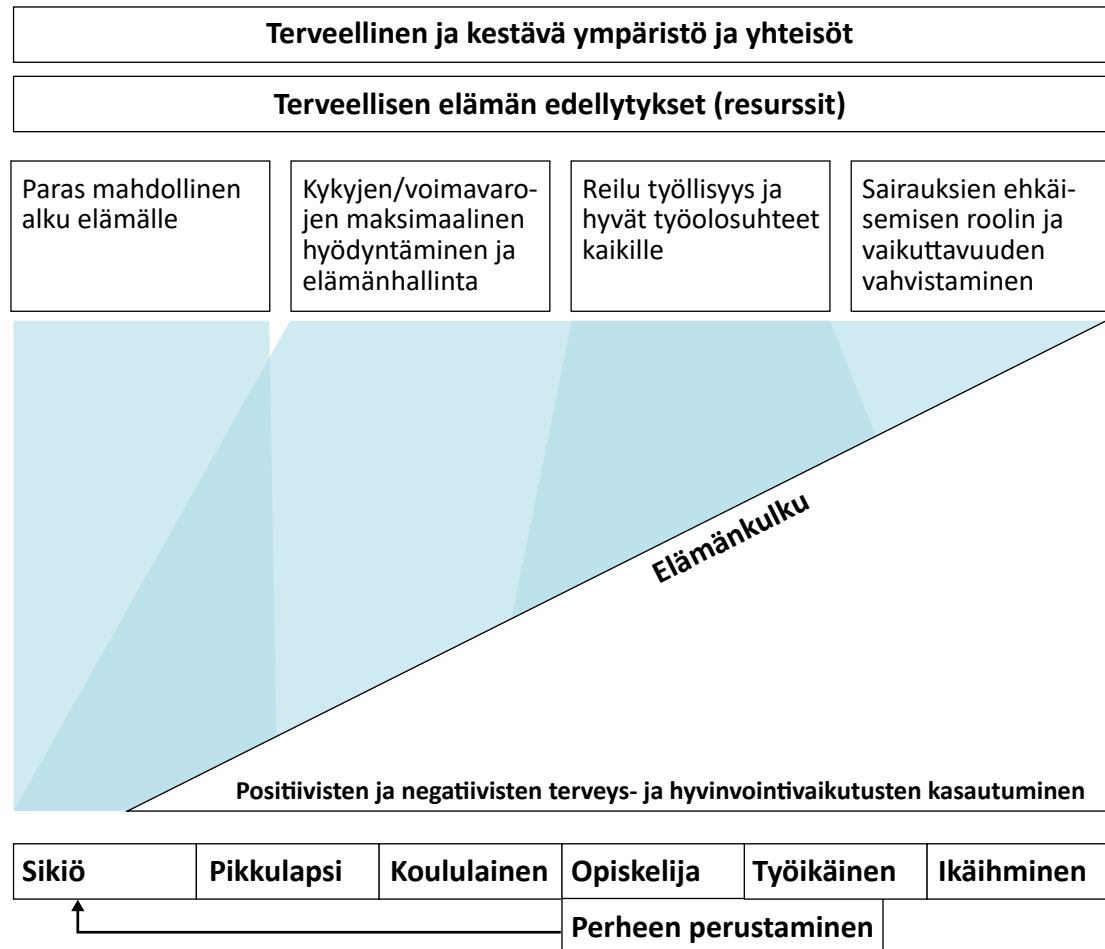
Positiivisen kehityksen yleisiä edellytyksiä ovat terveellinen ja kestävä ympäristö ja yhteisö sekä terveellisen elämän edellytykset ja elintaso kaikille (kuvio 3). Lisäksi tarvitaan ikäkausiin liittyvien merkityksellisten elämänsisältöjen toteutumista. Pikkulapsivaiheessa tulisi saavuttaa paras mahdollinen alku elämälle. Kouluikäisillä ja opiskelijoilla keskeistä on mahdollisuus omien kykyjen ja voimavarojen maksimaaliseen hyödyntämiseen ja elämänhallintaan. Työiässä reilu työllisyys ja hyvät työolosuhteet kaikilla ovat olennaisia. Ikäihmisille sairauksien ennaltaehkäisy ja vaikuttavuuden lisääminen on tärkeintä.

Yksilöiden elämänkulkuun liittyvät sosiaaliset siirtymät ja riskit jakaantuvat ja kumuloiduvat eri tavoin ja johtavat siten eriarvoisuuteen yhteiskunnassa (WHO 2010). Elämänkulun



riskitekijät liittyvät erilaisiin nivelkohtiin, kuten päivähoidon ja koulun aloitukseen, siirtymiseen koulusta opintoihin, opinnoista työelämään tai työelämästä eläkkeelle tai elämäntilanteisiin, kuten perheen perustamiseen, hajoamiseen tai uudelleen muotoutumiseen.

**Kuvio 3.** Terveiden sosiaaliset määrittäjät elämänsä aikana



Lähde: Marmot et al., (2010) Strategic review of health inequalities in England post 2010. Fair society, healthy lives—the Marmot review final report. 2010, London: Department of Health.

Eri ikävaiheiden tarpeet tulisi ottaa huomioon esimerkiksi palveluissa, jotta riskien kumuloitumista voitaisiin ehkäistä. Diderichsenin tutkimusryhmä (2012) nosti esille esimerkkejä toimenpiteistä, joita eri ikäryhmien kohdalla tulisi priorisoida terveyserojen kaventamiseksi:

0–8-vuotiaiden ryhmässä tärkeitä toimenpiteitä ovat raskauden aikaisten riskitekijöiden seulonta, lapsen ja vanhempien emotionaalisen kontaktin varmistaminen, hyvien sosiaalisten ja materiaalistien olojen turvaaminen, lasten terveystarkastukset kehityspoikkeamien löytämiseksi sekä lukutaidon saavuttaminen kaikille lapsille.

9–18-vuotiaiden ryhmässä tärkeitä toimenpiteitä ovat heikommassa asemassa olevien ja haavoittuvien lasten tukeminen sekä koulu, joka motivoi myös niitä, joita vanhemmat eivät motivoi. Nuorten kohdalla keskeistä on itsetunnon kehityksen tukeminen, jatkokoulutukseen siirtymisen rohkaisu ja haitallisten terveystottumusten ehkäiseminen, fyysisen aktiivisuuden lisääminen sekä nuorisotyöttömyyden säilyttäminen alhaisella tasolla.

19–44-vuotiaiden elämä on saavuttamisen aikaa (ura, perhe, lapset, koti), jolloin ilmenee väsymystä, univaikeuksia ja stressiä kaikissa väestöryhmissä. Tärkeitä toimenpiteitä ovat työelämän parantaminen, terveyskäyttäytyminen, köyhyyden vähentäminen, mielenterveysongelmien hoitaminen, työllisyystoimenpiteet, asumiseen liittyvät toimenpiteet ja toimiva terveydenhuolto.

45–74-vuotiaiden ryhmässä ne, joilla on raskas, fyysinen työ, alkavat tuntee työn vaikutukset. Tärkeitä toimenpiteitä ovat työmarkkinoiden joustavuus, hyvät ruokatottumukset ja fyysinen aktiivisuus. Tulee ottaa huomioon riskitekijöiden, kuten ylipainon tai diabeteksen varhaiset oireet. Ikääntymisen varhaisiin oireisiin sekä toimintakyvyn heikentymiseen tulee kiinnittää huomiota mm. liikuntamahdollisuuksilla.

Yli 75-vuotiaiden ryhmässä toimintakyvyn alentumisen oireet ovat niin yleisiä, että ehkäisevien kotikäyntien tulisi keskittyä löytämään ne. Tarve hoitoon, kuntoutukseen ja palveluihin pääsyyn kasvaa. Keskeistä on terveyspalvelujärjestelmän kyky integroida eri palveluntuottajien ja palvelumuotojen toimenpiteet, erityisesti niille potilaille, jotka eivät kykene ilmaisemaan tahtoaan. Erityistä huomiota eriarvoisuuden näkökulmasta on kiinnitettävä pitkäaikaispotilaiden hoitosuunnitelmiin ja kuntoutukseen.

### 1.3 Perustelut terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiselle

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista on pohjoismaissa perusteltu useimmiten ihmisoikeuksien ja vapauksien sekä sosiaalisen tai taloudellisen kestävyuden näkökulmista (Diderichsen et al. 2015a).

*Ihmisoikeuksia ja vapauksia* korostavissa perusteluissa hyvää terveyttä pidetään yhtenä tärkeimmistä edellytyksistä sille, että ihmisillä on mahdollisuus elää arvostamaansa elämää. Systemaattiset terveyserot eivät ole hyväksyttäviä, koska niiden nähdään olevan ristiriidassa ihmisten tasa-arvoisten oikeuksien ja vapauksien kanssa. Jos erot ovat vältettävissä, niiden esiintyminen koetaan epäoikeudenmukaiseksi. Käsitys eroja aiheuttavien tekijöiden luonteesta vaikuttaa siihen, mitä tekijöitä pidetään mahdollisena välttää (Dahlgren & Whitehead 2008).

*Sosiaalista kestävyyttä* voidaan lähestyä monista eri näkökulmista. Olssonin (2012) mukaan sosiaalista kestävyyttä voidaan pitää orientoivana käsitteenä, joka antaa suunnan tai mahdollisuuksia tulevaisuuteen. Sosiaalisen kestävyuden kuvaukset voidaan sijoittaa kahdelle ulottuvuudelle: osittain ne liittyvät hyvinvointiin ja sen jakautumiseen ja osittain ne liittyvät yhteiskunnan kykyyn käsitellä konflikteja ja ongelmia. Tarkempi sisältö vaihtelee tilanteen, arvojen ja normien mukaisesti. Vaaraman (2014) mukaan sosiaalista kestävyyttä voidaan pitää sekä tavoitteena että keinona, joka hyödyntää käytettävissä olevaa pääomaa, kuten sosiaalista pääomaa ja joka tuotetaan vallitsevien arvojen, taloudellisten ja ekologisten resurssien, teknologian ja väestörakenteen viitekehyksessä.

Hyvinvointinäkökulmasta sosiaalinen kestävyys liitetään läheisesti elämänlaadun ja hyvinvoinnin käsitteisiin esimerkiksi kansainvälisissä vertailuissa, joita OECD ja Eurostat tuottavat. Vaaraman (2011) ja Pieperin (2013) mukaan sosiaalisen kestävyuden neljä ulottuvuutta ovat sosiaalinen turvallisuus, sosiaalinen inklusio, sosiaalinen valtaistaminen, ja sosiaalinen koheesio. Toisin sanoen sosiaaliseen kestävyteen sisältyvät elämänhallinnan mahdollistavat resurssit, oikeudenmukainen hyvinvoinnin jakautuminen, sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus ihmisten välillä sekä luottamus muihin ihmisiin ja instituutioihin. Kansanterveysnäkökulmasta keskeiseksi kysymykseksi muodostuu terveyden epätasainen jakautuminen väestössä. Hyvinvointiyhteiskunnan sosiaalinen kestävyys ja integraatio ovat uhattuna, jos terveys keskeisenä hyvinvoinnin osatekijänä jakautuu yhä eriarvoisemmin.

Terveyseroja aiheuttaviin tekijöihin vaikuttamalla voidaan kaventaa terveyseroja ja vahvistaa myös sosiaalista kestävyttä (WHO 2008, 2010, Stigendal & Östergren 2013).

Rauhan ja kehityksen näkökulmasta sosiaalinen kestävyys voidaan ymmärtää yhteiskunnan kykyä vahvistaa sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja yksilöiden osallisuutta yhteiskuntakehitykseen (Olsson 2012). Keskeistä on mahdollisuus ihmisten perusarvojen toteuttamiseen. Niitä ovat turvallisuus, vapaus ja kehittyminen sekä oikeudenmukaisuus ja tunnustuksen saaminen. Sosiaalisen sopimuksen voima perustuu tarpeiden tyydytykseen ja osallisuuden kokemukseen. Lisääntyvä syrjäytyminen uhkaa sosiaalista koheesiota ja osallisuutta yhteiskuntaan.

*Taloudellisen kestävyden* ja terveyserojen suhde on viime vuosina noussut keskusteluun. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa universalismi ja talouskasvun yhdistyminen vähäisiin sosiaalisiin eroihin ovat varmistaneet yhteiskunnan poliittista ja taloudellista kestävyttä (Nordiska ministerrådet 2013). Tilanne on nyt muuttunut, koska kasvava osuus väestöstä joutuu jättämään työelämän terveysongelmien tai muiden työkyvyttömyyttä aiheuttavien tekijöiden vuoksi. Terveyspalvelujen, vammaistukien ja työkyvyttömyyskorvausten lisääntyvät kustannukset ovat tuoneet esille ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tarpeen ja tätä kautta kustannusten alentamisen suurimmassa riskissä olevien ihmisryhmien parissa. Terveyserojen kaventamiseen tarvittava taloudellinen perusta ei kuitenkaan synny vain hyvinvoivien ja terveiden panoksesta. Ongelmiin varhaisvaiheessa tehdyt sosiaaliset panostukset voivat edistää myöhempää terveyttä ja työkykyä sekä vaikuttaa siten talouteen. Tämä tarkoittaa sosiaalisia investointeja, jotka lisäävät terveyden tasa-arvoa. Vähäiset erot voivat olla paitsi rikkaiden yhteiskuntien hyvinvoinnin tuotoksia, myös talouskasvun edistäjiä, kuten OECD on painottanut (Cingano 2014). Stiglitzin komitea (2009) painotti loppuraportissaan siirtymistä talousmittareiden seurannasta ihmisten hyvinvoinnin seurantaan, ja että hyvinvoinnissa tässä mielessä on kysymys kestävydestä.

## 2 POHJOISMAIDEN NYKYTILANNE

Tämä luku tarkastelee pohjoismaiden terveystaloudellisia painotuksia sekä kuntien johtamista ja paikallisia tietotarpeita.

### 2.1 Kansainvälisen terveystalouden muutokset

Pohjoismaiden nykytilanteen analyysissä voidaan hyödyntää Ilona Kickbushin (2010) kuvausta siitä, miten terveystaloudelliset painotukset ja Terveystaloudessa kaikissa politiikoissa – ajattelutapa ovat kehittyneet kansainvälisesti kolmena aaltona. *Ensimmäinen aalto* käynnistyi 1980-luvun alussa terveyden edistämiseen liittyvänä, sektoreiden välisenä yhteistyönä. Terveydenhuolto pyrki yhteistyöhön muiden sektoreiden kanssa parempien terveystaloudellisten saavuttamiseksi. Terveydenhuoltoa kannustettiin kehittämään tietotuotantoa, joka auttaisi terveyden edistämistyötä muilla sektoreilla. Ruotsin tuon ajan terveystaloudellista pidetään esimerkkinä tästä suuntauksesta. *Toinen aalto* käynnistyi WHO:n Ottawan julistuksesta vuonna 1986. Tällöin painotettiin terveyttä edistävää julkista politiikkaa ja julkisia toimenpiteitä. Lisäksi korostettiin tasa-arvoa ja terveystaloudellisia vaikutuksia kaikilla toimintasektoreilla. Kiinnostuksen kohteeksi nousivat ympäristön terveystaloudelliset, mm. Norjassa kehitettiin tuolloin ympäristöterveyden lainsäädäntöä kunnille.

*Kolmas, nykyinen aalto* korostaa terveyttä kaikissa politiikoissa. Näkökulma on vaihtunut. Kun aiemmin painotettiin muiden toimintasektoreiden merkitystä kansanterveydelle, niin tällä hetkellä painotetaan väestön terveyttä ja terveyden tasa-arvoa osana yhteiskunnan sosiaalisesti kestävästä kehityksestä. Terveystaloudessa kaikissa politiikoissa tarkoittaa horisontaalista, täydentävää strategiaa, joka avulla vaikutetaan väestön terveyteen. Siinä tarkastellaan terveyden kannalta ratkaisevia tekijöitä, joita kontrolloivat muut politiikkalohkot kuin terveydenhuolto. Muiden toimintalojien on hyödyllistä sisällyttää terveyden edistäminen omaan toimintaansa, koska väestön tai asiakasryhmien terveydentilan parantaminen tehostaa niiden omien tavoitteiden saavuttamista, esimerkkeinä koulutus tai työllistäminen.

### 2.2 Terveystaloudelliset painotukset eri maissa

Kiinnostus terveyserojen kaventamiseen on voimistunut 2010-luvulla pohjoismaissa. Poliittisten muutosten lisäksi kiinnostusta on lisännyt tutkimuksissa havaittu ”pohjoismaainen terveystaloudellinen paradoksi”. Termillä kuvataan tilannetta, jossa kohonnut elintaso ja pienentyneet sosioekonomiset erot eivät ole kyenneet kaventamaan maiden sisäisiä terveyseroja (Diderichsen et al. 2015a, Diderichsen 2015b). Pohjoismaainen hyvinvointivaltio on rakentunut kolmen perustekijän varaan. Taloudellisesti se on yhteydessä korkeaan työllisyysasteeseen, joka perustuu mm. koulutukseen ja terveyden tehtyihin sosiaalisiin investointeihin. Poliittisesti se on perustunut eri toimijoiden yhteistyökykyyn. Oikeutus hyvinvoinnin jakamiseen on perustunut luottamukseen ja tasa-arvoajatteluun. Tällä hetkellä hyvinvointivaltioita haastavat lisääntyvät terveyserot, joissa lyhyt koulutus, huono terveys ja työttömyys

liittyvät toisiinsa. Sosiaaliset terveyserot saavat myös uusia muotoja. Sosiaaliryhmien välistä eroja havaitaan yhä enemmän mielenterveysongelmien ja diabeteksen esiintyvyydessä, terveyssyistä aiheutuvassa koulun keskeyttämisessä tai työelämän ulkopuolelle joutumisessa sekä ikääntyvien alentuneessa toimintakyvyssä.

Norja, Ruotsi ja Tanska ovat pitkään seuranneet kansainvälistä terveyspolitiikkaa ja toteuttaneet maailman terveysjärjestön, WHO:n terveyserojen kaventamiseen liittyviä suosituksia (WHO 2008, WHO 2013). Kaikissa maissa on myös viime vuosina tuotettu teoreettisia selvityksiä terveyseroista. Käytännössä maiden järjestelmät ovat kuitenkin muotoutuneet erilaisiksi ja terveyseroja koskevat toimenpiteet ovat painottuneet eri tavoin.

Eroja selittää osittain se, että maiden hallinnolliset rakenteet ovat erilaisia. Ruotsissa on 21 läänää, joissa toimii 20 maakäräjäaluetta sekä 290 kuntaa. Tanskassa on viisi aluetta ja 98 kuntaa. Norjassa on 19 läänää, 19 aluekuntaa sekä 428 kuntaa. Alle 10 000 asukkaan kuntien osuus kaikista kunnista on Norjassa 76 %, Ruotsissa 25 % ja Tanskassa 4 %. Toinen selittävä tekijä on se, että pohjoismaat eroavat jonkin verran toisistaan lainsäädännön sekä keskitetyn ja paikallistason tehtävien ja yhteistyön suhteen. Yhteistä on kuntien kaksoisrooli: kunnat toteuttavat valtioiden keskitettyä toimintapolitiikkaa, mutta ne ovat myös paikallisen integraation ja osallistumisen areenoita.

### Norja: keskusjohtoinen terveyserojen kaventaminen

Norjassa kunnat vastaavat ensisijaisesti terveydenhuollosta. Vuoden 2012 kansanterveyslain mukaan kunnan on edistettävä väestön terveyttä ja hyviä sosiaalisia ja ympäristöolosuhteita, ennaltaehkäistävä mielenterveyteen liittyviä ja somaattisia sairauksia, vammoja ja kärsimystä sekä osaltaan vähennettävä sosiaalisia terveyseroja. Neljän vuoden välein kuntien on laadittava kokonaissuunnitelma, jossa väestön terveydentila ja siihen liittyvät positiiviset ja negatiiviset tekijät sisällytetään osaksi kunnan strategista suunnittelua. Norjan maakunnilla oli aikaisemmin vastuu erikoissairaanhoidosta, mutta nyt vastuu on siirtynyt kansalliselle tasolle. Norjassa on luotu keskusjohtoinen, systemaattinen toimintatapa terveyden tasa-arvon toteuttamiseksi. Valtakunnallisesti on tavoitteena vaikuttaa sairauksien sosiaaliseen gradienttiin ja kaventaa terveyseroja heikoimpien ryhmien tilanteen nopealla parantamisella. Linjausten toteuttaminen kunnissa on kuitenkin ollut haastavaa mm. niiden pienen koon vuoksi. Kansalliset toimijat ovat tuottaneet kuntia tukevaa tietoa sairauksista ja niiden taustatekijöistä. Vuonna 2014 julkaistiin professori Dahlin johtaman asiantuntijaryhmän raportti sosiaalisista terveyseroista Norjassa (Dhal et al. 2014a ja 2014b).

### Tanska: keskittyminen elämäntapaan

Tanskan lainsäädännössä vastuu ennaltaehkäisevästä kansanterveystyöstä ja terveyden edistämisestä siirrettiin vuonna 2007 maakunnilta kunnille. Tarkoituksena oli saavuttaa parempi integraatio paikallisten sosiaali- ja koulutuspalvelujen kanssa. Kunnat ovat vastuussa terveitä elämäntapoja edistävien ympäristöjen luomisesta sekä ennaltaehkäisevien palvelujen tuottamisesta kansalaisille. Maakunnat yhdistettiin viideksi suuremmaksi alueeksi, jotka vastaavat sairaaloista ja perusterveydenhuollosta. Alueet ja kunnat sopivat joka neljäs vuosi yhteistyöstä, joka sisältää myös alueiden tuen kunnille, esimerkiksi paikalliset terveystiedot tutkimuksista ja rekistereistä. Kansalliset viranomaiset tuottavat kunnille tietoa myös tehokkaista menetelmistä.

Paikallisella tasolla terveydenhuolto on keskittynyt terveyskuiluun ja syrjäytyneiden ryhmien terveyteen. Kansalliset tutkimushankkeet ovat tukeneet tätä kehitystä. Kunnissa toimenpiteet ovat suuntautuneet alkoholi- ja päihdeongelmiin, kehitysvammaisten sosiaalipsykiatriaan sekä asunnottomuuteen. Toinen painopiste on ollut terveyskäyttäytyminen ja terveiden elämäntapojen edistäminen. Vuodesta 2012 lähtien Tanskassa on valtakunnallisesti kiinnitetty huomiota sosiaaliseen gradienttiin terveydenhuollon hoitoon pääsyssä. Tämän seurauksena kunnat ovat suunnanneet ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia palveluja vähän koulutetuille tai pienituloisille väestöryhmille. Kunnilla ja alueilla on ollut yhteisiä työllistämisen- ja kuntouttamishankkeita. Vuoden 2014 koulu-uudistus, johon sisältyi kokonaiskoulupäivä, on esimerkki uusista poikkihallinnollisista hankkeista.

## Ruotsi: vahvaa paikallista aktiivisuutta

Ruotsin terveydenhuoltolain mukaan maakäräjät tarjoavat terveydenhuollon kansalaisilleen. Laki tähtää hyvään terveyteen ja hoitoon tasapuolisesti koko väestölle. Vuonna 2014 lisättiin säädös, jonka mukaan terveydenhuollon tulee ehkäistä terveysongelmia. Kunnat edistävät asukkaidensa hyvinvointia ja vastaavat sosiaalihuollosta ja muista peruspalveluista. Vastuunjako on tuonut ongelmia Terveys kaikissa politiikoissa-toimintatavan toteuttamiseen. Viime vuosina huomio on siirtynyt terveyden sosiaalisten määrittäjien suuntaan WHO:n työn innoittamana. Alueet ja kunnat ovat perustaneet komiteoita, jotka ovat keskittyneet sairastumisriskin epätasaiseen jakautumiseen sekä terveyden edistämiseen kaikessa toiminnassa, esimerkkinä Malmö-komitean toiminta (Stigendal & Östergren 2013). Vahva paikallinen sitoutuminen terveyteen ja oikeudenmukaiseen kohteluun on tapahtunut melko heikosta keskushallinnon ohjauksesta huolimatta. Riskiksi on koettu se, että sosiaalista kestävyyttä korostava näkökulma työntää syrjään terveyserojen kaventamisen.

Vuonna 2015 kansallista ohjausta tehostettiin, kun työnsä aloitti valtakunnallinen, terveyden tasa-arvoa pohtiva komitea, jonka tulee valmistella vuoteen 2017 mennessä ehdotukset terveyserojen kaventamiseksi (Social Department 2015). Valtakunnalliset viranomaiset sekä kuntien ja alueiden keskusjärjestöt tarjoavat laajaa tiedollista tukea mm. sairastavuuteen sekä terveysvaikutusten ja toimenpiteiden arviointiin liittyen.

## 2.3 Näkökulmia kuntien toimintaan

### Monisektorinen yhteistyö

Tässä luvussa kuvataan yhteispohjoismaisen haastattelututkimuksen kuntien toimintaan liittyviä tuloksia (Diderichsen et al. 2015a). Yleinen johtopäätös oli, että terveyseroja aiheuttavat tekijät sekä niiden kaventamiseen tähtäävät toimenpiteet liittyvät monille elämäntilanteille ja monien toimintasektoreiden työhön. Terveyspalvelut kohtaa tulokset, mutta voi vain harvoin vaikuttaa syihin, jotka aiheuttavat terveyseroja. Vastuu on niillä poliittikalohkoilla, jotka vastaavat mm. varhaiskasvatuksesta, koulutuksesta, työmarkkinoinnista, ruokatuotannosta, ympäristöstä ja asumisesta. Voidaan sanoa, että terveydenhuolto "omistaa" lopputulokset, mutta muut toimintaloikat "omistavat" ratkaisut.

Terveyseroja aiheuttavia tekijöitä tarkasteltiin ristiin suhteessa toiminnan vastuutahoihin. Kokonaisuus kuvattiin terveyspolitiikkamatriisina, joka sisältää terveyserojen päämäärittä-

jät sekä merkittävimmät politiikkasektorit, joilla on vastuu toimenpiteistä (taulukko 1). Jokaiseen terveyserojen määrittäjään voidaan vaikuttaa useamman politiikkalohkon kautta ja jokainen politiikkalohko voi vaikuttaa useampaan määrittäjään. Kunnissa on mahdollista tämän tyyppisen ristiintarkastelun kautta lisätä yhteistyötä ja yhteistä vastuuta terveyserojen kaventamistoimenpiteiden toteutuksesta.

Taulukko 1. Terveyspolitiikkamatriisi: terveyserojen päämäärittäjät sekä politiikkasektorit

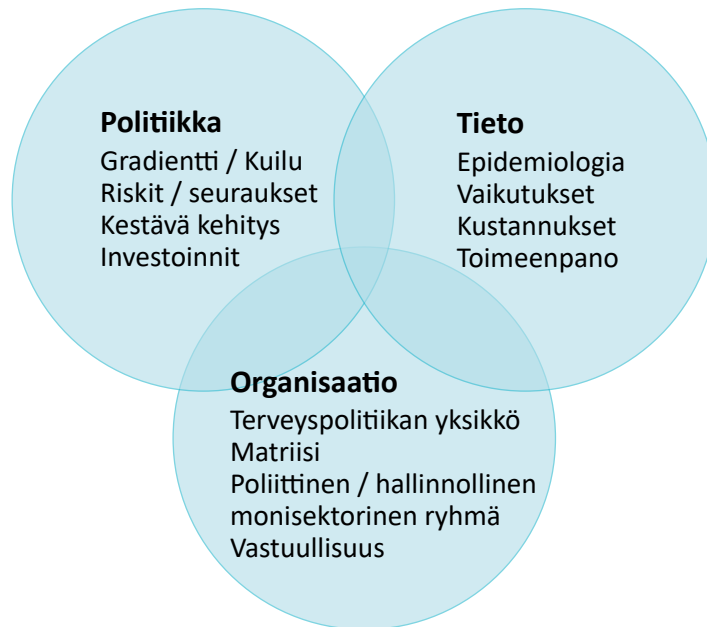
PÄÄMÄÄRITÄJÄT	POLITIIKKASEKTORIT								
	Lapset / perhe	Koulutus	Työmark- kinat	Sosiaali- politiikka	Ympäristö / liikenne	Ruoka- tuotanto	Talous	Fyysinen suunnit- telu	Terveyden- huolto
Lapsen varhaisen kehitys									
Koulu- suoritukset									
Segregaatio									
Työttömyys									
Työympäristö									
Tulot / köyhyys									
Syrjäytyminen									
Ympäristö- riskit									
Tupakointi									
Alkoholi / päihteet									
Fyysinen liikkumattomuus									
Ruokavalio									

Lähde: Diderichsen et al. (2015a) *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*. København, 2015.

## Paikallisen toiminnan kolme näkökulmaa

Tutkimuksessa tunnistettiin kuntien monisektorista toimintaa edistäviä ja estäviä tekijöitä. Analyysin pohjalta määriteltiin kolme näkökulmaa, jotka ovat olennaisia paikallisessa terveyserojen kaventamisessa. Näkökulmat ovat tieto, organisaatio ja politiikka (kuvio 4).

Kuvio 4. Paikallisen toiminnan kolme näkökulmaa



Lähde: Diderichsen et al. (2015a) *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*. København, 2015.

Tietoa tarvitaan terveyserojen synnystä ja sairastavuudesta, vaikuttavuudesta, kustannuksista ja toimenpiteiden toteuttamisesta. Organisaation toiminnassa keskeisiä elementtejä ovat terveyspolitiikasta vastaavan yksikön muodostaminen, matriisijattelun soveltaminen, monisektorinen, poliittinen ja/tai hallinnollinen yhteistyöryhmä terveyspolitiikka varten sekä toiminnan vastuullisuuden toteutuminen. Poliittisessa johtamisessa olennaisia kysymyksiä ovat terveyden ja sairauksien ”vino” jakautuminen väestössä (gradientti), syrjäytyneiden sairastavuus (kuilu), erilaiset sairauksiin liittyvät riskit ja seuraukset, kestävän kehityksen edistäminen sekä tarvittavat investoinnit.

Onnistuminen edellyttää näkökulmien vuorovaikutusta. Tieto yksin ei riitä. Terveyseroista ja niiden sosiaalisista määrittäjistä on käytettävissä runsaasti kansainvälistä ja kansallista tutkimustietoa, mikä on herättänyt voimakasta poliittista kiinnostusta. Mutta tämä ei ole ollut riittävää terveyserojen kaventamisen kannalta. Organisaation toimivuus ei yksistään varmista onnistumista. Organisaatiot ja paikallishallinto ovat pohjoismaissa osavia ja jopa pienissä kunnissa on laadittu korkeatasoisia analyyseja terveyden edistämisestä kaikissa politiikoissa. Ruotsissa alueelliset komiteat ovat tuottaneet huomattavasti tietoa ja hallinnoineet hyvin hankkeitaan, mutta toimenpiteitä on tehty rajoitetusti, koska poliittinen vastuu ei ole ollut hankkeilla vaan kunnilla. Poliittisen vastuun määrittely ei yksin riitä. Poliittinen tahto hoitaa terveyseroja kunnissa ja maakunnissa on ratkaisevaa. Pohjoismainen tutkijaryhmä esitti terveyserojen kaventamisen tehostamiseksi 11 suositusta, jotka kattavat edellä kuvat kolme näkökulmaa hallinnon eri tasoilla (liite 7).

Haastatteluaineiston perustella voitiin todeta, että tutkijoilla ja käytännön toimijoilla oli eri näkemys terveyserojen kaventamiseen tarvittavasta tietopohjasta. Aiempien tut-



kimusten perusteella oletettiin, että tietoa tarvitaan periaatteellisista kysymyksistä, kuten sairauksien esiintyvyydestä eri sosioekonomisissa ryhmissä. Todellisuudessa kunnat etsivät ensisijaisesti yksityiskohtaisia ohjeita, joiden avulla ne voisivat tunnistaa tehokkaat toimenpiteet. Tämä oli tutkijoiden mielestä yllättävää, koska kansalliset ja kansainväliset, terveyseroja kuvaavat tutkimukset tarjoavat runsaasti erilaisia suosituksia. Johtopäätös oli, että kunnat tarvitsevat kahden tyyppisiä avainindikaattoreita: tietoa terveyserojen määrittäjien jakaumasta ja kehityksestä sekä tietoa toimenpiteiden toteutuksesta. Tutkijaryhmä kokosi kuntien työn kehittämistä varten esimerkkejä paikallisista terveyserojen kaventamistoimenpiteistä ja niihin liittyvistä indikaattoreista. Nämä esimerkit on yhdistetty yhdeksi taulukoksi raportin liitteeseen 4, jolloin indikaattoreiden yhteys toimenpiteisiin tulee selkeämmin esille.

# 3 KÖÖPENHAMINAN TERVEYSPOLITIikka

## 3.1 Johtamiskäytännöt

Kansallinen terveyseroja koskeva tutkimus on vaikuttanut olennaisesti Kööpenhaminan kaupungin strategioiden ja toimenpideohjelmien valmisteluun. Vuonna 2012 julkaistiin tutkimusraportti ”Terveyserot – määräävät tekijät ja toimintapolitiikat” (Diderichsen et al. 2012), joka on käänös vuonna 2011 ilmestyneestä tanskalaisesta tutkimuksesta (Diderichsen et al. 2011). Tutkimusraportti on vaikuttanut Tanskassa paikallisten, terveyseroihin liittyvien toimintaohjelmien laadintaan. Vuonna 2014 julkaistiin raportti ”Kansanterveys Kööpenhaminassa 2014” (Diderichsen 2014a, 2014b), jossa tarkastellaan Kööpenhaminan terveyseroja valtakunnallisen raportin teoreettista viitekehystä soveltaen.

Väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tehtävät on Kööpenhaminassa hajautettu useille virastoille ja lautakunnille, jotka ovat hyväksyneet erilaisia strategia- ja toimenpideohjelmiä. Viimeisimpiä esimerkkejä ovat sosiaalitoimen strategiset päämäärät ja toimintalinjaukset, jotka sisältyvät kahteen asiakirjaan: ”Sosiaalitoimen periaatepaperi 2014-2017” (Københavns Kommune 2015a) ja ”Sosiaalistrategia – hyvä elämä kaikille kööpenhaminalaisille” (Københavns Kommune 2015b). Niiden pohjalta on laadittu asiakasryhmäkohtaiset ja alueelliset toimintasuunnitelmat. Sosiaalitoimen kohderyhmiksi on määriteltä lapset ja nuoret, vammaiset, psyykkisesti sairaat, päihteiden väärin käyttäjät, köyhät, prostituoidut ja asunnottomat. Sosiaalistrategiaan liittyy yhdeksän päämäärää, joiden toteutumista seurataan määrällisten osatavoitteiden toteutumisen kautta kerran vuodessa (Københavns Kommune 2016a).

Kööpenhaminan kaupunginvaltuusto hyväksyi keväällä 2015 raportin ”Nauttikaa elämästä kööpenhaminalaiset. Kööpenhaminan kaupungin terveyspolitiikka 2015–2025”. Se edustaa uudenlaista ajattelua, jossa terveyden edistämässä pyritään yhteisvastuuseen. Seuraavien 10 vuoden aikana toteutetaan monia hankkeita hallintokuntien yhteistyönä (Københavns Kommune 2015c). Kaupunginvaltuustolle ja terveys- ja hoivalautakunnalle raportoidaan vuosittain väestön terveystilanteesta, terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumisesta, toimenpideohjelmissä sekä seurantaindikaattoreiden kehityksestä (Københavns Kommune 2016b). Terveys- ja hyvinvointipoliittiset tavoitteet ja toimenpideohjelmat näkyvät Kööpenhaminan kaupungin talousarvioissa pääkohtina, toimintalinjauksina ja määrärahakohdennuksina (Københavns Kommune 2016c).

## 3.2 Väestön terveyserojen analysointi ja seuranta

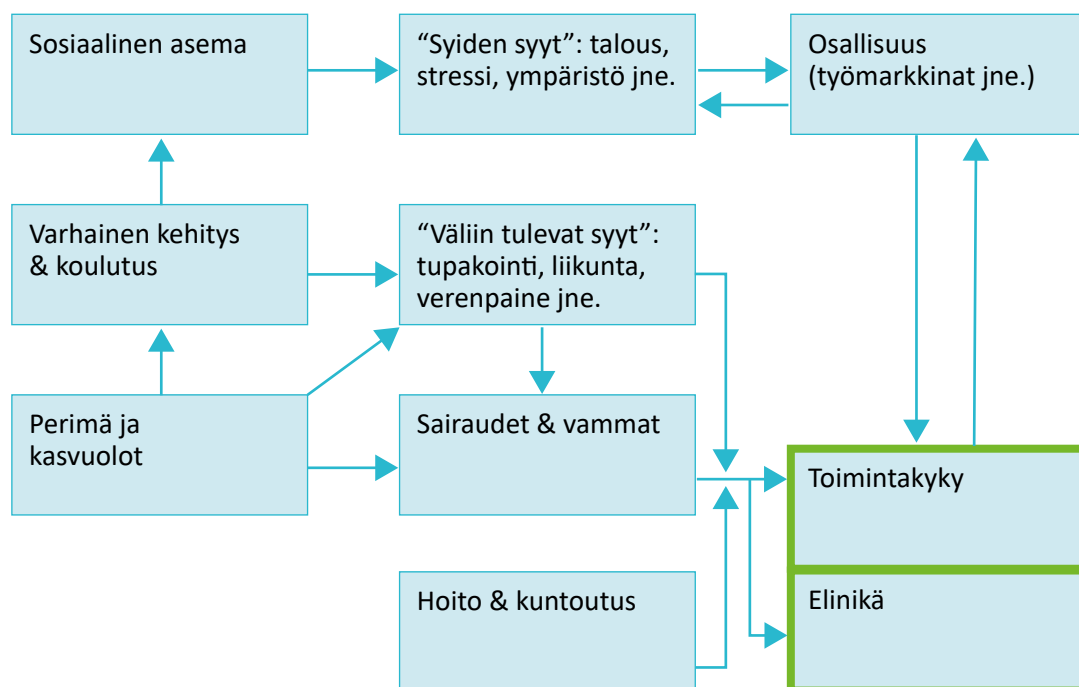
### Terveyserojen selitysmalli

Kööpenhaminan kansanterveysraportissa on sovellettu terveyden sosiaalisiin määrittäjiin liittyvää teoreettista viitekehystä. Väestön terveydentilan analyysi ryhmiteltiin raportissa viiteen osaan, jotka ovat keskimääräisen eliniän kehitys, sosiaaliset terveyserot, merkittävimpien kansansairauksien kehitys, terveyseroja luovat mekanismit sekä tehokkaat ennaltaehkäisevät toimenpiteet (Diderichsen et al. 2014a, 2014b). Tarkastelujen avulla pystyttiin

identifioimaan väestön terveyteen ja terveyseroihin liittyvät keskeiset ongelmat, joiden ratkaisemiseen tulisi löytää keinot terveystaloudessa.

Kansanterveysraportissa esitetään Kööpenhaminan oma terveyden sosiaalisiin määrittäjiin liittyvä terveyserojen selitysmalli, joka sisältää samoja elementtejä kuin aiemmin kuvattu WHO:n käsitteellinen viitekehys (WHO 2010). Toimintakykyyn ja elinikään vaikuttavat tekijät ja niiden keskinäiset vuorovaikutussuhteet on kuvattu - osittain vaikeaselkoisin käsittein - prosessinomaisena syyverkostona (kuvio 5). Selitysmallin lähtökohtana on tieto siitä, että sairauksien ja vammojen syntyyn vaikuttavat monet biologiset, fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset syyt. Tästä seuraa, että on vaikea arvioida yksittäisten tekijöiden vaikutuksia. Toisaalta tämä tarkoittaa sitä, että laajemmilla, ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä voidaan vähentää niiden tekijöiden vaikutusta, joihin ei voida suoraan vaikuttaa ja näin syntyy mahdollisuus vähentää terveyseroja, erityisesti heikoimmassa asemassa olevien parissa.

Kuvio 5. Syyverkosto sairauksien ja niiden seurauksien taustalla



Lähde: Diderichsen, F, Brønnum-Hansen, H & Schnohr, CW (2014): Folkesundheden i København 2014. Folkesundhedsrapport. Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Selitysmallin mukaan perimä ja kasvuolot sekä varhainen kehitys ja koulutus vaikuttavat yksilön saavuttamaan sosiaaliseen asemaan. Rakenteelliset tekijät eli "Syiden syyt", kuten taloustilanne, stressitekijät ja ympäristötekijät vaikuttavat eri sosiaalisessa asemassa olevien osallisuuteen, kuten työmahdollisuuksiin ja tätä kautta toimintakykyyn ja lopulta elinikään. On olemassa myös käänteinen vaikutussuhde, jossa toimintakyvyn alentuminen vähentää mahdollisuuksia osallisuuteen, kuten työllistymiseen. "Väliin tulevat syyt" eli välittävät tekijät, kuten esimerkiksi liikunta-aktiivisuus ja terveystietoisuus vaikuttavat sairastumisriskin lisäksi suoraan toimintakykyyn. Hoito- ja kuntoutustoimenpiteillä voidaan vaikuttaa lopulliseen toimintakykyyn ja elinikään. Kööpenhaminan terveyseroja analysoitiin selitysmallin pohjalta. Tarkastelunäkökulmia oli neljä: terveystietoisuuden riskitekijät, kasvu ja koulutus, työmarkkinat sekä fyysinen ympäristö. Näitä tarkasteltiin kaupunkitasolla, ilman aluevertailuja.

## Terveyserot

Kööpenhaminan kansanterveysraportti tutkii teoreettisen lähestymistavan mukaisesti mm. elinajanodotteen, kuolleisuuden ja sairastavuuden yhteyksiä sosiaaliin ja muihin taustatekijöihin. Keskeinen tulos on, että kööpenhaminalaisten keskimääräinen elinikä on noussut tasaisesti, mutta se on edelleen alhaisempi kuin muualla Tanskassa tai pohjoismaisissa suurkaupungeissa. Suurimpana syynä pidetään keski-ikäisen väestön muuta maata suurempaa kuolleisuutta. Vuosina 2008–2012 miesten keskimääräinen elinikä oli 74,3 vuotta ja naisten 79,7. Erot kaupungin 10 osa-alueen välillä olivat suuria sekä miehillä että naisilla. Kuolleisuuden alueellisten erojen katsotaan syntyvän asuntomarkkinoiden eriarvoisuuden sekä koulutus- ja tuloryhmien kuolleisuuserojen yhteisvaikutuksena. Kööpenhaminassa on määritelty kuusi niin kutsuttua haavoittuvaa aluetta, joilla on mm. matala koulutus- ja tulotaso, runsaasti työttömyyttä ja paljon maahanmuuttajataustaisia asukkaita. Näillä alueilla naisten ja miesten elinikä oli kaikkein alhaisin. Yllättävä havainto oli, että kuolleisuus oli suurempaa erityisesti Tanskassa syntyneiden kohdalla, kun ulkomailla syntyneiden kuolleisuus oli selvästi vähäisempää. Kuolinsyynä sydänsairaudet, syöpä ja tapaturmat olivat vähentyneet vuosina 1980–2011. Keuhkosairauksien osuus oli säilynyt korkealla tasolla ja alkoholiperäiset kuolinsyyt olivat lisääntyneet miehillä ja naisilla – erityisesti suuremman kuolleisuuden alueilla.

Eri koulutusryhmiin kuuluvien naisten ja miesten välillä oli eroja 30-vuotiaiden elinajanodotteessa, koetussa terveydessä ja 50-vuotiaiden jäljellä olevien elinvuosien toimintakyvyn tasossa. Erojen havaittiin liittyvän elämäntapoihin, kuten tupakointiin ja alkoholin käyttöön sekä lisääntyviin psyykkisiin sairauksiin työelämän ulkopuolella olevien asukkaiden parissa. Kansanterveysraportti nostaa esille syrjäytyneiden henkilöiden muuta väestöä alhaisemman eliniän ja joihinkin sairauksiin liittyvän monikertaisen kuolleisuuden, jotka alentavat väestön keskimääräistä elinikää. Arvio perustuu tanskalaiseen tutkimukseen, jonka mukaan syrjäytyneiden keskimääräinen elinikä oli vuosina 2007–2011 vain 57 vuotta. Näiden henkilöiden osuus väestöstä oli Kööpenhaminassa 0,6 %, kun heitä koko maassa oli 0,1 %.

Terveyserojen selitysmallia soveltamalla havaittiin molemmilla sukupuolilla koulutusryhmien välisiä eroja päivittäin tupakoivien osuuksissa ja alkoholin kulutuksessa. Havaittiin myös eroja tupakoinnin, alkoholin käytön ja ylipainon yhteyksistä odotettavissa olevaan elinikään, koettuun terveyteen ja mielenterveyteen. Liikunta-aktiivisuuden erojen todettiin olevan yhteydessä elinajan eroihin. Lasten kasvuolojen erojen tarkastelussa keskityttiin lapsikäyhyteen, kognitiivisen kehityksen ongelmiin sekä kesken jääneiden opintojen ja nuorten aikuisten varhaisen kuolemanriskin yhteyteen. Työelämän riskeistä tarkasteltiin huonojen työolojen vaikutuksia, työttömyyden ja huonon terveyden vastavuoroista suhdetta ja terveysriskejä, kuten sydänsairauksia. Yksinäisyys oli merkittävä riskitekijä, sillä 77 % yli 70-vuotiaista asui yksin.

### 3.3 Terveyspolitiikan seuranta

#### Terveyspoliittiset tavoitteet

Kööpenhaminan terveystalouden keskeinen sisältö on ilmaistu visiossa: ”Visiomme vuoden 2025 on Kööpenhamina, jonka asukkailla on maailman paras elämänlaatu – elämänlaatu, josta kaikkien kööpenhaminalaisten tulee voida nauttia. Vision toteuttamiseksi meidän on poistettava terveiserot siten, että kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet elää hyvä ja pitkä elämä”. Tavoitteet perustuvat tutkimustietoihin, joiden mukaan kööpenhaminalaisten elämänlaatu on heikompi ja elinikä on lyhyempi kuin muualla Tanskassa. Taustalla vaikuttaa myös tieto sosiaaliryhmien välisten terveystalouden kasvusta. Eroja ei pidetä hyväksyttävänä, koska ne vaikuttavat yksilöiden ja perheiden kehittymismahdollisuuksiin ja kaupungin sosiaaliseen eheyteen. Erojen kaventamisella halutaan luoda hyvät elinolosuhteet kaikille asukkaille, myös fyysisistä ja psyykkisistä sairauksista kärsiville (Københavns Kommune 2015c). Strategiassa, toimintasuunnitelmissa ja hankkeissa painotetaan asukkaiden arkielämää ja kansalaisuutta, tukea suurimmassa tarpeessa oleville, psyykkistä ja fyysistä terveyttä, laajaa yhteistyötä, kumppanuushankkeita kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä uuden tiedon tuottamista yhteistyössä asukkaiden, yliopistojen ja tutkijoiden kanssa.

#### Terveystalouden kokonaisuus ja seuranta

Terveystalouteen liittyvät johtamistyökalut eli seurannan kokonaisuus on kuvattu ensimmäisessä vuosiraportissa (Københavns Kommune 2016b). Seurannassa on kolme tasoa: päämäärät, toimintasuunnitelmat ja indikaattorit (kuviokuva 6). Visioon liittyy kolme päämäärää: Pidempi elämä, Hyvät elinvuodet ja Pienemmät terveiserot. Tavoitteiden toteuttamisesta raportoidaan neljän vuoden välein alueellisen terveystalouden tutkimuksen tulosten perusteella. Seuraava raportti valmistuu vuonna 2018.

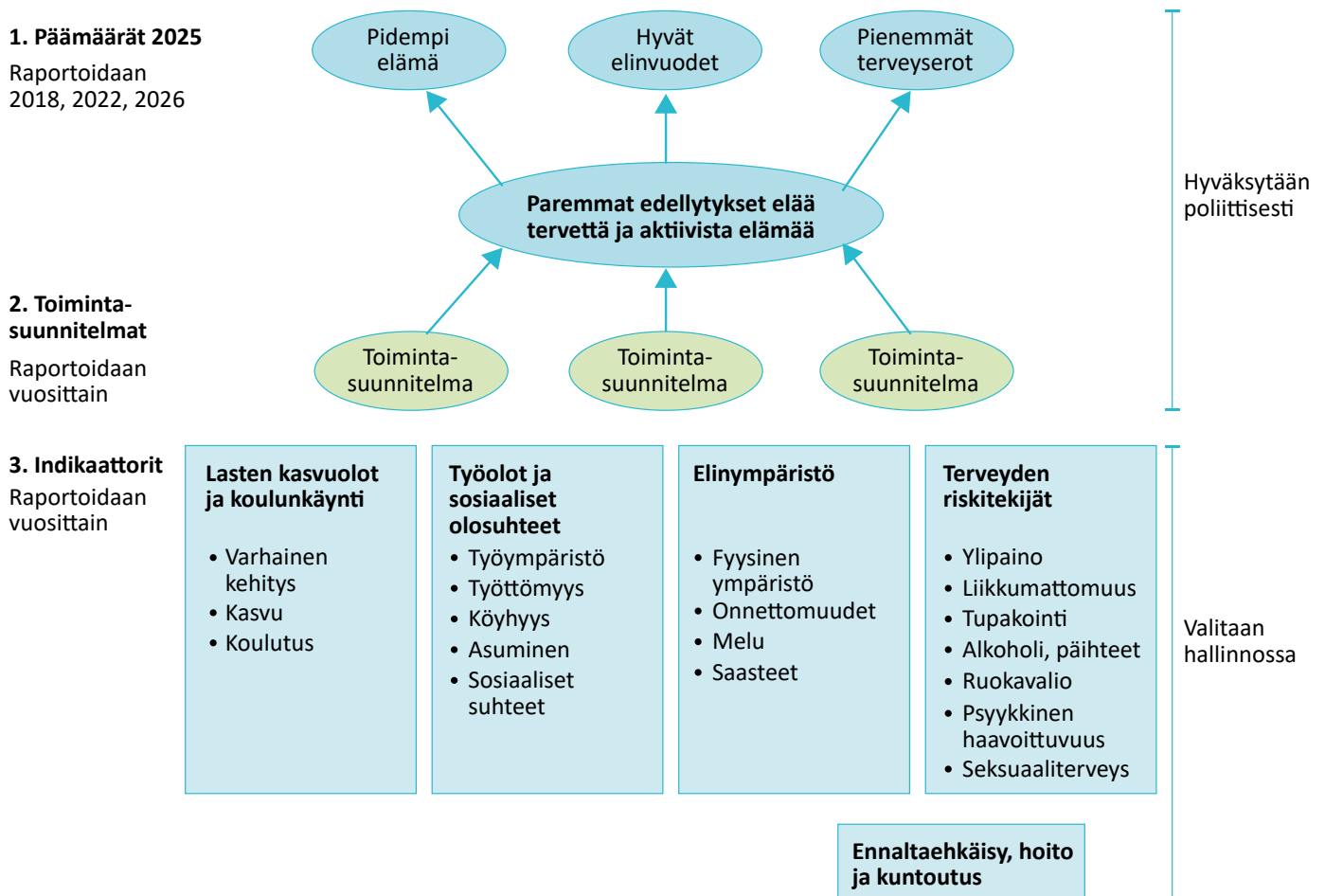
Toimintasuunnitelmien määrä tulee vaihtelevaan. Vuosille 2015–2018 on hyväksytty kaksi toimintasuunnitelmaa, jotka liittyvät mielenterveyteen sekä alkoholi- ja päihdeongelmiin. Vuonna 2016 käynnistyi diabetes-ohjelma. Lisäksi kokonaisuuteen kuuluu avoin kumppanuushanke ”Tupakoimaton Kööpenhamina 2025” (Københavns Kommune 2015c). Jokaiseen toimintasuunnitelmaan sisältyy useita tavoitteita, hankkeita ja seuranta-indikaattoreita, joista raportoidaan vuosittain kaupunginvaltuustolle. Lisäksi kaupungin talousarvioihin sisältyy pitkän aikavälin määrärahaohjelmia kaikille toimintasuunnitelmille.

Terveystalouden indikaattorit ovat seurannan kolmas taso. Niiden avulla seurataan vuosittain, edetäänkö suuntaan, joka tukee asukkaiden mahdollisuuksia elää terveenä. Indikaattorit on ryhmitelty viiteen klusteriin, jotka liittyvät aiemmin esitettyyn kuvausmalliin (kuviokuva 5). Jokaiseen klusteriin sisältyy monien hallintokuntien toimintaan liittyviä indikaattoreita. Lähtötilanteessa, vuonna 2015 indikaattoreita oli yhteensä 30 kappaletta. Klusterit ja niihin sisältyvät indikaattorit ovat:

1. Lasten kasvuolosuhteet ja koulunkäynti: seitsemän indikaattoria, jotka liittyvät pääosin lasten ja nuorten oppimistuloksiin, kouluviihtymiseen ja psyykkiseen tukeen.
2. Työolosuhteet ja sosiaaliset olosuhteet: neljä indikaattoria, jotka liittyvät sairauspoissaoloihin, erityisen tuen tarpeessa olevien koulutukseen ja työhön sekä köyhyyteen.

3. Elinympäristö: kolme indikaattoria, jotka liittyvät asuinalueiden liikenteen melurasi-  
tukseen, ilmansaasteisiin liittyviin ennenaikaisiin kuolemiin ja vakaviin liikenneon-  
nettomuuksiin.
4. Terveyden riskitekijät: kahdeksan indikaattoria, jotka liittyvät päivittäiseen tupakoin-  
tiin, nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön, yli 35-vuotiaiden huumeiden käyttöön,  
onnistuneesti päihdehoidon päättäneiden osuuteen, nuorten ”istumisharrasteisiin”  
ja kävely- tai pyöräilymatkojen osuuteen kaikista matkoista.
5. Ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus: kahdeksan indikaattoria, jotka liittyvät päivittäistä  
kuntoutusta saaneiden avuntarpeeseen, ennaltaehkäisevien toimenpiteiden piirissä  
oleviin, alkoholineuvonnan piirissä oleviin, alkoholin käytön vähentämiseen tai lo-  
pettamiseen hoidon jälkeen, stressikurssin osallistujiin sekä psyykkisten ongelmien  
vähentämiseen ennaltaehkäisyn keskusten asiakkailla.

**Kuvio 6. Kööpenhaminan terveystalouden seuranta**



Lähde: Københavns Kommune (2016b); Statusrapport 2015 for Københavns Kommunes sundhetspolitik 2015 – 2025 'Nyd livet, københavnere'. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen februar 2016. Figur 1.

# 4 TUKHOLMAN SOSIAALISEN KESTÄVYYDEN STRATEGIA

## 4.1 Johtamiskäytännöt

### Strategiaprosessi

Tukholman kaupunki on esimerkki hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen tähtäävästä, paikallisesta kehittämistyöstä Ruotsissa. Strategiaprosessi käynnistyi, kun Tukholman kaupungin vuoden 2015 talousarviossa asetettiin tavoitteeksi sosiaalisesti kestävä ja tasa-arvoinen kaupunki sekä kaupungin eriytymiskehityksen katkaiseminen (Stockholms stad 2014). Samalla määriteltiin neljä sosiaalisen kestävyyskehittämisen aluetta, joille strategiatyö ja muu kehittämistoiminta kohdentuu vuoteen 2018 saakka. Kehittämisaalueet ovat Kasvuolot ja koulutus, Työ ja toimeentulo, Asuminen ja kaupunkiympäristö sekä Demokratia ja turvallisuus.

Tukholman kaupungin visio vuoteen 2040 hyväksyttiin syksyllä 2015 (Stockholms stad 2015a). Kestävän kehityksen tavoitteet ja kaupungin sisäisten erojen analyysi vaikuttivat vision sisältöön. Strategia konkretisoidaan vuosittain kaupunginvaltuuston talousarviossa. Jokaista strategista päämäärää varten on hyväksytty vuosille 2016–2018 toiminnalliset tavoitteet sekä näihin liittyvät indikaattorit ja määrälliset vuositavoitteet vuoden 2016 budjetissa (Stockholms stad 2015b). Toimenpiteiden kuvaukset ja seurantatiedot esitetään kaupungin vuosikertomuksessa (Stockholms stad 2016a). Lisäksi lautakunta- ja toimintayksikkötasolle on konkretisoitu omat tavoitteet, joita seurataan.

### Sosiaalisen kestävyyskomitea

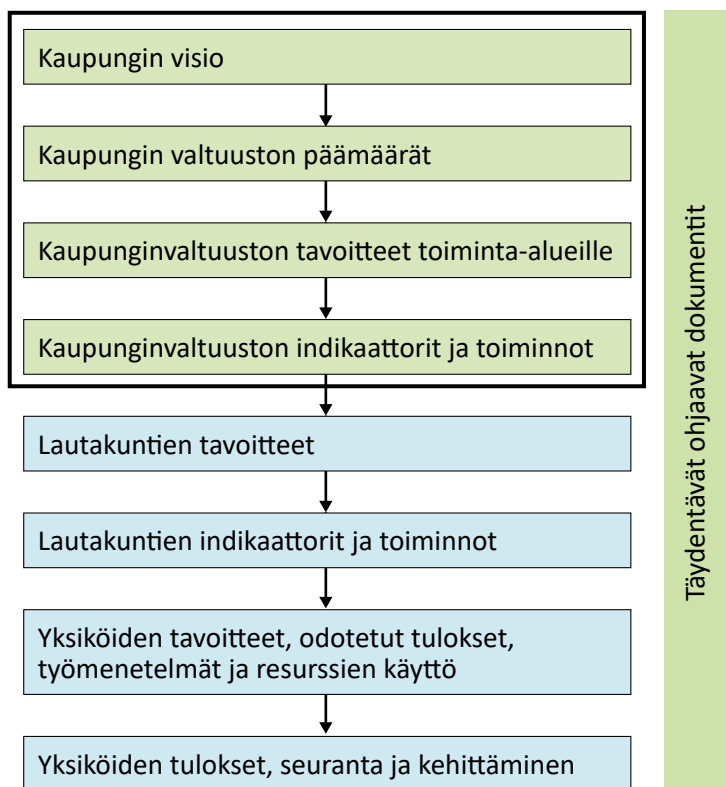
Vuoden 2015 budjetin hyväksymisen jälkeen asetettiin Sosiaalisesti kestävä Tukholma -komitea, jonka tulee vuoden 2017 loppuun mennessä laatia ehdotukset, kuinka Tukholma voi vähentää väestön elinoloihin ja terveyteen liittyviä eroja siten, että kaikkien tukholmalaisten hyvinvointi lisääntyy (Stockholms stad 2015c). Komitea on sijoitettu kaupungin keskushallintoon ja sen keskeisen organisaation muodostavat vetäjänä toimiva kestävyysjohtaja, neljä kehittämisjohtajaa, poliittinen tukiryhmä sekä hallinnollinen ohjausryhmä, jolle komitea raportoi vuosittain.

Komitea tukee strategista muutosta. Se tuottaa taustaraportteja ja toimenpidesuosituksia jo ennen varsinaista määräaikaa, jotta niitä voidaan hyödyntää joustavasti toiminnan kehittämisessä. Tästä seuraa, että kokonaisuutta ei ole helppo hahmottaa etenevän prosessin puitteissa. Tähän katsaukseen on koottu tilannekuvaus vuosien 2015 - 2016 julkaisujen pohjalta. Sosiaalisen kestävyyskomitean ensimmäinen osaraportti, ”Erojen Tukholma” ilmestyi kesällä 2015 (Stockholms stad 2015c). Se sisältää ensimmäisen kuvauksen Tukholman elinolojen eroista. Komitean ensimmäiset toimenpide-ehdotukset sisältävät nel-

jä osaraporttia sekä ehdotusten laadintaan liittyneet tieteelliset taustaraportit julkaistiin kevät-kesällä 2016 verkkojulkaisuna Möjligheternas Stockholm-sivustolla (Stockholms stad 2016b). Komitean kaikki elinoloja koskevat analyysit sekä toimenpide-ehdotukset kohdentuvat neljälle sosiaalisen kestävyden kehittämisalueelle.

Erillisen komitean asettaminen soveltuu Tukholman integroituun ohjausjärjestelmään, jossa päätöksentekoon liittyvien aineistojen rinnalla hyödynnetään myös muuta ohjaavaa aineistoa (kuvio 7). Ohjausjärjestelmä ILS on verkkopohjainen, kaikille toiminnan tasoille yhteinen, toiminnan ja talouden ohjaus- ja johtamisjärjestelmä.

**Kuvio 7.** Tukholman kaupungin integroitu ohjausjärjestelmä (ILS)



Lähde: Stockholms stad (2016a) Stockholms stads årsredovisning 2015. Stadsledningskontorets finansavdelning. Stockholms stad.

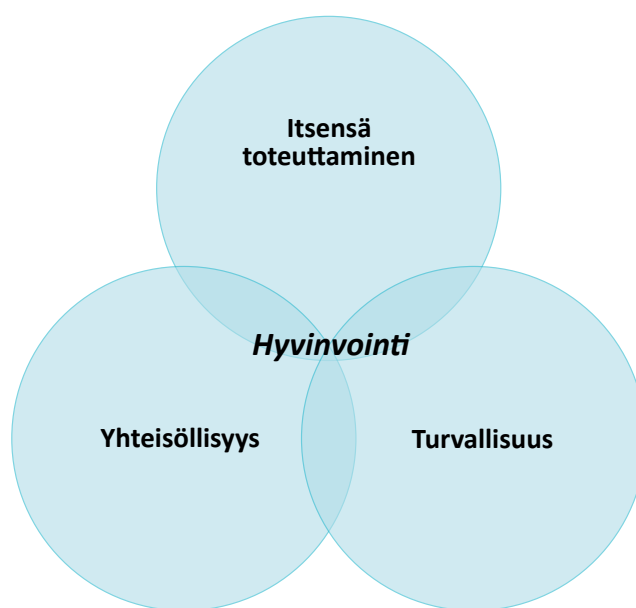


## 4.2 Väestön hyvinvointierojen analysointi ja seuranta

### Sosiaalisen kestävyden määrittely

Tukholman sosiaalisen kestävyden komitea hahmotteli ensimmäisessä raportissaan kestäväan kehityksen periaatteita (Stockholms stad 2015c). Sosiaalisesti kestäväan kehityksen päätavoitteena pidetään hyvinvointia (kuvio 8). Hyvään elämään tarvittavat, tärkeimmät inhimilliset pyrkimykset ja toiveet sisältyvät sosiaalisen kestävyden kolmeen tavoitealueeseen, jotka ovat itsensä toteuttaminen, yhteisöllisyys ja turvallisuus. Kaupungin tulee luoda kaikille tukholmalaisille mahdollisuus kehittyä omista lähtökohdistaan ja saavuttaa hyvä elämä. Sosiaalisessa kestävydessä on kyse niiden elinehtojen jakautumisesta, jotka vaikuttavat hyvinvointiin sekä hyvinvoinnin kokonaisasteeseen yhteiskunnassa. Yhteiskunnan resurssit jaetaan tavalla, joka antaa useimmille mahdollisuuden toteuttaa elämänsä koulutuksen, työn ja toivotun laatuisten asumisen kautta. Se tarkoittaa myös sitä, että sosiaalinen yhteenkuuluvuus ja yhteisöllisyys vahvistuvat, kun monet ovat osallisia yhteiskuntakehityksessä. Lisäksi siihen kuuluu, että ihmisten turvallisuuden tarve varmistetaan.

Kuvio 8. Tavoitealueet sosiaalisen kestävyden lisäämiseksi



Lähde: Stockholms stad (2015c). Skillnadernas Stockholm. Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stadsledningskontoret, Stockholms stad.

Komitean mukaan hyvinvointia ei voida kuvata vain koettuna hyvinvointina. Tarvitaan arviointitapa, joka ottaa huomioon, mitä todellisia kykyjä ja toimintamahdollisuuksia ihmisillä on toivotun elämän toteuttamiseksi. Yhteiskunnalla ja politiikalla on keskeinen vaikutus näihin toimintamahdollisuuksiin ja olosuhteisiin. Hyvinvoinnin kannalta keskeisiä tekijöitä ovat koulutus, työ, asuminen, materiaallinen elintaso, ihmissuhteet, poliittinen vaikuttaminen, osallisuus, turvallisuus ja elinympäristö.

Terveyttä pidetään hyvinvoinnin ratkaisevana osatekijänä, mutta sitä ei painoteta samalla tavalla kuin esimerkiksi Malmön tai Göteborgin vastaavissa hankkeissa (Stigendahl & Östergren 2013). Tukholma edustaa näin hyvinvointiajattelua, jossa terveyttä tarkastellaan hyvinvoinnin tärkeimpiin kuuluvana osatekijänä, joka on sekä itseisarvoinen päämää-

rä että myös resurssi muiden hyvinvoinnin kannalta tärkeiden resurssien, kuten tulojen ja koulutuksen hankkimiseen.

Sosiaalinen kestävyys nähdään yhteiskunnan kykynä vahvistaa sosiaalista koheesiota tyydyttämällä ihmisten pyrkimyksiä turvallisuuteen, vapauteen, kehittymiseen, oikeudenmukaisuuteen ja tunnustuksen saamiseen. Sosiaalisten sopimusten vahvuus perustuu kykyyn käsitellä tavoiteristiriitoja, joita on olemassa edellä mainittujen pyrkimysten välillä. Hyvä talouskehitys luo edellytykset sosiaalisesti ja ekologisesti kestäväälle kehitykselle. Yleisen tulotason lisäksi väestöryhmien välisellä tulojaolla on merkitystä terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Erojen kaventaminen parantamalla sosioekonomisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien elinoloja vaikuttaa myönteisesti yksilöihin ja koko yhteiskuntaan. Hyvä terveys ja hyvinvointi luovat kasvavaa osaamispääomaa ja tuottavuutta. Komitea toteaa kuitenkin, että tällä hetkellä Ruotsissa ja Tukholmassa puuttuu tietoa huonon terveyden ja sosiaalisten ongelmien kustannusvaikutuksista.

Sosiaalisen kestävyuden tavoitteet on konkretisoitu neljälle sosiaalisen kestävyuden kehittämisalueelle Tukholman elinolojen erojen analyysissä sekä sosiaalisen kestävyuden komitean ensimmäisissä kehittämisohjelmakuvissa (taulukko 2). Komitea kertoo keskittyneensä kaikilla kehittämisalueilla teemoihin, jotka ovat keskeisiä ihmisten itsensä toteuttamisen ja elämismahdollisuuksien kannalta.

Taulukko 2. Sosiaalisen kestävyuden tavoitteiden konkretisointi sosiaalisen kestävyuden kehittämisalueille

Sosiaalisen kestävyuden komitean esitykset	Sosiaalisen kestävyuden kehittämisalueet			
	1. Kasvuolot & koulutus	2. Työ & toimeentulo	3. Asuminen & kaupunkiympäristö	4. Demokratia & turvallisuus
<b>1. Elinolojen erojen indikaattoreiden teemat</b>	Perheiden toimeentulo, koulujen oppimistulokset, osallistuminen kulttuuri- ja liikuntaharrasteisiin	Työllisyys, koulutus, toimeentulo	Kaupunginosien houkuttelevuus ja luonne, asuntopolitiikka ja segregatio, ahtaasti asuminen	Demokraattinen osallistuminen, luottamus ihmisiin ja viranomaisiin, koettu turvallisuus
<b>2. Sosiaalisen kestävyuden tavoitteet</b>	Hyvät elinolot, hyvä koulutus, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus	Ansiotyö, toimeentulo, kyky huolehtia itsestä ja lähimmäisistä, työyhteisö, kehittämismahdollisuudet, vaikuttaminen, vapaus, itsenäisyys	Fyysinen kehittäminen, vaikutus ihmisten elämismahdollisuuksiin, sosiaalisesti ehyt ja sekoittunut kaupunki	Yhteenkuuluvuus, osallisuus, vaikuttamismahdollisuudet, luottamus, sosiaalinen eheys, turvallisuuden tunne, riskien vähentäminen
<b>3. Kehittämisohjelmien teemat</b>	Valtakunnallisten tavoitteiden asettelu, koulu-segregatio, motivaatio ja koulun keskeyttäminen, maahanmuuttajien vastaanottaminen, tuki oppimiselle, arviointi	Opintojen loppuun saattaminen, aikuis-koulutuksen kansalaisyhteiskuntaan liittyvät tehtävät, opiskelun taloudelliset edellytykset, yhteistyö työvoimahallinnon kanssa	Sosiaalisesti kestävä kaupunkisuunnittelu, paikallisten toimijoiden osallistuminen, työkalut, kaupunkitilanalyysit	Kansalaisyhteiskunnan edellytykset, järjestöavustusten käsittely, kohtaamispaikat, kansalaisyhteiskuntaa kuvaava tietopohja, yhteistyö uusien sosiaalisten liikkeiden ja verkostojen kanssa

Seuraavissa luvuissa kuvataan elinolojen eroja koskenutta selvitystä sekä sosiaalisen kestävyden komitean ensimmäisiä toimenpide-ehdotuksia.

## Elinolojen erot

Sosiaalisen kestävyden komitean tehtävänä on analysoida elinehtojen eroja väestöryhmi- en ja maantieteellisten alueiden välillä, tunnistaa ja kehittää toiminnallisia tavoitteita sosiaalisesti kestävästä Tukholmaa varten sekä laatia ehdotuksia strategioiksi ja toimenpiteiksi, joilla eroja kavennetaan neljällä kehittämisalueella. Lisäksi komitean tulee laatia ehdotus, miten elinolojen kehityksen eroja mitataan ja seurataan kaupungin ohjausjärjestelmässä.

Komitean ensimmäinen raportti sisältää kuvauksen sosiaalisen kestävyden näkökulmasta merkittävimmistä eroista (Stockholms stad 2015c). Jokaiselle sosiaalisen kestävyden kehittämisalueelle sekä hyvinvoinnin ja terveyden kuvaamiseen on valittu muutamia muuttujia, jotka ovat olennaisia ihmisten itsensä toteuttamisen ja elämismahdollisuuksien kannalta. Eroja on tarkasteltu suhteessa maantieteellisiin alueisiin, ikään, sukupuoleen, koulutustasoon, etniseen taustaan ja ajalliseen muutokseen. Maantieteellinen vertailu perustuu Tukholman kaupungin sisäiseen aluejakoon, joka käsittää 14 osa-alueita, joihin kuuluu yhteensä 133 kaupunginosaa (130 asuttua). Analyysit on tehty sillä kaupungin aluejaon tasolla, joka on kulloinkin ollut mahdollista. Työssä on hyödynnetty muiden asiantuntijaorganisaatioiden, kuten Sweco Strategyn ja Tukholman läänin tuottamaa tietoa sekä Ruotsin valtakunnallista kansanterveystutkimusta. Analyysiä on tarkoitettu syventämään jatkotyöskentelyssä. Väestön elinolojen erojen analysoinnissa käytetyt indikaattorit on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 5.

## Hyvinvointi ja terveys

Hyvinvointi- ja terveyserojen kuvaamisessa on sovellettu terveyden sosiaalisiin määrittäjiin liittyvää lähestymistapaa. Tärkein ulottuvuus oli keskimääräisen elinajan ja elinajanodotteen kehittyminen sekä näissä havaitut erot sukupuolten, koulutusryhmien ja kaupungin osa-alueiden välillä (Stockholms stad 2015c). Toisen ulottuvuuden muodostivat sairastavuudessa ja koetussa terveydessä havaitut erot. Kolmas näkökulma oli lasten suunterveys.

Vertailun tuloksena todettiin, että keskimääräinen elinikä oli kasvanut: se oli vuonna 2013 naisilla 84,2 vuotta ja miehillä 80,7 vuotta. Ääripäiden eli Östermalmin naisten ja Skärholmenin miesten välinen ero oli kahdeksan vuotta. Naiset kokivat yleisesti terveytensä paremmaksi. Kaupunginosien välillä oli selviä eroja: terveytensä huonoksi kokevia oli heikoimmalla alueella 38 %, kun parhaimmalla alueella heitä oli 16 %. Koulutustaso oli alueellisia eroja parhaiten selittävä tekijä. Alueelliset erot alle kolmivuotiaiden lasten kariesvauriossa olivat suuria. Kokonaisarviona todettiin, että alueelliset hyvinvointi- ja terveyserot olivat kasvaneet Tukholmassa.

## Kasvuolot ja koulutus

Tukholman lasten ja nuorten elinolojen eroja analysoitiin selvityksessä kolmesta näkökulmasta, joita olivat perheiden taloudelliset edellytykset, oppimistulokset ja vapaa-ajan harrasteet (Stockholms stad 2015c). Oppimistulosten alueellisia ja koulujen välisiä eroja

kuvasivat 9. luokan oppilaiden keskiarvot sekä muutamat lukiokelpoisuuteen ja lukioon siirtymiseen liittyvät indikaattorit.

Vertailun tuloksena havaittiin alueellisia eroja lapsiperheiden köyhyysriskissä, toimeentulotuen käytössä sekä absoluuttisessa köyhyydessä elävien lasten lukumäärässä ja suhteellisissa osuuksissa. Suurin aluekohtainen köyhyysriskissä olevien perheiden osuus oli 42 % ja pienin 2 %. Lukioon siirtyvien osuuksien ääripäät olivat 94 % ja 78 %. Myös kulttuuri- ja liikuntaharrastuksiin osallistumisessa havaittiin alueiden ja sukupuolten välisiä eroja. Työillä harrastuksiin osallistuvien osuudet vaihtelivat alueellisesti 14 ja 57 prosentin välillä.

## Työ ja toimeentulo

Kuvaukseen valittiin kolme näkökulmaa: työllisyys, koulutustaso ja tulot. Työllisyyttä kuvasivat kaupunginosien väliset ansiotyössäkäyvien suhteellisten osuuksien erot (Stockholms stad 2015c). Muita indikaattoreita olivat työssä olevien naisten ja miesten osuus työikäisistä sekä maahanmuuttajien työllisyysaste maassaoloajan mukaan. Lisäksi kuvattiin työn, koulutuksen tai muun toiminnan ulkopuolella olevien nuorten suhteellisten osuuksien kehitystä. Näitä täydensivät naisten ja miesten alueelliset erot työttömien sekä pitkäaikaistyöttömien osuuksissa. Väestön koulutustason alueelliset eroja kuvaavia indikaattoreita olivat eri koulutustasoille sijoittuvien osuus, lukion jälkeisen koulutuksen omaavien osuus sekä nk. lyhyen tai pitkän koulutuksen omaavien osuudet parhaimmissa ja heikoimmissa kaupunginosissa. Lisäksi tarkasteltiin aktivointiohjelmissa olevien ja varsinaisten työttömien osuuksien eroja koulutusryhmittäin. Toimeentuloeroja kaupunginosien välillä analysoitiin vertailemalla keskitulojen suhteellista kasvua, asukaskohtaisten tulojen kehitystä sekä naisten ja miesten työtuloja. Lisäksi vertailtiin toimeentulotukea saaneiden, työikäisten suhteellisia osuuksia heikoimmissa ja parhaimmissa kaupunginosissa sekä turvallisuuskyselyssä toimeentulovaikeuksista kertoneiden suhteellisia osuuksia.

Vertailun tuloksena todettiin, että ansiotyössäkäyvien suhteelliset osuudet vaihtelivat alueellisesti 88 prosentista 50 prosenttiin. Vuonna 2014 joka toinen työtön oli pitkäaikaisytyötön, osuudet olivat nousseet eniten korkean työttömyyden alueilla. Kehitys kohtasi naisia miehiä voimakkaammin. Maahanmuuttajien työllisyyden havaittiin parantuvan maassaoloajan kasvaessa. Kaikkiaan Tukholman työllisyystilanne ja tulotaso olivat muuta maata parempia, mutta erot kaupunginosien välillä olivat suuria. Koulutustaso oli noussut koko kaupungissa, mutta korkeakoulutettujen osuus väestöstä vaihteli alueellisesti – ääripäiden osuudet olivat 86 % ja 23 %.

## Asuminen ja kaupunkiympäristö

Tukholman tilannetta kuvattiin selvityksessä kolmesta näkökulmasta, joita olivat kaupunginosien houkuttelevuus, asuntopolitiikka ja segregatio sekä ahtaasti asuminen (Stockholms stad 2015c). Asuntojen alueellisten hintaerojen lisäksi arvioitiin kaupunginosien laadullisia eroja. Kaupunginosat jaettiin neljään erilaiseen kaupunginosatyyppiin, joiden sijoittumista vertailtiin Kaupunkilaadun indeksin sekä Sosioekonomisen indeksin muodostamassa nelikentässä. Asuntopolitiikan ja segregation alueellisia eroja kuvattiin asuntojen ja väestön määrän kasvun keskinäisellä suhteella, eri omistusmuotoon kuuluvien asuntojen määrän kehityksellä sekä keskimääräisellä jonotusajalla vuokra-asuntoon eri kaupunginosatyypeissä. Lisäksi tarkasteltiin erikseen sosioekonomisesti heikkoja kaupunginosia, joissa asuttiin kaikkein ahtaimmin.

Vertailun tuloksena todettiin, että tukholmalaisilla on eriarvoiset mahdollisuudet päästä erilaisiin kaupunkitoimintoihin, koska heikoimmissa kaupunginosissa on vähemmän palveluja, työpaikkoja, joukkoliikennettä, puistoja ja julkisia tiloja. Asuntopula oli huomattava ja koski erityisesti heikkoja ryhmiä ja nuoria. Maantieteellisen segregaaation arvioitiin tutkimustiedon perusteella lisääntyneen. Vuokra-asuntojen osuus oli vähentynyt vuosina 1998–2014 62 prosentista 40 prosenttiin, vähennystä oli tapahtunut erityisesti korkeiden asuntohintojen alueilla.

## Demokratia ja turvallisuus

Tukholman tilannetta kuvattiin selvityksessä kolmesta näkökulmasta (Stockholms stad 2015c). Demokraattisen osallistumisen eroja kuvattiin alueellisella äänestysaktiivisuudella sekä vertailemalla äänestysprosenttien kehitystä suurimman ja vähäisimmän osallistumisen kaupunginosissa sekä sukupuolten ja eri ikäryhmien välillä. Toinen näkökulma oli asukkaiden luottamus kanssaihmiin ja viranomaisiin, joihin liittyviä eroja tarkasteltiin asuinalueiden lisäksi myös koulutusryhmien välillä. Koetun turvallisuuden eroja kuvattiin itsensä asuinalueellaan turvattomiksi kokevien suhteellisen osuuden eroilla sekä tarkastelemalla naisten ja miesten kokemuksia seitsemässä, kaikkien turvattomimmaksi koetussa kaupunginosassa.

Vertailun tuloksena todettiin, että äänestysprosentit olivat koko kaupungissa kasvaneet, mutta ne olivat alentuneet alhaisen äänestysosallistumisen alueilla. Alueelliset ääripäät äänestysprosentteissa olivat 94,8 % ja 40,8 %. Luottamuksen arvioitiin kasvaneen, koska vähäisen luottamuksen osuudet olivat pienentyneet sekä miehillä että naisilla vuosina 2002–2014. Korkeammin koulutetut kokivat enemmän sosiaalista luottamusta. Ilmaistu vähäinen luottamus paikallisiin viranomaisiin vaihteli alueellisesti noin 25 prosentista 10 prosenttiin. Turvattomiksi itsensä kokevien naisten osuudet vaihtelivat 40 prosentista alle yhteen prosenttiin. Lisäksi tarkasteltiin kaupunginosittain tahallaan syytettyjen tulipalojen määrää eri kaupunginosissa sekä asukkaiden kokemusta näistä tapahtumista.

### 4.3 Sosiaalista kestävyttä lisäävien toimenpiteiden seuranta

Toimenpiteiden seurannan tarkastelussa tulee esille Tukholman sosiaalisen kestävyuden hankkeen keskeneräisyys sekä toteutuksen kaksitahoisuus, joka liittyy hallinto-organisaation ja kestävyyskomitean toimintaan. Strategisen johtamisen puolella on rakennettu perinteinen seurantajärjestelmä kaupungin ohjausjärjestelmään, kun komitean puolella on vasta tehty ensimmäiset toimenpide-ehdotukset.

#### Kaupunkistrategian toimenpiteiden seuranta

Tukholman kaupungin uusi visio ”Vision 2040 – Ett Stockholm för alla” on monimerkityksellinen ja voidaan suomentaa esimerkiksi ”Kaikkien Tukholma” tai ”Yhteinen Tukholma kaikille”. Visio kokoaa yhteen päämäärät ja keinot, joilla halutaan vastata voimakkaasti kasvavan kaupungin haasteisiin (Stockholms stad 2015a). Väkiluvun ennustetaan nousevan 1,3 miljoonaan asukkaaseen vuoteen 2040 mennessä, mikä tuo mukanaan monia ratkaistavia kysymyksiä.

Visio 2040 sisältää neljä strategista päämäärää vuoteen 2018, joille on asetettu omat tavoitteensa:

- Sosiaalisesti kestävä Tukholma
- Ilmastoviisas Tukholma
- Taloudellisesti kestävä Tukholma
- Demokraattisesti kestävä Tukholma.

Visio-asiakirjassa käytetään sosiaalisen kehityksen päämäärästä otsikkoa ”Ett Stockholm som håller samman”, joka voidaan kääntää joko Sosiaalisesti eheä Tukholma tai Sosiaalisesti kestävä Tukholma. Tekstissä todetaan, että ”Tukholma on kaupunki, joka saa kaikki kasvamaan. Täällä kaikilla lapsilla ja aikuisilla on tulevaisuudenuskoa ja mahdollisuuksia toteuttaa omaa elämäänsä. Tukholma on sosiaalisesti eheä kaupunki, joka kuhisee elämää ja toimintaa kaikissa kaupunginosissa. Julkiset hyvinvointipalvelut ovat elämänlaadun ja turvallisuuden perusta tukholmalaisille kaikissa elämän vaiheissa” (Stockholms stad 2015a). Päämäärään liittyy neljä pitkän aikavälin tavoitetta: Hyvä koulu kaikille, Hyvinvointi, joka antaa tasa-arvoiset elämisen mahdollisuudet, Liikunnan, kulttuurin ja vapaa-ajan toimintojen runsas tarjonta sekä Elävä kaupunki, jossa kaikki voivat asua.

Pitkän aikavälin tavoitteet on konkretisoitu seuraaviksi tavoitteiksi kaupunginvaltuuston talousarviossa vuosille 2016–2018 (Stockholms stad 2015b):

1. Kaikilla Tukholman lapsilla on hyvät ja tasa-arvoiset kasvuolosuhteet
2. Varhaiset sosiaaliset panostukset luovat tasa-arvoiset elinmahdollisuudet kaikille
3. Tukholma on kaupunki, jossa on elävät ja turvalliset kaupunginosat
4. Tukholma on runsaan asuntorakentamisen kaupunki, jossa kaikki voivat asua
5. Tukholmassa on runsas urheilu- ja vapaa-ajan palvelujen tarjonta, joka on kaikkien saavutettavissa
6. Kaikilla tukholmalaisilla on lähellä mahdollisuus kulttuuriin ja omaan luovaan toimintaan
7. Kaikilla ikäihmisillä on turvallinen vanhuus ja he saavat korkealaatuisia vanhuspalveluja

Jokaista tavoitetta varten on hyväksytty valtuusto- ja lautakuntatason indikaattorit vuosille 2016–2018. Indikaattorit perustuvat kaupungin palveluja koskeviin toimintatietoihin, henkilöstöä koskeviin tietoihin sekä erilaisiin asukas- ja asiakaskyselyihin. Kaupunginvaltuuston indikaattorit on esitetty liitteessä 6. Jokaiseen tavoitteeseen liittyen on käynnissä monia hankkeita, joiden toteutumista seurataan kaupungin vuosikertomusten yhteydessä monitasoiseen arviointiin ja indikaattoritietoon perustuen (Stockholms stad 2016a).

## Komitean toimenpide-ehdotukset sosiaalisen kestävyden lisäämiseksi

Sosiaalisen kestävyden komitean ensimmäisissä osaraporteissa lähtökohtana on se, että toimenpide-ehdotukset kohdentuvat pääosin kaupungin omaan toimintaan ja ne perustuvat riippumattomaan, tieteelliseen tutkimukseen sekä kaupungin toimintojen nykytilanteen analyysiin. Jokaisella kehittämisalueella keskitytään tekijöihin, jotka ovat keskeisiä ihmisten itsensä toteuttamisen ja elämismahdollisuuksien kannalta. Toimenpide-ehdotuksilla pyritään vahvistamaan sosiaalisen kestävyden tavoitteiden saavuttamista. Hyvinvointi ja terveys nähdään sosiaalista kestävyttä kuvaavina päämäärinä tai tuloksina, siksi komitea ei ole julkaissut hyvinvointia ja terveyttä koskevaa osaraporttia tai toimenpidesuosituksia.

## Kasvuolot ja koulutus

Kehittämisaalueen lähtökohtana on se, että hyvä koulutus, hyvät elinolot sekä sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus ovat ratkaisevia edellytyksiä, jotta lapset ja nuoret voisivat toteuttaa omia toimintamahdollisuuksiaan aikuisena ja elää terveenä. Osaraportti ”Koulu, jossa kaikki voivat onnistua” (Andersson et al. 2016) asettaa tavoitteeksi tasa-arvoisen ja korkeatasoisen koulutuksen. Raportti keskittyy hyvien oppimistulosten rakenteellisiin edellytyksiin. Se kuvaa oppimistulosten eroja suhteessa maahanmuuttajataustaan, vanhempien koulutustasoon ja koettuun terveyteen sekä tunnistaa haasteita koulutustavoitteiden saavuttamiselle. Suosituksissa on otettu huomioon myös tieteellisen taustaraportin tulokset (Bunar 2015).

Toimenpide-ehdotukset liittyvät seuraaviin aihealueisiin: valtakunnalliseen tavoiteaseteluun vaikuttaminen, koulusegregaation vähentäminen, opiskelumotivaation vahvistaminen ja keskeyttämisten vähentäminen, maahanmuuttajien vastaanottamisen kehittäminen, hyviä oppimistuloksia tukevan lähiympäristön kehittäminen sekä koulutuksen arvioinnin ja analysointituen vahvistaminen.

## Työ ja toimeentulo

Kehittämisaalueen lähtökohtana on se, että mahdollisuus ansiotyöhön ja kohtuulliseen toimeentuloon ovat edellytyksiä, jotta ihmiset voivat toteuttaa tavoitteitaan elämässä. Kyky huolehtia itsestä ja läheisistä antaa mahdollisuuksia parempaan elämään. Työssä on kyse työyhteisöstä, kehittymismahdollisuuksista, yhteisöön vaikuttamisesta, vapaudesta ja lisääntyneestä itsenäisyydestä. Osaraportti ”Kaikkien oikeus tietoon. Vähän koulutetut ja aikuiskoulutus” (Ibrahim et al. 2016) tarkastelee ilman lukiokoulutusta olevien, vähän koulutettujen ihmisten tilannetta sekä sitä, kuinka heidät voitaisiin saada kaupungin aikuiskoulutuksen piiriin jatkamaan opintojaan ja vahvistamaan omaa asemaansa työmarkkinoilla. Raportti nojaa aihetta koskevaan tilastaselvitykseen (Sweco 2015) ja tieteelliseen taustaraporttiin (Fejes 2015).

Toimenpide-ehdotukset liittyvät seuraaviin aihealueisiin: opiskeluvaihtoehdon valinnan edistäminen, opintojen loppuunsaattamisen mahdollistaminen, aikuiskoulutuksen demokraattisten ja kansalaisyhteiskuntaan liittyvien tehtävien vahvistaminen, opiskelun taloudellisten edellytysten luominen vähän koulutetuille, seurannan ja arvioinnin vahvistaminen sekä yhteistyön lisääminen työvoimahallinnon kanssa.

## Asuminen ja kaupunkiympäristö

Kehittämisaalueen lähtökohdat ovat paitsi periaatteellisia myös ajankohtaisia, koska keväällä 2016 oli käynnissä Tukholman kaupungin yleiskaavan uusiminen. Yleiskaava pidetään kaupungin tärkeimpänä ohjausdokumenttina, jolla on fyysisen kehittämisen lisäksi suuri merkitys myös ns. pehmeille sektoreille. Se vaikuttaa työmahdollisuuksiin, virkistykseen, koulutukseen ja ihmisten mahdollisuuksiin tavata toisiaan. Siksi yleiskaavasunnittelussa on suuntauduttu sosiaalisen kestävyuden lisäämiseen, erityisenä painopisteenä on ollut sosiaalisesti ehyt ja sekoittunut kaupunki. Osaraportti ”Jakautuneesta kaupungista eheytyneeseen kaupunkiin. Sosiaalista kestävyttä tukeva kaupunkisuunnittelu” (Dahlin 2016) esittää, että kaupunkisuunnittelun avulla tulee luoda lisää kohtaamispaikkoja ihmisille, sekoittumista kaupunginosien kesken sekä samalla tunnistaa maantieteellisesti segregoituneet alueet ja suunnata niille rakentamista. Myös yhteistyötä kuntien kesken tulisi lisätä.

Toimenpide-ehdotukset perustuvat tieteelliseen taustaraporttiin (Legeby et al. 2015) ja ne liittyvät seuraaviin aihealueisiin: sosiaalisesti kestäväään kaupunkisuunnitteluun liittyvän osaamisen kehittäminen, paikallisten toimijoiden osallistumisen vahvistaminen kaupunkisuunnittelussa sekä sellaisten työkalujen kehittäminen, jotka ohjaavat kaupunkisuunnittelua kohti tasa-arvoista ja ehyttä kaupunkia (esimerkkeinä pilottimalli sosiaalisten arvojen analysointiin) sekä kaupunkitila-analyysien käyttö kehittämiskohteiden tunnistamiseen.

## Demokratia ja turvallisuus

Kehittämisaalueen lähtökohtana on tieto siitä, että yhteenkuuluvuuden tunne sekä osallisuus ja vaikuttamismahdollisuudet ovat erittäin tärkeitä ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden kannalta. Suuri luottamus ihmisten välillä (horizontaalinen luottamus) ja viranomaisia kohtaan (vertikaalinen luottamus) edistävät sosiaalista eheyttä, vähentävät sosiaalisten levottomuuksien riskiä ja vaikuttavat ihmisten turvallisuuden tunteeseen. Yhteiskuntaan liittymisen muodot ovat muutoksessa: puolueiden ja järjestöjen jäsenmäärät laskevat ja uudet osallistumisen muodot lisääntyvät. Osaraportti ”Kaupunki yhteistyössä. Tukholman kaupunki ja kansalaisyhteiskunta” (Löfvenius 2016) sisältää tieteelliseen taustaraporttiin (Wallman et al. 2015) perustuvan ruotsalaisen kansalaisyhteiskunnan toiminnan kuvauksen. Raportissa analysoidaan lisäksi Tukholman kaupungin yhteistyötä kansalaisyhteiskunnan toimijoiden kanssa muutamien tutkimusten sekä OpenLabs-ohjelmassa syksyllä 2015 tuotetun, ruohonjuuritason yhteistyötä arvioivan raportin (Dipesh Dugar et al. 2016) pohjalta.

Toimenpide-ehdotukset liittyvät seuraaviin aihealueisiin: tasa-arvoisten edellytysten luominen paikallista kansalaisyhteiskuntaa varten, järjestöavustusten käsittelyn laadunvarmistaminen ja tehostaminen, yhteistyön kehittäminen uusien sosiaalisten liikkeiden ja verkostojen kanssa, kohtaamispaikkojen perustamisen tukeminen, paikallista kansalaisyhteiskuntaa kuvaavan tietopohjan syventäminen sekä innovatiiviset kokeiluprojektit, joilla edistetään ”siltoja rakentavaa” sosiaalista pääomaa ja luottamusta paikallisyhteisöissä.



## 5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuskatsauksessa selvitettiin Kööpenhaminan ja Tukholman kaupunkien uusimpia, terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen tähtääviä hankkeita. Kööpenhaminassa tarkastelun kohteena oli kaupungin terveyspolitiikka vuosille 2015–2025 sekä vuoden 2014 kansanterveysraportti. Tukholmassa tarkastelun kohteena oli kaupungin sosiaalisen kestävyyden lisäämiseen tähtäävä hanke, joka koostuu Tukholman kaupunkistrategian tavoitteista ja toimenpiteistä sekä Sosiaalisesti kestävä Tukholma-komitean analyyseistä ja toimenpide-ehdotuksista. Strategiaohjelma kattaa vuodet 2016–2018, kun komitean toimiaika sijoittuu vuosille 2015–2017.

Kaupunkien tutkimusaineisto koostuu julkisista päätösasiakirjoista, suunnitteluasiakirjoista, raporteista ja verkkoaineistoista, mikä rajaa käytettävissä olevan tiedon melko yleiselle tasolle. Tutkimuskatsauksen tavoitteena oli koota yleiskuva terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisesta Kööpenhaminassa ja Tukholmassa, siksi aineistoa voidaan pitää riittävänä.

Kaupunkivertailujen kolme tarkastelunäkökulmaa olivat:

- **ilmiön ymmärtäminen:** miten terveys- ja hyvinvointierot on määritelty ja millaiseen viitekehukseen erojen määrittely perustuu
- **johtamistyökalut:** miten väestön terveys- ja hyvinvointieroja ja erojen kaventamisstrategioita seurataan
- **johtamiskäytännöt:** miten johtamisessa käytetään terveys- ja hyvinvointieroja koskevaa tietoa.

### Lähestymistapa ja päämäärä

Kaupungeille on yhteistä oman lähestymistavan määrittely teoreettisen viitekehysten pohjalta sekä tieteellisten selitysmallien soveltaminen kaupungin tarpeisiin (taulukko 3). Vallittua lähestymistapaa toteutetaan systemaattisesti koko hankkeessa terveys- ja hyvinvointierojen määrittelystä toimenpiteiden seurantaan saakka. Vaikka kaupunkien lähtökohdat ovat erilaisia, päämäärä on yhteinen: hyvä elämä kaikille asukkaille. Hyvän elämän sisältö on määritelty joko terveyden tai sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta viitekehyksestä riippuen. Molemmissa kaupungeissa päämäärän saavuttamista kuvataan muutamilla indikaattoreilla, jotka liittyvät enemmän terveyteen kuin sosiaaliseen hyvinvointiin. Päämäärän toteutumisen seurannassa noudatetaan pidempää aikajännettä, koska muutokset, esimerkiksi terveydessä tapahtuvat hitaasti.

Taulukko 3. Lähestymistapojen vertailu

	KÖÖPENHAMINA	TUKHOLMA
<b>Ilmiö ja lähestymistapa</b>	Terveys, terveyden ja terveyserojen sosiaaliset määrittäjät	Hyvinvointi, sosiaalinen kestävyys: mahdollisuus itsensä toteuttamiseen, yhteisöllisyys ja turvallisuus
<b>Päämäärä</b>	Hyvä, pitkä elämä ja korkea elämänlaatu kaikille asukkaille, väestöryhmien ja asuinalueiden välisten terveyserojen kaventaminen	Hyvinvointi ja hyvä elämä kaikille asukkaille: väestöryhmien ja alueiden välisten hyvinvointierojen kaventaminen, sosiaalisesti kestävä kaupunki
<b>Päämäärän indikaattorit</b>	Elinikä, elinajan odote, sosiaaliset terveyserot, sairastavuus, toimintakyky	Elinajan odote, itsearvioitu terveys, sairastavuus, lasten terveys

*Kööpenhaminassa* työn kohteena ovat terveys ja väestön terveyserojen kaventaminen. Kaupungissa on kehitetty oma terveyserojen selitysmalli (kuvio 5), joka perustuu terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevaan tutkimusperinteeseen ja selitysmalleihin, joita on kehitetty mm. Tanskassa professori Diderichsenin tutkimusryhmässä (liitteet 1,2,3). Toimintakykyyn ja elinikään vaikuttavia tekijöitä ja niiden keskinäisiä vuorovaikutussuhteita on kuvattu prosessinomaisena syyverkostona. Terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoitteena on maailman paras elämänlaatu kaikille asukkaille. Vision toteutuminen edellyttää terveyserojen poistamista siten, että kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet elää hyvä ja pitkä elämä (kuvio 6). Vuoden 2014 kansanterveysraportissa viisi ulottuvuutta kuvaa väestön terveyden kehitystä: keskimääräinen elinikä, sosiaaliset terveyserot, merkittävimmät kansansairaudet, sairauksien taustalla olevat tekijät sekä tehokkaan ennaltaehkäisyyn mahdollisuudet. Seuranta tulee jatkossa tapahtumaan alueellisen terveysprofiilitutkimuksen avulla joka neljäs vuosi.

*Tukholmassa* työn kohteena on hyvinvointi. Sosiaalisen kestävyden komitea on hahmotellut kaupungille oman sosiaalisen kestävyden määritelmän, jossa päätavoitteena on hyvinvointi ja muina tavoitteina ovat itsensä toteuttaminen, yhteisöllisyys ja turvallisuus (kuvio 8). Tukholma haluaa luoda kaikille asukkaille mahdollisuuden kehittyä omista lähtökohdistaan ja saavuttaa hyvä elämä. Keskeisiä hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat lasten kasvuolot, koulutus, työ, asuminen, materiaallinen elintaso, ihmissuhteet, poliittinen vaikuttaminen, osallisuus, terveys, turvallisuus ja elinympäristö. Hyvinvoinnin ja terveyden alueellisia eroja kuvaavat indikaattorit liittyvät elinajanodotteeseen, itsearvioituun terveyteen, sairastavuuteen ja lasten suunterveyteen. Hyvinvointipäämäärää kuvaavien indikaattoreiden terveystavoitteisuus on yllättävää. Yksi selitys on hyvinvointinäkemys, jossa terveyttä pidetään yhtenä, itseisarvoisena päämääränä, mutta myös resurssina muiden hyvinvoinnin osa-alueiden toteuttamiseen. Toinen selitys liittyy hankkeen keskenrajoitukseen, sillä seurannan sisältö tullaan päättämään sosiaalisen kestävyden komitean ehdotusten valmistumisen jälkeen vuonna 2017.

## Seurantamittaritot

Molemmissa kaupungeissa on käytetty teoreettiseen viitekehykseen perustuvia indikaattoreita ja mittaristoja terveys- ja hyvinvointierojen seurannan työkaluina (taulukko 4). Käytettävissä olleiden raporttien perustella Tukholmassa on systemaattisempi ja paremmin julkisesti raportoitu seurantajärjestelmä. Kööpenhaminassa on kehitetty indikaattoreiden teoreettista taustaa pidemmälle, mutta tuloksista kertova kansanterveysraportti on yleiskuvaltaan hajanainen.

Taulukko 4. Väestön terveys- ja hyvinvointierojen seuranta

	KÖÖPENHAMINA	TUKHOLMA
<b>Terveys- ja hyvinvointierojen seuranta</b>	<b>Terveyserojen analyysi terveyseroja aiheuttavien tekijöiden ryhmittelyn mukaan:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kasvu ja koulutus</li><li>2. Työmarkkinat</li><li>3. Fyysinen ympäristö</li><li>4. Terveyskäyttäytymisen riskitekijät</li></ol>	<b>Elinolojen erojen indikaattorit sosiaalisen kestävyyskehittämisaalueilla:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kasvuolot ja koulutus</li><li>2. Työ ja toimeentulo</li><li>3. Asuminen ja kaupunkiympäristö</li><li>4. Demokratia ja turvallisuus</li></ol>

Kummassakin kaupungissa on hyväksytty teoreettisen viitekehyksen pohjalta teemakokonaisuuudet väestön terveys- ja hyvinvointierojen seurantaan varten. *Kööpenhaminassa* erojen syntyminen kannalta olennaisiksi tekijöiksi on määritelty lasten kasvuolot, varhainen kehitys ja koulutus, työmarkkinat ja osallisuus, ympäristöriskit ja stressitekijät sekä terveyskäyttäytymisen riskitekijät. *Tukholmassa* väestön elinolojen eroja kuvaavat indikaattorit sijoittuvat kehittämisalueille, joita ovat kasvuolot ja koulutus, työ ja toimeentulo, asuminen ja kaupunkiympäristö sekä demokratia ja turvallisuus. Molemmissa kaupungeissa eroja on tarkasteltu mm. suhteessa maantieteellisiin alueisiin, ikään, sukupuoleen, koulutustasoon ja etniseen taustaan. Tukholma painottaa alueellisia vertailuja ja Kööpenhamina sosiaaliryhmien välisiä vertailuja. Kaupungeille on yhteistä uudentyyppisten indikaattoreiden rakentaminen omaksutun lähestymistavan pohjalta, jolloin avautuu uusia näkökulmia ongelmiin. Tämä näkyy selkeämmin Tukholman elinolojen seurannassa (liite 5).

Erojen kaventamistoimenpiteiden seurannassa kaupunkien ratkaisut poikkeavat toisistaan (taulukko 5). *Kööpenhaminassa* on määritelty terveystieteelliset indikaattorit, jotka on ryhmitelty viiteen klusteriin teoreettisen selitysmallin (kuvio 6) pohjalta. *Tukholmassa* toimenpiteiden seuranta tapahtuu kaupungin suunnittelujärjestelmässä kestävästä kehityksestä koskevien strategisten päämäärien, tavoitteiden ja indikaattoreiden kautta (liite 6). Kehitystä seurataan vuosittain eri organisaatiotasolla mm. vuosikertomuksissa. Tukholman järjestelmä tulee todennäköisesti muuttumaan, kun kestävyyskomitean ehdotukset valmistuvat vuonna 2017.

Taulukko 5. Erojen kaventamistoimenpiteiden seuranta

	KÖÖPENHAMINA	TUKHOLMA
<b>Kaventamistoimenpiteiden seuranta</b>	<p><b>Terveyspoliittiset indikaattorit terveyseroja aiheuttavien tekijöiden ryhmittelyn mukaan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lasten kasvuolot ja koulunkäynti: lasten ja nuorten oppimistulokset, kouluviihtyminen, psyykkinen tuki.</li> <li>2. Työolot ja sosiaaliset suhteet: sairauspoissaolot, erityisen tuen tarpeessa olevien koulutus, työssäkäynti, koulutus, köyhyys.</li> <li>3. Elinympäristö: liikenteen meluraskitus, ilmansaateisiin liittyvät ennenaikaiset kuolemat, vakavat liikenneonnettomuudet.</li> <li>4. Terveyden riskitekijät: tupakointi, nuorten ja yli 35-vuotiaiden alkoholin ja huumeiden käyttö, päihdehoidon toteuttaminen, harrasteet, kävelyn ja pyöräilyn osuus liikkumisessa.</li> <li>5. Ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus: kuntoutus, päihteiden käytön ennaltaehkäisy, stressin ja psyykkisten ongelmien vähentäminen</li> </ol>	<p><b>Budjetissa strategisen päämäärän tavoitteet ja niiden indikaattorit:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaikilla Tukholman lapsilla on hyvät ja tasa-arvoiset kasvuolosuhteet.</li> <li>2. Varhaiset sosiaaliset panostukset luovat tasa-arvoiset elinmahdollisuudet kaikille.</li> <li>3. Tukholma on kaupunki, jossa on elävät ja turvalliset kaupunginosat.</li> <li>4. Tukholma on runsaan asuntorakentamisen kaupunki, jossa kaikki voivat asua.</li> <li>5. Tukholmassa on runsas urheilu- ja vapaa-ajan palvelujen tarjonta, joka on kaikkien saavutettavissa.</li> <li>6. Kaikilla tukholmalaisilla on lähellä mahdollisuus kulttuuriin ja omaan luovaan toimintaan.</li> <li>7. Kaikilla ikäihmisillä on turvallinen vanhuus ja he saavat korkealaatuisia vanhuspalveluja.</li> </ol>

Kun arvioidaan kokonaisuudessaan seurantamittaristoja, voidaan todeta, että yhteinen piirre kaupungeille on lasten varhaisen kehityksen ja koulutuksen painottaminen. Tämä liittyy pohjoismaissa omaksuttuun elämänkaariajatteluun, joka korostaa terveyden sosiaalisten määrittäjien merkitystä elämänkulun aikana. Yksilön elämänvaiheista erityisesti lapsuuden ja nuoruuden katsotaan vaikuttavan terveys- ja hyvinvointierojen muodostumiseen, siksi pidetään tärkeänä lasten ja nuorten terveys- ja hyvinvointierojen ja niiden kaventamistoimenpiteiden seuranta. Toinen yhteinen piirre on koulutuksen, työn ja toimeentulon tärkeä osuus indikaattorikonaisuudessa. Taustalla on nähtävissä pohjoismaille yhteinen resurssipohjaisen hyvinvoinnin painottaminen.

Eroja löytyy mittaristojen muista osuuksista. Molemmat kaupungit seuraavat kaupunkiympäristön kehitystä, mutta painotukset ovat erilaisia: Kööpenhaminassa kohteena ovat ympäristöriskit ja stressitekijät, kun Tukholmassa kohteena ovat asuminen ja asuinalueiden kehitys. Kaupunkien viitekehysten erot tulevat vielä selvemmin esille mittaristojen muissa teemoissa. Kööpenhamina suuntaa huomion yksilöihin ja seuraa terveyskäyttäytymisen riskejä ja palvelujen vaikuttavuutta. Tukholma suuntaa huomion yhteisöjen toimivuuteen ja seuraa vapaa-ajan harrasteita, demokraattista osallistumista, luottamusta ja turvallisuuskokemuksia.

## Johtamiskäytännöt

Kaupungit ovat kehittämishankkeissaan hieman eri vaiheissa, mutta yhteistä on terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen integrointi osaksi toimintaa ja johtamista. *Kööpenhaminassa* on käynnissä terveyspolitiikkaan sisältyviä hankkeita, jotka liittyvät mielenterveyteen, alkoholi- ja päihdeongelmiin, diabetekseen ja tupakointiin. Kaupunginvaltuustolle ja terveys- ja hoivalautakunnalle raportoidaan vuosittain väestön terveystilanteesta, terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumisesta, toimenpideohjelmista sekä seurantaindikaattoreiden kehityksestä. Terveys- ja hyvinvointipoliittiset tavoitteet ja toimenpideohjelmat näkyvät Kööpenhaminan kaupungin talousarvioissa pääkohtina, toimintalinjauksina ja määrärahakohdennuksina.

*Tukholmassa* pitkän aikavälin päämäärät on konkretisoitu kaupunginvaltuuston ja lautakuntien tavoitteiksi talousarviossa. Jokaista tavoitetta varten on hyväksytty valtuusto- ja lautakuntatason indikaattorit, jotka perustuvat kaupungin palveluja koskeviin toimintatietoihin, henkilöstöä koskeviin tietoihin sekä erilaisiin asukas- ja asiakaskyselyihin. Toimintayksiköille on hyväksytty omat tavoitteet ja toimenpiteet. Toteutumista seurataan kaupungin vuosikertomusten yhteydessä monitasoiseen arviointi- ja indikaattoritietoon perustuen. Sosiaalisen kestävyden komitean ensimmäisissä toimenpide-ehdotuksissa keskityttiin tekijöihin, jotka ovat tärkeitä ihmisten itsensä toteuttamisen ja elämismahdollisuuksien kannalta. Tutkimuskatsauksen laadinnan aikana ei ollut tiedossa, onko konkreettisia hankkeita jo käynnistetty komitean ehdotusten pohjalta.

Terveyserojen kaventamisen nykytilaa pohjoismaissa selvittäneen tutkimuksen johtopäätös oli, että erojen kaventamiseksi kunnat tarvitsevat korkeatasoisen tietopohjan, osaan organisaation sekä poliittista tahtoa ja yhteistyökykyä (kuvio 4). Tutkimuskatsauksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että Kööpenhaminassa ja Tukholmassa on pyritty kehittämään tutkimuksen, kaupungin organisaation ja poliittisen päätöksenteon välistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta. *Kööpenhaminassa* terveyserojen tutkimus ja havaitut terveysongelmat ovat vaikuttaneet kaupungin terveyspolitiikkaan. Terveyspolitiikan toteutuksessa pyritään yhteisvastuuseen ja hallintokuntien yhteistyöhön. Lisäksi on käynnistetty terveyden edistämiseen liittyviä kumppanuushankkeita muiden toimijoiden kanssa. *Tukholmassa* kaupungin voimakkaaseen kasvuun on vastattu sosiaalista eheyttä korostavalla strategialla. Sosiaalisen kestävyden komitea sekä kaupungin elinolojen eroihin ja sosiaaliseen kestävyteen kohdistuva tutkimus tukevat muutosta. Komitea tuottaa tieteellisiin taustaraportteihin perustuvia toimenpidesuosituksia jo ennen varsinaista määräaikaa, jotta niitä voidaan hyödyntää joustavasti toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksella on ollut merkittävä vaikutus ongelmien määrittelyyn ja kehittämisvaihtoehtojen muodostamiseen. Tukholmassa pyritään lisäämään yhteistyötä asukkaiden, kansalaisyhteiskunnan toimijoiden ja ruohonjuuritason liikkeiden kanssa.

Kööpenhaminan ja Tukholman terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen liittyvät hankkeet ovat alkuvaiheessa. Toimintakäytännöt ovat kehittyneet ja muuttuneet myös tutkimuskatsauksen laadinnan aikana. Kaupunkien terveys- ja hyvinvointieroihin liittyviä muutoksia on mahdollista selvittää perusteellisemmin vuodesta 2019 lähtien. Molemmissa kaupungissa on kuitenkin nähtävissä pyrkimys todelliseen muutokseen tietoon perustuvan, systemaattisen ja joustavan toiminnan kautta.

## Lopuksi

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen on noussut uudelleen esiin myös Suomessa, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen ja kuntauudistuksen yhteydessä. Tuleva kuntien tehtävien muutos mahdollistaa ja edellyttää toimintatapojen kehittämistä. Helsingissä kaupungin uusi johtamisjärjestelmä ja toimialamalliin siirtyminen vahvistavat muutostarvetta. Kööpenhaminan ja Tukholman hankkeiden kokemukset antavat uusia näkökulmia Helsingin hyvinvointierojen kaventamiseen ja seurannan kehittämiseen. Molemmat kaupungit ovat kehittäneet teoreettiseen viitekehykseen perustuvan erojen selitysmallin, jonka pohjalta ne rakentavat parhaillaan omia seurantajärjestelmiään ja mittaristojaan. Myös Helsingissä olisi hyödyllistä pohtia kysymyksiä, jotka liittyvät hyvinvointierojen seurannan teoreettiseen lähestymistapaan, seurantamittaristojen rakentamiseen, monisektoriseen yhteistyöhön sekä tutkimuksen ja tietotuotannon, toimialojen ja poliittisten päätöksenteon väliseen vuoropuheluun.







- Pieper, Richard (2013)** *Social Sustainability and Social Development: An Integrated Approach - The SOLA Project* - Global Social Policy Forum, November 2013, THL, Finland
- Social Department (2015)** *Kommittédirektiv En kommission för jämlik hälsa* Dir.2015:60. Social Department verkkosivustolla [http://www.regeringen.se/contentassets/bd376c445e094307a1960fd4e7187958/dir2015\\_06.pdf](http://www.regeringen.se/contentassets/bd376c445e094307a1960fd4e7187958/dir2015_06.pdf)
- Stigendal & Östergren (2013)** *Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa.* Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Reviderad upplaga, 3. December 2013
- Stiglitz, Joseph, Sen, Amartya & Fitoussi, Jean-Paul (2009)** *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.*
- Stockholms stad (2014)** *Stockholms stads budget 2015* Tukholman kaupungin verkkosivusto budjeteille <http://www.stockholm.se/OmStockholm/Budget/>
- Stockholms stad (2015a)** *Vision 2040 - ett Stockholm för alla.* Stadsledningskontorets finansavdelning. Stockholms stad. Verkkosivusto <http://www.stockholm.se/OmStockholm/Vision/>
- Stockholms stad (2015b)** *Stockholms stads budget 2016.* Ett Stockholm för alla. Kommunfullmäktiges beslut 19.11.2015 Tukholman kaupungin verkkosivusto budjeteille <http://www.stockholm.se/OmStockholm/Budget/>
- Stockholms stad (2015c)** *Skillnadernas Stockholm.* Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stadsledningskontoret, Stockholms stad. Verkkosivut <http://www.stockholm.se/-/Nyheter/Om-Stockholm/Hallbarhetskommissionens-forsta-rapport-klar/>
- Stockholms stad (2016a)** *Stockholms stads årsredovisning 2015.* Stadsledningskontorets finansavdelning. Stockholms stad. Verkkosivusto <http://www.stockholm.se/-/Sok/?q=%c3%a5rsredovisning&uaid=DC005B2C0C1D03440C3493FE0D4B64E2:3137322E32332E3232382E313432:5247823574717821775>
- Stockholms stad (2016b)** *Möjligheternas Stockholm - Hållbarhetskommissionens första åtgärdsförslag-verkkosivusto* <http://www.stockholm.se/-/Nyheter/Om-Stockholm/Mojligheternas-Stockholm--hallbarhetskommissionens-forsta-atgardsforslag/>
- SWECO (2015)** *Kortutbildade i Stockholms stad EN KARTLÄGGNING AV GRUPPEN OCH DESS ETABLERING PÅ ARBETSMARKNADEN.* SWECO strategy. Bilaga delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stockholms stad.
- Vaarama, Marja (2011)** *The SOLA Project: Monitoring Social Sustainability*, London, December 19 - 20th, 2011, THL, Finland
- Vaarama, Marja (2014)** *Sosiaalinen kestävyys yhteiskunnan sosiaalisen laadun viitekehyksessä.* Sosiaalisen Kestävyyden I Foorumi 20.3.2014
- Vesanen, Tuula (2015a)** *Hyvinvoinnin seuranta ja raportointi Helsingissä.* Helsingin kaupungin tietokeskus Työpapareita 2015:1
- Vesanen, Tuula (2015b)** *Hyvinvointierojen seurannan kehittäminen.* Työryhmän loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Helsingin kaupungin tietokeskus. Työpapareita 2015:2
- Wallman Lundåsen, S. & Trägårdh, L. (2015)** *Civilsamhälle, social sammanhållning och tillit:* Underlagsrapport till Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stockholms stad
- WHO (2008)** *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health.* Commission on the Social Determinants of Health. Geneva. WHO 2008

**WHO (2009)** *Reducing health inequalities through action on the social determinants of health*  
(WHA 2009 62.14)

**WHO (2010)** *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Social  
Determinants of Health Discussion Paper 2. World Health Organization Geneva 2010

**WHO (2013)** *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*.  
WHOEurope. Copenhagen 2013

## Liite 1. Terveyseroja luovien mekanismien malli

*Lähde: Diderichsen et al. (2012) Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health 40, Supplement 8.*

Tässä liitteessä tarkastellaan terveyseroja luovien mekanismien mallia, jota on kuvattu professori Diderichsenin tutkimusryhmän raportissa Terveyserot – määrittäjät ja politiikat (Diderichsen et al. 2012). Tutkimus summaa terveyserojen teoriaa, konkretisoi terveyserojen taustatekijöiden kehitystä laajan tutkimusaineiston pohjalta sekä esittää suosituksia vaikuttaviksi todetuista toimenpiteistä. Työn lähtökohtana olivat aiemmat pohjoismaiset tutkimushankkeet, WHO:n terveyserojen kaventamiseen liittyneen komitean ehdotukset (Marmot et al. 2010) sekä WHO:n sosiaalisten terveyserojen vähentämistä koskeneet kannanotot (WHO 2009).

### 1. Terveyserojen mittaaminen

Terveyserojen laajuutta ja niiden kehitystä Tanskassa kuvattiin raportissa muutamien muuttujien avulla. Erityisesti haluttiin selvittää, miksi Tanskassa, maailman alhaisimpien tuloerojen maassa sosiaaliset erot elinajan odotteessa olivat kaksinkertaistuneet kahdenkymmenen vuoden aikana. Tarkasteltuja muuttujia olivat:

- Lapsikuolleisuus ja lasten syntymäpaino eri koulutusryhmiin kuuluvien äitien lapsilla Tanskassa, Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa.
- Eri ikäryhmien kuolleisuus koulutustason mukaan sekä elinajan odote sukupuolittain eri koulutusryhmissä.
- Odotettavissa olevat hyvän tai huonon terveyden vuodet sukupuolittain eri koulutusryhmissä
- Sairausten seuraukset eri koulutusryhmissä
- Sairausten vuoksi päivittäisistä toiminnoista syrjään jääneiden osuus syrjäytyneiden ja muun väestön piirissä
- Maahanmuuttajien kuolleisuus.

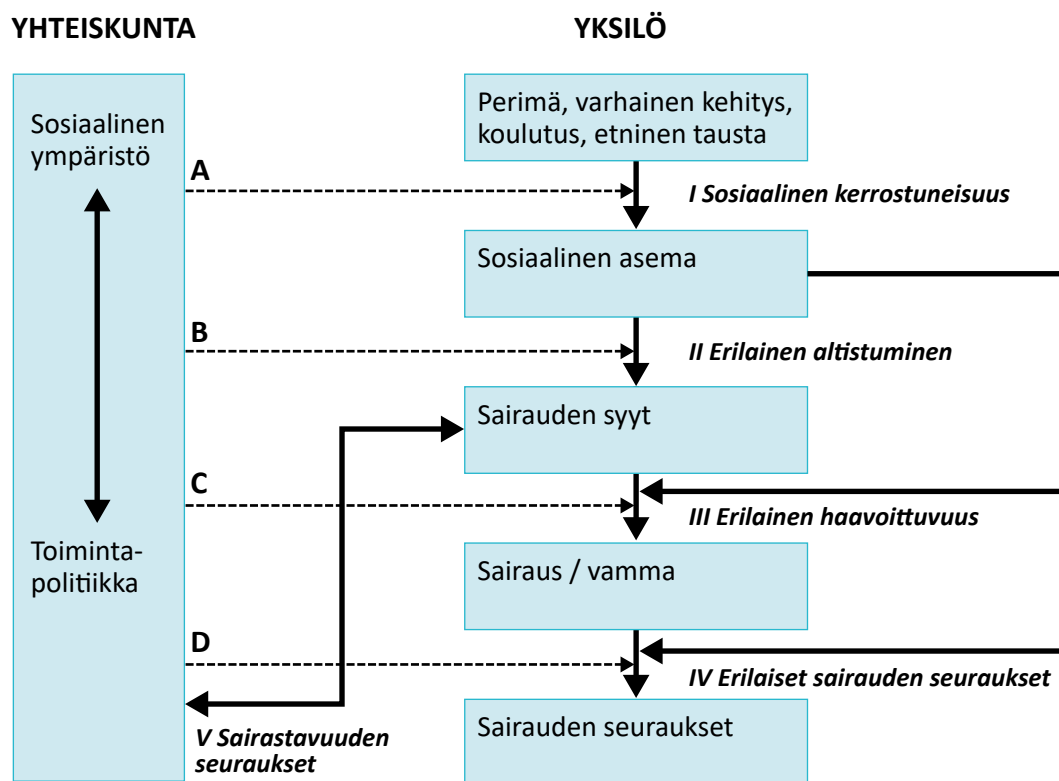
Kun vertailtiin tanskalaisen väestökyselyn tietoja ja WHO:n laskelmia menetetyistä elinvuosista havaittiin, että 10 sairautta vaikuttaa merkittävästi koko väestön terveydentilaan sekä terveyseroihin. Sairaudet olivat sydänsairaudet, keuhkohtaumatauti, aivohalvaus, keuhkosityöpä, Alzheimerin tauti, kuulon menetys, depressio, alkoholiriippuvuus, diabetes ja maksakirroosi. Syrjäytyneiden erityiseen sairastavuuteen vaikuttivat sairaalahoidon tietojen perusteella infektioaudit, syöpä, mielenterveyden häiriöt sekä vammat ja onnettomuudet.

Tutkijoiden mukaan terveyserojen mittaamisessa on kolme peruskysymystä, jotka tulee ottaa huomioon. Mitataanko absoluuttisia vai suhteellisia eroja ryhmien välillä. Mitataan-ko ääripäitä, kaikkia ryhmiä ja pitääkö ottaa huomioon ryhmien koko. Mitä tarkoitetaan ”terveellä” vertailuryhmällä.

## 2. Terveyseroja luovat mekanismit

Terveyseroja luovien mekanismien mallin lähtökohtana on yksilön terveydentilan ja sairauksien muotoutuminen yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutusprosessissa (kuvio 1). Yksilön kehitykseen sisältyy viisi kriittistä kohtaa, joilla on merkitystä terveyserojen kannalta. Nämä kriittiset kohdat sisältävät erilaisia mekanismeja, jotka aiheuttavat terveyseroja. Kuviossa 1. mekanismit on kuvattu nuolilla I-V. Yhteiskunnan sosiaalinen ympäristö ja toimintapolitiikka vaikuttavat yksilön kehityksen kriittisiin kohtiin. Eroja luoviin mekanismeihin liittyvät politiikkatoimien kohdennuspisteet on kuviossa 1. merkitty katkoviivoilla A, B, C ja D.

Kuvio 1. Terveyseroja luovat mekanismit (I–V) sekä politiikkatoimien kohdennuspisteet (A–D)



Lähde: Diderichsen et al. (2012) Health inequality – determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health* 40, Supplement 8. Alkuperäislähde: Diderichsen et al. *The Social Basis of Disparities in Health* OUP, 2001.

### Sosiaaliseen asemaan liittyvät, terveyseroja luovat mekanismit ovat:

1. Sosiaalinen kerrostuneisuus (nuoli I). Yhteiskunnan rakenteet, sosiaaliset suhteet sekä yksilön perityt ominaisuudet vaikuttavat keskeisesti yksilöiden saavuttamaan sosiaaliseen asemaan ja aseman välityksellä myös terveyteen. Lapsuuden olosuhteet perheessä ja varhainen kehitysympäristö sekä olosuhteet mm. päivähoidossa ja koulussa vaikuttavat lapsen myöhempään sosiaaliseen asemaan ja sitä kautta myös hänen terveyteensä. Varhaisilla tekijöillä on vaikutusta myös siksi, että ne vaikuttavat lapsen persoonallisuuteen ja kognitiiviseen kehitykseen. Varhaisten vuosien vuorovaikutushäiriöt voivat luoda psykologista haavoittuvuutta, joka näkyy myöhemmässä terveydessä. Tekijät vaikuttavat elämäntulkun sosiaalisesti ja lääketieteellisesti, joko suoraan tai epäsuorasti, siksi selkeä elämäntulkunäkökulma analyysissä on välttämätön.

2. Erilainen altistuminen (nuoli II). Yksilöt altistuvat sosiaalisen aseman mukaan eri tavalla sosiaalisille riskitekijöille, jotka liittyvät työhön, taloudelliseen tilanteeseen, asu-  
misolosuhteisiin tai fyysiseen ympäristöön. Yksilöllinen tausta vaikuttaa myös biologi-  
siin riskeihin (esim. verenpaine) ja terveystyötyymiseen. Nämä erityiset sairauden  
syytekijät ovat usein sosiaalisesti ”vinosti” jakautuneita väestössä. Usein muodostuu  
pitkiä syyketjuja, joissa sosiaaliset ja psykologit syyt kietoutuvat toisiinsa.
3. Erot haavoittuvuudessa (nuoli III). Sairauksien syytekijöillä on yhteisvaikutuksia yksilötason ohella myös väestöryhmien tasolla. Koska alempiin sosiaaliryhmiin kohdistuu samanaikaisesti useita fyysisiä, sosiaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä sairauden riskitekijöitä, yksittäisen riskitekijän vaikutus on heidän kohdallaan voimakkaampi kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. He ovat siksi haavoittuvampia. Myös aiempien, joko varhaisten tai myöhemmin tapahtuneiden altistumisten yhteisvaikutukset on otettava huomioon.
4. Erot sairauden seurauksissa (nuoli IV). Sairaudet ja vammat vaikuttavat yksilön selviytymiseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä mahdollisuuksiin osallistua työhön ja sosiaaliseen elämään. Sosiaalinen asema ja kulttuuriset tai taloudelliset esteet saattavat vaikuttaa hoitoon pääsyyn, kuntoutumiseen ja työkykyyn siten, että ne estävät työhön paluun vajaatyökykyisenä.
5. Sairastavuuteen liittyvät seuraukset yksilölle ja yhteiskunnalle (nuoli V). Yksilön tasolla sairauden sosiaaliset seuraukset vaikuttavat itse sairauden myöhempään kehittymiseen ja luovat siten sosiaalisia terveyseroja. Yhteiskunnallisella tasolla haittoja ovat sairauden kustannukset, työvoiman saatavuusongelmat, päihde- ja mielenterveysongelmat sekä syrjäytyminen.

### 3. Terveyserojen sosiaaliset määrittäjät

Terveyseroja luovien mekanismien pohjalta voidaan tunnistaa terveyserojen sosiaalisia määrittäjiä, joilla tarkoitetaan yksilön terveyden ja sairauksien kannalta määrittäviä tai ratkaisevan tärkeitä tekijöitä. Ne sijoittuvat kolmeen ryhmään:

1. Varhaislapsuuden kehitykseen ja koulutukseen liittyvät määrittäjät, jotka vaikuttavat sosiaaliseen asemaan aikuisuudessa ja jotka vaikuttavat joko sosiaalisen aseman kautta tai joissain tapauksissa suoraan yksilön terveyteen myöhemmässä elämässä.
2. Yksilön sosiaaliseen asemaan liittyvät määrittäjät, esimerkiksi ympäristöön, työhön, asumiseen tai terveystyötyymiseen yhteydessä olevat tekijät, jotka toimivat välittäjinä sosiaalisen aseman sekä sairauden tai vammautumisen riskin välillä.
3. Määrittäjät, jotka vaikuttavat sairauden, vammautumisen tai ikääntymisen seurauksiin, kuten selviytymiseen, toimintakykyyn, elämän laatuun sekä työllistymiseen.

Tutkimusryhmä valitsi kolmeen määrittäjäryhmään kuuluvia määrittäjiä, joiden tuli täyttää neljä kriteeriä:

- määrittäjällä on merkittävä vaikutus väestön terveydentilaan
- määrittäjän esiintyminen tai vaikutus on sosiaalisesti vinosti jakautunut
- määrittäjään voidaan vaikuttaa valtion, alueiden tai paikallisin toimenpitein
- määrittäjää voidaan seurata yhdellä tai useammalla indikaattorilla.

### **Valitut 12 terveyserojen sosiaalista määrittäjää ovat :**

- A. Varhaiset määrittäjät, jotka vaikuttavat sosiaaliseen asemaan ja terveyteen
  1. Varhaislapsuuden kehitys; kognitiivinen, emotionaalinen ja sosiaalinen
  2. Koulutus; koulun loppuun saattaminen
  3. Segregaatio ja paikallisyhteisö
- B. Sosiaaliseen asemaan liittyvät määrittäjät
  4. Tulot ja köyhyys
  5. Pitkäaikaistyöttömyys
  6. Sosiaalinen syrjäytyminen
  7. Fyysinen ympäristö
  8. Työympäristö; ergonominen ja psykososiaalinen
  9. Terveyskäyttäytyminen
  10. Varhainen toimintakyvyn heikkeneminen
- C. Määrittäjät, jotka aiheuttavat sairauden eriarvoisia seurauksia
  11. Terveyspalvelujen käyttäminen
  12. Poissulkevat työmarkkinat

Tutkimusraportti sisältää kaikkien 12 määrittäjän laajan kuvauksen, joissa käydään läpi määrittäjän kehitys ilmiönä erityisesti tanskalaisen aineiston pohjalta, kuvataan määrittäjän terveysvaikutukset sekä ehdotetaan vaikuttaviksi todettuja erojen kaventamistoimenpiteitä (Diderichsen et al. 2012, ss. 30–116).

Terveyserojen kaventamistoimenpiteet valittiin aiemman tutkimustiedon pohjalta. Toimenpiteen potentiaalista, terveyseroihin kohdistuvaa vaikutusta arvioitaessa otettiin huomioon eriarvoisuuden kolme näkökulmaa seuraavasti:

- haavoittuvuuden erot: altistumisen vähentäminen vaikuttaa eniten heikompiosaisiin ryhmiin
- vaikuttavuuden erot: rakenteelliset toimenpiteet vaikuttavat eniten niihin, jotka ovat eniten altistuneita, kun taas yksilölliset toimenpiteet vaikuttavat parhaiten kaikkein koulutetuimpiin
- toteutuksen erot: paikallisten yhteisöjen resurssien ja väestöryhmien myönteisyyden erot vaikuttavat toteutukseen.

Jokaista määrittäjää varten työstettiin eräänlainen malliohjelma, joka sisältää seuraavat osa-alueet: määrittäjän sisällön kuvaus, yleiset kehittämistavoitteet, konkreettiset toimenpiteet, määrittäjän kehitykseen ja jakautumiseen liittyvät indikaattorit sekä kaventamistoimenpiteisiin liittyvät indikaattorit (Diderichsen et al. 2012, liite A). Esimerkki malliohjelmasta, joka koskee alueellisen segregaation vähentämistä on esitetty liitteessä 2. Kaikki määrittäjiin sekä erojen kaventamistoimenpiteisiin liittyvät indikaattorit on yhdistetty taulukoksi tämän raportin liitteessä 3.

## 4. Eriytyneet strategiat

Erilaiset strategiat, tavoitteet ja kohderyhmät vaikuttavat terveyseroja kaventavien toimenpiteiden valintaan. Tavoitteet eroavat sen suhteen, halutaanko vaikuttaa sosiaaliseen gradienttiin vai ”terveyskuiluun”. Gradientilla tarkoitetaan sosiaalisen aseman ja sairastumisriskin välistä suhdetta, joka ilmenee koko väestössä. Kuilulla tarkoitetaan jyrkkää eroa syrjäytyneiden tai erittäin sairaiden henkilöiden ja muun väestön välillä. Ennalta ehkäisevät strategiat eroavat sen suhteen, liittyvätkö ne koko väestöön, kohderyhmiin vai yksilöllisiin riskeihin. Näin muodostuu kuusi erilaista toimintapoliittista ryhmää (taulukko 1).

Taulukko 1. Terveyserojen kaventamisen strategiat ja kohderyhmät

	Sosiaalinen gradientti	Kuilu
<b>Väestöstrategia</b>	I: Rakenteellinen ennaltaehkäisy lainsäädännöllisin, taloudellisin tai normatiivisiin toimenpitein	II: Universaali sosiaalipolitiikka, johon liittyy tasa-arvoinen pääsy palveluihin ja toimeentuloturva
<b>Kohderyhmästrategia</b>	III: Rakenteellinen ennaltaehkäisy matalan tulotason alueilla	IV: Sosiaaliset toimenpiteet, joihin sisältyvät erityisasuminen ja työllistämistoimenpiteet syrjäytyneille henkilöille
<b>Yksilöllinen korkean riskin strategia</b>	V: Seulonta, neuvonta ja hoito perustason palveluissa, kaiken ikäisille henkilöille, joilla on tietty riskitekijä	VI: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimenpiteet riskiryhmän lapsille sekä syrjäytyneille ryhmille, kuten mielenterveyspotilaille

## Liite 2. Alueellisen segregaation kuvaus terveyseroja luovien mekanismien mallissa

Lähde: Diderichsen et al. (2012) *Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health 40, Supplement 8. Liite A.*

### Määrittäjä 3: Alueellinen segregaatio

Elinajanodote eroaa merkittävästi köyhimpien ja rikkaimpien kuntien ja kaupunginosa- en välillä. Tämä johtuu erityisesti siitä, että työ- ja asuntomarkkinat erottelevat ihmisiä maantieteellisesti tulojen, työllisyyden ja terveyden mukaan. Sosiaaliseen asumiseen sijoittuvilla ihmisillä on usein huono terveys ja alhaiset tulot. Asuinalueet, joilla on paljon heikkoresurssisia ihmisiä ovat riskissä muuttua sosiaalisesti heikompiensaisten yhteisöiksi, mikä vaikuttaa terveyteen ja myöhempään sosiaaliseen asemaan erityisesti lapsilla ja nuorilla.

#### Tavoitteet:

- Vähentää sosiaalista segregaatiota yhteisöissä
- Vähentää segregaatiota lapsille tarkoitetuissa alueellisissa instituutioissa ja organisaatioissa (päivähoito, koulut, urheiluseurat jne.)

#### Toimenpiteet:

- Kaupunkisuunnittelussa yhdistellään eri hallintamuotoihin kuuluvia asumismuotoja, mikä varmistaa sosiaalisen asumisen suhteellisen osuuden eri puolilla kuntaa sosiaalisen segregaation vähentämiseksi
- Kaupungin kehittämissuunnitelmat, joissa yhdistetään fyysisiä, organisatorisia, taloudellisia ja sosiaalisia toimenpiteitä. Ne varmistavat asumisen laatua vastavan hintatason ja parantavat fyysistä ympäristöä houkuttelevien asuinalueiden luomiseksi
- Tasokkaat päiväkodit, koulut ja nuorisotalot heikommassa asemassa olevien asuinalueilla, jotka edistävät lasten ja nuorten kehitystä sekä ehkäisevät segregaation vaikutuksia heihin.

#### Määrittäjän indikaattorit:

- Niiden lasten osuus (%), jotka kasvavat yhteisöissä, joiden asukkaista yli 10 % on köyhiä tai yli 25 % on työvoiman ulkopuolella olevia
- Sosiaalisen asumisen osuuksien alueellinen vaihtelu maantieteellisesti

#### Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit:

- Uusien asumishankkeiden hallintamuotojakauma
- Fyysisten ja sosiaalisten toimenpiteiden integraation aste urbaaneissa uudistamishankkeissa
- Missä määrin kompensoiva resurssien jakaminen on päivähoitossa ja kouluissa tarvepohjaista



### Liite 3. Terveyserojen sosiaalisten määrittäjien ja erojen kaventamistoimenpiteiden indikaattorit terveyseroja luovien mekanismien mallissa

Lähde: Diderichsen et al. (2012) *Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health 40, Supplement 8. Liite A.*

#### A. VARHAISET TEKIJÄT

1: Varhaislapsuuden kehitys	
Määrittäjän indikaattorit	Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit
<ul style="list-style-type: none"> <li>Syntymäpaino, raskauden kesto syntyessä ja lapsikuolleisuus vanhempien koulutuksen ja tulojen mukaan</li> <li>Rintaruokittujen lasten osuus (%) 4 kk iässä</li> <li>Kouluvalmiustestin tulokset 6-vuotiaana ja lukemistaidot ensimmäisellä luokalla vanhempien koulutuksen ja tulojen mukaan</li> <li>Varhaislapsuuden kehitysindikaattorit (Canadian EDI sovellettuna Tanskaan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terveydenhoitajan palvelut vanhempien koulutuksen ja tulojen mukaan</li> <li>Ennaltaehkäisevät lasten terveystarkastukset vanhempien koulutuksen ja tulojen mukaan</li> <li>Lasten osuus (%) päivähoidossa vanhempien koulutuksen ja etnisen taustan mukaan</li> <li>Päivähoidon ja esikoulun käyttö erityisen tuen tarpeessa olevilla lapsilla</li> </ul>
2: Keskeneräiset opinnot	
Määrittäjän indikaattorit	Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vanhempien koulutuksen absoluuttinen vaikutus lasten koulutukseen</li> <li>Huonojen suoritusten osuus (%) kansallisessa 9. luokan tutkinnossa vanhempien koulutuksen mukaan</li> <li>Nuorten osuus (%), jotka poistuvat koulutuksesta ennen 18 vuoden ikää ilman nuorisokoulutusta</li> <li>15–17-vuotiaiden nuorten osuus (%), jotka eivät ole työssä tai osallistu koulutusohjelmaan</li> <li>Nuorten osuus (%), jotka etsivät mutta eivät ole löytäneet koulutuspaikkaa etnisen taustan mukaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosiaalinen segregaatio koulussa (luokassa) mittarina, missä määrin oppilaat tulevat erilaisista sosioekonomisista taustoista</li> <li>Niiden lukumäärä, jotka etsivät mutta eivät saa koulutuspaikkaa</li> <li>Palvelut nuorille, jotka eivät kykene päättämään nuorisokoulutusta</li> <li>Lähetteidien määrä ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin haavoittuvassa asemassa oleville nuorille päivähoitopaikoista, kouluista ja terveydenhuoltohenkilökunnalta</li> <li>Niiden lyhyen koulutuksen omaavien osuus (%); jotka osallistuvat aikuiskoulutuksen ohjelmiin</li> <li>Resurssienjako koulujen ja nuorisokoulutusohjelmien kesken</li> </ul>
3: Alueellinen segregaatio	
Määrittäjän indikaattorit	Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niiden lasten osuus (%), jotka kasvavat yhteisöissä joissa asukkaista on yli 10 % köyhiä tai on yli 25 % työvoiman ulkopuolella</li> <li>Sosiaalisen asumisen osuuksien alueellinen vaihtelu maantieteellisesti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uusien asumishankkeiden hallintamuotojakauma</li> <li>Fyysisten ja sosiaalisten toimenpiteiden integraation aste urbaaneissa uudistamishankkeissa</li> <li>Missä määrin kompensoiva resurssien jakaminen on päivähoidossa ja kouluissa tarvepohjaista</li> </ul>

## B. SOSIAALISEEN ASEMAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT

### 4: Tulot ja köyhyys

#### Määrittäjän indikaattorit

- Tulonjaon eriarvoisuus mitattuna Gini-kertoimella
- Köyhien osuus (%) mitattuna OECD-kriteereillä koulutustaustan mukaan
- Köyhien lasten osuus (%) lapsista
- Kolme vuotta yhtäjaksoisesti köyhänä olleiden osuus (%) väestöstä
- Alennetun toimeentulotuen saajien osuus

#### Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit

- Erittäin köyhille perheille tarkoitettujen, koordinoitujen sosiaali- ja terveystalvelujen lukumäärä
- Kehitetään päivitetty, deprivatiopohjainen köyhyysraja-mittari tervettä elämää varten (köyhyyden uusi määrittely)

### 5: Pitkäaikaistyöttömyys

#### Määrittäjän indikaattorit

- Pitkäaikaistyöttömien osuus (%) koulutuksen, ammatin ja iän mukaan
- Työttömien osuus (%), jotka siirtyvät toimeentulotuelle
- Työttömien osuus (%), jotka palaavat työhön

#### Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit

- Työllistämistoimenpiteet, jotka on yhdistetty terveydenhuollon toimenpiteiden kanssa, sisältäen mielenterveysongelmat ja alkoholi-ongelmat
- Työttömien osuus (%), jotka osallistuvat uudelleen- koulutukseen tai aikuiskoulutusohjelmiin

### 6: Sosiaalisesti syrjäytyneet ihmiset

#### Määrittäjän indikaattorit

- Kuolleisuus työvoiman ulkopuolella olevilla henkilöillä, joilla on psykiatrinen diagnoosi sisältäen päihteiden käytön
- Asunnottomien ihmisten lukumäärä
- Tulot ja työllisyys henkilöillä, jotka ovat olleet psykiatrisessa hoidossa edellisenä vuonna
- Henkilöiden lukumäärä, jotka ovat vähintään 3 kk asuneet suojissa, asuntoloissa tai muussa tilapäismajoituksessa
- Psykiatrisesta hoidosta tai vankilasta vapautuneet (lkm), joilla ei ole pysyvää majoitusta

#### Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit

- Psykiatrisen hoidon hoitopaikat (lkm) ja odotusajat hoitoon
- Vuokralaisten häädöt (lkm), joiden syynä on psykologisesti poikkeava käytös
- Integroidut hoitopaikat (lkm), joissa yhdistetty psykiatristen, sosiaalisten ja päihde-ongelmien hoito
- Syrjäytyneet henkilöt (lkm), joilla pysyvä, julkinen tuki tai kontaktihenkilö

### 7: Fyysinen ympäristö

#### Määrittäjän indikaattorit

- Altistuminen hiukkasille ja typpioksideille maantieteellisen alueen mukaan
- Lasten onnettomuuksien, liikenneonnettomuuksien ja kaatumisten esiintymistiheys sosioekonomisen taustan mukaan

#### Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit

- Dieselajoneuvojen osuus (%), joissa hiukkasfilteri
- Liikennevalvonnassa nopeusvalvonnan ja alkoholin käytön valvonnan määrä
- Ikäihmisten osuus (%), joille on kaatumisten jälkeen tarjottu kuntoutusohjelmia

<b>8: Työympäristö</b>	
<b>Määrittäjän indikaattorit</b>	<b>Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niiden osuus (%), jotka altistuvat ras-kaille nostoille (yli 20 kg), taivutuksille tai kumaraisille työasennoille, toistuvilla liikkeillä jne.</li> <li>Niiden osuus (%), joilla vähän vaikutus-mahdollisuuksia tai kehittymismahdollisuuksia työssä</li> <li>Työperäisten vammojen lukumäärä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psykososiaalisen työympäristön integ-rointi johtamisen kehittämiseen</li> <li>Arviointikäyntien määrä niille työpaikoil-le, joissa on paljon sairauspoissaoloja ja työterveysäädösten rikkomisia</li> <li>Integroidut toimenpiteet työympäristön parantamiseksi ja terveyden edistämiseksi</li> </ul>
<b>9: Terveyskäyttäytyminen</b>	
<b>Määrittäjän indikaattorit</b>	<b>Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Päivittäin tupakoivat (%) ja yli 15 savuket-ta päivässä polttavat (%)</li> <li>Passiiviselle tupakoinnille altistuvat (%)</li> <li>Enemmän kuin 14/21 annosta alkoholia viikossa juovat (%) sekä usein enemmän kuin 5 annosta kerralla juovat</li> <li>Vähemmän kuin 600 g hedelmiä/ kasvik-sia päivittäin syövät (%)</li> <li>Päivittäin virvoitusjuomia juovat (%)</li> <li>Painoindeksi 25 – 30 ja painoindeksi yli 30 (%)</li> <li>Fyysisesti epäaktiiviset vapaa-ajalla (%), kohtuullisesti fyysisesti aktiiviset (4 t / vko) (%)</li> <li>Kaikki indikaattorit koulutuksen mukaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todellinen hintakehitys: tupakka, alkoholi, sokeri, tyydyttyneet rasvat</li> <li>Ikärajojen toimeenpanon kontrollien määrä</li> <li>Anniskelulupien määrä alueittain</li> <li>Ennaltaehkäisevien konsultaatioiden määrä yleislääkäreillä</li> <li>Tupakoinnin lopettamispalvelujen määrä alueittain</li> <li>Koulujen lukumäärä, joilla toimintaohjel-mia/ käytäntöjä alkoholinkäyttöä, epäter-veellisiä ruokatottumuksia ja liikkumatto-muutta vastaan</li> <li>Rakenteelliset interventiot, joilla lisätään fyysistä aktiivisuutta alueittain</li> </ul>
<b>10: Varhainen toimintakyvyn heikkeneminen</b>	
<b>Määrittäjän indikaattorit</b>	<b>Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toimintakyky yli 74-vuotiailla; kognitiivinen ja fyysinen tulojen / taloudellisen tilanteen mukaan</li> <li>Fyysinen aktiivisuus yli 64-vuotiailla tulojen / omaisuuden mukaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toimintakyvyn varhaiseen heikkene-miseen keskittyvien ehkäisevien koti-käyntien määrä tulojen / taloudellisten voimavarojen mukaan</li> <li>Julkisten, ikäihmisille tarjottujen liikku-mismahdollisuuksien lukumäärä yhteisöissä alueittain</li> <li>Ikäihmisten lukumäärä, joita yleislääkäri on ohjannut liikunnan pariin</li> </ul>

## C. SAIRAUDEN ERIARVOISET SEURAUKSET

### 11: Terveyspalvelujen käyttö

Määrittäjän indikaattorit	Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit
<ul style="list-style-type: none"><li>Somaattisten ja psykiatristen terveyspalvelujen käyttö mukaan lukien potilassuunnitelmat ja kuntoutus, koulutuksen ja tulojen mukaan</li><li>Etäisyys päivystykseen ja erikoislääkärille koulutuksen ja tulojen mukaan</li><li>Käyttäjämaksujen suuruus tulojen mukaan</li><li>Pääsy yksityiseen terveysvakuutukseen tulojen mukaan</li><li>Erot niiden ihmisten osuudessa, jotka ovat tarvinneet mutta eivät ole hakenneet apua</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Eriarvoisuuden seuranta- ja valvontajärjestelmän perustaminen terveyspalveluihin, mukaan lukien suunnitelmat ja kuntoutus</li><li>Lääkäreiden maantieteellinen jakautuminen, mukaan lukien erikoislääkärit, suhteessa sosioekonomisiin indikaattoreihin</li><li>Ehkäisevien palvelujen kattavuus</li><li>Resurssien jakautuminen somaattisen ja psykiatrisen hoidon välillä sekä perus- ja toisen asteen hoidon välillä</li></ul>

### 12: Poissulkevat työmarkkinat

Määrittäjän indikaattorit	Kaventamistoimenpiteiden indikaattorit
<ul style="list-style-type: none"><li>Pitkäaikaisten sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden esiintyvyys koulutuksen ja diagnoosien mukaan</li><li>Niiden osuus (%), jotka ovat olleet sairauden vuoksi pois enemmän kuin 8 viikkoa ja jotka ovat työssä kaksi vuotta myöhemmin, koulutuksen ja ammatin mukaan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Monitahoiset interventiot, joissa on yhdistetty työllisyys- ja terveysinterventioita erityisesti mielenterveyden alueella</li><li>Joustavien työpaikkojen lkm ja muiden työpaikkojen lkm, joissa joustavat vaatimukset ihmisille, joilla on alentunut psyykkinen tai fyysinen työkyky</li></ul>

## Liite 4. Suosituksia paikallisiksi terveyseroja kaventaviksi toimenpiteiksi ja niiden indikaattoreiksi

*Lähde: Diderichsen et al. (2015) Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience. København, 2015.*

PAIKALLISET TOIMENPITEET	INDIKAATTORIT
1. Vähennetään eriarvoisuutta lasten sosiaalisessa ympäristössä vähentämällä asuinalueiden eriytymistä (segregaatio) fyysisen suunnittelun avulla (asumismuodot)	1. <i>Sosiaalisen segregaaation mittausta: erot köyhyyden, työttömyyden, matalan koulutuksen sekä ei-OECD-maista tulevien maahanmuuttajien suhteellisessa osuudessa</i>
2. Köyhyyden välillinen vähentäminen vähentämällä niiden haavoittuvien perheiden lukumäärää, joissa on alhainen koulutustaso, työttömyyttä tai häätöuhka asunnosta.	2. <i>Köyhissä perheissä elävien lasten suhteellinen osuus OECD-kriteerien mukaan</i>
3. Varmistetaan apua vanhemmille, joilla on heikentynyt mielenterveys tai heikko tunne-elämän side lapsiin: Kotikäynnit vastasyntyneiden perheisiin, järjestelmällinen vanhempien mielenterveysongelmien ja heikentyneen emotionaalisen lapsi-vanhempisuhteen seulonta. Parannetaan valmiuksia löytää sosiaalisia ongelmia sekä motivoida perheitä hakemaan apua.	3. <i>Mielenterveysongelmia omaavien vanhempien lukumäärä perheiden tulotason mukaan</i>
4. Edistetään varhaislapsuuden kehitystä: vanhempien aktiivinen ja systemaattinen rekrytointi kasvatukseen liittyviin valmennusryhmiin. 5. Vähäosaisten perheiden lasten aktiivinen ohjaaminen esikouluohjelmiin. Varmistetaan korkealaatuinen hoito päiväkodeissa heikoilla alueilla siten, että päivähoidon resurssien kohdentaminen tapahtuu tarveperustaisesti.	4 JA 5. <i>Niiden lasten suhteellinen osuus, joilla on seitsemän vuotiaana havaittu alentunut älyllisen kehityksen taso</i>
6. Vähennetään mielenterveysongelmia, jotka vaikuttavat koulumenestykseen: Mielenterveyshäiriöiden systemaattinen seulonta kouluikäisillä. Näyttöön perustuvat vanhemmuusohjelmat, jotka keskittyvät vahvistamaan vanhemmuustaitoja ja edistämään vanhempien osallistumista lasten koulukokemuksiin.	6. <i>Niiden nuorten suhteellinen osuus, joilla on 14-vuotiaana havaittu korkeat piste-määrät nk. Voimavara ja vaikeus-kyselyssä perheen tulotason mukaan</i>
7. Vähennetään koulun keskeyttämistä ja niiden osuutta, joka eivät saavuta ammatinvalmiutta tai jatkokoulutusvalmiutta: Tarkka seuranta nuorille (16–25-vuotiaat), jotka ovat ilman työtä tai koulutusta. Kehitetään ja edistetään toimenpiteitä, joilla varmistetaan siirtyminen koulutukseen tai työhön.	7. <i>Koulupudokkaiden suhteelliset osuudet sekä niiden 16–25-vuotiaiden suhteelliset osuudet, jotka eivät ole koulutuksessa tai työssä</i>

PAIKALLISET TOIMENPITEET	INDIKAATTORIT
8. Parannetaan vähän koulutettujen, paikallishallinnon työntekijöiden työoloja: Tunnistetaan ja säädellään työpaikkoja, joilla on suhteellisen suuri osuus työntekijöitä, jotka voivat vähän vaikuttaa työn vaatimuksiin ja joissa vallitsee vaatimusten ja palkitsemisen epätasapaino. Parannetaan liikkuvuutta, jotta vältetään ihmisten juuttuminen työhön, jossa he eivät voi menestyä.	8. Niiden kunnallisten työpaikkojen suhteellinen osuus, joissa on korkea tehokkuus- tai fyysinen vaatimustaso koulutustason mukaan
9. Toteutetaan paikallista, rajoitetun pääsyn alkoholipolitiikkaa vähentämällä anniskelulupien määrää, asettamalla alkoholi-rajoituksia oppilaitoksissa, huolehtimalla vastuullisesta tarjoilusta ja soveltamalla ikärajoituksia myynissä.	9. Runsaasti alkoholia kuluttavien suhteellinen osuus iän ja koulutustason mukaan
10. Toteutetaan paikallista tupakoinnin rajoittamista sekä tupakointikieltoja oppilaitoksissa ja muilla julkisilla paikoilla.	10. Paljon tupakoivien suhteellinen osuus iän ja koulutuksen mukaan
11. Parannetaan heikommin kehittyneillä alueilla mahdollisuuksia liikuntaan lisäämällä pyöräilyreittejä, viheralueita, pakollista liikuntaa kouluissa ja ikäihmisten turvallisuutta.	11. Vähän liikuntaa harrastavien suhteellinen osuus iän ja koulutuksen mukaan
12. Kardiovaskulaaristen riskitekijöiden seulonta ja ennaltaehkäisevä hoito perusterveydenhuollossa on tehokasta, mutta vain varmistamalla hoidon täysi kattavuus (myös syrjäytyneet) se voi vähentää eriarvoisuutta.	12. Niiden henkilöiden suhteellinen osuus, joilla on korkea kardiovaskulaaristen sairauksien riski, mutta ei kontaktia terveydenhuoltoon, koulutuksen mukaan
13. Lisätään tasa-arvoa perusterveydenhuollossa: varmistetaan, että resurssien kohdentaminen on suhteessa tarpeisiin heikoilla maantieteellisillä alueilla.	13. Resurssienjako (allokointi) perusterveydenhuollossa suhteessa sosio-ekonomisiin tarveindikaattoreihin
14. Parannetaan syrjäytyneiden ja haavoittuvien ryhmien (monisairaat) pääsyä somaattiseen ja psykiatriseen hoitoon.	14. Mielenterveyspotilaiden vältettävissä olevien somaattisten sairaalajaksojen ja kuolemien lukumäärä
15. Lisätään työmahdollisuuksia henkilöille, joilla on alhainen koulutustaso ja alentunut työkyky: lisätään työtehtäviä, joissa on joustavat vaatimukset, erityisesti mielen-terveyspotilaille.	15. Työttömyysaste niillä, joilla on matala koulutus ja toimintakykyä alentava pitkäaikaisairaus
16. Vanhusten ehkäisevät kotikäynnit kohdennetaan niille henkilöille, jotka asuvat heikoilla alueilla, ja joilla on suuri riski toimintakyvyn nopeaan laskuun ja sairaala-hoitoon.	16. Niiden ikääntyvien suhteellinen osuus, joiden luo on tehty ehkäisevä kotikäynti sosioekonomisten aluejaottelujen mukaan
17. Systemaattinen syrjäytyneiden ryhmien tavoittaminen, kuten kodittomat, jotta heidän pääsinsä somaattisten ja psykiatriseen hoitoon paranisi.	17. Niiden työikäisten suhteellinen osuus, jotka ovat syrjäytyneet työstä, asumisesta ja yleisistä etuisuuksista.

## **Liite 5. Tukholman kaupungin elinolojen eroja kuvaavat indikaattorit vuonna 2015**

*Lähde: Stockholms stad: Skillnadernas Stockholm. Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stadsledningskontoret, Stockholms stad.*

### **1. Hyvinvointi ja terveys**

#### **Elinajanodote**

- Jäljellä oleva keskimääräinen elinikä 0-vuotiailla, vuosina 1970–2013, Tukholma ja koko maa
- Jäljellä oleva keskimääräinen elinikä 0-vuotiailla, naisilla ja miehillä, vuosina 2010 - 2014, Tukholman kaupungin 14 osa-alueella
- Odotettavissa oleva keskimääräinen elinikä 30-vuotiaana koulutustason mukaan, naisilla ja miehillä, vuonna 2014

#### **Itsearvioitu terveys**

- Terveytensä heikoksi arvioineiden, naisten ja miesten osuus (%) 18–84-vuotiaista osa-alueittain vuonna 2014

#### **Sairastavuus**

- Korvatut sairauspäivät naisilla ja miehillä, keskimäärin vuodessa, vuosina 2000–2013
- Sairauspäivät keskimäärin vuodessa, eri kaupunginosissa, vuosina 2004, 2007 ja 2013

#### **Lasten suunterveys**

- Niiden 3-vuotiaiden lasten osuus (%), joilla on havaittu kariesvaurioita hampaissa osa-alueittain vuosina 2006–2013

### **2. Kasvuolot ja koulutus**

#### **Perheiden toimeentulo**

- Köyhyysriskissä olevien lapsiperheiden osuus (%) kaupunginosittain, vuonna 2013 (yhteensä lasketut tulot ovat alle 60 % kaupungin mediaanista)
- Toimeentulotukea saavien perheiden osuus (%) kaupunginosittain, vuonna 2013, kaikki tuen saajat ja pitkäaikaisesti tukea saaneet
- Absoluuttisessa köyhyydessä elävien, 0–17-vuotiaiden lasten osuus, vuosina 1991, 2001 ja 2012, Tukholma ja koko maa
- Absoluuttisessa lapsiköyhyydessä elävien lasten lukumäärä osa-alueittain vuonna 2014 (Lapsiköyhyys luokiteltu Pelastakaa lapset-järjestön määritelmän mukaisesti)

#### **Koulujen oppimistulokset**

- Keskiarvo 9. luokalla vanhempien koulutustason mukaan, vuosina 2005–2014
- Niiden 9. luokan päättäneiden oppilaiden osuus (%), joilla on pätevyys kansalliseen lukio-ohjelmaan, osa-alueittain, vuosina 2001, 2007 ja 2013
- Niiden 9. luokan oppilaiden osuus (%), joilla ei ole pätevyyttä kansalliseen lukio-ohjelmaan, kaupunginosittain, kevät 2014
- Lukiopätevyyden omaavien oppilaiden osuus (%) 9. luokkalaisista koulukohtaisesti, kaupungin omissa kouluissa, keväällä 2014

### **Osallistuminen kulttuuri- ja liikuntaharrastuksiin**

- Nuorten urheiluseuraan kuuluvien tyttöjen ja poikien osuus (%) yläasteen oppilaista, osa-alueittain, vuonna 2013

## **3. Työ ja toimeentulo**

### **Vahvat ja heikot ryhmät työmarkkinoilla**

- Ansiotyössä olevien osuus (%) 20–64-vuotiaista, kaupunginosittain, vuonna 2012
- Työssä olevien, naisten ja miesten, osuus (%) 20–64-vuotiaista, vuosina 1990–2013, kaupungin keskiarvot sekä kahden ääripäätä edustavan osa-alueen keskiarvot
- Maahanmuuttajien työllisyysaste (%) maassaoloajan mukaan, vuonna 2012, kaupungin keskiarvot sekä kahden ääripäätä edustavan osa-alueen keskiarvot
- Työttömien, 18–24-vuotiaiden, naisten ja miesten osuus (%), osa-alueittain, vuonna 2014, ohjelmissa olevat sekä avoimesti työttömät
- Työn, koulutuksen tai muun tunnetun toiminnan ulkopuolella olevien nuorten osuus (%) 20–24 vuotiaista, vuonna 2012
- Pitkäaikaistyöttömänä olevien naisten ja miesten osuus (%) työttömistä, vuosina 2000–2014, koko kaupunki sekä kaksi ääripäätä edustavaa osa-aluetta

### **Koulutus**

- Niiden 25–74-vuotiaiden osuus (%), joilla on lukion jälkeinen koulutus, vuosina 2001, 2006 ja 2012: vertailussa Tukholman kaupunki, Tukholman lääni, Malmö, Göteborg ja koko Ruotsi
- Eri koulutustasoille (alle lukio, lukio tai lukion jälkeinen) kuuluvien osuus (%) 25–74-vuotiaista, vuosina 2000–2013
- Lukion jälkeisen koulutuksen omaavien osuus (%) 25–74-vuotiaista, kaupunginosittain, vuonna 2013
- Lyhyen tai pitkän koulutuksen omaavien osuus (%) 25–74-vuotiaista kaupungin koulutustasoltaan parhaimmissa ja heikoimmista kaupunginosissa (11 kpl) vuonna 2013
- Työttömien osuus (%) 25–74-vuotiaista koulutustason mukaan (alle lukiotason, lukiotason tai lukion jälkeisen tason opinnot) vuonna 2014, aktivointiohjelmissa olevat ja avoimesti työttömät

### **Toimeentulo**

- Keskitulojen kasvu % kaupunginosittain, vuodesta 1991 vuoteen 2012
- 16 vuotta täyttäneiden asukkaiden asukaskohtaiset tulot kaupunginosittain, vuosina 1991, 2001 ja 2012
- Asukaskohtaiset tulot kaupunginosittain, vuonna 2012
- Asukaskohtaiset työtulot miehillä ja naisilla sekä naisten työtulojen osuus (%) miesten tuloista vuosina 1996, 2003 ja 2013
- Toimeentulotukea saaneiden, 18–64-vuotiaiden osuus (%) niissä kaupunginosissa, joissa on eniten tai vähiten toimeentulotuen saajia, vuodet 2005 ja 2014
- Niiden osuus (%), jotka ovat turvallisuuskyselyssä ilmoittaneet, että heillä on ollut vaikeuksia selvitä välttämättömistä menoista (ruoka, vuokra jne.) viimeisen 12 kk aikana, tietyissä kaupunginosissa, vuosina 2008, 2011 ja 2014



## 4. Asuminen ja kaupunkiympäristö

### **Kaupunginosien houkuttelevuus ja luonne**

- Myytyjen asuntojen neliöhinnat vuonna 2011
- Neljän asuinaluetyypin asuinalueiden sijoittuminen asumisen laadun ja sosioekonominen kehityksen mukaan. Kuva, jossa on ristiintaulukoitu kaksi ulottuvuutta Kaupunkilaadun indeksi (Stadskvalitetsindex) sekä Sosio-ekonominen indeksi (Sosioekonomiskt index). Kaupunginosat jaettu neljään ryhmään: kantakaupunki, vanhemmat lähiöt (1930–1960), huvilalähiöt sekä uudemmat lähiöt (1960–1990).

### **Asuntopolitiikka ja segregatio**

- Asukasmäärän kehitys ja asuntojen määrän kehitys, vuosina 1998–2014
- Huoneistojen ja pientalojen määrä omistumuodon mukaan, vuosina 1998–2014: pientalot, asumisoikeusasunnot, yksityiset vuokra-asunnot ja yleishyödylliset vuokra-asunnot
- Keskimääräinen jonotusaika (vuodet) tavalliseen vuokra-asuntoon asuntojonossa, vuosina 2005–2014: kantakaupunki, lähimmät lähiöt, ulompi kaupunki sekä koko kaupunki
- Maantieteellinen segregatio eri tutkimuksien perusteella analysoituna

### **Ahtaasti asuminen**

- Kaupunginosat, joissa asutaan kaikkein ahtaimmin, mitattuna suhdeluvulla huoneita/henkilö vuonna 2013

## 5. Demokratia ja turvallisuus

### **Demokraattinen osallistuminen**

- Äänestysaktiivisuus äänestys- ja asuinalueittain, vuonna 2014
- Äänestysprosentti vuonna 2014 ja vuonna 2010 niissä kaupunginosissa, joissa vaaleihin osallistuminen on ollut vähäisintä
- Äänestysprosentti vuonna 2014 ja vuonna 2010 niissä kaupunginosissa, joissa vaaleihin osallistuminen on ollut suurinta
- Äänestysprosentti kunnallisvaaleissa, vuosina 2006, 2010 ja 2014, tietyissä kaupunginosissa,
- Äänestysprosentti sukupuolen ja ikäryhmän mukaan, kunnallisvaaleissa vuonna 2010 ja 2014

### **Luottamus ihmisiin ja viranomaisiin**

- Vähän toisiin ihmisiin luottavien, 25–74-vuotiaiden osuus (%) asuinalueittain, vertailuryhmät: lyhyt tai pitkä koulutus
- Niiden henkilöiden osuus (%), joilla hyvin vähän tai melko vähän luottamusta kaupunginosaan, asuinalueittain, vuonna 2014
- Niiden henkilöiden osuus (%), joilla hyvin vähän tai melko vähän luottamusta paikalliseen poliisiin, asuinalueittain, vuonna 2014

### **Koettu turvallisuus**

- Niiden henkilöiden osuus (%), jotka tuntevat itsensä omalla asuinalueellaan turvattomiksi tai erittäin turvattomiksi, osa-alueittain, vuosina 2008, 2011 ja 2014
- Niiden henkilöiden osuus (%), jotka tuntevat itsensä omalla asuinalueellaan turvattomiksi tai erittäin turvattomiksi, seitsemän suurimman turvattomuuden kaupunginosaa, vuosina 2008, 2011 ja 2014
- Niiden naisten ja miesten osuus (%), jotka tuntevat itsensä omalla asuinalueellaan turvattomiksi tai erittäin turvattomiksi, seitsemän kaupunginosaa, vuonna 2014
- Tahallaan sytytettyjen tulipalojen määrä, kaupunginosittain, ajalla 6/2014–4/2015
- Niiden osuus (%) asukkaista, jotka kokevat sytytetyt palot järjestysongelmaksi asuinalueella

## Liite 6. Sosiaalisesti kestävä Tukholma – päämäärään liittyvät tavoitteet ja indikaattorit Tukholman kaupungin talousarvioissa vuosina 2016, 2017 ja 2018

Lähde: Stockholms stad (2015b) Stockholms stads budget 2016. Ett Stockholm för alla. Kommunfullmäktiges beslut 19.11.2015. / Ett Stockholm som håller samman – kommunfullmäktiges indikatorer.

Toiminnallinen tavoite	Indikaattorit
<b>1. Kaikilla Tukholman lapsilla on hyvät ja tasa-arvoiset kasvuolosuhteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esikoulunopettajien osuus kaikista työntekijöistä (%)</li> <li>• Esikoululaisten määrä työntekijää kohti</li> <li>• Esikoulun opettajien osuus, päteviä sukupuolipedagogiikassa (%)</li> <li>• Peruskoulun opettajien osuus, päteviä sukupuolipedagogiikassa(%)</li> <li>• Tyytyväisten vanhempien osuus (%)</li> <li>• Henkilöstön arvio esikoulun kyvystä tukea lapsen oppimista ja kehitystä</li> <li>• Lasten määrä ryhmää kohti</li> <li>• Niiden esikoulujen osuus, joissa pedagogisen koulutuksen saaneiden työntekijöiden osuus on alle 25 %</li> <li>• 9. vuosiluokan oppilaiden osuus, jotka saavuttaneet tavoitteet kaikissa oppiaineissa (%)</li> <li>• Oppilaiden osuus, jotka kuuluvat kansalliseen ohjelmaan (%)</li> <li>• 6. vuosiluokan oppilaiden osuus, jotka saavuttaneet tavoitteet kaikissa oppiaineissa (%)</li> <li>• 8. vuosiluokan oppilaiden osuus, jotka tuntevat olonsa turvallisiksi koulussa (%)</li> <li>• Pätevien/ laillistettujen opettajien osuus peruskoulussa (%)</li> <li>• Lukiotutkinnon suorittaneiden osuus (%)</li> <li>• Pätevien/ laillistettujen opettajien osuus lukioissa (%)</li> <li>• Lukiolaisten osuus %, jotka tuntevat olonsa turvallisiksi koulussa</li> <li>• Niiden esikoulujen osuus, joissa vähemmän kuin 25 % esikoulun opettajia (%)</li> <li>• Taloudellista tukea/ toimeentulotukea saavissa perheissä asuvien lasten osuus (%)</li> </ul>
	Pakolliset lautakuntaindikaattorit
<b>2. Varhaiset sosiaaliset panostukset luovat tasa-arvoiset elinmahdollisuudet kaikille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lasten ja nuorten osuus, jotka olleet aktiivisten toimenpiteiden piirissä yksilö- ja perhehuollossa ja jotka eivät ole enää aktiivisia 12 kuukautta toimenpiteiden päättymisen jälkeen (%)</li> <li>• Suunnitelman mukaan päätettyjen toimenpiteiden osuus aikuisten päihdepalveluissa (%)</li> <li>• Koeasuntojen osuus kaikista koeasunnoista, jotka siirtyneet omalle vuokrasopimukselle (%)</li> <li>• Tuen tarpeen arviointiin tyytyväisten osuus sosiaalipsykiatristen toimenpiteiden piirissä olleista henkilöistä (%)</li> <li>• Nuorten osuus, jotka Tukholma-kyselyssä ilmoittivat, että eivät tupakoi (%)</li> <li>• Nuorten osuus, jotka Tukholma-kyselyssä ilmoittivat, että eivät käytä alkoholia (%)</li> <li>• Nuorten osuus, jotka Tukholma-kyselyssä ilmoittivat, että eivät käytä huumausaineita (%)</li> </ul>

Toiminnallinen tavoite	Indikaattorit
	Pakolliset lautakuntaindikaattorit
<b>3. Tukholma on kaupunki, jossa on elävät ja turvalliset kaupunginosat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaupunginosansa turvallisiksi kokevien osuus (%)</li> <li>• Nopeusrajoitusten noudattaminen (%)</li> <li>• Turvalliset kulkuväylät jalankulkijoille, pyörille ja mopoille</li> <li>• Suoritetut, riskianalyysiin liittyvät toimenpiteet (%)</li> <li>• Tyytyväisyys puistojen ja viheralueiden hoitoon (%)</li> <li>• Tukholmalaisien tyytyväisyys kaupungin siisteyteen (%)</li> </ul>
	Pakolliset lautakuntaindikaattorit
<b>4. Tukholma on runsaan asuntorakentamisen kaupunki, jossa kaikki voivat asua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asuntojen lukumäärä, joille osoitettu tontti</li> <li>• Vuokra-asuntojen lukumäärä, joille osoitettu tontti</li> <li>• Asuntojen lukumäärä hyväksytyissä asemakaavoissa</li> <li>• Asuntojen lukumäärä hyväksytyissä asemakaavoissa uuden metron vaikutusalueella</li> <li>• Aloitettujen asuntojen määrä</li> <li>• Aloitettujen vuokra-asuntojen määrä</li> <li>• Valmistuneiden opiskelija-asuntojen määrä</li> <li>• Kaupungin asuntovälityksestä välitettyjen koe- ja harjoitus-asuntojen sekä ”Asunto ensin”- asuntojen määrä</li> <li>• Kaupungin asunto-osakeyhtiön vuokralaisten tyytyväisyys yhtiön palveluihin (%)</li> <li>• Kaupungin asunto-osakeyhtiön vuokralaisten tyytyväisyys yhtiön asuntoihin, yleisiin tiloihin, ulkotiloihin (%)</li> </ul>
	Pakolliset lautakuntaindikaattorit
<b>5. Tukholmassa on runsas urheilu- ja vapaa-ajan palvelujen tarjonta, joka on kaikkien saavutettavissa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tukholmalaisien tyytyväisyys Tukholman kaupungin urheilutarjontaan</li> <li>• Nuorten tyytyväisyys urheilumahdollisuuksien saavutettavuuteen (%)</li> <li>• Nuorten (10–17v) osuus, jotka kokevat, että heillä on mahdollisuus osallistua mielekkäisiin vapaa-ajantoimintoihin (%)</li> </ul>
	Pakolliset lautakuntaindikaattorit
<b>6. Kaikilla tukholmalaisilla on lähellä mahdollisuus kulttuuriin ja omaan luovaan toimintaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tukholmalaisien tyytyväisyys kunnallisiin kulttuurilaitoksiin</li> <li>• Kaupungin kulttuurilaitoksiin tehdyt käynnit asukasta kohti</li> <li>• Nuorten (10–17v) osuus, jotka kokevat että heillä on mahdollisuus osallistua mielekkäisiin kulttuuritoimintoihin (%)</li> <li>• Kunnallisten kirjastojen lainaukset asukasta kohti</li> <li>• Kaupunginkirjaston käynnit asukasta kohti</li> <li>• Oppilaspaiikkojen määrä Kulttuurikoulun maksullisessa, lasten ja nuorten toiminnassa</li> </ul>

Toiminnallinen tavoite	Indikaattorit
<p><b>7. Kaikilla ikäihmisillä on turvallinen vanhuus ja he saavat hyvälaatuista vanhuspalvelua</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tyytyväisten asiakkaiden osuus (%) – hoiva- ja palveluasuminen (vanhuspalvelut)</li> <li>• Tyytyväisten asiakkaiden osuus (%) – kotipalvelut, normaali asuminen (vanhuspalvelut)</li> <li>• Tyytyväisten asiakkaiden osuus (%) – apua tarvitsevien päivätoiminnot (vanhuspalvelut)</li> <li>• Tuntipalkkaisten osuus(%) kaikesta tehdystä työajasta</li> <li>• Henkilöstön osuus, jolla vanhuspalvelun peruskoulutus (%)</li> <li>• Henkilöiden osuus hoiva- ja palveluasumisessa, joille tehty yksinkertainen tai syvennetty lääkeaineiden tarkistus (%)</li> <li>• Olonsa turvalliseksi kokevat (%) – kotipalvelu, normaali asuminen</li> <li>• Olonsa turvalliseksi kokevat (%) – hoiva- ja palveluasuminen</li> <li>• Asiakkaiden osuus (%), jotka kokevat voivansa vaikuttaa siihen, miten apu annetaan – kotipalvelu, normaali asuminen</li> <li>• Ruoka-aikoja mukavina hetkinä pitävät (%) – hoiva- ja palveluasuminen</li> <li>• Hoidon jatkuvuus (max 10 henkilöä) – kotipalvelu, normaali asuminen</li> <li>• Päivittäin ulkoilevien osuus asukkaista (%) – hoiva- ja palveluasuminen</li> </ul>

## **Liite 7. Yhteispohjoismaisen tutkijaryhmän suositukset terveyserojen kaventamisen tehostamiseksi pohjoismaissa**

*Lähde: Diderichsen et al. (2015a) Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience. København, 2015, s. 41–45, Diderichsen, Scheele och Little (2015c)*

Professori Diderichsenin johtama, yhteispohjoismainen tutkijaryhmä esitti 11 suositusta terveyserojen kaventamisen tehostamiseksi. Suositukset kattavat laajasti organisaation toiminnan, tietotuotannon ja strategisen johtamisen kehittämisen.

*1. Kattava strategia.* Kaikki kolme terveyden eriarvoisuuden näkökulmaa (sairastavuuden sosiaalinen gradientti, sairauden seurauksien sosiaalinen gradientti ja syrjäytyneiden terveys) sekä kaikki kolme kaventamistoimenpiteiden motiivia (vapaus ja ihmisoikeudet, sosiaalinen kestävyys ja taloudellinen kestävyys) ovat olennaisia. Ne tulee yhdistää kattavaksi strategiaksi. Sosiaalisen kestävyden strategia ja siihen sisältyvä Terveyttä kaikille-näkökulma edistää omistajuutta yli sektoreiden. Terveudessa on kyse ihmisten mahdollisuudesta elää sellaista elämää, jota he arvostavat eniten, siksi on kiinnitettävä huomio sairastavuuden eriarvoisuuden vähentämiseen.

*2. Toiminta rakentuu jokaisen sektorin lähtökohdista.* Jokaisella toimintasektorilla on erilainen kulttuuri, kieli, lainsäädäntö ja ajattelutapa. Omistajuutta syntyy, kun kukin sektori kehittää oman tavan vaikuttaa terveyden tasa-arvoon. Toimintapolitiikkojen kehittäminen ja soveltaminen eri sektoreille tulee tapahtua niiden lähtökohdista, mutta vuorovaikutuksessa kansanterveyden asiantuntijoiden kanssa. Terveiden määrittäjien valinta tehdään epidemiologisin perustein, mutta toimenpiteet niiden muuttamiseksi täytyy jokaisen sektorin kehittää itse.

*3. Yleinen toimintapoliittinen tuki.* Kansainväliset ja kansalliset tieteelliset katsaukset tarjoavat laajoja suuntaviivoja, mutta tarvitaan konkreettisia toimenpiteitä ja muutoksia eri sektoreilla. Valtakunnallisen ja alueellisen tason tulee tukea kuntia yleisellä toimintapolitiikalla sekä toimenpiteillä (politiikka-asiakirjat), jotta terveyseroja voidaan kaventaa yli-sektorisesti. Arviot ohjelmien todennäköisistä terveysvaikutuksista ovat hyödyllisiä. Tarvitaan myös apua yleisten toimenpide-ehdotusten soveltamisessa paikallisiin yhteyksiin.

*4. Tieto kustannuksista ja vaikutuksista.* Kustannusvaikuttavuutta koskevaa näyttöä käytetään yllättävän vähän, ehkä siksi, että tarjontaa on niin vähän. On olemassa kasvavaa kysyntää kustannuslaskelmille sekä todennäköisten terveysvaikutusten arvioinnille. Terveys kaikissa politiikoissa – tyyppisten ehdotusten tulisi sisältää kustannusvaikuttavuusarvioita, jotta ehdotusten asema taloussuunnittelussa vahvistuisi.

*5. Tasa-arvoindikaattorit kaikille sektoreille.* Tulisi laajemmin käyttää indikaattoreita, jotka liittyvät eri sektoreille sijoittuviin terveyden määrittäjiin. Näitä indikaattoreita tulisi vertailla sosiaalisten ryhmien välillä kunnan sisällä. Tulisi kehittää indikaattoreita ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä varten eri sektoreille. On tärkeää, että näitä indikaattoreita kehitetään merkittävien sektoreiden sisällä tai ainakin läheisessä yhteistyössä niiden kanssa. Tulisi asettaa joukko minimivaatimuksia ennalta ehkäiseville toimenpiteille mukaan lukien terveyden tasa-arvon näkökulma.

*6. Poliittikataitojen rakentaminen.* Monisektorinen toimintapolitiikka edellyttää tietoja ja taitoja kansanterveydestä, tarpeiden arvioinnista sekä terveysvaikutusten arvioinnista.

Epidemiologiaa, taloutta, terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisyä koskeva osaaminen on olennaista. Tarvitaan myös eri sektoreiden kulttuurin tuntemusta. Tulee kehittää ja tarjota koulutusta, joka opastaa paikalliseen päätöksentekoon ja kansanterveyttä koskevan tiedon hyödyntämiseen sekä eri sektoreiden kansanterveyden kannalta olennaiseen käsitteistöön, perinteisiin ja tutkimustuloksiin.

*7. Lainsäädäntö.* Norjassa lainsäädäntö on vaikuttanut voimakkaasti paikallisiin toimiin. Ruotsissa sääntelemättömät paikalliset hankkeet ovat edenneet pitkälle. Tanskassa on herännyt kysymys, miksi klinisiä ohjeita ”tulee” noudattaa, mutta ennalta ehkäiseviä ohjeita ”voidaan” toteuttaa, jos se sattuu olemaan paikallisesti priorisoitua. Terveyden tasa-arvon kehittymiseksi kaikilla toimintaloikoilla tarvitaan toimenpiteiden pohjaksi kansallisia toimintalinjoja, jotka perustuvat korkeatasoiseen tietopohjaan.

*8. Koko yhteisön strategia.* Edelleen muut kuin julkiset toimijat osallistuvat rajoitetusti hankkeisiin. On olemassa monia esimerkkejä siitä, että kumppanuudet lisäävät oikeutusta, kattavuutta ja vaikuttavuutta esimerkiksi terveitä elämäntapoja edistävissä hankkeissa. ”A whole-of-society”-lähestymistapa paikalliseen terveyden edistämiseen on tehokas ja suositeltava. Julkisen sektorin lisäksi mukana tulee olla laajasti muita intressiryhmiä, kuten järjestöjä, kansalaisia ja elinkeinoelämän edustajia.

*9. Kaikki sektorit mukaan yhtenäisin ehdoin.* Terveydenhuollon johtava asema on ollut aiemmin välttämätön, mutta se ei tuota omistajuutta muilla sektoreilla. Terveyden tasa-arvoa tukevien, kansallisten ja monisektoristen politiikkojen puuttuminen on haitta. Kaikki olennaiset sektorit tulee ottaa mukaan yhdenmukaisin ehdoin jo varhaisessa vaiheessa kehityksen ja omistajuuden edistämiseksi terveyden tasa-arvoon tähtäävässä työssä. Paikallistason toteutusta hyödyttää se, että johtotason henkilöitä eri toimintaloikoilta kootaan yhteen pitkäaikaiseen yhteistyöprosessiin. Vastaavanlainen prosessi valtakunnallisella tasolla tukisi huomattavasti paikallisia prosesseja.

*10. Hallinnon tasojen yhteistyö ja tuki.* WHO:n raportit ovat toimineet inspiraation lähteenä myös paikallisesti. Ei ole olemassa selkeää työnjakoa, jossa alueelliset asiantuntijat toimisivat ”toisen tason” terveydenhuollon henkilöstönä, joka tukee paikallistasoa. Ei ole olemassa kansallista seurantaa ja vertaisarviointia. Alueiden, maakuntien ja joissain tapauksissa valtakunnallisten viranomaisten tulisi tukea kuntien työtä lääketieteellisen kansanterveystyön osa-alueilla (epidemiologia, ympäristöterveydenhuolto, sosiaalilääketiede) sekä myös alueellisella suunnittelulla.

*11. Pitkäaikainen sitoutuminen.* Kunnat, joissa poliittinen ja hallinnollinen johto on keskittynyt terveyden tasa-arvoon, ovat edenneet pitkälle. Poliittiset ristiriidat terveyden tasa-arvoon liittyvissä kysymyksissä ovat haitanneet paikallistason toimintaa. Paikallisesti kestävä prosessin kehittäminen kaikilla toimintaloikoilla edellyttää pitkän aikavälin poliittista ja hallinnollista sitoutumista. Jotkut toimintapolitiikat herättävät väistämättä ristiriitoja, mutta prosessi hyötyisi kompromissien pitkäjänteisestä edistämisestä poliittisten vastakohtien esiin nostamisen sijaan.

Tekijä(t) Vesanen, Tuula		
Nimike Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen Kööpenhaminassa ja Tukholmassa		
Julkaisija (virasto tai laitos) Helsingin kaupungin tietokeskus	Julkaisu-aika 2017	Sivumäärä, liitteet 69
Sarjan nimike Tutkimuskatsauksia - Helsingin kaupungin tietokeskus		Osanumero 2017:1
ISSN(painettu) 1455-7266 ISSN(verkossa) 1796-7236	ISBN(painettu) 978-952-331-244-9 ISBN(verkossa) 978-952-331-245-6	Kieli suom, ruots, engl
Tiivistelmä <p>Katsauksessa selvitettiin terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista osana Kööpenhaminan kaupungin terveyspolitiikkaa ja Tukholman kaupungin sosiaalisen kestävyysstrategiaa. Tietojohtamisen teoreettiseen malliin pohjautuvat tutkimuskysymykset olivat: (1): miten ja millaiseen viitekehykseen perustuen terveys- ja hyvinvointierot on määritelty, (2): miten väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä erojen kaventamistoimenpiteitä seurataan ja (3): miten johtamisessa käytetään terveys- ja hyvinvointieroja koskevaa tietoa. Aineistona käytettiin kaupunkien julkaisemia hallintoelinten päätösasiakirjoja, talousarvioita, toimintakerhomuksia, strategisia suunnitelmia sekä verkkoaineistoja vuosilta 2014–2016. Lisäksi tarkasteltiin terveys- ja hyvinvointieroihin liittyviä käsitteitä, selitysmalleja, pohjoismaiden terveyspoliittisia painotuksia sekä kuntien kokemuksia, roolia ja tietotarpeita.</p> <p>Tulokset: (1) Molemmat kaupungit ovat teoreettisen viitekehyksen pohjalta määritelleet oman lähestymistavan, jota toteutetaan systemaattisesti terveys- ja hyvinvointierojen määrittelystä toimenpiteiden seurantaan saakka. Kööpenhaminassa työn kohteena on väestön terveys ja terveyserojen kaventaminen. Kaupungissa on kehitetty terveyserojen selitysmalli, joka perustuu terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevaan tutkimusperinteeseen. Tukholmassa työn kohteena on väestön hyvinvointi ja hyvinvointierojen kaventaminen. Kaupungissa on kehitetty sosiaalisen kestävyysstrategian määrittely, jonka tavoitealueita ovat hyvinvointi, itsensä toteuttaminen, yhteisöllisyys ja turvallisuus. (2) Väestön terveys- ja hyvinvointierojen seurannassa on muodostettu valitun lähestymistavan pohjalta teemakokonaisuuksia. Kööpenhaminassa kokonaisuuksia on neljä: lasten kasvuolot, varhainen kehitys ja koulutus, työmarkkinat ja osallisuus, ympäristöriskit ja stressitekijät sekä terveyskäyttäytymisen riskitekijät. Tukholmassa kehittämisalueita ovat: kasvuolot ja koulutus, työ ja toimeentulo, asuminen ja kaupunkiympäristö sekä demokratia ja turvallisuus. Kaventamistoimenpiteiden seurannassa on eroja. Kööpenhaminassa on kolmitasoinen seurantajärjestelmä, johon kuuluvat viiteen klusteriin ryhmitellyt terveyspoliittiset indikaattorit. Tukholmassa seuranta tapahtuu kestävästä kehityksestä koskevien strategisten päämäärien, tavoitteiden ja indikaattoreiden kautta. (3) Kööpenhaminan ja Tukholman hankkeet toteutetaan johtamisrakenteiden puitteissa, lisäksi Tukholmassa on erillinen kehittämiskomitea. Kaupungit ovat kehittäneet tutkimuksen, kaupungin organisaation ja poliittisen päätöksenteon vuorovaikutusta sekä laajempaa yhteistyötä järjestöjen ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden kanssa.</p>		
Asiasanat hyvinvointierot, terveyserot, hyvinvointi- ja terveyserojen seuranta, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, terveyspolitiikka, sosiaalinen kestävyys, Kööpenhamina, Tukholma		
Hinta hinnaston mukaan	Jakelu puh. 09 310 36293	
Myynti Tietokeskuksen kirjasto, Siltasaarenkatu 18–20 A, 00099 Helsingin kaupunki, puh. 09 310 36377		





## TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROJEN KAVENTAMINEN KÖÖPENHAMINASSA JA TUKHOLMASSA

Kuinka parannamme asukkaiden elämänlaatua, jotta he eläisivät pidempään terveinä? Miten katkaisemme asuinalueiden eriytymiskehityksen, joka uhkaa kaupunkia? Mistä tiedämme, että kuljemme suuntaan, joka edistää asukkaiden terveyttä ja vahvistaa kaupungin sosiaalista eheyttä? Näitä kysymyksiä on viime vuosina pohdittu pohjoismaiden suurkaupungeissa. On havahduttu tilanteeseen, jossa hyvinvointi- ja terveyserot kasvavat, vaikka elintaso kohoaa ja väestön yleinen terveydentila paranee. Tutkimuskatsaus kuvaa, miten Kööpenhaminan terveyspolitiikka ja Tukholman kaupunkistrategia vastaavat näihin kysymyksiin. Kaupunkien kokemukset tarjoavat mielenkiintoisen vertailukohtan Helsingin kaupungille, joka myös etsii ratkaisuja hyvinvointi- ja terveyseroihin.

**Julkaisutilaukset**  
p. (09) 310 36293

**Internet**  
[www.hel.fi/tietokeskus](http://www.hel.fi/tietokeskus)