

TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ERUARVOISUUS

*– lähestymistapoja
ja ratkaisuja*

Marita Sihto
Sakari Karvonen
(toim.)

TERVEYDEN EDISTÄMINEN
JA ERIARVOISUUS
– LÄHESTYMISTAPOJA JA RATKAISUJA

MARITA SIHTO & SAKARI KARVONEN
(TOIM.)



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Lasse Ansaharju / Vastavalo.fi
Taitto ja kuviot: Seija Puro

Teema 24

ISBN 978-952-302-717-6 (painettu)

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Helsinki 2016

ESIPUHE

Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja -kirja muistuttaa terveydelliseen eriarvoisuuteen vaikuttamisesta osana terveyden edistämistä. Laaja-alaisesti terveyden edistämistä käsittelevästä Ottawan julistuksesta tulee kuluneeksi 30 vuotta. Aihe on edelleen ajankohtainen. Käsillä olevassa kirjassa aihetta lähestytään sekä käsitteellisesti että käytännön toimintatapojen kautta. Pääpaino on keinoissa, joilla voitaisiin vastata väestöryhmittäisiin eroihin terveyden edistämisen toimintakokonaisuudessa.

Kirjan artikkelit nojautuvat pääosin kirjoittajien aihealuetta koskevaan asiantuntemukseen ja aiempiin tutkimuksiin. Artikkelit myös arvioitiin ja toimittajat saivat merkittävää apua alan asiantuntijoilta: Marko Elovainio, Kati Karvonen, Leena Koivusilta, Hannele Palosuo ja Sirpa Soini. Heille esitämme parhaat kiitoksemme. Hannele Palosuota kiitämme myös asiantuntija-avusta kirjan sisällön suunnittelussa.

Kirja ilmestyy Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaisuna, josta esitämme kiitokset. Saamamme tuki kirjan eri vaiheiden aikana on ollut suureksi avuksi. Erityisesti kiitämme Maria Kurosta ja Seija Puroa ammattitaitoisesta työstä kirjan painokuntoon saattamisessa.

Helsingissä lokakuun 17. päivänä 2016

Marita Sihto

Sakari Karvonen

SISÄLLYS

Esipuhe

Sisällysluettelo

JOHDANTO MARITA SIHTO 7

I TEORIOITA, KÄSITTEITÄ JA TOIMINTAPERIAATTEITA

Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin:
yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie12
MARITA SIHTO

Terveyden sosiaaliset määrittäjät, elämäntyyli ja
huono-osaisuuden ongelma38
HANNELE PALOSUO

Oikeus terveyteen ja terveyden edistäminen58
EEVA NYKÄNEN

II TOIMINTAPOLIITTISIA RATKAISUJA

Eriarvoisuutta vähentävä toiminta alkoholihaittojen ehkäisyssä72
MARJA HOLMILA

Ravitsemuspolitiikka ja terveyserot86
MERI KOIVUSALO & SIRPA SARLIO-LÄHTEENKORVA

Liikunta kuuluu kaikille – liikuntapolitiikan mahdollisuudet
osiaalisen eriarvoisuuden vähentämisessä101
TOMI MÄKI-OPAS

Itsestään selvä, unohdettu, aliarvostettu kävely116
TUULI RANTALA

Liikennesuunnittelulla edistetään pyöräilyn houkuttelevuutta122
KALLE VAISMAA

III VOIMAVAROJA JA PALVELUJA

Tarvelähtöinen palveluiden tuottaminen perheiden terveyden edistämiseksi – esimerkkinä neuvolamaailma	130
PÄIVI RAUTAVA	
Terveyden lukutaito ja terveysterojen kaventaminen	141
KAROLIINA KAASALAINEN	
Koherenssin tunne – valmius tunnistaa ja käyttää erilaisia voimavaroja	161
SAKARI SUOMINEN	
Terveyskäyttäytymisen psykososiaaliset muutostekijät – perusta vaikuttaville interventioille	173
ANTTI UUTELA	
LOPUKSI Terveyden edistämisen tulevaisuuksia	191
SAKARI KARVONEN	
Kirjoittajat	195

JOHDANTO

Käsillä olevan kirjan tarkoituksena on eritellä terveyspolitiikan keskeistä lähtökohtaa, terveyden edistämistä ja sen suhdetta terveydelliseen eriarvoisuuteen. Terveyseroista, niiden laajuudesta ja suunnasta on hyvä tietopohja jo pitkältä ajanjaksolta samoin kuin elintapojen jakautumisesta väestöryhmittäin. Terveellisten elintapojen tukeminen eri keinoin on terveyden edistämisen ydintä. Tästä syystä on tärkeää kiinnittää huomiota toimiin, joilla voidaan varmistaa, että terveyttä edistämällä vähennetään samalla terveyseroja – tai ei ainakaan lisätä niitä.

Kirjan lähtökohtana on ”paikantaa” terveyserot osaksi terveyden edistämistoimintaa. Tieto terveyseroista ei itsestään välity toiminnaksi, uusiksi politiikka-aloitteiksi tai toimintapoliittisiksi ohjeiksi, eikä se ole riittävä lähtökohta käytännön toiminnalle. Terveyspolitiikassa tavoitteiden toteuttaminen, käytäntöön vieminen, jää usein vaillinaiseksi. Ongelmaksi koettu asiantila kuvataan, mutta ratkaisuvaihtoehdot jäävät usein puuttumaan. Tulisikin kysyä useammin, miten toimia käytännössä, mitkä ovat toiminnan vaikutukset ja miten onnistumista arvioidaan? Kirjassa esitellään olemassa olevia tapoja, keinoja ja ratkaisumalleja, joilla tavoitellaan sitä, että kaikki väestöryhmät hyötyisivät terveyden edistämistoimista. Taustalla on arvio siitä, että samat keinot eivät välttämättä toimi koko väestössä ja että terveyseroihin vaikuttaminen voi edellyttää eriytyneitä lähtökohtia ja keinoja.

Kirjan punaisena lankana on johtopäätös, että tarvitaan *sekä* yhteiskunnallisia toimia *että* yksilöiden omaa toimintapotentialiaa. Terveyden edistämistoiminnassa tulisi nykyistä tarkemmin ja tietoisemmin arvioida toimintatapoja miettimällä ”kohderyhmän” edellytyksiä hyötyä väestöön ja myös yksilöihin kohdistuvista terveyden edistämistoimista. On kuitenkin syytä huomata, että yksilöitä ei tulisi ehtoitta vastuuttaa (blaming the victim), vaan vastuuta tulee tarkastella suhteessa niihin mahdollisuuksiin, jotka joko lisäävät tai rajoittavat yksilöiden omia toimintamahdollisuuksia. Tämä on tarpeen myös sen vuoksi, että ei ole olemassa yksimielisyyttä siitä, miten ja millä keinoin terveyttä voi ja tulee kohentaa heikoimman terveyden ryhmillä. Tärkeää on huomata – ja siihen kirjassa kiinnitetään myös huomiota – että ongelmaksi määritellyn asiantilan ratkaisuisista voi olla erilaisia käsityksiä ja tästä johtuen erilaisia toimintatapoja. Ne näyttävät olevan keskenään ristiriitaisia, jännitteisiä ja kilpailevia lähestymistapoja.

Kirjassa on asiantuntijapuheenvuoroja, joissa hyödynnetään sekä tutkimustietoa että muuta relevanttia, aihepiiriä koskevaa tietoa sekä Suomesta että muualta. Kirjassa myös arvioidaan, miksi runsas tutkimustieto terveyserojen laajuudesta ja suunnasta ei ole johtanut niiden vähenemiseen.

Tarpeen voi olla yhteisymmärryksen (konsensus) hakeminen toimintatavoista ja myös ongelman määrittelystä, koska ero ongelman määrittelyssä voi johtaa virheellisiin toimintatapoihin, jotka eivät edistä asetetun tavoitteen ratkaisua.

Kirjan sisältö

Kirja jakautuu kolmeen osioon, joista ensimmäisessä johdatellaan terveyden edistämisen teoreettis-käsitteelliseen perustaan, käsitteisiin ja toimintaperiaatteisiin. **Marita Sihto** esittelee terveyden edistämisen eri tulkintatapoja (yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie) ja niiden yhteyttä ja terveyseroihin. Kirjoituksessa esitellään kolmannen tien mahdollisuutta, minkä mukaan terveyseroja vähentämään pyrkivässä toiminnassa olisi tärkeää huomioida sekä sosiaalis-rakenteelliset tekijät että yksilön omien toimintamahdollisuuksien ja kykyjen kehittäminen. **Hannele Palosuon** kirjoituksessa tarkastellaan käsitteitä elämäntyyli, elämisen tyyli, elämäntavat ja elintavat. Elintavat ja elämäntyyli -käsitteet voivat liittyä kapea-alaiseen ymmärrykseen terveyserojen syistä. Keskeisesti nousee esille Maailman terveysjärjestön, WHO:n, komission työ terveyden sosiaalisista määrittäjistä ja niiden vaikutuksista terveyden edellytyksiin ja jakautumiseen. **Eeva Nykäsen** kirjoitus avaa Suomessa vähemmän käsiteltyä aihetta, terveyden edistämistä ihmisoikeussäädösten näkökulmasta. Tarkastelu avautuu palvelujärjestelmää laajempien tekijöiden tarkasteluun. Kirjoituksessa eritellään sitä, miten ja millä tavoin ihmisoikeuksia koskevat säädökset ja sopimukset velvoittavat valtioita toiminaan niin, että oikeus terveyteen toteutuisi. Oikeudellisilla velvoitteilla on yhtymäkohtansa WHO:n komission työhön terveyden sosiaalisista määrittäjistä.

Toisessa osiossa avataan toimintapolitiikan kokonaisuutta kolmelta alueelta. **Marja Holmilan** kirjoituksessa esitellään alkoholipolitiikan mahdollisuuksia ja keinoja haittojen ehkäisemisessä. Tässä tarvitaan sekä kansallisia ”sääntelytoimia” ja yhteisöpohjaisia toimintatapoja että huomion kiinnittämistä yksilön lähiympäristöön, jonka kautta voidaan myös edistää terveyden kannalta suotuisten elintapojen omaksumista. **Meri Koivusalon** ja **Sirpa Sarlio-Lähteenkorvan** kirjoituksessa analysoidaan ravitsemuspolitiikan mahdollisuuksia edistää terveellistä ravitsemusta. Tärkeitä ovat koko väestöön vaikuttavat keinot kuten vero- ja hin-
tapolitiikka. Kirjoituksessa tarkastellaan myös esteitä, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti julkisen vallan mahdollisuuksiin edistää hyvää ravitsemusta ja vähentää eroja. **Tomi Mäki-Opas** erittelee kansallisen ja kunnallisen liikuntapolitiikan tavoitteita ja terveyttä edistävän liikunnan mahdollisuuksia vähentää eriarvoisuutta. Kirjoituksessa esitetään monia ehdotuksia, joilla voi lisätä liikkumisen ”houkuttelevuutta” yksilöille. Liikkumiseen kannustavan ympäristön lisäksi tulee kaikille

väestöryhmille taata yhtäläiset liikuntamahdollisuudet. Tämä edellyttää nykyisen liikuntapolitiikan tarkempaa arviointia ja toimivien keinojen toteuttamista eriarvoisuuden vähentämiseksi. Liikuntapolitiikka-aihetta syvennetään **Tuuli Rantalan** kävelyä ja **Kalle Vaismaan** pyöräilyä koskevissa kirjoituksissa. Tuuli Rantala liittyy kävelyolosuhteiden parantamisen tiiviiksi osaksi hyvää yhdyskuntasuunnittelua ja maankäytön suunnittelua. Kävelyä lisäävä suunnittelu edellyttää lyhyitä etäisyyksiä toiminnoista toisiin. Suunnittelu näyttää usein tapahtuvan pääasiassa autoliikenteen ehdoilla. Liikuntaympäristön tulisi houkuttaa kävelemään tekemällä kohteet helposti kaikkien saavutettaviksi. Myös Kalle Vaismaan kirjoituksessa kiinnitetään erityistä huomiota liikkumista edistävän ympäristön suunnitteluun. Kirjoituksessa pohditaan keinoja, joilla varmistetaan pyöräilyn ”kilpailukyky” autoiluun verrattuna. Pyöräilyä voidaan lisätä, jos käytössä on turvallisia ja hyviä pyöräväyliä ja kohteet ovat saavutettavissa sujuvasti.

Kolmannessa osiossa esitellään mahdollisuuksia ja keinoja, joilla pyritään luomaan edellytyksiä lisätä yksilöiden omia voimavaroja huolehtia terveydestään. **Päivi Rautava** käsittelee ehkäisevän terveydenhuollon toimintaa neuvoloissa ja sen muutostarpeita. Avainsanana on asiakaslähtöinen toiminta ja asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen ja uudelleenorientaatio sairauksien ehkäisystä terveyden edistämiseen. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa toimintojen suuntaamista myös potilas-, ei organisaatiolähtöisesti. Kirjoituksessa kysytään, miten erilaisuuteen tulisi vastata: kaikille samalla tavalla vai eriytyneemmin, jolloin kyse on positiivisesta diskriminaatiosta – myönteisestä erityiskohtelusta.

Karoliina Kaasalainen kirjoittaa terveyden lukutaidosta. Rajoittunut terveyden lukutaito on tyypillistä heikoimmassa sosiaalisessa asemassa oleville. Tämä ei ole vain yksilöllinen taito tai tiedon omaksumisen kysymys. Terveyden lukutaitoa tulkitaan kirjoituksessa osana kulttuurista pääomaa, jolla on yhteytensä muihin terveyttä määrittäviin tekijöihin kuten terveyttä edistäviin ympäristöihin. **Sakari Suomisen** kirjoituksessa esitellään koherenssin tunnetta, joka tarkoittaa yksilön valmiuksia tunnistaa ja hyödyntää käytettävissä olevia voimavaroja. Terveyden edistämiseen sovellettuna kyse ei ole niinkään sairauksien riskitekijöistä vaan terveyttä edistävien suojatekijöiden ja voimavarojen hyödyntämisestä. Kyse on myös yksilön motivaation lisäämisestä sekä omaehtoisesta toiminnasta. Yksilöitä ei kuitenkaan tule vastuuttaa ratkaisemaan ongelmiaan yksin, vaan terveydenhuollon ammattilaisilla voi olla tärkeä rooli tuen antajana.

Antti Uutelan kirjoituksessa tarkastellaan, miten yksilöitä voidaan tukea terveellisiin elintapavalintoihin liittyvässä muutostilanteessa. Kirjoituksessa esitellään kuusi erilaista sosiaalipsykologista mallia, psykososiaalisia muutosteorioita ja pohditaan niiden vaikuttavuutta. Keskeinen yhdistävä käsite on pystyvyys, joka on olennainen osa elintapamuutokseen johtavaa prosessia. Terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeitä ovat sellaiset interventiot, joilla lisätään elintapamuutoksiin tarvittavia voimavaroja tai vastaavasti vähennetään materiaalisia, kulttuurisia ja sosiaalisia esteitä.

Teoksen lopuksi **Sakari Karvonen** pohtii eriarvoisuuden ulottuvuuksia ja ilmenemismuotoja ihmisarvon, voimavarojen ja elämisen ehtojen kautta. Niillä kaikilla on merkitystä ja ne kuvaavat sitä, että terveydellisessä eriarvoisuudessa ei ole kyse vain terveydestä vaan se on sosiaalisen eriarvoisuuden kysymys. Vaikuttamisen tulisi siksi olla moniulotteista ja väestölähtöistä, ja sitä tulisi tarkastella tähänastista enemmän myös monitieteisesti. Karvonen peräänkuuluttaa terveyden edistämistoiminnalta kulttuurista ja sosiaalista herkkyyttä.

I
TEORIOITA, KÄSITTEITÄ
JA TOIMINTAPERIAATTEITA

Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie

Terveyden edistämistä kuvataan Ottawan terveyden edistämisen asiakirjassa (1986) prosessina, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseenkin (Folkhälsan ym. 1987). Terveyden edistämistä pidetään tärkeimpänä tekijänä väestön terveyteen vaikuttamisessa. Tähtäimenä ei ole vain tautien ehkäisy vaan terveydelle suotuisten tekijöiden edistäminen. Terveyden edistämistoiminta nähdään tärkeänä terveystalouden strategisena lähtökohdana monissa maissa. Sen merkitystä perustellaan kansanterveyden muutoksilla seuraavasti:

1. Tautitaakka on siirtynyt kroonisiin tauteihin.
2. Tautien syyt ovat löydettävissä elämäntyyleistä ja sosiaalisesta kontekstista, ja niiden selittäminen pelkästään biolääketieteellisesti on riittämätöntä.
3. Terveysterventoiden tulee vaikuttaa köyhyyteen, terveyden lukuaitoon ja sosiaaliseen pääomaan. (McQueen 2007, 26.)

Terveyden edistämässä keskeistä on terveellisten elintapojen edistäminen eri keinoin. Epäterveelliset elintavat vaikuttavat merkittävästi sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Ne myös selittävät sosioekonomisia terveyseroja¹ väestön eri ryhmien välillä. Terveyden edistäminen saatetaan pelkistää usein yksilöihin kohdistuviin toimiin. Tämä voi johtua osin myös terveyden edistäminen käsitteen tulkinasta ja soveltamisesta. Alun perin se liitettiin elintapoihin ja terveyteen liittyvän käyttäytymisen muuttamiseen terveystalouden avulla, mutta sisältöä on laajennettu yksilöihin kohdistuvasta valituksesta vahvemmin terveyttä määrittäviin tekijöihin (determinantit).

Mainittu Ottawan asiakirja tuo selvästi uuden näkökulman terveyden edistämiseen. Se pyrkii vastaamaan kysymykseen siitä, mikä tuottaa terveyttä nyky-

¹ Kirjoituksessa käytetään terveyserot-käsitettä. Sillä viitataan nimenomaan sosioekonomisiin terveyseroihin, joilla tarkoitetaan systemaattisia eroja, jotka liittyvät väestön eri ryhmien epätaasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa (esim. Graham 2004a). Terveysteroilla voidaan tarkoittaa myös muita väestöryhmien välisiä eroja, esimerkiksi sukupuolten ja etnisten ryhmien välisiä eroja tai ikäkausieroja.

aikaisissa yhteiskunnissa. Tämä on liitetty uuden kansanterveyden (new public health) puhetapaan, terveyttä edistävään toimintaan (the promotion of health). Peter Korp (2002, 73–74) kiinnittää huomiota siihen, että terveyden edistämisen selvä rajalinja kulkee sairauksien ehkäisyyn (prevention) ja terveyden edistämisen (promotion) välillä. Promotiivinen (edistävä) näkökulma pyrkii saamaan aikaan sosiaalista muutosta tekijöissä, joiden avulla voidaan edistää terveyttä, ja tällöin kyse ei ole vain sairauksien ehkäisystä. Korp viittaa tässä Theodor MacDonaldirin (1998, 27) erittelyyn, jonka mukaan terveyttä edistävät toiminnot tähtäävät terveyden lisäämiseen mutta tautien ehkäisy (prevention) tähtää vallitsevan tilanteen (status quo) ylläpitämiseen. Terveyden edistämistä (health promotion) luonnehditaan toimintatapana, joka tähtää terveyteen liittyvien elintapojen ja elinolojen suunniteltuun muutokseen. Toiminta kohdistuu sekä yksilöön että ympäristöön. (O'Neill & Stirling 2007, 42.) Kun perinteisesti lähtökohtana on usein ollut yksilöllisiin elintapoihin vaikuttaminen, keinoina terveystieteellinen, sosiaalinen markkinointi ja joukkotiedotus, niin promotiivisessa terveyden edistämässä keinoina ovat poliittinen toiminta, lähiyhteisön organisoituminen ja organisaatioiden kehittäminen (mt.). Promotiivinen ote laajentaa terveyteen liittyvän käyttäytymisen syytekijöiden tarkastelun biolääketieteellistä lähestymistapaa laajemmalle alueelle. Tällöin yksilöllinen käyttäytyminen nähdään vuorovaikutuksessa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa.

Terveyden edistämistä voi kuvata ”liikkeenä” (movement), joka alkoi Alma Atan perusterveydenhuollon julistuksesta (1978) päättyen Helsingin terveyden edistämisen maailmankonferenssiin vuonna 2013, missä teemana oli ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Liikkeen tärkeänä osana tulee nähdä myös Maailman terveysjärjestön, WHO:n, Social Determinants of Health -komission (CSDH) terveyspoliittinen aloite terveyden ja terveyserojen sosiaalisista määrittäjistä (CSDH 2008).

Eri ammattiryhmillä ja tieteenaloilla on erilaisia lähestymistapoja ja käsityksiä terveyden edistämisen sisällöstä ja sen myötä keinoista (vrt. Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 43–46; Korp 2002). Terveyden edistämistä on luonnehdittu eri ”mallien”, lähestymistapojen välisenä kilpailuna, joita ovat individualistinen (terveys yksilöllisenä velvollisuutena), rakenteellinen (terveys poliittisena liikkeenä) ja itseisarvoinen malli (terveys ihmisoikeutena ja yksilöllisenä voimavarana) (Moy & Barr 2006, 193).

Eriävät tulkinnat terveyden edistämisen sisällöstä koskevat myös sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttamisen toimintatapoja (ks. Sihto 2013). Yksilöllinen malli tähtää siihen, että terveyseroja arvioidaan voitavan vähentää terveyteen liittyvän käyttäytymisen muuttamisella. Toinen laajempi lähestymistapa painottaa epäsuorien, sosiaalis-rakenteellisten tekijöiden ja olosuhteiden muuttamista sekä niiden vaikutusta myös yksilöiden terveyteen liittyvään käyttäytymiseen.

Keskustelussa terveyden edistämistä on pyritty ottamaan etäisyyttä myös yksilöllistävään ja sosiaalis-rakenteelliseen lähtökohtaan. Terveyden edistämisen ja terveyserojen suhdetta on alettu pohtia yksilön omien toimintamahdollisuuksien

lisäämisen ja tukemisen näkökulmasta, osana sosiaalis-rakenteellisia tekijöitä eikä irrallisina yksilöiden vapaina valintoina. Tätä nimitetään jatkossa kolmannen tien lähestymistavaksi. Kirjoituksen tarkoituksena on eritellä tarkemmin näitä erilaisia ja eriäviä käsitteitä sekä niihin pohjautuvia tapoja lähestyä terveyseroja.

Terveyserot ja terveyden edistäminen

Ottawan terveyden edistämisen asiakirjan (1986) mukaan terveys on arkielämän resurssi, ei elämisen tavoite. Terveyden edistämistä ”Ottawan hengessä” on luonnehdittu terveyden determinantteihin (määrittäjiin) suuntautuvana toimintana (Keleher 2007, 16). Sen mukaisesti terveyden edistäminen on laaja sosiaalinen ja poliittinen prosessi, joka ei tähtää vain yksilöiden kykyjen ja mahdollisuuksien tukemiseen vaan sosiaalisten, ympäristöön liittyvien ja taloudellisten ehtojen muuttamiseen niin, että niiden kautta voidaan vaikuttaa kansanterveyteen ja myös yksilöiden terveyteen (Nutbeam 1998, 1–2). Ottawan asiakirja kattaa sekä yksilöihin kohdistuvan toiminnan että terveyden determinantteihin vaikuttavan toiminnan. Julistuksen mukaan huomiota tulee kiinnittää elinolosuhteisiin, joissa ihmiset elävät ja jotka edistävät heidän mahdollisuuksiaan hallita terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Se laajenee yksilöllisiä elintapoja korostavista syytekijöistä myös muihin tasoihin: sosiaalisiin, taloudellisiin ja poliittisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat terveyteen. Asiakirjassa pyritään erittelemään terveyden monia ulottuvuuksia.

Ottawan asiakirjassa keskeinen lähtökohta on terveyden edistäminen heikoimmassa asemassa olevien ryhmien kannalta. Sen mukaan ”..puututaan terveyseroihin niin yhteiskunnan sisällä kuin niiden välilläkin ja tartutaan epäoikeudenmukaisuuksiin, joita näiden yhteiskuntien säännöt ja menettelytavat aiheuttavat..” ja ”..siirrytään terveelliseen yhteiskuntapolitiikkaan ja toteutetaan selvä poliittinen sitoutuminen terveyteen ja tasa-arvoon kaikilla aloilla”. Terveyden edistämisen sanasto (Health Promotion Glossary 1998) määrittelee terveyden oikeudenmukaisuuden siten, että kaikilla ihmisillä tulisi olla tasavertainen mahdollisuus kehittää ja ylläpitää terveyttään sekä saavuttaa se reilusti ja oikeudenmukaisesti (ks. Nutbeam 1998). Terveyden edistämisen asiakirjasta itsestään ja muistakin vastaavista asiakirjoista on löydettävissä hyvin vähän terveyserojen kaventamiseen liittyvää toimintaohjeistusta (ks. myös Carter ym. 2011, 466; Hills & Carroll 2009; Ridde ym. 2007; Awofeso 2004) tai pohdintaa terveyserojen käsitteestä.

Perusmäärittelyjen mukaan terveyserolla tarkoitetaan sekä heikoimman terveyden omaavien ryhmien eroja terveydessä (terveydellinen huono-osaisuus) että gradienttia. Gradientti viittaa siihen, että terveydessä ja sen monissa osoittimissa havaitaan säännöllinen ja portaittainen muutos siten, että sosiaalisten resurssien lisääntyessä ja sosiaalisen aseman parantuessa (esimerkiksi koulutuksen mukaan tarkasteltuna) myös terveydentila on keskimääräistä parempi (ja terveyteen liittyvät riskit ovat vastaavasti pienemmät). Huono-osaisuuteen kohdistuvassa tarkas-

telussa huomiota kiinnitetään parhaimmassa ja heikoimmassa asemassa olevien ryhmien välisiin eroihin terveydessä (terveydellinen huono-osaisuus). Sillä viitataan huonon terveyden ja köyhyyden sekä muun sosiaalisen huono-osaisuuden väliseen yhteyteen. Tälle on usein tunnusomaista terveydellisen eriarvoisuuden ja sosiaalisen huono-osaisuuden kasautuminen. Heikoimman terveyden omaaviin tulisi voida vaikuttaa siten, että ryhmän suhteellinen terveys paranisi nopeimmin suhteessa parhaan terveyden ryhmään (Graham 2004b, 122). Terveysgradienttiin vaikuttaessa pyritään selvittämään, miten epätasa-arvoinen asema sosiaalisessa hierarkiassa vaikuttaa elämisen mahdollisuuksiin, elintasoon ja elintapoihin, ja huomiota kiinnitetään niiden terveysseuraamuksiin. Terveyden edistämässä ja koko terveystaloudessa tulisi ottaa huomioon sekä terveydellinen huono-osaisuus että gradientti.

Terveyseroja koskevia peruslähtökohtia ja käsitteitä on kehitetty sosiaaliepideemiologiassa, terveyden sosiologiassa ja muussakin terveystutkimuksessa sekä terveyserojen vähentämiseen liittyvässä policy-analyttisessä kirjallisuudessa (esim. Whitehead & Dahlgren 2006), missä eritellään käytännön toimintatapoja puuttua terveyseroihin. Niitä on mahdollista ja myös tarkoituksenmukaista hyödyntää terveyden edistämisen alueella. Kansainvälisessä terveyden edistämiskeskustelussa on hiljattain havahduttu siihen, että terveyden edistämispolitiikan, ohjelman tai projektin vaikutuksia tulee tarkastella eri ryhmien kannalta (NICE 2007; Mcdaid ym. 2014, 24–25)². Tulee ensinnäkin kysyä, mitkä ovat vaikutukset (tavoitellut tai ei-tavoitellut) eri ryhmiin ja toiseksi on arvioitava aiheuttaako, vahvistaako tai korjaako politiikka sosiaalista eriarvoisuutta terveydessä (ks. Morestin ym. 2011, 7). Lähestymistapa siis eriyttää jo lähtökohtaisesti eri ryhmiä eikä tarkastele väestöä sosiaalisesti yhdenmukaisena ryhmänä.

Terveyserokysymystä pidetään vaikeasti ratkaistavana koko terveystalouden alueella. Terveyseroilla on monia syitä ja keskinäistä riippuvuutta – minkä lisäksi näiden katsotaan usein johtavan ennalta arvaamattomiin seurauksiin, ja tavallista on, että selviä ratkaisuja ei ole saatavilla (Hunter 2013, 133). Asiantilaa pidetään ongelmallisena myös terveyden edistämisen alueella. Kirjallisuuden perusteella saa vaikutelman (ks. esimerkiksi Hills & Carroll 2009, 762), että tärkeitä oikeudenmukaisuutta koskevia luonnehdintoja, joita on esitetty terveyden edistämisen perusasiakirjoissa (tässä viitataan terveyden edistämisen sanastoon vuodelta 1998 [Health Promotion Glossary]), pidetään vaikeina ja käytännön kannalta vieraina. Esimerkkeinä näistä viitataan käsitteisiin ”reiluus”, ”oikeudenmukaisuus” ja ”riittävät voimavarat terveydelle”. Niiden todetaan tarvitsevan operationalisointia ja tarkempaa sisällöllistä analyysiä. Tämän voi katsoa olevankin tarpeen, koska epäselvyydet peruskäsitteistä voivat vaikuttaa käytännön toimintaan.

2 NICE:n ohjeessa käyttäytymiseen liittyvistä interventioista on esitetty kysymyslistaa siitä, kuinka interventioita suunniteltaessa voidaan pyrkiä huomioimaan myös kulttuuriselta ja sosiaaliselta taustaltaan erilaisia ryhmiä (NICE 2007; ks. myös Mcdaid ym. 2014, 24–25).

Catford (2002) toteaa, että terveyden edistämisessä käytetyt keinot näyttävät hyödyttävän vain hyvässä sosiaalisessa asemassa olevia, jolloin terveys paranee niillä, joilla se on jo hyvä, mutta ei huonon terveyden ryhmillä. Tämänkaltaisessa pohdinnassa ongelma siis tunnistetaan, mutta harvemmin on edetty ratkaisumahdollisuuksien pohdintaan terveyseroja koskevissa toiminnallisissa lähestymistavoissa. Seuraava Helen Keleherin ym. erittely kiteyttää monia ongelma-kohtia.

”Huolimatta terveyden edistäjien parhaista aikomuksista kapeasti laaditut esitykset, jotka kohdistuvat asiantuntijapainotteiseen terveyskasvatukseen ja patisteluun käyttäytymisen muuttamisesta, ovat toistuvasti esillä, ja niistä puuttuu taitoa tarttua heikoin terveyden syihin ja kykyä lisätä ihmisten toimijuutta (agency). Ihmisiä pidetään liian usein passiivisina osallistujina ohjelmissa, joilla on heille vähän tai ei ollenkaan merkitystä. Terveyden edistämisessä on panostettu riskitekijöihin ja käyttäytymisen muuttamiseen, ja vain vähän on kiinnitetty huomiota terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin, joista riskikäyttäytyminen saa alkunsa”.

(Keleher ym. 2007, 4–5.)

Terveyden edistämisen tutkimuksessa kohteena on harvoin terveydellinen eriarvoisuus. Tämä käy ilmi vertaisarvioituja lehtiartikkeleita koskevasta kansainvälisestä katsauksesta, jonka mukaan vuosina 1986–2006 terveydellinen eriarvoisuus oli tutkimuskohteena neljässä kirjoituksessa (N = 119) (de Leeuw & Breton 2013, 35). Katsauksessa todetaan myös, että enemmistö kirjoituksista koski elintapojen ja käyttäytymisen muutosta, ja vain neljässä kirjoituksessa esillä oli terveyttä määrittäviin tekijöihin (esimerkkeinä koulutus, asuminen) liittyvä terveyden edistämisen alue. Tämä voi osaltaan kuvata jo edellä mainittua dikotomiaa yksilöllisen ja sosiaalisen välillä ja tarvetta myös jälkimmäisen esillä pitämiseen. Kansainvälisesti tunnettu terveyden edistämisen asiantuntija David McQueen (2007, 21–25; ks. myös Clavier & de Leeuw 2013) nostaa esiin tarpeen hyödyntää terveyden edistämisen laajaa teoriapohjaa: sosiologiaa, antropologiaa, politiikan tutkimusta ja taloustieteitä. Tätä tiedollista laajentamista tähdentää myös Keleherin ym. (2007, 21) vahva päätelmä siitä, että terveyden oikeudenmukaisuutta edistävä lähtökohta (equity-focused health promotion) edellyttää sosiaalisten, ympäristöllisten ja taloudellisten määrittäjien tunnistamista. Edellä olevan voi arvioida olevan merkityksellistä myös Suomessa sekä tutkimuksen että käytännön terveyden edistämistyön kannalta. Näiden tarkastelu sopii myös terveyserojen erittelyyn suomalaisessa terveyden edistämistoiminnassa. Ongelmakohtina voi lisäksi pitää 1) vähäistä pohdintaa terveyserojen käsitteistä ja niiden tulkintaa terveyden edistämisen kontekstissa ja 2) heikkoa tutkimusnäyttöä toimintapolitiikan tukena.

Terveyserot on pyritty kuitenkin sisällyttämään osaksi terveyden edistämistä koskevaa keskustelua. Suomessa on esitelty terveyden edistämisen ja terveyserojen

tärkeitä peruskysymyksiä (esimerkiksi STM 1989; Parviainen 2007; Rouvinen-Wilenius 2008; Melkas 2013; Palosuo ym. 2013). Viimeaikaisessa kansainvälisessä terveyden edistämiseen liittyvässä keskustelussa on esitetty, että tarkastelun kohteeksi pitäisi ottaa vahvemmin epäsuorat terveyteen vaikuttavat politiikat (epätasainen tulonjako, heikot elinolot). Siinä muistutetaan Yhdistyneiden kansakuntien vuosituhattavoitteista ja WHO:n komission linjauksista (CSDH 2008), jotka liittyvät terveyden sosiaalisiin determinantteihin³ ja näiden huomioimiseen myös terveyden edistämisessä. Terveyden edistämistä tulkitaan determinanttiperusteisesti mutta samalla jakautumaperspektiivistä. Galwayn konsensuskokouksen lausumassa vuodelta 2008 (ks. Barry ym. 2009, 8; vrt. Sparks 2010) todetaan, että terveyden edistämisessä tulee ottaa huomioon terveyden kulttuuriset, taloudelliset ja sosiaaliset determinantit ja sitoutua oikeudenmukaisuuteen (equity) terveyden edistämisen käytännössä.

Terveyden edistämistä on luonnehdittu usein myös kahtalaisena ja samalla jännitteisenä. Jane Willsin ja Jenny Douglasin (2008) Kanadaa, Australiaa, Englantia ja Afrikkaa koskeneessa katsauksessa tunnistetaan erilaisia terveyden edistämisen tyyppejä: yhtäältä kohteena on tautien ehkäisy, mekaaninen käyttäytymisen muuttaminen, mikä liittyy neoliberalistiseen lähestymistapaan (yksilön vastuuttaminen), ja toisaalta kiinnostuksen kohteena on moraalinen ja poliittinen sitoutuminen puuttua syiden syihin kuten esimerkiksi köyhyyteen. Tämän voi arvioida viittaavan juuri terveyserojen ongelmaan. Käytännössä lähestymistavat näyttävät usein myös dikotomisina. Yhtäältä nähdään siis yksilöllisiin elintapoihin vaikuttaminen väylänä puuttua niihin. Toisaalta korostetaan, että terveydellinen eriarvoisuus on peili laajemmasta sosiaalisesta eriarvoisuudesta (Carlisle 2001, 268). Keskeinen kysymys onkin, mikä on välittömästi terveyteen vaikuttavien tekijöiden osuus (haitalliset elintavat ja altistuminen terveysriskeille) (ns. downstream-lähestymistapa) ja mikä taas epäsuorien rakenteellisten syytekijöiden osuus (erot elämisen mahdollisuuksissa, elintasossa, sosioekonominen asema osoittimena [ks. esim. Solar ym. 2009]).

Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin

Yksilöllinen malli terveyserojen kaventajana

Terveyden edistämisessä traditionaalinen, yksilöllinen lähestymistapa tähtää terveyteen liittyvän käyttäytymisen muuttamiseen. Samaa yksilöllistä ajattelumallia sovelletaan usein myös terveyseroihin. Tavoitteena on edistää terveellisiä elintapoja ja vähentää väestöryhmittäisiä eroja tupakoinnissa, alkoholinkäytössä, ruokatottumuksissa ja liikunnassa. Väestön eri ryhmien elintapojen jakautumista

3 Suomalainen keskustelu aiheesta ei ole kovin laajaa (ks. kuitenkin Palosuo ym. 2013). Eräänä syynä voi olla, että raporttia ei tunneta laajasti. Sitä ei ole myöskään käännetty suomeksi.

koskevan epidemiologisen tiedon perusteella vedetään usein liian suoraviivaisia johtopäätöksiä siitä, että nimenomaan yksilöllisillä elintapoihin vaikuttamisen keinoilla voidaan vähentää myös terveyseroja. Näin arvioidaan voitavan ehkäistä terveysongelmia, jotka kasautuvat usein heikoimmassa sosiaalisessa asemassa oleville. Terveiden edistäminen palautetaan siis perinnäiseen riskitekijänäkökulmaan. Sen mukaan yksilöt aiheuttavat sairauksia omalla toiminnallaan ja ovat vapaita valitsemaan joko terveyden tai sairauden. Tätä kutsutaan ”vapaan markkinatalouden” näkökulmaksi. (Davison & Smith 1995, 97.) Synonyyminä käytetään elintapasairaudet-termiä (lifestyle diseases). Siihen saatetaan liittää ainakin epäsuorasti merkitysvivahde vapaasta valinnasta (ks. Diderichsen ym. 2012, 17). Tällä on yhtymäkohtansa terveyden edistämisen ja terveysparadigman yksilöllisyyttä korostavaan perintöön (ks. Baum & Harris 2006; Frohlich & Poland 2007, 47; Moy & Barr 2006, 193).

Tämä lähtökohta oli myös Suomen *Terveiden edistämisen -politiikkaohjelmassa* (2007, 7, 9). Siinä erityistä huomiota haluttiin kiinnittää ”alempiin sosioekonomisiin ryhmiin” ja ”riskiryhmiin” terveellisten elintapojen edistämiseksi. Terveyseroihin esitetään puututtavaksi ehkäisevillä toimilla ja yksilölliseen käyttäytymiseen vaikuttamisella. Jonathan Lomas (1998) nimittää tämänkaltaista lähestymistapaa epätasapainoksi, jossa huomiota kiinnitetään vähemmän sosiaalisen järjestelmän vaikutukseen ja jossa myös käytännön työntekijät toimivat epidemiologisen ”mallin” pohjalta. Sosiaalista asemaa pidetään taustamuuttujana verrattuna biologisiin tai käyttäytymistä koskeviin tekijöihin, joita pidetään todellisina kausaalisisina tekijöinä (Mechanic 2007, 547–548; Beaglehole & Bonita 2004, 152–153). Oletuksena näyttää siis usein olevan, että samoilla keinoilla, joilla voidaan vaikuttaa koko väestön ja erityisesti paremmassa sosiaalisessa asemassa olevien terveyteen, voidaan vaikuttaa myös terveyserojen vähentämiseen eli heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien ryhmien terveyteen ja terveyden edellytyksiin. Toimenpiteitä esitettäessä ei useinkaan kiinnitetä huomiota väestön eri ryhmien erilaisiin mahdollisuuksiin ja edellytyksiin toimia terveyttä edistävällä tavalla (vrt. Karvonen & Rahkonen 2002, 94–96). Vaarana voi olla ihmisten syyllistäminen huonosta terveydestä, vaikka olosuhteet eivät luo edellytyksiä muutokseen (Dougherty 1993, 111). Esimerkkinä tästä voi mainita skotlantilaisen tutkimuksen, jonka mukaan pienituloisilla äideillä oli kyllä tietoa terveellisistä ruokavaihtoehdoista lapsilleen, mutta niiden hyödyntämistä rajoittivat taloudelliset tekijät (Harden 2013, Collinin & Hillin 2016, 180 mukaan). Suomalainen tutkimus (Ovaskainen ym. 2012) osoitti, että matala tulotaso liittyi vähäisempään kasvisten, vähärasvaisen juuston ja maidon sekä ruisleivän päivittäiseen käyttöön. Tällaisissa tapauksissa heikoimmassa asemassa olevat voivat joutua kaksoistaakan alle: turvautumalla vähemmän terveellisiin valintoihin taloudellisista syistä he voivat lisäksi joutua hyväksymään sen, etteivät pysty tarjoamaan terveellistä vaihtoehtoa, vaikka tietävät sen merkityksen (Collin & Hill 2016, 180). Onkin esitetty, että liian yksinkertaisia ja vain elintapoihin liittyviä interventioita tulisi välttää ja taloudellisen huono-osaisuus-

den ja riskien yhteys ja yhteen kietoutuneisuus tulisi huomioida vaikuttamalla eriarvoiseen sosiaaliseen asemaan ja sitä kautta eriarvoisuuteen terveydessä (ks. esimerkiksi Hunter & Marks 2015, 146). Yksilöiden ei aina ole myöskään mahdollista tehdä terveellisiä valintoja, vaan he voivat törmätä rajoihin, jotka eivät ole heidän hallittavissaan. Nuffieldin bioetiikan neuvosto (Nuffield Council of Bioethics 2007) erittelee yksilöllisiä valintoja ja niihin vaikuttavia tekijöitä seuraavasti:

- Monet valinnat eivät ole mahdollisia kaikille yhteiskunnassa: rajoituksia voi olla kohtuuhintaisuudessa, saavutettavuudessa, informaation saataavuudessa, koulutuksessa, tai ne voivat liittyä sosiaaliseen ja kulttuuriseen taustaan.
- Vapaaehtoiset valinnat voivat olla tulosta ei kovin tietoisesta, tavaksi tulleesta käyttäytymisestä, esimerkiksi siitä, millaista ruokaa ostamme; näitä voi olla vaikeaa muuttaa.
- Valintoja määräävät usein teollisuustuotanto, rakennettu ympäristö, työympäristö ja mainostajat.
- Optimaalisen valinnan tekeminen usein vaikeaa: tehdään valintoja, jotka ovat tyydyttäviä, mutta jotka eivät ole parhaita mahdollisia.
- On muutettava ulkoisia olosuhteita, tehtävä terveelliset valinnat mahdolliseksi tai jätettävä olosuhteet muuttumattomiksi, mutta ihmisten mahdollisuuksia tehdä terveellisiä valintoja tulee parantaa.

Terveyserot kuten terveyskin mielletään kuitenkin usein asiaksi, josta vain yksilö vastaa. Tällöin joudutaan tai halutaan nojata yksilöiden ”taivuttamiseen”. Tämä lähtee ajatuksesta, että terveyseroihin voidaan puuttua taivuttamalla köyhempiä ryhmiä jotenkin muuttamaan käyttäytymistään tavalla, joka muuttaa heidän terveyttään siinä määrin, että se asteittain saavuttaa rikkaimpien (tai paremmassa sosiaalisessa asemassa olevien – MS) ryhmien terveyttä (Buck & Frosin 2012, Scott-Samuelin & Smithin 2015, 425 mukaan).

Vaikka terveyden kohentamisen kannalta yleensä, ja erityisesti terveyserojen vähentämisen kannalta, voi olla suositeltavaa muuttaa elintapoja terveelliseen suuntaan, on vain vähän näyttöä⁴ yksilölliseen käyttäytymiseen liittyvien interventioiden vaikuttavuudesta. Interventioilla ei ole myöskään havaittu olevan positiivisia vaikutuksia terveyseroihin (Graham 2001, 296; Abel ym. 2000, 73–74; Scott-Samuel & Smith 2015). Myös Charles Abrahamin ym. (2009) katsauksessa, joka koski ohjeistusta terveyteen liittyvän käyttäytymisen muuttamisesta (Behaviour change interventions, BCI), todettiin puuttuvan tietoa terveyseroista väestöryhmittäin (ks. myös Michie ym. 2009, 619). Mainitussa katsauksessa todettiin myös, että terveyteen liittyvät käyttäytymistä koskevat interventiot antavat riittämättömän käsityksen kausaalisista mekanismeista, joiden avulla muutos tapahtuu (Abraham ym. 2009, 6). Terveyden lukutaito (ks. tarkemmin Kaasalainen, tämä

4 Terveyttä koskevassa keskustelussa korostetaan usein vain näyttöä, kuten tietoa ongelmasta (esim. Fafard 2008).

teos) voi myös olla erilainen. Kahdeksaa eurooppalaista maata vertailevasta raportista käy ilmi, että rajoittunut terveyden lukutaito on tyypillistä juuri ”haavoittuville” ryhmille (itse-arvioitu heikko sosiaalinen asema ja koulutustaso, matala tulo- taso) (Kickbusch ym. 2013, 15–16). Pelkästään elintapoihin liittyvien tekijöiden huomioiminen ei myöskään selitä sitä, miksi jollakin ryhmällä on toista ryhmää epäterveellisemmät elämäntavat (McCartney ym. 2013, 224). Lisäksi eri sosiaalisten ryhmien elintapoja vertailemalla on osoitettu, että kuolleisuus on korkeampaa heikoimman sosiaalisen aseman ryhmissä, vaikka terveyteen liittyvän käyttäytymisen riskitekijät ovat samoja (Hart ym. 2011, McCartneyn ym. 2013, 224 mukaan). Elintapaerot voivat selittää siis vain pienen osan terveyseroista. Elintapojen kohentaminen voi siis parantaa keskimääräistä terveyttä, mutta se ei vaikuta terveyden jakautumiseen (McCartney ym. 2013; Solar ym. 2009, 112).

Terveyttä koskevassa toimintapolitiikassa⁵ voi kuitenkin olla vaikeaa välttää yksilölliseltä lähestymistavalta, koska muu asiaan vaikuttava toiminta voi olla oman vastuualueen ulkopuolella siitäkkin huolimatta, että sosiaaliset ja rakenteelliset seikat ovat terveyserojen lähteenä (Carlisle 2000, 374). Lisäksi terveyserot palautetaan ”terveysaiheisiin” – terveydenhuoltoon ja käyttäytymiseen liittyviin riskeihin – ja yhteys sosiaaliseen eriarvoisuuteen hämärtyy ja voi jäädä kokonaan huomiotta (Douglas 2016, 112–114; ks. myös Pons-Viguens ym. 2014). Ildefonso Hernandez-Aguado & Lucy Anne Parker (2009, 26) arvioivat tämän voivan johtua kansanterveysalan asiantuntijoiden taipumuksesta nojata epidemiologiseen klassiseen riskitekijäpainotukseen, joka pohjautuu perinteiseen yksilölliseen terveyskasvatukseen. Tämän lisäksi monet kansanterveysasiantuntijat ovat ”syrjässä” toiminnasta, jossa vaikutetaan ”yläjuoksun” determinantteihin (upstream-taso, distaalinen taso, käsitteistä ks. myös Palosuo, tämä teos) (mt.).

Sosiaalis-rakenteellinen lähtökohta

Sosiaalis-rakenteellisella lähtökohdalla⁶ viitataan ympäristöllisiin tekijöihin ja olosuhteisiin, jotka tuottavat sosioekonomisia terveyseroja. Suoraan terveyteen vaikuttavien yksilöllisten tekijöiden ja riskien sekä epäsuorien, sosiaalis-rakenteellisten tekijöiden yhteys vaikuttaa terveyseroihin (esim. Gore & Kothari 2013, e52; Golden & Earp 2012). Sosiaalis-rakenteellinen ”malli” käsittää usein eri tasoja (esim. Mackenbach ym. 2002; Solar ym. 2009). Orielle Solarin ym. (2009, 113) mukaan tarvitaan:

- 1) politiikkoja, joilla voidaan vähentää epätasa-arvoa ja jakautumisen (stratifi- kaatio) vaikutusta
- 2) politiikkoja, jotka vähentävät huono-osaisten ryhmien altistumista terveyttä vahingoittaville tekijöille
- 3) politiikkoja, jotka vähentävät huonompiosaisten ryhmien haavoittuvuutta

⁵ Toimintapolitiikka-sana viittaa tässä julkiseen politiikkaan.

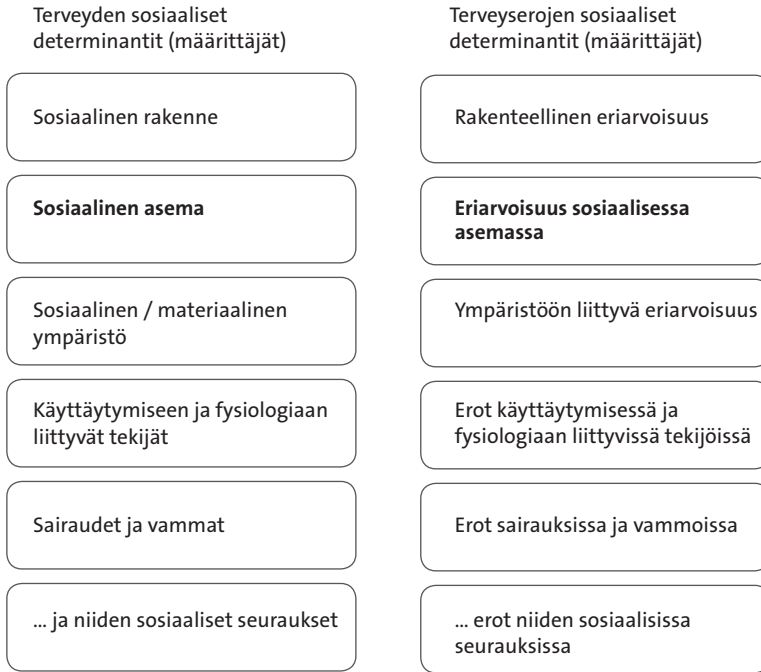
⁶ Tästä käytetään myös nimitystä sosioekologinen lähestymistapa (esim. Golden & Earp 2012).

4) politiikkoja, jotka vähentävät sairaudesta johtuvia epäedullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seuraamuksia.

Ensimmäisessä voi olla kyse rakenteellisista tekijöistä kuten tulo- ja varallisuuserojen vähentämisestä. Toisessa pyritään terveyteen liittyvän käyttäytymisen ”ohjaamiseen” heikoimman terveyden ryhmillä esimerkiksi alkoholi- ja tupakkapolitiikalla. Kolmannen mukaan heikoimmassa asemassa olevien ryhmien selviytymistä voidaan pyrkiä tukemaan eri keinoilla esimerkiksi turvaamalla riittävä sosiaaliturvan taso. Neljännessä tärkeitä toiminta-alueita voivat olla terveydenhuollon saavutettavuus ja esimerkiksi kuntoutukseen pääsy.

Näillä toimenpide-ehdotuksilla pyritään tähdentämään, että terveyteen vaikuttavat tekijät ovat epätasa-arvoisesti jakautuneet ja että samat keinot eivät sovellu kaikille sosiaaliryhmille. Tätä on perusteltu sillä, että heikoimman sosiaalisen aseman ryhmät elävät vähemmän suotuisissa olosuhteissa kuin paremman sosiaalisen aseman ryhmät, ja siksi niillä on enemmän terveydelle haitallisia tapoja ja vähemmän terveyttä edistäviä toimia. Välttävien tekijöiden (esimerkiksi elintapojen sekä niihin yhdistyvien altistumisen ja haavoittuvuuden erojen ja sairastumisen erilaisten seurausten) epätasaista jakautumista luovat ensisijaisesti mekanismit, joiden kautta sosioekonominen asema tuottaa terveyseroja (Solar ym. mts. 105–106). Tämän mukaan olisi tehtävä ero terveyden sosiaalisten determinanttien ja terveyseroja tuottavien determinanttien välillä (kuvio 1) (Graham 2004a).

Mallien kuvaama tieto tuottaa yleisellä tasolla suosituksia terveyserojen sosiaalisista determinanteista ja niihin vaikuttamisesta. Käytännössä terveyseroja kaventamaan pyrkivässä ajattelussa esimerkiksi Suomessa on tehty samansuuntaisia linjauksia jo 1980-luvulla. Niissä on pyritty perustelemaan muunkin kuin yksilöllistävän näkökulman merkitystä terveyserojen kaventamisessa. Tärkeitä asiakirjoja ovat *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelma (STM 1989) ja Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan raportti (Sosiaali- ja terveyshallitus 1991) nimeltään *Tylsät hampaat vai sitkeä liha. Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelmassa (STM 1989, 69–77) esitetään, että ”..terveyttä kuluttavat ja vaarantavat tavat ja tottumukset kasautuvat vähiten koulutettuun ja huonossa sosiaalisessa asemassa oleviin väestöryhmiin, joissa muutenkin on eniten terveyttä uhkaavia vaaroja elinoloissa ja työolosuhteissa” (STM 1989, 70–71). Siinä näkökulma laajenee yksilöstä terveyden sosiaaliin edellytyksiin. ”Olenaisiin muutoksia terveellisiä elintapoja koskevassa tiedeellisessä ja terveystieteellisessä keskustelussa viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana on ollut näkökulman ja toimintaotteen laajeneminen yksittäisten tapojen ja tottumusten muuttamispyrkimyksistä kohti edellä kuvattua lähestymistapaa, jossa tiedostetaan elämäntavan tai elämäntyylin muuttamisen yhteiskunnalliset ja yksilölliset edellytykset.” (STM 1989, 69.) Tähän liittyen korostetaan, että ”tarvitaan uusia lähestymistapoja terveystietoisuuden, tavoitteellisuuden ja terveellisten valintojen edistämiseksi niissä väestöryhmissä, joissa elintapaperäiset terveysvaarat ovat yleisimmät eikä perinteinen terveystieteellinen näkökulma tuottavaa toivottuja tuloksia.” (mts. 72). Lisäksi ehdotetaan muutettavaksi ”..elämäntapaa muovaavia



KUVIO 1. Terveyden ja terveyserojen sosiaaliset determinantit (määrittäjät) (muokailen Graham 2004a).

rakenteellisia edellytyksiä”, millä viitataan terveyttä edistävään yhteiskuntapolitiikkaan (mts. 72).

Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan raportti *Tylsät hampaat vai sitkeä liha* (Sosiaali- ja terveyshallitus 1991) sisältää aikaansa nähden radikaaleja kannanottoja ”väestöryhmien välisten terveyserojen” kaventamisesta (s. 8). Samalla siinä viitataan elinolojen ja terveyden väliseen yhteyteen. Raportissa todetaan: ”väestöryhmien väliset terveyserot pohjautuvat ennen muuta eroihin näiden ryhmien aineellisissa ja henkisissä voimavaroissa. Tasa-arvoa lisäävä yhteiskuntapolitiikka vähentää terveyseroja. Sosiaalipolitiikka ja koulutuspolitiikka, jotka kattavuuden lisäksi panostavat erityisesti huonoimmat voimavarat omaaviin, ovat avainasemassa. Terveyserojen kaventamisen kannalta on olennaista, miten suomalainen yhteiskunta ylipäänsä onnistuu eriarvoisuuden vähentämisessä.” Elintapojen kohentaminen liitetään osaksi yhteiskuntapolitiikkaa ja eriarvoisuuden vähentämistä. Raportissa viitataan myös ”riskikäyttäytymiseen” ja terveyskasvatuksen vaikuttavuuden lisäämiseen (s. 8–9) ja luetellaan instituutioita, joilla ”riskialttiita väestöryhmiä” voidaan tavoittaa. Terveyskasvatuksen sisältöä halutaan muovata sellaiseksi, että ”.se on omaksuttavissa eri sosiaaliryhmissä ja alakulttuureissa, se on suhteutettava eri ryhmien elinolosuhteisiin” (s. 10). Lopuksi raportissa esite-

tään, että terveyden edistämistä tulee vahvistaa ja ehdotetaan terveyden edistämisen neuvottelukuntaa, jossa ”..myös keskeisillä elinolosuhteita muokkaavilla hallinnonaloilla olisi edustus”. Kokonaisuudessaan raportti ei nojaa pelkästään terveyskasvatukseen, vaan siinä on aineksia myös rakenteellisten vaihtoehtojen käyttämiseen, eikä ratkaisuksi nähdä pelkästään yksilön omaa toimintaa.

Sosiaalis-rakenteellisen mallin ongelmia

Periaatteellinen yksimielisyyden lähtökohdista ei kuitenkaan ole johtanut laajamittaisiin muutoksiin siinä, miten terveyseroja käsitellään laajemmassa terveystieteessä tai terveyden edistämispolitiikassa. Viimeaikainen kehitys Suomessa myös osoittaa, että terveyserot eivät ole vähentyneet vaan jopa kasvaneet (Talala ym. 2014). Samalla se voi kuvata poliittisen toimintaympäristön vaikutusta politiikan epäonnistumiseen vaikuttavana tekijänä. Terveystieteiden kansallisesta kehittämisestä pitkään vastannut Tapani Melkas (2013, 190–191) arvioi, että kielteiseen kehitykseen Suomessa on vaikuttanut uusliberalistisesti painottunut talouspolitiikka, joka on johtanut tuloerojen kasvuun ja pienituloisten sosiaalisen aseman heikentymiseen, mikä puolestaan on vähentänyt myös terveyteen suoraan vaikuttavien toimien (kuten alkoholipolitiikan) painoarvoa. Lisäksi kielteiseen kehitykseen vaikutti myös alkoholin hinnanalennus, jonka haitat kohdistuivat enimmäkseen heikoimman sosiaalisen aseman ryhmiin. (Mt.)

Sosiaalis-rakenteellisten toimien toteuttamisen mahdollisuus liittyy olennaisesti myös siihen, miten yleisistä ”malleista” voidaan kehittää terveyserojen vähentämiseen liittyviä tavoitteita ja keinoja. Hannele Palosuo ym. (2013, 107) ovat tunnistanee Suomessa keskeisiä terveyserojen ongelma-alueita, joita ovat 1) alimman tuloviidennen terveys ja tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu, 2) sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu, 3) pitkäaikaistyöttömien kuolleisuus ja sairastavuus, 4) alkoholinkäytöstä aiheutuvat haitat sekä 5) terveystalouden toimintaan liittyvät eriarvoisuudet. Tämän lisäksi esillä on näiden keskeisiä determinanteja, politiikkoja ja esimerkkejä konkreettisista toimenpiteistä. Monet esitetyt toimenpiteet ovat rakenteellisen tason toimenpiteitä. Sen sijaan Suomen *Terveyserojen kaventamisen -toimintaohjelmassa* (2008) ei esitetä täsmällisiä operationalisoitavia tavoitteita rakenteellisen tason determinanteista.

Suomen lisäksi monissa eri Euroopan maissa on esitetty rakenteellisia toimenpite-ehdotuksia terveyserojen vähentämiseksi tai ainakin viittauksia rakenteellisten keinojen tarpeellisuuteen. Rakenteellisen tason lähtökohtien on arvioitu liittyvän tupakointiin, ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen (Lieberman 2013, 521). Esimerkiksi Norjassa esitetään liikkumista edistäviä toimia, tupakka- ja alkoholiveron korotuksia ja ravitsemukseen liittyviä toimia (Norwegian Directorate of Health 2010). Mainituissa terveyshallinnon asiakirjassa ongelmana pidetään sitä, että käytettävissä on vain rajallisesti tutkimustietoa siitä, miten terveyttä koskevat

toimenpiteet ja politiikat vaikuttavat terveyden jakautumiseen (Norwegian Directorate of Health 2010, 34). Tämä voi vähentää halukkuuteen esittää esimerkiksi toimenpiteitä, jos niistä ei ole pätevää näyttöä. Tutkimuksissa on pääsääntöisesti keskitytty siihen, miten sosioekonominen asema ja sen osatekijät (ammattiasema, koulutustaso, tulotaso) vaikuttavat terveyteen, mutta vähemmälle huomiolle ovat jääneet ne tekijät, jotka vaikuttavat sosioekonomisen asemaan ja välittyvät terveyseroiksi (Graham 2001, 298–298; Graham 2002).

Keskeistä on myös kysyä, nähdäänkö kollektiivisten, ”yläjuoksun” tekijöiden olevan osa tautiin tai sairauteen johtavaa kausaaliketjua (McMichael 1999, 891). Tämä myös edellyttää tutkimuksen suuntaamista enemmän politiikan tutkimuksen alueelle interventiotutkimuksen sijaan (Clavier & de Leeuw 2013, 11–13; vrt. Carter ym. 2012), koska jälkimmäinen ei sovi makrotason ja rakenteellisen tason politiikkojen tarkasteluun. Poliitiikan tutkimuksen avulla voi pyrkiä toimintapolitiikkojen sisällön ja toteutettavuuden arviointiin ja lähestyä käytännön ”reaalipolitiikkaa”, kun taas interventiotutkimukset (ks. Uutela, tämä teos) koskevat yleensä yksilötason tekijöitä, kuten terveyteen liittyvää käyttäytymistä, eikä niissä tavoitteena ole arvioida niinkään julkisen politiikan vaikutuksia väestön tai väestön osaryhmien terveyteen. Poliitiikan tutkimusta voi luonnehtia vastausten etsimiseen *miten*-kysymykseen eli ratkaisuvaihtoehtoihin eikä vain *mitä*-kysymykseen eli ongelman tarkasteluun (Embrett & Randall 2014). Poliitiikka ei siis pelkisty vain ongelman kuvaukseksi vaan myös ratkaisuvaihtoehtojen etsimiseksi. Jos käytössä ei ole tutkimustietoa terveyseroihin vaikuttamisen politiikoista, keinoista ja mekanismeista, esitetyt toimet voivat jäädä toivomusluonteisiksi lausumiksi eivätkä ole uskottavia. Poliitiikka voi tällöin jäädä enemmän symboliseksi kuin reaaliseksi (vrt. Winter 1986). Tämä voi johtaa uskottavuusongelmaan terveysterapiassa. Kun lisäksi rakenteellisten keinojen käyttäminen on usein vaikeaa poliittisesti (ks. esim. Sihto & Palosuo 2013), vaikuttamisen tasoksi voi jäädä yksilötaso. Fran Baum ym. (2009) toteavat, että niin kauan kuin ei ole tukea toiminnalle, joka erityisesti kohdentuu terveyden sosiaalisiin determinantteihin (ts. tekijöihin, jotka vaikuttavat sosioekonomiseen asemaan ja välittyvät sitä kautta terveyseroiksi - MS), ”biolääketieteellinen individualismi” hallitsee. Tämä voi liittyä hallitsevaan terveysterapiaparadigmaan, jonka mukaan arvioidaan, ettei ole riittävästi vakuuttavaa näyttöä siitä, että terveyteen/terveyseroihin vaikuttavat myös sosiaaliset tekijät (ks. Fernald & Gunnar 2009; Kelly & Doohan 2012, 76).

Kolmannen tien malli: yksilöllisten ja sosiaalis-rakenteellisten tekijöiden yhteys

Edellä on viitattu siihen, että yksilöllinen lähestymistapa terveyseroihin on tarkoittanut usein terveysriskeihin puuttumista (yksilöt riskien kantajina -lähestymistapaa) sekä yksilöllisen motivaation ja vastuun korostamista. Lisäksi se painottuu tauti- tai sairauslähtöiseksi. Tarkastelu jää usein vajaaksi, koska yksilöiden omia mahdollisuuksia toimia terveytensä hyväksi ei huomioida. Toisessa, edellä esitetystä sosiaalis-rakenteellisesta lähestymistavassa yksilöitä ei nähdä terveyden sosiaalisista määrittäjistä, kuten esimerkiksi elinolosuhteista, irrallisena. Siksi siitä jää usein puuttumaan yksilöiden omien toimintamahdollisuuksien (toimijuus, agency) esille nostaminen. Molempia lähtökohtia on kritisoitu juuri tästä syystä: yksilöitä objektivoidaan joko opettamalla tai suojelemalla heitä. (Abel & Frohlich 2012, 242). Autonomian puute ja objektivointi voivat viitata esimerkiksi autoritaariseen terveyskasvatukseen ja suojele-aspekti rakenteellisiin terveyspoliittisiin toimiin, joita voidaan pitää liian holhoavina.

Samaan kaksijakoisuuteen on viitattu terveyden edistämistä koskevassa käsitteellisessä keskustelussa. Yksilö vs. sosiaalinen rakenne -lähtökohtia on tulkittu ”vapaa tahdon” ja determinismin välisenä dikotomiana (Kelly & Charlton 1995, 89). Vapaa tahto yhdistetään yksilöiden voimaantumiseen. Se lähtee ajatuksesta, että ”olemme kaikki vapaita” tekemään terveytemme liittyviä valintoja. Sosiaalisen rakenteen puolestaan nähdään vaikuttavan deterministisellä tavalla: ”olemme kaikki sosiaalisesti määrittäneitä”. (Mt.) Kun terveyden edistämisessä on näitä koskevia eriäviä käsityksiä, seurauksena on suuntauksien välinen jännite, joka näkyy toimintatavoissa (ks. myös Maeckelberghe & McKee 2015, 21). On havaittavissa myös jatkuva kiista lähestymistapojen oikeellisuudesta ja käyttökelpoisuudesta.

Yksilö vs. väestö kohteena

Kriittinen kohta terveyden edistämisessä, ja myös terveyserojen kaventamisessa, voi olla juuri tässä: yksilöitä tarkastellaan passiivisina toimijoina. Tämä voi olla perua kansanterveyden perinteisestä ajattelusta. Marcia Hills ja Simon Carroll (2009, 764) esittävätkin, että olisi arvioitava uudelleen kansanterveyden strategioita, joissa liian kauan on lähdetty siitä, että asiantuntijat ja ammattilaiset määrittävät ratkaisuja mutta myös tarpeita. Tarpeen määrittelyssä on tärkeää osallistava viitekehys, joka antaa yksilöiden ja yhteisöjen määrittellä omat tarpeensa, joita ovat myös ihmisarvo ja itsekunnioitus. (Mt.) Uudelleen arviointi voi koskea myös Geoffrey Rosen (1985) ajattelua, joka koskee yksilöllisiä riskejä vs. väestöstrategiaa⁷ (jolla tässä viitataan sosiaalis-rakenteelliseen lähtökohtaan). Yksilöllinen korkean riskin strategia pyrkii yksilöllisen riskin alentamiseen ja ehkäisemiseen tunnistamalla yksilöitä, joilla on suuri alttius sairastua. Se ei pyri muuttamaan

7 On kuitenkin huomattava, että Rose ei käsittele erityisesti sosioekonomisia terveyseroja.

tautiin tai sairauteen vaikuttavia syytekijöitä. Väestöstrategia puolestaan pyrkii tunnistamaan ja ehkäisemään riskejä koko väestössä. (Rose 1985.) Preventiiviset toimet, jotka tuottavat paljon hyötyä väestölle, tarjoavat sitä vain vähän yksilölle. Toimet eivät motivoi yksittäistä ihmistä (Rose 1985, 38). Yksilölliselle toimijuudelle jää vähäinen osuus.

Väestölähtökohtaa ei ole arvioitu kriittisesti pelkästään yksilön ”unohtamisesta” vaan myös siitä, että rakenteelliset koko väestöön suunnatut toimet voivat tuottaa eriarvoisuusparadoksin (inequality paradox) (esim. Ruetten ym. 2013, 181), toisin sanoen toimet eivät hyödytäkään samassa määrin kaikkia väestöryhmiä, ja juuri heikoimmassa asemassa olevat hyötyvät niistä vähiten, mikä voi lisätä terveyseroja. Samaan viittaa käännteisen hoidon laki (Frohlich & Potvin 2008, 219), jonka mukaan ne ryhmät, joilla on eniten voimavaroja, hyötyvät myös eniten väestölähtöisistä toimista. Onkin pohdittu sitä, ovatko rakenteelliset lähtökohdat yksinään riittäviä kohentamaan terveyttä (Lieberman 2013, 522). Myös terveyden sosiaalisia determinantteja koskevan WHO:n komission raporttia arvioitaessa on kiinnitetty huomiota tähän ongelmaan ja todettu, että siinä yksilön omalle toimijuudelle on annettu hyvin vähäinen merkitys (Forde & Raine 2008, 1694). Olle Lundbergin ym. mukaan (2015, S27) ei voi olettaa, että sosiaalisista ja taloudellisista muutoksista seuraisi suoraan yksilöllinen toimintatapojen tai käyttäytymisen muutos. Erot voivat siis olla seurausta myös eroista kyvyissä hyödyntää kollektiivisia resursseja ja selviytyä niiden avulla. (Mt.) Esimerkiksi kasautuneen huonosuaisuuden tilanteessa ei välttämättä auta vain riittävä sosiaaliturva, vaan siinä voidaan tarvita yksilöllisempää apua (Ohisalo ym. 2015, 443).

Yksilö rakenteellisessa kontekstissa

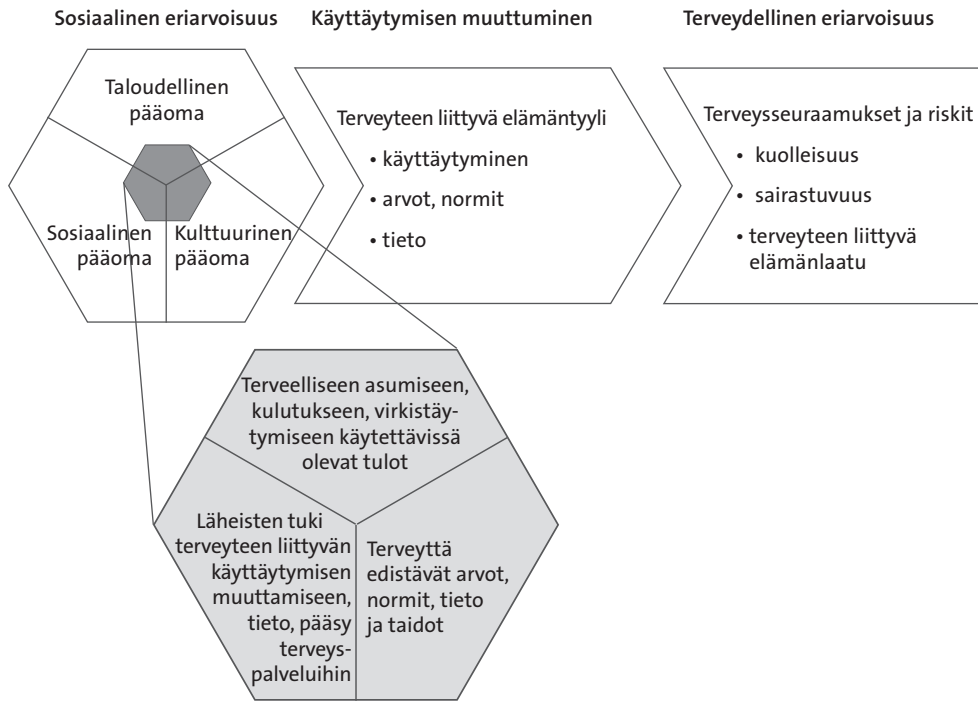
Jännitteen ratkaisemiseen Michael Kelly ja Bruce Charlton (1995) ehdottavat sosiaalisen rakenteen merkityksen huomioon ottamista ja yksilön käsittämistä tämän rakenteen osana kuten myös sen ymmärtämistä, kuinka rakenne vaikuttaa yksilöiden elämään (mts. 90). Tämänkaltaisen yksilön huomioiminen ja siihen vaikuttaminen voidaan tulkita ”kolmanneksi tieksi”: sosiaalis-rakenteellisia tekijöitä ei sivuuteta, mutta yksilöiden omia mahdollisuuksia ei myöskään jätetä huomiotta, eli molemmat lähestymistavat nähdään tarpeellisina.

Jo Ottawan terveyden edistämisen asiakirjassa viitataan sekä yksilöiden kykyjen ja mahdollisuuksien tukemiseen että sosiaalisten, ympäristöön liittyvien ja taloudellisten ehtojen muuttamiseen niin, että niiden kautta voidaan vaikuttaa kansanterveyteen ja myös yksilöiden terveyteen. Asiakirjan mukaan ”terveyden edistäminen tukee henkilökohtaista ja yhteiskunnallista kehitystä jakamalla tietoa, antamalla terveyskasvatusta sekä lisäämällä elämäntaitoja. Näin lisätään saatavilla olevia vaihtoehtoja, joita käyttämällä ihmiset voivat vaikuttaa omaan terveyteensä ja elinympäristöönsä sekä tehdä terveyteen johtavia valintoja.” (Folkhälsan ym. 1987, 8.) Julistuksessa jää kuitenkin epäselväksi, mitä yhteys rakenteellisten teki-

jöiden ja yksilön oman toiminnan välillä voi tarkoittaa ja mitä ovat yksilön omat toimintamahdollisuudet. Thomas Abel ja Katherine Frohlich (2012, 236) tosin arvioivat optimistisesti, että asiakirjan kirjoittamisen jälkeen olisi kehittynyt yhteisymmärrystä sekä yhteiskunnallisten tekijöiden (rakenne) ja yksilöiden toiminnan (toimijuus, agency) tärkeydestä terveyseroja koskevassa kysymyksessä. On kuitenkin selvää, että eri tieteenaloilla käsitykset eriytyvät, mikä näkyy myös terveyden edistämistä koskevissa toimintatavoissa.

Terveyden sosiologiassa käytetään kollektiivisen elämäntyylin käsitettä (lähikäsitteistä ks. Palosuo tässä kirjoituksessa), joka koostuu terveyteen liittyvästä käyttäytymisestä, orientaatioista ja voimavaroista, joita yksilöt omaksuvat vastauksena sosiaaliseen, kulttuuriseen ja taloudelliseen ympäristöönsä (Abel ym. 2000, 63). Sen mukaan yksilöiden toimijuus on ymmärrettävä sosiaalisen kontekstin osana, ja myös yhteys terveysongelmiin on nähtävä tätä kautta. Tämän takia korostetaan sekä toimijuutta, yksilön omia toimintamahdollisuuksia, että myös niiden yhteyttä rakenteellisiin (structural) toimiin, koska ne voivat toimia toisiinsa vahvistavina näkökulmina (esim. Ruetten 2013, 181). Vaikka ajattelussa nähdään rakenteellisten tekijöiden (esimerkiksi tuloerojen) yhteys terveyseroihin, sitä pidetään riittämättömänä selityspäätelmänsä (Abel 2008, 3). Ajattelumalli ei vastaa kysymyksiin sosiaalisen eriytymisen ja terveyden välisestä suhteesta, eikä se tarjoa mahdollisuutta tarttua vakuuttavasti siihen, miksi tietynlainen käyttäytyminen on normi tietyissä ryhmissä ja toisissa ei (Abel 2008, 3). Kritiikki lähtee myös siitä, että väestön eri ryhmien erilaisuutta ei ole välttämättä tiedostettu ja huomioitu toiminnallisissa ratkaisuissa. Esimerkiksi elintapojen sosiaalinen eriytyminen on jo pitkään huomioitu kuluttajiin vaikuttamisessa niin, että eri ryhmien tarpeet on havaittu ja väestön eri ryhmiä tarkastellaan sosiaalisesti eriytyneenä (Abel 2007, 63). Rakenteellisten tekijöiden ohella tulisikin kiinnittää huomiota myös muun tasoihin tekijöihin, joita nimitetään pääomiksi (Abel 2008). Taloudelliseen pääomaan kuuluvat esimerkiksi tulot, jotka mahdollistavat terveellisen asumisen, koulutuksen ja virkistytymisen. Sosiaaliseen pääomaan kuuluvat henkilökohtainen tuki terveyttä vahvistavan käyttäytymisen muutokseen, tiedon saaminen ja pääsy terveyspalveluihin. Kulttuurisessa pääomassa tärkeitä ovat terveyttä vahvistavat arvot ja normit sekä tiedot ja taidot. (Abel 2008, 5.) Terveyserot ovat tulosta näiden pääomien epätasaisesta jakautumisesta. Malli (kuvio 2) kuvaa taloudellisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden (pääomien) vuorovaikutusta.

Abel korostaa erityisesti terveysrelevantin kulttuuripääoman merkitystä (terveysarvot, normit, tiedot ja taidot). Tätä perustellaan sillä, että monet epäterveelliset elintavat ovat usein selitettävissä normeilla ja arvoilla – eivätkä yksinomaan esimerkiksi riittämättömällä tuloilla. Materiaalisilla tekijöillä kuten tuloeroilla ei voi myöskään yksinään selittää sitä, miksi epäterveelliset elämäntavat ovat normaalia joissakin sosiaalisissa ryhmissä. (Abel 2008, 3.) ”Pääomamallissa” lähestytään laajempaa terveyteen liittyvän elämäntavan mallia terveydellisen eriarvoisuuden näkökulmasta. Siinä on pyrkimyksenä tarkastella monia materiaalistien ja ei-mate-



Kuvio 2. Pääomien vuorovaikutus, elämäntyyli ja terveydellinen eriarvoisuus (Abel 2008, 4).

riaalisten resurssien suhteellisia vaikutuksia terveyseroihin. Lisäksi siinä nostetaan esille sekä yksilöllisiä terveyserojen määrittäjiä että rakenteellisen tason keinoja ja niiden välisiä yhteyksiä. Dikotomisen vastakkainasettelun, yksilö vs. rakenteelliset tekijät, sijasta käsitellään sekä suoria että epäsuoria terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä. Kun pääomia tarkastellaan vuorovaikutuksessa toisiinsa, tällä on yhtymäkohtansa sosiaalista pääomaa koskevaan keskusteluun laajemminkin. Sen mukaan sosiaalista pääomaa, kuten vastavuoroisuussääntöjä ja solidaarisuutta, voidaan edistää sosiaalisissa verkostoissa, ja niihin voidaan vaikuttaa myös sosiaalipoliittisilla ratkaisuilla, jotka tähtäävät tasaiseen tulonjakoon, sosiaaliseen tasa-arvoisuuteen sekä poliittisen vakauden ylläpitämiseen (Eriksson 2012, 338). Myös Mikael Rostilan (2013) mukaan sosiaalisen pääoman edellytyksiä voidaan epäsuorasti lisätä tasa-arvoisuuteen pyrkivällä hyvinvointipolitiikalla.

Viimeaikaisessa terveyden edistämiskeskustelussa on korostettu yksilön henkilökohtaisia terveyskäytäntöjä ja selviytymistaitoja (coping skills) terveyden determinanteina. Yksilöt voivat pyrkiä ehkäisemään terveysongelmia kehittämällä itseluottamusta, ratkaisemalla ongelmia ja tekemällä terveyttä lisääviä valintoja.

Terveyteen vaikuttavia tekijöitä kuten elintapoja ei nähdä vain yksilöllisinä valintoina, vaan niitä pyritään tarkastelemaan sosiaalisten, taloudellisten ja ympäristötekijöiden kontekstissa. (esim. Public Health Agency of Canada 2016.) Keskustelussa viitataan jännitteeseen yksilö vs. järjestelmä -lähestymistapaan ja pyritään sovittamaan näitä yhteen (Gottlieb ym. 2016). Samalla keskustelussa pyritään myös löytämään synteesi näiden kahden välillä, ja siinä huomion kohteena ovat myös terveyserot. Sen mukaan yksilöt ovat myös vastuussa terveydestään, mutta heitä pitäisi pitää vastuullisena ainoastaan silloin, kun heillä on riittävät resurssit tehdä niin (Adler & Stewart 2009, 50). Tätä kutsutaan käyttäytymiseen liittyvän oikeudenmukaisuuden käsitteeksi (behavioral justice, mt.) ja viitataan siihen, että mahdollisuuksien epätasa-arvo ylläpitää käyttäytymiseen liittyviä terveysongelmia.

Tämä yksilö vs. sosiaalis-rakenteelliseksi kutsuttujen väestölähtöisten toimien käyttö liittyy myös laajemmin sosiaali- ja yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun universalismin eli koko väestöön suuntautuvan toiminnan suhteesta eriarvoisuuden vähentämiseen. Myös terveystutkimuksessa (esim. Carey & Crammond 2014) asiaa on sivuttu. Universalismi lähtee siitä, että kaikkiin sovelletaan samoja peruslähtökohtia. On kuitenkin kysytty, voidaanko tätä kautta vastata tarpeeksi hyvin väestön eri ryhmien tarpeisiin – varsinkin sosiaaliselta asemaltaan heikoimpien. Kriitikissä todetaan, että väestö nähdään homogeenisena ja että kaikkia kohdellaan samalla tavalla riippumatta olemassa olevasta eriarvoisuudesta väestön eri ryhmien välillä (Williams 1992). Kun erilaisiin tarpeisiin vastataan samalla tavoin, puhutaan väärästä universalismista (mt.). Universalismin on katsottu marginalisoivan heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä (Ellison 1999, 58). Se ei pysty huomioimaan erilaisuutta ihmisten välillä. Universalismin täydennykseksi on tarjottu myönteistä erityiskohtelua, jolloin universalismi herkistetään huomioimaan ihmisten eritasoiset tarpeet (Halmetoja 2015, 135). Brittiläisessä terveystieteellisessä keskustelussa käytetään suhteellisen universalismin käsitettä (proportional universalism) (Marmot 2010), joka viittaa universalismiin, mutta jossa pyritään lisäksi toteuttamaan yksilöllisiä toimia vähäosaisille ryhmille. Gemma Carey ja Brad Crammond (2014) toteavat tämän uuden käsitteen voivan tarkoittaa joko negatiivista selektivismia (tarveharkintaan pohjautuen) tai positiivista selektivismia (lisäpalveluita tai resursseja vähäosaisille ilman tarveharkintaa) (selektivismistä ks. tarkemmin Thompson & Hoggett 1996).

Julkisessa toiminnassa kyse voisi olla eräänlaisesta kaksoisstrategiasta, jossa yhdistyy universalismi ja positiivinen selektivismi: ”Universaalit etuudet ja palvelut ovat monessa mielessä välttämättömiä, mutta ne eivät yksinään riitä tuottamaan tunnetta oikeudenmukaisesta kohtelusta. Niiden rinnalle tarvitaan ratkaisuja, jotka mahdollistavat erojen, erilaisuuden, moniarvoisuuden, vaihtelevien elämäntilanteiden ja eriytyneiden tarpeiden huomioonottamisen.” (Niemi 2006, 73.) Terveystieteellisen eriarvoisuuden vähentämiseksi voidaan tarvita myös positiivista selektivismia tai terveydeltään heikoimpien ryhmien erityiskohtelua osana universalismia.

Lopuksi

Näköpiirissä ei näytä olevan yhteisesti jaettua käsitystä terveyden edistämisen opillisesta ja käytännöllisestä suuntautumisesta. Terveyden edistämistä voi tulkita ”sateenvarjokäsitteenä”, johon sisällytetään erilaisia pyrkimyksiä edistää terveyttä. Tällä on yhteytensä laajempaan (kansan)terveyden tutkimuksen perintöön, johon sisältyy eri käsityksiä terveyttä tai sairautta tuottavista tekijöistä. Erilaiset tulkinnat terveyden edistämisen opillisesta suuntautumisesta heijastuvat vastaavasti eriäviin käsityksiin myös terveyseroihin vaikuttamisen syistä ja keinoista.

Yksilöllisessä lähestymistavassa terveyserojen tulkitaan johtuvan yksilöiden epäterveellisistä elintavoista. Taustalla on ajatus, että samoilla keinoilla, joilla voidaan vaikuttaa paremmassa sosiaalisessa asemassa olevien terveyteen, voidaan parantaa myös heikoimmassa asemassa olevien terveyttä. Tämä on havaittavissa usein myös suomalaisessa terveyden edistämistoiminnassa. On kuitenkin todettu, että ne ryhmät, joilla on eniten terveyden kannalta suotuisia voimavaroja, voivat hyötyä myös eniten interventioista (Solar ym. 2009, 114). Tämä johtuu siitä, että paremmassa sosiaalisessa asemassa olevilla on jo lähtökohtaisesti enemmän resursseja ja sitä kautta yleensä paremmat mahdollisuudet välttää riskejä ja sairauksia sekä ylläpitää terveyttä. Voidaan kysyä, ovatko elintapoihin kohdistuvat interventiot tarkoituksenmukainen tapa vaikuttaa terveyseroihin. Terveyserojen vähentämiseen pyrkivistä interventioista ei ole saatu vakuuttavaa näyttöä (mt.). Huomionarvoista on se, että tämä ei ole kuitenkaan johtanut laajemmin terveysinterventioiden kriittiseen arviointiin ja vaihtoehtojen pohdintaan.

Vaihtoehtoiksi tarvitaan muitakin kuin yksilölähtöisiä tapoja vähentää terveyseroja. Tätä voi perustella sillä, että terveyserojen vähentäminen edellyttää monien eri tason tekijöiden huomioimista. Sosiaalis-rakenteellinen malli lähtee siitä, että terveyseroja voidaan parhaiten vähentää, kun samaan aikaan pyritään kohentamaan muutenkin elämisen edellytyksiä heikoimman sosiaalisen aseman ryhmissä. Terveyserokysymystä tuleekin tarkastella myös eriarvoisuuden kysymyksenä, ei vain suoraan terveystarkastelunäkökulmana. Yhteiskunnallisen eriarvoisuuden näkökulmasta vaikuttamisen tasot laajenevat yksilöstä tasa-arvoisuuteen tähtääviin yhteiskuntapoliittisiin toimiin. Myös Suomen terveyspolitiikan keskeinen lähtökohhta ”terveys kaikissa politiikoissa” tukee tätä lähtökohtaa. Sosiaalis-rakenteellisen lähtökohdan ongelmana voi pitää sitä, että se voi tuottaa eriarvoisuusparadoksin, toisin sanoen toimet eivät hyödytä kaikkia ryhmiä samassa määrin, ja tämä voi lisätä eroja terveydessä. Tätä lähestymistapaa on tässä kirjoituksessa tarkasteltu rinnakkaisena Rosen (1985) väestöstrategialle. Vaikka väestöstrategia pyrkii vastaamaan koko väestön terveystarpeisiin, niin se ei välttämättä pysty huomioimaan ihmisryhmien erilaisia tarpeita. Lisäksi saatetaan olettaa, että yksilöllinen muutos seuraa suoraan sosiaalis-rakenteellisten ratkaisujen seurauksena. Viimeaikaisessa terveyden edistämiskeskustelussa on pyritty ylittämään dikotominen yksilö vs.

sosiaalis-rakenteellinen -lähtökohta. On painotettu yksilöiden omien terveyteen liittyvien toimintamahdollisuuksien tukemista, mutta samalla on todettu, että huomiota tulee kiinnittää myös siihen, onko yksilöllä käytössä terveyttä tukevia valintoja mahdollistavia resursseja. Tätä nimitetään kirjoituksessa kolmannen tien malliksi. Kyse on laajemmin universalismin ja samalla sosiaalis-rakenteellisten lähtökohtien ja tarpeen mukaan myönteisen erityiskohtelun (positiivinen diskriminaatio) yhdistämisestä.

Jos terveyseroihin halutaan puuttua osana strategista terveyden edistämistä, koko terveyden edistämistoimintaa olisi hyödyllistä arvioida laajemmin osana Suomen terveyspolitiikan traditiota. Siinä kestopäivöityksenä on ollut pyrkimys terveyden mahdollisimman tasaiseen jakautumiseen. Terveyseroja osana terveyden edistämistoimintaa on hallinnollisissa asiakirjoissa käsitelty niukasti 1980-luvun jälkeen. Keskeinen tehtävä on tuottaa tarvittavaa tutkimustietoa ratkaisukeinoista ja toimintavaihtoehtoista nimenomaisesti terveyden edistämistoiminnassa. Tätä voi perustella sillä, että se on olennainen terveyspolitiikan lähtökohta. Myös Suomen terveyden edistämispoliittikkaa arvioiva ryhmä esitti, että ”terveyden epätasaruon vähentäminen nostetaan keskeiseksi kehittämisen ja toimeenpanon kohdeeksi” (STM 2002, 44).

Suomen terveyspoliittisessa toimintaympäristössä on nähtävissä siirtymää uusliberalistiseen suuntaan. Uusliberalismia on luonnehdittu minimaaliseksi hallituksen puuttumiseksi sosiaalisiin ongelmiin ja markkinaperusteiseksi yksilön vastuun korostamiseksi, mistä seuraa eriarvoistumista (Ayo 2012,101). Tällä on yhteytensä myös terveyden ehtoihin, sillä terveys ja sairaus nähdään seurauksena yksilöllisistä valinnoista eikä yhteydessä eriarvoistaviin mahdollisuuksiin viettää tervettä elämää (esim. Schrecker & Taler 2013, 21).

Voi myös kysyä hallitseeko kansanterveydellistä ajattelua käytännössä utilitaristinen etiikka, jossa lähdetään siitä, että tehtyjä toimia (panoksia) tulee tarkastella sosiaalisen hyödyn näkökulmasta mutta terveyden epätasaruon jakautumisen ongelma sivuutetaan. Marcia Hills ja Simon Carroll (2009, 762) kysyvätkin pohjautuuko toiminta ”tunnistamattomaan utilitarismiin”, vaikka julkisesti puhutaan eriarvoisuuden vähentämisestä. On optimistisesti huomautettu, että terveyden maksimointi ja oikeudenmukaisuus voivat olla identtisiä: maksimoidaan väestön terveyttä niin, että kaikki ihmiset toimivat normaalisti elinaikanaan (Daniels 2011, 192). Siihen vaaditaan edellytysten luomista myös terveyttä edistävälle toiminnalle.

Mitä opimme?

- ◆ Terveyden edistämistoiminnassa on erilaisia käsityksiä ja käytännön toimintatapoja, joilla terveyseroihin arvioidaan voitavan vaikuttaa.
- ◆ Terveyden edistäminen on keskeinen terveystieteiden lähtökohta, ja tämän vuoksi olisi tarpeen arvioida nykyistä perusteellisemmin terveyseroihin vaikuttamisen lähtökohtia ja keinoja, jos terveyseroja halutaan vähentää.
- ◆ Terveyseroja vähentämään pyrkivässä toiminnassa on tärkeää huomioida sekä sosiaalis-rakenteellisen toiminnan taso että yksilöiden omat toimintamahdollisuudet. Yksilöitä ei kuitenkaan voi vastuuttaa ilman, että pohditaan, onko heillä tosiasiallisia mahdollisuuksia edistää omaa terveyttään.
- ◆ Terveyden edistämisessä tarvitaan monitieteistä tutkimusotetta ymmärryksen lisäämiseksi terveyserojen syistä ja ratkaisutavoista. Samoin tarvitaan kriittistä arviointia käytännön toimintatavoista ja uusien näkökulmien pohtimista terveyden edistämisen toimintakulttuurissa.

Lähteet

- Abel, Thomas & Cockerham, William & Niemann, Stefan (2000) A critical approach to lifestyle and health. Teoksessa Watson, Jonathan & Platt, Stephen (toim.) *Researching health promotion*. London: Routledge Press, 54–78.
- Abel, Thomas (2007) Cultural capital in health promotion. Teoksessa McQueen, David & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Juergen & Balbo, Laura & Abel, Thomas (toim.) *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York: Spinger Science+Business Media, LLC.
- Abel, Thomas (2008) Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, doi10.1136/jech.2007.066159.
- Abel, Thomas & Frohlich, Katherine (2012) Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine* 74(2), 236–44.
- Abraham, Charles & Kelly, Michal P. & West, Robert & Michie, Susan (2009) The UK national institute for health and clinical excellence public health guidance on behavior change: A brief introduction. *Psychology, Health & Medicine* 14(1), 1–8.
- Adler, Nancy & Stewart, Judith (2009) Reducing obesity: Motivating action while not blaming the victim. *The Milbank Quarterly* 87(1), 49–70.
- Awofeso, Niyi (2004) What's new about the "new public health"? *American Journal of Public Health* 94(5), 705–9.
- Ayo, Nike (2012) Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health* 22(1), 99–105.
- Barry, Margaret & Allegrante, John & Lamarre, Marie-Claude & Auld, Mary & Taub, Alyson (2009) The Galway consensus conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion* 16(2), 5–11.
- Baum, Fran & Harris, Liz (2006) Equity and social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia* 17(3), 163–5.
- Baum, Fran & Begin, Monique & Houweling, Tanja & Taylor, Sebastian (2009) Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *American Journal of Public Health* 99(11), 1967–74.
- Beaglehole, Robert & Bonita, Ruth (2004) *Public health at the crossroads. Achievement and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carey, Gemma & Crammond, Brad (2014) A glossary of policy frameworks: the many forms of 'universalism' and policy 'targeting'. *Journal of Epidemiology and Community Health*, doi:10.1136/jech-2014-204311.
- Carlisle, Sandra (2000) Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International* 15(4), 369–76.
- Carlisle, Sandra (2001) Inequalities in health: Contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Critical Public Health* 11(3), 267–81.
- Carter, Stacy & Rychetnik, Lucie & Beverley, Lloyd & Kerridge, Ian & Baur, Louise & Bauman, Adrian & Hooker, Claire & Zask, Avigdor (2011) Evidence, ethics, and values: a framework for health promotion. *American Journal of Public Health* 101(3), 465–72.
- Carter, Stacey & Cribb, Alan & Allegrante, John (2012) How to think about health promotion ethics. *Public Health Reviews* 34(1), 1–24.
- Catford, John (2002) Reducing health inequalities – time for optimism. *Health Promotion International* 17(2), 101–4.
- Clavier, Carole & de Leeuw, Evelyne (2013) Framing public policy in health promotion: ubiquitous, yet elusive. Teoksessa Clavier, Carole & de Leeuw, Evelyne (toim.) *Health promotion and the policy process*. Oxford: Oxford University Press, 1–22.
- Collin, Jeff & Hill, Sarah (2016) Industrial epidemics and inequalities: The commercial sector as a structural driver of inequalities in non-communicable diseases. Teoksessa Smith, Katherine & Hill, Sarah & Bamba, Clare (toim.) *Health inequalities, critical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 175–91.
- CSDH (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

- Daniels, Norman (2011) Equity and population health: toward a broader bioethics agenda. Teoksessa Deaton, Angus (toim.) Public health ethic: key concepts and issues in policy and practice. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 191–210.
- Davison, Charlie & Davey Smith, George (1995) The baby and the bath water: examining socio-cultural and free-market critiques of health promotion. Teoksessa Bunton, Robin & Nettleton, Sarah & Burrows, Robin (toim.) The sociology of health promotion. London: Routledge, 91–9.
- de Leeuw, Evelyne & Breton, Eric (2013) Policy change theories in health promotion research: a review. Teoksessa Clavier, Carole & de Leeuw, Evelyne (toim.) Health promotion and the policy process. Oxford: Oxford University Press, 23–42.
- Diderichsen, Finn & Andersen, Ingelise & Celle, Manuel & The working group of the Danish review on social determinants of health, Nybo Andersen, Marianne & Bach, Elsa & Baadsgaard, Mikkel & Bronnum-Hansen, Henrik & Hansen Finn & Jeune, Bernard & Jorgensen, Torben & Sogaard, Jes. (2012) Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health 40(Suppl 8), 12–105.
- Dougherty, Charles Health Inequality – determinants and policies (1993) Bad faith and victim-blaming: The limits of health promotion. Health Care Analysis 1(2), 111–9.
- Douglas, Margaret (2016) Beyond ‘health’: why don’t we tackle the cause of health inequalities? Teoksessa Smith, Katherine & Hill, Sarah & Bambra, Clare (toim.) Health inequalities, critical perspectives. Oxford: Oxford University Press, 112–4.
- Ellison, Nick (1999) Beyond universalism and particularism: rethinking contemporary welfare theory. Critical Social Policy 19(1), 57–85.
- Embrett, Mark & Randall, Glen (2014) Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. Social Science & Medicine 108(4), 147–55.
- Eriksson, Malin (2012) Socialt kapital och hälsa – förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner. Social medicinsk tidskrift 89(4–5), 332–46.
- Fafard, Patrik (2008) Evidence and healthy public policy: insights from health and political sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- Fernald, Lia & Gunnar, Megan (2009) Poverty alleviation program participation and salivary cortisol in very low-income children. Social Science & Medicine 68(12), 2180–9.
- Folkhälsan & Terveyskasvatuksen keskus & Lääkintöhallitus (1987) Terveysten edistäminen. Ottawan asiakirja 1986. Muistio taustasta ja periaatteista 1984. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Forde, Ian & Raine, Rosalind (2008) Placing the individual within a social determinants approach to health equity. Lancet 372(9650), 1694–6.
- Frohlich, Katherine & Poland, Blake (2007) Points of intervention in health promotion practice. Teoksessa O’Neill, Michel & Pederson, Ann & Dupere, Sophie & Rootman, Irving (toim.) Health promotion in Canada. Critical perspectives. Toronto: Canadian Scholars’ Press Inc., 46–60.
- Frohlich, Katherine & Potvin, Louise (2008) The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. American Journal of Public Health 98(2), 216–21.
- Golden, Shelley & Earp, Jo (2012) Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of education & behavior health promotion interventions. Health Education & Behavior 39(3), 364–72.
- Gore, Dana & Kothari, Anita (2013) Getting to the root of the problem: health promotion strategies to address the social determinants of health. Canadian Journal of Public Health 104(1), e52–4.
- Gottlieb, Laura & Glymour, Maria & Kersten, Ellen & Taing, Elisabeth & Hagan, Erin & Vlahov, David & Adler, Nancy (2016) Challenges to an integrated population health research agenda: Targets, scale, tradeoffs and timing. Social Science & Medicine, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.004>
- Graham, Hilary (2001) From science to policy: options for reducing health inequalities. Teoksessa Leon, David & Walt, Gil (toim.) Poverty, inequality and health. An international perspective, 294–311.
- Graham, Hilary (2002) Building an interdisciplinary science of health inequalities: the example of life course approach. Social Science & Medicine 55(11), 2005–16.
- Graham, Hilary (2004a) Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly 82(1), 101–242.

- Graham, Hilary (2004b) Tackling in equalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy* 33(1), 115–31.
- Halmetoja, Antti (2015) Käsitemaalyysi universalismin ulottuvuuksista sosiaalipolitiikassa. *Sosiologia* 52(2), 123–38.
- Hernandez-Aguado, Ildefonso & Parker, Lucy Anne (2009) Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. Teoksessa Kickbusch, Ilona (toim.) *Policy innovation for health*. New York: Springer Science+Business Media, 23–66.
- Hills, Marcia & Carroll, Simon (2009) Health promotion, health education, and the public's health. Teoksessa Detels, Roger & Beaglehole, Robert & Lansang, Mary Anna & Gulliford, Martin (toim.) *Oxford textbook of public health*. New York: Oxford University Press, 752–66.
- Hunter, David (2013) Getting knowledge on 'wicked problems' in health promotion in action. Teoksessa Clavier, Carole & de Leeuw, Evelyne (toim.) *Health promotion and the policy process*. Oxford: Oxford University Press, 131–53.
- Hunter, David & Marks, Linda (2015) Health inequalities in England's changing public health system. Teoksessa Smith, Katherine & Hill, Sarah & Bambra, Clare (toim.) *Health inequalities, critical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 138–50.
- Karvonen, Sakari & Rahkonen, Ossi (2002) Tupakka ja terveyden eriarvoisuus. Teoksessa : Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita Prima Oy, 83–96.
- Keleher, Helen (2007) Health promotion principles. Teoksessa Keleher, Helen & Macdougall, Colin & Murphy, Berni (toim.) *Understanding health promotion*. Sydney: Oxford University Press, 14–28.
- Keleher, Helen & Macdougall, Colin & Murphy, Berni (2007) Approaching health promotion. Teoksessa Keleher, Helen & Macdougall, Colin & Murphy, Berni (toim.) *Understanding health promotion*. Sydney: Oxford University Press, 3–13.
- Kelly, Michael & Charlton, Bruce (1995) The modern and the postmodern in health promotion. Teoksessa Bunton, Robin & Nettleton, Sarah & Burrows, Roger (toim.) *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. London: Routledge, 78–90.
- Kelly, Michael & Doohan, Emma (2012) The social determinants of health. Teoksessa Merson, Michael & Black, Robert & Mills, Anne (toim.) *Global health, Diseases, programs, systems, and policies*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 75–112.
- Kickbusch, Ilona & Pelikan, Juergen & Apfel, Franklin & Tsouros, Agis (2013) (toim.) *Health literacy. The solid facts*. WHO. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Korp, Peter (2002) Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering. Göteborg: DocuSys.
- Lieberman, Lisa & Golden, Shelley & Earp, Jo (2013) Structural approaches to health promotion: what do we need to know about policy and environment change? *Health Education & Behavior* 40(5), 520–5.
- Lomas, Jonathan (1998) Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine* 47(9), 1181–8.
- Lundberg, Olle & Yngwe Åberg, Monica & Bergqvist, Kersti & Sjöberg, Ola (2015) Welfare states and health inequalities. *Canadian Public Policy* 41(Supplement 2), S26–S33.
- Marmot, Michael (2010) Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The strategic review of health inequalities, London.
- MacDonald, Theodore (1998). *Rethinking health promotion. A global approach*. London: Routledge.
- Mackenbach, Johan & Bakker, Martijntje & Sihto, Marita & Diderichsen, Finn (2002) Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Teoksessa Mackenbach, Johan & Bakker, Martijntje (toim.) *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 25–49.
- Maeckelberghe, Els & McKee, Martin (2015) Changing your health behavior: regulate or not? *Eurohealth* 21(1), 21–37.
- McCartney, Gerry & Collins, Chik & Mackenzie, Mhairi (2013) What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy* 113(3), 221–7.
- McDaid, David, Oliver, Adam & Merkur, Sherry (2014) What do we know about the

- strengths and weakness of different policy mechanisms to influence health behaviour in the population? (2014) World Health Organization, Regional Office for Europe.
- McMichael, Anthony (1999) Prisoners of the proximate: Loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *American Journal of Epidemiology* 149(10), 887–97.
- McQueen, David (2007) Critical issues in theory for health promotion. Teoksessa McQueen, David & Potvin, Louise & Pelikan, Juergen & Balbo, Laura & Abel, Thomas (toim.) *Health and Modernity. The role of theory in health promotion*. New York: Springer Science+Business Media, LLC, 21–42.
- Mechanic, David (2007) Population health: Challenge for science and society. *The Milbank Quarterly* 85(3), 533–59.
- Melkas, Tapani (2013) Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveyst politiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78(2), 181–96.
- Michie, Susan & Jochelson, Karen & Markham, Wolfgang & Bridle, Christopfer (2009) Low-income groups and behavior change interventions : a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63(8), 610–22.
- Morestin, Florence & Gauvin, Francois Pierre & Hogue, Marie-Chistine & Benoit, Francois (2011) Method for synthesizing knowledge about public policies. National collaborating centre for healthy public policy. Quebec:Gouvernement du Quebec 2011.
- Mouy, Barb & Barr, Ali (2006) The social determinants of health: is there a role for health promotion foundations. *Health Promotion Journal of Australia* 17(3), 189–95.
- NICE (2007) National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Behaviour change at population, community and individual levels*. (Public health guidance 6). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Niemi, Riikka (2006) Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisten yksilölliset elämäntilat. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) *Vääryyskirja*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 61–75.
- Norwegian Directorate of Health (2010) *Health promotion –achieving good health for all*. Oslo: RK Grafisk AS.
- Nuffield Council on Bioethics (2007) *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics.
- Nutbeam, Don (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International* 13(4).
- Ohisalo, Maria & Laihiala, Tuomo & Saari, Juh (2015) Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja kasautuminen leipäjonossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(5), 435–46.
- O’Neill, Michel & Stirling, Alison (2007) *The promotion of health or health promotion*. Teoksessa O’Neill, Michel & Pederon, Ann & Dupere, Sophie & Rootman, Irwing (toim.) *Health promotion in Canada. Critical perspectives*. Toronto: Canadian Scholars’ Press Inc., 32–45.
- Ovaskainen, Marja-Leena & Kosola, Mikko & Männistö, Satu (2013). *Koulutus ja tulot ruokavalion laadun selittäjinä Finnravintotutkimuksissa 2002 ja 2007*. *Yhteiskuntapolitiikka* 78(2), 197–206.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (2013) *Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyst politiikassa*. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino.
- Parviainen, Heikki (2007) Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttaminen terveyden edistämisessä. *Promo* 49(4), 37–8.
- Pons-Viguens, Mariona & Diez, Elia & Morrison, Joana & Salas-Nicas, Sergio & Hoffman, Rasmus & Burström, Bo & van Dijk, Jitse & Borrel, Carme (2014) Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *BMC Public Health* 14, 198.
- Public Health Agency of Canada (2016) <http://phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php> [luettu 12.07.2016].
- Ridde, Valery & Guichard, Anne & Houeto, David (2007) Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. *Promotion & Education, supplement* 2, 12–6.
- Rose, Geoffrey (1985) Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14(1), 32–8.
- Rostila, Mikael (2013) Social capital and health inequality in European welfare states. London: Palgrave Macmillan.
- Rouvinen-Wilenius, Päivi (2008) Pääomat, kyvykkyys ja terveys: Uusia suuntia terveyden edistämisen tutkimukseen. *Promo* 40–41(5), 40–1.
- Ruetten, Alfred & Gelius, Peter & Abu-Omar, Karim (2013) *Action theory and policy*

- analysis: the ADEPT model. Teoksessa Clavier, Caroline & de Leeuw, Evelyne (toim.) Health promotion and the policy process. Oxford: Oxford University Press, 174–87.
- Savola, Elina & Koskinen–Ollonqvist, Pirjo (2005) Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Schrecker, Ted & Taler, Vanessa (2013) How to think about social determinants of health: Revitalizing the agenda in Canada. Population Health Improvement Research Network, working paper 4(6), 1–30.
- Scott-Samuel, Alex & Smith, Katherine (2015) Fantasy paradigms of health inequalities: Utopian thinking? *Social Theory & Health* 13(3–4), 418–36.
- Sihto, Marita (2013) Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 14–38.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele (2013) Terveysterot terveystoimittaisena kysymyksenä. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 223–39.
- Solar, Orielle & Irwin, Alex & Vega Jeannette (2009) Overview and framework. Teoksessa Detels, Roger & Beaglehole, Robert & Lansang, Mary & Gulliford, Martin (toim.) Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press, 102–19.
- Sosiaali- ja terveyshallitus (1991) Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Terveellisten elämäntapojen edistäminen riskialteimmassa väestöryhmissä. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Sparks, Michael (2010) A health promotion approach to addressing health equity. *Global Health Promotion*, doi: 10.1177/1757975909360742. [luettu 5.07.2016].
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1989) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki 1989: Valtion painatuskeskus.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002) Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdotukset. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Yliopistopaino.
- Talala, Kirsi & Härkänen, Tommi & Martelin, Tuija & Karvonen, Sakari & Mäki-Opas, Tomi & Manderbacka, Kristiina & Suvisaari, Jaana & Sainio, Päivi & Rissanen, Harri & Ruokolainen, Otto & Heloma, Antero & Koskinen, Seppo (2014) Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 69(36), 2185–92.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/fi.jsp> [luettu 02.10.2014]
- Thompson, Simon & Hoggett, Paul (1996) Universalism, selectivism and particularism: towards a postmodern social policy. *Critical Social Policy* 16(46), 21–42.
- Whitehead, Margaret & Dahlgren, Göran (2006) Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Williams, Fiona (1992) Somewhere over the rainbow: universality and diversity in social policy. teoksessa Manning, Nick & Page, Robert (toim.) *Social Policy Review* 4, Canterbury: Social Policy Association, 200–19.
- Wills, Jane & Douglas, Jenny (2008) Health promotion; still going strong? Editorial. *Critical Public Health* 18(4), 431–4.
- Winter, Soren (1986) How policy-making affects implementation: The decentralization of the Danish disablement pension administration. *Scandinavian Political Studies* 9(4), 361–85.

Terveyden sosiaaliset määrittäjät, elämäntyyli ja huono-osaisuuden ongelma

Parin viime vuosikymmenen aikana on ilmestynyt runsaasti terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevaa tutkimusta ja terveystieteellisiä puheenvuoroja. Aihepiiri koskee erityisesti sairauksien sosiaalisia syitä, sosioekonomisia terveyseroja ja yleensä terveyden eriarvoisuutta. Terveyden sosiaalisia determinanteja on pidetty eräänlaisena kattokäsitteenä lähestymistavoille, joissa terveyden edistämistä on siirrytty tarkastelemaan laajemmin kuin mihin biomedikaalinen ja riskikäyttäytymistä koskeva tutkimus ovat tavallisesti rajautuneet (Raphael 2006, 652; ks. myös Sadana ym. 2011,5).¹

Viime vuosisadalla lähes kaikissa maissa elinikä kasvoi huomattavasti ja väestöjen terveys kaikkiaan koheni, mutta terveyserojen havaittiin olevan suuria eri maiden ja maanosien välillä ja myös eri väestöryhmien välillä maiden sisällä. Asiaan kiinnitettiin huomiota useissa kansainvälisissä terveyden edistämisen ohjelmissa ja hankkeissa. Maailman Terveysjärjestön vuonna 1977 Alma Atan konferenssissa virittämässä *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelmassa samoin kuin sitä jatkaneessa *Health for all in the 21st century* (Health 21) -ohjelmassa tavoitteena oli maailman väestöjen terveyden tason kohottamisen ohella erityisesti terveyserojen vähentäminen. Vuosituhannen vaihtuessa erot näyttivät kuitenkin pikemminkin lisääntyvän monissa länsimaissa ja myös teollisesti kehittyneissä transitiomaissa entisen Neuvostoliiton alueella. Terveyden sosiaalisia determinanteja painottava lähestymistapa sai erityistä kantavuutta, kun WHO:n pääjohtaja Jong-wook Lee asetti vuonna 2005 kansainvälisen komission (Commission on Social Determinants of Health, CSDH, SDH-komissio), jonka tehtäväksi tuli kartoittaa terveyseroja koskeva tilanne maailmassa ja antaa suositukset tarvittavista linjauksista ja toimista eriarvoisuuden vähentämiseksi.

1 Artikkelissa käytetään vaihtoehtoisesti samaa tarkoittavia ”määrittäjä” ja ”determinantti” -termejä. Suomeksi voidaan samaa tarkoittaen puhua myös terveyden sosiaalisista ”syistä”, ”syytekijöistä” tai ”aiheuttajista”. Determinantti-termin käyttö pohjautuu englanninkieliseen ”social determinants of health” -käsitteeseen ja sitä koskevaan keskusteluun ja tutkimukseen.

WHO:n komissio ja sen asiantuntijaverkot kokosivat kolmen vuoden kuluessa kautta aikain kattavimman terveyseroja ja niiden sosiaalisia määrittäjiä sekä niihin kohdistuvaa politiikkaa koskevien katsausten sarjan. Komission loppuraportissa (CSDH 2008) arvioitiin huomattava terveyserojen väheneminen mahdolliseksi noin sukupolven mittaisessa ajanjaksossa. Tämä olisi mahdollista vain puuttamalla terveyserojen syihin. Komission raporttia ei ole käännetty suomeksi, mutta sen suosituksia ja niiden suhdetta Suomen terveyspolitiikan linjauksiin on esitelty suomeksi erillisessä raportissa (Palosuo ym. 2013). Suomalaisessa raportissa kiinnitettiin huomiota siihen, että komissio oli käsitellyt varsin vähän elintapoja ja elämäntyyliä, jotka olivat olleet selvemmin esillä aiemmissa WHO:n ohjelmissa (Terveyttä kaikille vuoteen 2000 ja Terveys 21 -ohjelmassa) ja monissa muissa terveyspoliittisissa dokumenteissa (Palosuo ym. 2013, 53–54; Palosuo ja Lahelma 2013, 52).

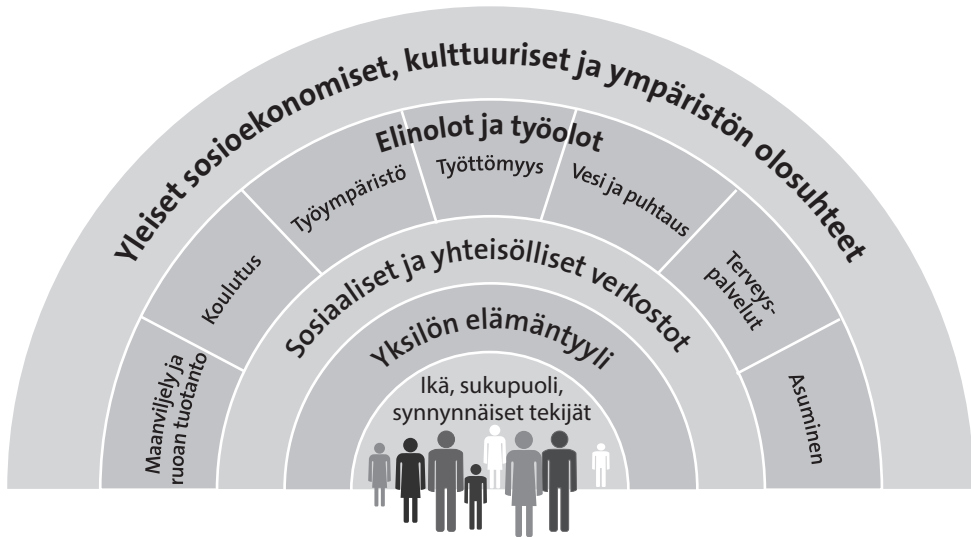
Tässä kirjoituksessa kiinnostuksen kohteena on se, miten elämäntyyli ja elintavat asettuvat terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevaan terveys- ja yhteiskuntapoliittisen ajattelutapaan. Tätä varten esitellään aluksi erikseen terveyden sosiaalisia määrittäjiä ja elämäntyyliä koskevia lähestymistapoja. Tähän liittyen pohditaan myös elintapoihin ja elämäntyyliin liittyviä terveyspoliittisesti tärkeitä valinnanvapauden ja autonomian ongelmia. Toiseksi pohditaan, mitä sosiaalsiin määrittäjiin ja elämäntyyliin kytkeytyvä toimijuus voisi antaa terveyserojen vähentämisen kannalta hankalan terveydellisen huono-osaisuuden ymmärtämiseen ja ratkaisemiseen.

Mitä terveyden sosiaalisilla määrittäjillä tarkoitetaan?

Terveyden määrittäjien tunnetuimpia hahmotuksia on Göran Dahlgrenin ja Margaret Whiteheadin WHO:lle tekemä sateenkaarimalli, johon on koottu terveyteen vaikuttavat eritasoiset tekijät yksilöllisistä tekijöistä yleisiin yhteiskunnallisiin tekijöihin (kuvio 1). Yksilöä lähimpinä (proksimaalisina) tekijöinä ovat biologiset ja geneettiset tekijät sekä ikä ja sukupuoli ja näiden yläpuolella joko proksimaalisiin tai välitason tekijöihin luettavat elämäntyyli-tekijät. Seuraavilla tasoilla ovat sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä elinolot ja työolot, jotka kattavat myös fyysisen ympäristön ominaisuuksia. Ylimmällä kaarella ovat kaukaisimmiksi ajatellut distaaliset tekijät: yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet (Dahlgren & Whitehead 1993/2006). Kuvio osoittaa samalla havainnollisesti terveyspolitiikan laaja-alaisuuden tarpeen.²

Sateenkaarimalliin ei kuitenkaan sisälly varsinaista teoriaa eritasoisista välitysmekanismeista. Se ei liioin ole riittävä terveyserojen selittämiseen, kuten tekijät itsekin totesivat, sillä terveyserojen määrittäjät eivät välttämättä ole samoja kuin koko

2 Göran Dahlgren esitteli mallin vuonna 1990 WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -strategian ja nimenomaan intersektoraalisen toiminnan kehittämisen tarpeisiin (Dahlgren 1990).



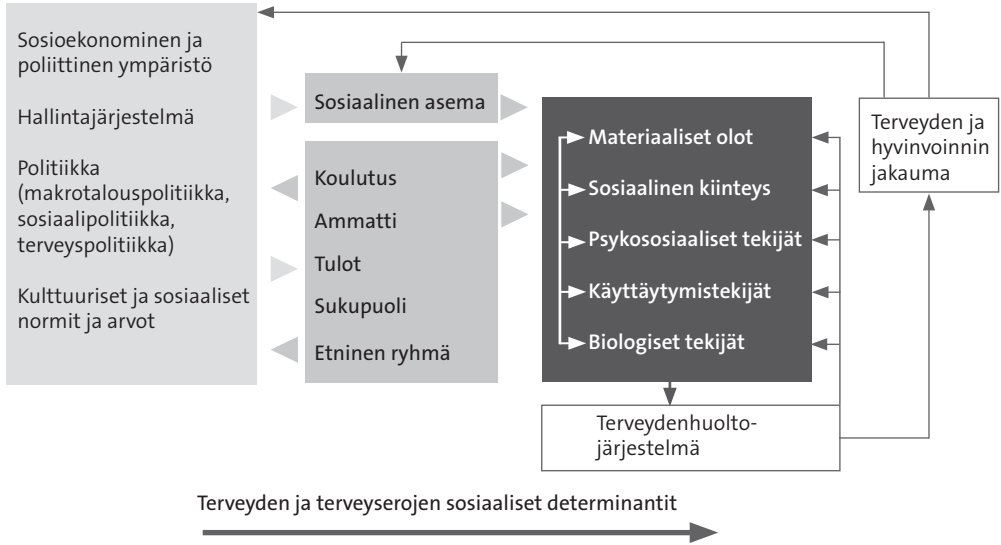
Kuvio 1. Terveiden määrittäjien sateenkaarimalli (Dahlgren & Whitehead 1991; 2006).

väestön terveyden määrittäjät (Dahlgren & Whitehead 2006, 23). Esimerkkeinä nimenomaan terveyserojen aiheuttajista he mainitsevat epäterveellisen työympäristön ja köyhyyden, jotka ovat terveydellisiä riskitekijöitä vain osalle väestöstä.

Dahlgrenin ja Whiteheadin (2006, 23–30) mukaan terveyseroihin johtavissa mekanismeissa on kyse resurssien ja vallan jakautumisesta sekä eri tasoilla tapahtuvasta erilaisesta altistumisesta terveysvaaroille tai terveyttä suojaaville tekijöille. Erilaiset altistukset taloudellisille vaikeuksille, työn vaaroille, psykososiaaliselle stressille, käyttäytymisriskeille, haittojen elämänmittaisille kertymiselle ja vaikeuksille selviytyä sairastamisen seurauksista ovat kaikki omiaan tuottamaan sosioekonomisia terveyseroja.

WHO:n SDH-komissio (CSDH 2008, 26) kiteytti, että huomattavaa ennenai-kaista elämän menetystä aiheuttavien sairauksien taustatekijöitä ovat olosuhteet, joihin ihmiset syntyvät ja joissa he elävät, kasvavat, tekevät työtä ja ikääntyvät. Näitä olosuhteita puolestaan muokkaavat yhteiskuntaa jäsentävät rakenteet. Terveyserot eivät synny itsestään pelkästään olosuhteistakaan, vaan ne ovat komission mukaan myös tulosta heikoista sosiaalipolitiikoista ja ohjelmista, epäreiluista taloudellisista toimintatavoista ja huonosta politiikasta (bad politics).

Terveyden sosiaaliset määrittäjät esitellään komission loppuraportissa tarkemmin jakamalla ne kahteen toimintasuositusalueeseen. Niissä on kyse ensinnä elinolosuhteista, joiden pääalueina ovat 1) lapsuusajan perusedellytysten (kuten koulutuksen) turvaaminen, 2) asuin- ja elinolojen turvaaminen (kaupunki, maaseutu, luonnonympäristö), 3) reilut työsuhteet ja kunnolliset työolot, 4) sosiaaliturva ja 5) universaali terveydenhuolto. Toisena on vallan, rahan ja muiden resurssien jaon suositusalue, jonka pääalueina ovat 1) terveyden tasa-arvo kaikissa politiikoissa,



KUVIO 2. WHO:n terveyden sosiaalisten määrittäjien viitekehys (CSDH 2008, kuvio 4.1, s. 43).

järjestelmissä ja ohjelmissa, 2) finanssipolitiikka, 3) markkinoiden vastuut, 4) sukupuolten tasa-arvo, 5) poliittinen voimaannuttaminen (empowerment), inkluusio (osallistaminen) ja äänen antaminen sekä 6) hyvä maailmanlaajuinen hallinta.

Komission viitekehystä pohjustaneessa taustaraportissa (Solar & Irwin 2010, 5) painotetaan, että terveyden sosiaaliset syyt on pidettävä käsitteellisesti ja käytännöllisesti erillään näiden syiden syistä (eli syytekijöissä ilmenevää jakautumista määrittävistä tekijöistä). Näin komission viitekehyksessä tehdäänkin (ks. kuvio 2). Mainitussa taustaraportissa syiden tasoeroa on erikseen selvennetty nimeämällä rakenteelliset determinantit (toisin sanoen resurssien jakoa koskevat politiikat, hallintojärjestelmä, kulttuuri ja luokkajako) terveyden eriarvoisuuden määrittäjiksi ja välittävät determinantit (kuten materiaaliset olosuhteet, käyttäytymistekijät, biologiset tekijät ja psykososiaaliset tekijät) terveyden sosiaalisiksi määrittäjiksi (tämä tarkennus on jätetty pois loppuraportin viitekehyskaaviosta; ks. Solar & Irwin 2010, 6). Kyse on siten vähintään kahden tason kausaliteeteista: terveyden sosiaaliset määrittäjät koskevat välittömämpiä vaikutuksia ihmisiin, kun taas eriarvoisuuden määrittäjissä on kyse järjestelmätason vaikutuksista terveyden edellytyksiin.³ Komission viitekehyksessä on erityisen huomionarvoista, että terveyden ja terveyserojen selittäjät sijoitetaan yhteiskunnallisiin yhteyksiinsä. Mallissa on otettu huomioon ne seikat, joiden laiminlyömisestä yhdysvaltalaiset Bruce Link ja Jo Phelan arvostelivat epidemiologista ja terveys sosiologista tutkimusta vuon-

3 Varsin samaan tapaan terveyden ja terveyserojen määrittäjiä on esitelty myös Hilary Graham (2004).

da tällainen elämäntapatutkimus yksittäisiä tapoja ja tauteja koskevaan terveystutkimukseen. Elämäntavan terveystutkimuksen työryhmän muistiossa (1980, 3) elämäntapa määriteltiin ”ihmisten, väestöryhmän, luokan tai koko väestön tottumuksiksi ja tavoiksi tulleiksi arkielämän käyttäytymismuodoiksi, jotka ovat (1) yleisiä, (2) yhteiskunnallisesti tärkeitä ja joita (3) muovaavat yhteiskunnalliset, taloudelliset, makro- ja mikrososiaaliset sekä kulttuuriset tekijät ja niiden väliset suhteet”. ”Elämisen tyyli” puolestaan esiteltiin käsitteenä, jota lääketieteellisessä ja sosiaalilääketieteellisessä kirjallisuudessa käytettiin tutkittaessa tapojen ja tottumusten kokonaisuutta ja merkitystä yksilötasolla (Elämäntavan ... 1980, 24).

Suomen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelmassa elämäntyyli nähtiin yhteiskunnallisten olosuhteiden ja yksilöllisten valintojen muodostamana kokonaisuutena. Elämäntyylin muuttaminen terveyttä edistävään suuntaan ”edellyttää tämän vuoksi vaikuttamista niihin yhteiskunnallis-taloudellisiin olosuhteisiin, jotka elämäntapaa muovaavat, toisaalta terveellisten valintojen tekemistä yksilöille mahdollisimman helpoksi julkisen vallan toimenpitein, ja kolmanneksi terveyskasvatuksen keinoin tapahtuvaa terveystietoisuuden lisäämistä ja terveellisten tapojen ja tottumusten edistämistä” (STM 1986, 69). Myöhemmissä elämäntavan terveystutkimusohjelmissa elämisen tyyli ja elämäntyyli (lifestyle) -käsitteet rinnastettiin elämäntavan käsitteeseen, vaikka elämäntyylin tulkittiin koskevan enemmän käyttäytymispiirteitten kokonaisuutta, joka on sidoksissa kulttuuriin ja ryhmän normeihin (Suomen Akatemia 1989a, 33; Suomen Akatemia 1989b, 11). Mildred Blaxter (1990, 5) tutkiessaan englantilaisten terveyttä ja elämäntyyliä totesi epämääräiseksi luonnehtimansa elämäntyyli-käsitteen usein tarkoittavan vapaaehtoisia tyyliä, jotka muodostuvat erityisesti kulutustottumuksista. Hänen oma elämäntyylikäsitteensä perustui evidenssiin siitä, miten tulot, työ, asuminen sekä fyysinen ja sosiaalinen ympäristö vaikuttavat ihmisten elämäntapoihin (ways of living).

Elämäntapaa ja elämäntyyliä koskevissa dokumenteissa hahmotettiin siten terveyden sosiaalisia determinantteja paljolti samaan tapaan kuin WHO:n komission (CSDH 2008) työssä parikymmentä vuotta myöhemmin, mutta ei kuitenkaan eritelty tarkemmin syiden syitä eli rakenteellisia determinantteja kuten hallintoa ja politiikkaa. Suomessa ei kuitenkaan juuri edetty Suomen Akatemian tutkimusohjelmassa ehdotettujen teoreettisesti vaativien tutkimusten suuntaan. Antti Karisto ja Ossi Rahkonen (2000, 49) päätyivätkin vuosituhannen vaihteessa arvioimaan, ettei tavoiteltu terveystietoisuuden, elämäntapatutkimuksen ja yhteiskunta-analyysin kokonaisvaltainen yhdistäminen ollut juuri tuottanut tavoitteen mukaista tutkimusta. Kenties 1990-luvun alun lama ja silloiset suuret yhteiskunnalliset muutokset osaltaan johtivat elämäntapaa koskevan tutkimusintressin (ja terveystieteellisten tavoitteiden) hiipumiseen.

Suomen *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmassa (STM 2001) elämäntyyli-käsitettä ei enää käytetty vaan siirryttiin elämäntyyli-näkökulmaan, jota myös noudatettiin ohjelman ikäryhmittäisissä tavoitteissa ja suosituksissa. Terveystot-

tumuksista vain tupakoinnin vähentäminen ja alkoholin ja huumeiden käytön hallinta mainittiin erikseen yhdessä ohjelman kahdeksasta tavoitteesta. Ohjelman toimeenpanoon liittyvässä *Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa* (STM 2008) ei liioin puhuttu elämäntyyleistä vaan elintavoista. Kaventamishojelman toisessa päälinjauksessa tavoiteltiin terveyserojen vähentämistä ”tukemalla terveellisiä elintapoja yleensä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä” – kun ohjelman ensimmäinen linjaus kohdisti yhteiskuntapoliittiset toimet terveyden sosiaalisiin määrittäjiin (köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen) ja kolmas sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden ja käytön parantamiseen (STM 2008, 18).

Sosiaaliset määrittäjät ja elämäntyylin rakentumisen mahdollisuudet

Vaikka elämäntyylikäsitteen käyttö vähentyi suomalaisissa terveyspolitiikan dokumenteissa, on sitä edelleen käytetty runsaasti terveyskäyttäytymistutkimuksessa (Buck & Frosini 2012). Elämäntyyli saattaa usein kuitenkin tarkoittaa vain erillisiä tottumuksia tai niiden yhdistelmiä. Terveydelle haitallisten ja vastaavasti terveyttä edistävien elintapojen kasautumisesta sosioekonomisten ryhmien ääripäihin on sinänsä kertynyt paljon tutkimustietoa (esim. Blaxter 1990; Karisto ym. 1992; Laaksonen ym. 2002; Prättälä 2007b; Cockerham 2007).

Epidemiologista terveyskäyttäytymis- ja elämäntyyliutkimusta on jatkuvasti myös arvosteltu individualistiseksi, kapea-alaiseksi ja riittämättömäksi terveyserojen selittämiseen (esim. Blaxter 1990; Williams 2003; Frohlich ym. 2001; Vallgård 2011; McCartney ym. 2013; Navarro 2009). Samantapainen kritiikki oli alun pitäen taustalla myös ajatuksissa kehittää elämäntavan terveystutkimusta Suomessa.

Terveydelliseen elämäntyyliutkimukseen haettiin uudestaan 1990-luvulla lähtökohtia muun muassa Max Weberin elämäntyyli-tarkastelusta, Pierre Bourdieun habitus-käsitteestä sekä Anthony Giddensin strukturaatioteoriasta ja self-identity-käsitteestä (ks. Abel 1990; Cockerham ym. 1997; Cockerham 2007; Frohlich ym. 2001; myös Williams 2003; Mäki-Opas ym. 2015). Weberin käsitteet ”*Stilisierung des Lebens*” (elämäntyyli), ”*Lebensführung*” (life conduct, valintojen tekeminen) ja ”*Lebenschancen*” (life chances, elämänmahdollisuudet) olivat erityisesti William C. Cockerhamin yhdessä Thomas Abelin ja Alfred Rüttelin kanssa kehittämän sosiologisen terveyselämäntyyli (health lifestyle) -käsitteen lähtökohtana (Abel 1990; Cockerham ym.1997). Cockerhamin mukaan sosiaaliset tekijät aiheuttavat sekä sairautta että terveyttä, ja elämäntyyli ovat ensisijaisia mekanismeja, joiden kautta terveyttä tuotetaan tai hukataan (2007, 49).

Terveyselämäntyyli ovat Cockerhamin (2007, 56) ajattelussa kollektiivisia terveyteen liittyvän käyttäytymisen malleja. Ne perustuvat valintoihin (life choices), joita ihmiset tekevät siitä, mitä heille on tarjolla heidän omien elämänmahdoli-

suuksiansa (life chances) rajoissa. Käyttäytymisvalinnat viittaavat toimijuuteen (agency), elämänmahdollisuudet puolestaan luokka-asemaan, joka kiinnittää henkilön yhteiskuntarakenteeseen (structure). Sosiaaliluokka tai sosioekonominen asema on Cockerhamin mielestä (2007, 75) kaikkein vahvin terveyden, sairauksien ja pitkäikäisyyden ennustaja terveystieteissä (verrattuna muihin keskeisiin sosiaalisiin kategorioihin kuten sukupuoli ja Yhdysvalloissa käytetty rotu-kategoria). Luokka on siten fundamentaalinen terveyden, sairauden ja kuolleisuuden syy ihmiskäytännöissä. Luokan vaikutukset terveyteen välittyvät esimerkiksi työn, stressin, kulttuurin ja terveystottumusten kautta⁷. (Cockerham 2007, 102–103.) Vaikka siis yksilöt tekevät henkilökohtaisesti valintojaan, elämäntyyli ei ole yksilöllinen vaan kollektiivista mallia koskeva käsite.

Onko olemassa yleistä ”terveyselämäntyyliä”? Cockerhamin mielestä ei ole vaan on esimerkiksi negatiivisia ja positiivisia terveyselämäntyyliä. Amerikkalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että positiivisia elämäntyyliä on kahta eri tyyppiä: toinen keskittyy hyvinvoinnin edistämiseen, toinen riskien välttämiseen (Cockerham 2007, 57). Abelin (1990, 906) saksalaisia ja amerikkalaisia vertailevassa tutkimuksessa löytyi neljä terveyselämäntyylin ulottuvuutta, joista yksi liittyi ulkonäköön, toinen terveyshuoleen, kolmas ravitsemustottumuksiin ja neljäs lepäämiseen ja rentoutukseen. Lisäksi amerikkalaisilta löytyi omana ulottuvuutenaan kävely.

Kulttuurin merkitys on elämäntyyliä tarkastellessa tärkeä. Cockerham hahmottaa kulttuurit elämäntapoina, jotka siirtyvät sukupolvelta toiselle ideoiden, normien, tottumusten, kulttuuristen tapojen ja materiaalistien objektien kautta. Luokka ja kulttuuri ovat puolestaan yhteydessä toisiinsa. Tämä näkyy eroina alkoholin käytössä, tupakoinnissa, ruokatottumuksissa ja liikuntatottumuksissa (Cockerham 2007, 115–124). Terveyttä korostavan terveydellisen elämäntyylin on usein ajateltu kytkeytyvän moderniin tai postmoderniin elämänmuotoon ja erityisesti keskiluokan elämäntapaan, jossa valintojen tekeminen on tärkeää ja mahdollista.

Terveyden eriarvoisuuden selitysmallien luokittelussa terveyskäyttäytyminen ja elämäntyyli on luokiteltu omaksi ryhmäkseen aina Black Reportista (1980) alkaen, jossa pääselitysmalleiksi luokiteltiin 1) artefaktaselitykset, 2) luonnollisen tai sosiaalisen selektion teoriat, 3) materialistiset tai strukturalistiset selitykset ja 4) kulttuuriset/käyttäytymiseen perustuvat selitykset (Townsend & Davidson 1982, 112).⁸ Cockerhamin ja kumppaneiden terveyselämäntyylin käsite kuitenkin yhdistää materialistisen ja kulttuurisen selitystavan ja syventää tältä osin sosiaalisten määrittäjien vaikutusmekanismien ymmärtämistä. Myös Blaxter (1990) yh-

7 Cockerhamin mallissa elämäntyyli kytetään elämänmahdollisuuksiin, yhteiskunnan rakenteisiin ja luokka-asemaan vahvemmin kuin lähtökohtana olleessa Max Weberin ajattelussa, jossa status (arvoasema) ja valinnat olivat merkityksellisempiä (ks. Cockerham ym. 1997).

8 Artefaktaselityksillä tarkoitetaan pääosin mittausvirheistä syntyviä vääriä tulkintoja terveyserojen syistä, valikoitumisteorioissa on kyse terveyden merkityksestä valikoivana tekijänä (huono terveys estää ja hyvä terveys edistää pääsyä hyvään sosiaaliseen asemaan). Materialistiset selitykset viittaavat vaurauden, toimeentulon, työolojen, asuinolojen ym. merkitykseen. (Ks. tarkemmin Lahelma ym. 2007)

disti laajassa elämäntyyli tutkimuksessaan rakenteellisia ja kulttuurisia selityksiä ja päätteli, että sosioekonomiset olosuhteet ja elinympäristö säätelevät sitä, mitä vaikutuksia terveydellisillä elämäntyyliillä voi olla. Jos olosuhteet ovat hyvät, terveellinen käyttäytyminen vaikuttaa vahvasti terveyteen, mutta jos olosuhteet ovat huonot, terveellisellä käyttäytymisellä on vain melko vähän vaikutusta (Blaxter 1990, 216; ks. myös Cockerham 2007, 61). Näin siis terveyden määrittäjät toimivat eri tavoin eri ryhmissä, ja olosuhteet asettavat suurempia rajaheitoja heikommassa asemassa oleville.

Elämäntyyli ja valinnanvapaus

Maailman Terveysjärjestön vuoden 2002 raportissa todettiin maailmassa eletävän vaarallisesti, joko siksi, että valinnan mahdollisuuksia on vähän, tai siksi, että tehdään vääriä valintoja (WHO 2002, 163). Tällä viitattiin siihen, että yhtäällä miljoonat ihmiset elävät vailla riittävää ruokaa, vettä ja turvaa ja toisaalla vallitsee epäterveellisen kulutuksen ylenmääräisyys. WHO:n vuosiraportti (Reducing Risk – Promoting Healthy Life) käsitteli erilaisia terveysriskejä, joista monet ovat käyttäytymisriskejä. Raportin mukaan kehittyneissä maissa (so. Pohjois-Amerikassa, Euroopassa ja Aasian Tyynenmeren maissa) vähintään yksi kolmannes tautitaukasta aiheutuu viidestä riskitekijästä: tupakasta, alkoholista, korkeasta verenpaineesta, kolesterolista ja ylipainosta (WHO 2002, 163).

Cockerhamin mukaan elämäntyyliin liittyvä peruskysymys koskee toimijuutta: ovatko ihmisten tekemät päätökset esimerkiksi ruokaa, liikuntaa tai tupakointia koskevissa käytösvalinnoissa ensisijassa yksilöllisen valinnan asia vai vaikuttavatko niihin pääasiassa sellaiset rakennetekijät kuin sosiaaliluokka ja sukupuoli. Cockerhamin (2007, 55–56) kanta on, että rakenne ja toimijuus ovat molemmat tärkeitä, mutta valinta tehdään aina siitä, mitä on saatavilla, ja sosiaaliset koodit ja roolit vaikuttavat siihen, millaisia valintoja tehdään.

Sekä brittiläisessä että amerikkalaisessa terveystieteessä on havaittu siirtymää sosiologian perinteisestä rakenneanalyysistä toimija-analyysiin. Tätä tutkimuksellista siirtymää ilmentää itseään refleктоiva yksilö, joka tekee elämäntyyli valintoja myös terveyden alueella. (Cockerham 2007, 47.) Terveystieteestä on tullut saavutus, jonka eteen on ponnisteltava (Cockerham 2007, 49). Epidemiologinen transitio kroonisiin sairauksiin on merkinnyt ihmisten henkilökohtaisen vastuun lisääntymistä siksi, että monet kroonisten sairauksien riskitekijät liittyvät käyttäytymiseen. Tämän vuoksi myös lääketieteen ja lääkärin valta ja auktoriteetti on vähentynyt (ks. myös Navarro 2009, 438). Myös tiedon suuresti lisääntynyt saatavuus on vaikuttanut siihen, että ihmiset ovat itse suuremmissa vastuussa terveydestään. Työn merkitys sosiaalisen luokka-aseman määrittäjänä on puolestaan heikentynyt, ja ihmisten elämäntyyli ja kulutustottumukset määrittävät enemmän sitä, miksi ihmiset itse itsensä luokittelevat (Cockerham 2007, 50–51).

Yksilön vapauden ja kollektiivisen hyvän välinen jännite on keskeinen kysymys terveyden edistämisen käytäntöjen valinnassa (Carter ym. 2012; ks. myös Harjula 2015). Klassisen John Stuart Millin muotoileman vahingon tuottamista koskevan eettisen periaatteen mukaan autonomiaan kuuluu, että vastuulliset ihmiset saavat vahingoittaa omaa terveyttään, sillä itseään, ruumistaan ja mieltään koskevis- sa asioissa ihminen on täysivaltainen. Kansanterveydessä vahingon tuottamista koskeva periaate luetaan siten, että vapauden rajoittaminen on hyväksyttävää, jos tarkoituksena on estää vahingon tuottaminen muille. (Nuffield Council on Bioethics 2007, 16.) Vapauden rajoituksia voivat ja saavat tehdä julkisen vallan toimijat, mutta nykyään myös yrityksiltä olisi voitava suuremmissa määrin edellyttää, että ne ottavat huomioon toimimensa seuraukset, myös ohi sen, mitä lait ja säädökset edellyttävät (Nuffield... 2007, xvii).

Christian Munthen (2008) mukaan kansanterveydessä on II maailmansodan jälkeen ja 1980- ja 90-luvuilla noussut keskeiseksi kysymykseksi, miten tieto ja terveyteen vaikuttavat mahdollisuudet yhdistetään ihmisten valintojen kunnioittamiseen. Munthen mukaan seuraavien kansanterveydellisten päämäärien välillä on jännitteitä: 1) kansanterveyden edistäminen, 2) jakauman huomioon ottaminen (joka koskee sekä terveydentilan jakaumaa että terveyteen vaikuttavien mahdollisuuksien jakaumaa) sekä 3) autonomian päämäärä. Valinnanvapauden rajoituksille on annettava perustelua: esimerkiksi tupakointikieltoa julkisissa tiloissa perustellaan sillä, että tupakoinnin salliminen rajoittaisi toisten mahdollisuutta olla savuttomissa tiloissa. Mitä parempi on kansanterveyden taso, sitä tärkeämmäksi kuitenkin tulee toisaalta tasa-arvoisten mahdollisuuksien edistäminen ja toisaalta autonomia suhteessa kansanterveyden edistämiseen. On toisin sanoen sijoitettava enemmän terveyden mahdollisuuksiin ja hyväksyttävä se, että ihmiset voivat halutessaan uhrata terveystasoaan muiden päämäärien hyväksi.

Valintoja tekevät ihmiset eivät kuitenkaan ole yhtä autonomisia, sillä taakat ja hyödyt eivät jakaudu yhteiskunnassa tasaisesti (Carter ym. 2012). Samat rakenteelliset tekijät tarjoavat hyvässä asemassa oleville runsaasti mahdollisuuksia, kun taas huonommassa asemassa oleville ne merkitsevät rajoituksia (Vallgård 2006; myös Blaxter 1990). Jos taas vastuuta siirretään yksilöille itselleen, epäedullisissa olosuhteissa elävät saavat syyttää itseään vaikkapa siitä, että heidän olosuhteensa houkuttelevat heidät polttamaan tupakkaa (Cockerham 2007, 120). Sosiaalipolitiikan (ja sosiaalipoliittisten mielipiteiden) näkökulmasta puolestaan huonot elintavat voivat olla kriteeri, joka erottaa kunnialliset huono-osaiset (tai kunnialliset köyhät) ei-kunniallisista huono-osaisista. Ensin mainittuja ei pidetä syyppinä köyhyyteensä tai muuhun huono-osaisuuteensa, kun taas jälkimmäisten ajatellaan itse huonontavan elämäänsä ja olojaan omilla valinnoillaan (kuten päihteiden käytöllä) (Saari 2015, 18–21).

Monet tutkijat ovat huomauttaneet valinnanvapauden korostamisen ideologiasta luonteesta. Sen nähdään usein olevan osa uusliberaalin ideologian mukaista poliittista argumentaatiota ja käytäntöä. Signild Vallgårdan mielestä kulutusvalin-

toja tarkasteltaessa valinnanvapauden tulkinta on aina jossain määrin ideologinen kannanotto. Liberaalin näkemyksen mukaan ihminen on rationaalinen olento, joka kykenee tekemään valintansa oman intressinsä mukaisesti, kun taas sosialistisen ajattelutavan mukaan ihminen on suuremmissa määrin riippuvainen kanssaihmisistään ja tässä mielessä vähemmän itsenäinen päätöksentekijä (Vallgård 2006). Samalla kun valinnanvapauten liittyy intuitiivisesti miellyttävä autonomian korostus ja yksilöiden kunnioitus, poliittisena valintana se kuitenkin väistämättä suosii niitä, joilla on enemmän valinnan mahdollisuuksia. Samanlaisia päätelmiä on tehty myös pohdittaessa terveystalouteen liittyviä valinnanmahdollisuuksia ja niitä koskevia järjestelyjä (ks. Burström 2009; Dahlgren 2014; Alanen 2008).

Myös kansanterveyden etiikkaa linjannut Nuffieldin bioetiikan neuvosto painottaa sitä, ettei vastuuta pitäisi liikaa asettaa niille, joita rakenteelliset ja sosiaaliset ehdot muutenkin rajoittavat. Se tähdentää valtion eettistä velvollisuutta luoda olosuhteet, jotka auttavat ylläpitämään ja kohentamaan terveyttä sen toimivallan alla eläville. Samalla neuvoston kannan mukaan on realistista olettaa, etteivät mitkään toimet riitä, jos ihmiset eivät itsekään tartu mahdollisuuksiin, joten eettisessä katsannossa ei ole oikein vastuuttaa pelkästään joko valtiovaltaa tai yksilöitä (Nuffield Council... 2007, 145–146). Munthe (2008) huomauttaa lisäksi, että tasa-arvoisten mahdollisuuksien luomisen hengessä on huonoimmassa asemassa olevien tilanteita parannettava, silloinkin kun tämä voi olla tehotonta kansanterveyden parantamisen kannalta.

Käyttäytymisinterventioilla on kuitenkin rajoitteita, ja niitä on arvosteltu tasovirheestä, kun ne pyrkiessään muuttamaan ihmisten käyttäytymistä eivät kohdistu käyttäytymisen perimmäisiin syihin. ”Lifestyle drift” -ilmauksella on viitattu siihen, että huomiota kohdistetaan liikaa elämäntyyliin verrattuna tärkeämpiin rakenteellisiin tekijöihin (esim. Schrecker & Taler 2013). Pelastustyötä tehdään virran alajuoksulla, kausaaliketjun loppupäässä, kun yläjuoksulta tulee koko ajan lisää eriarvoisuuden aiheita ja uhreja. Terveyskäyttäytymisinterventioiden on joissakin tapauksissa todettu jopa lisäävän terveyseroja, jos ja kun paremmassa asemassa olevat hyötyvät enemmän käyttäytymisen muutokseen tähtäävistä interventioista kuin heikommassa asemassa olevat (Lorenc ym. 2013; McCartney ym. 2013; Scott-Samuel & Smith 2015). John McKinley (1998, 373) on kiinnittänyt huomiota samaan ongelmaan tiivistäessään riskikäyttäytymiseen keskittyvän lähestymistavan ja politiikan rajoituksia seuraavasti:

- a) rajallisia resursseja suunnataan pois yläjuoksun terveyttä edistävästä yhteiskuntapolitiikasta (healthy public policies)
- b) syytetään uhria
- c) päädytään elämäntyyli-lähestymistapaan terveystalouteen sen sijaan että noudatettaisiin sosiaalipoliittista lähestymistapaa terveellisiin elämäntyyliin
- d) irrotetaan riskikäyttäytyminen yhteyksistään ja jätetään huomiotta, miten sen muotoja kulttuurisesti ja rakenteellisesti ylläpidetään

- e) muokkauksen ulottumattomissa olevien geneettisten tekijöiden ja muokattavissa olevien sosiaalisten ja käyttäytymistekijöiden suhteellisia vaikutusosuuksia arvioidaan vain harvoin (yhteiskuntatieteilijöiden sosioekonominen reduktionismi ja luonnontieteilijöiden biofysiologinen reduktionismi ovat McKinlayn mukaan yhtä likinäköisiä)
- f) seuraukset voivat olla itse asiassa vahingollista kohdeväestölle.

McKinley (1998, 374) ei ehdota kaikkien resurssien siirtämistä rakenteelliseen politiikkaan ja toimiin vaan sitä, että koko juoksulle eli syiden koko ketjuun olisi tasapainoisesti kohdistettava voimavaroja ja toimia (ks. myös Whitehead & Popay 2010).

Elämäntyö, toimijuus ja huono-osaisuuden ongelma

Elämäntyö-tarkastelun mukainen toimijanäkökulma on WHO:n komission raportissa esillä lähinnä voimaannuttamista ja inklusiota (osallistamista) koskevassa osuudessa. Komission näkemyksen mukaan hyvinvoinnin ja terveydellisen tasa-arvon perustana on se, että ihmiset voivat tuntea kuuluvansa johonkin. Siksi terveyserojen vähentämisyrittämissä on kiinnitettävä huomiota poliittiseen voimaantumiseen (CSDH 2008, 155; myös Palosuo ym. 2103, 48–49). Voimaannuttamista (tai valtaistamista – molemmat termit ovat suomeksi hiukan kömpelöitä) tarkastellaan politiikan, talouden, sosiaalisen elämän ja kulttuurin alalla ilmenevän vallan epätasaisen jakautumisen vastavoimana. Näistä kulttuurinen ulottuvuus kattaa sen alueen, mistä elämäntyö-tutkimuksessa on usein kyse. Sen pääsisältönä on, missä määrin arvoja, normeja ja elintapoja tuetaan ja kunnioitetaan. Kaikilla valtaulottuvuuksilla kyse on elämänmahdollisuuksista, joita edellä esiteltiin elämäntyö-tarkastelujen yhteydessä.

Voimaannuttaminen voisi siten olla yhdistävä ja välittävä strategia, jolla pyritään auttamaan erityisesti huono-osaampia (joskaan sitä ei voida pitää kovin vahvana tai keskeisenä yhteiskuntapolitiikan menetelmänä pitkälle säädellyssä hyvinvointivaltiossa).⁹ Suomen terveystaloudessa huono-osaisten tilanteen korjaaminen näyttää jääneen universaalien politiikkojen korostamisen katveeseen. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmakin jätti pohtimatta, mitä huono-osaisuuden puuttumisen olisi pitänyt sisältää (esimerkiksi tuloerojen kaventamisen osalta) (STM 2008).¹⁰ Toistamiseen on jouduttu toteamaan,

9 Voimaannuttaminen on terveyden edistämiseksi nähty vapauden kunnioittamisen strategiana. Se ei kuitenkaan ole ongelmaton, sillä sen on nähty voivan lisätä esimerkiksi terveydenhuollon osalta tehottomien ja haitallisten interventioiden vaatimuksia (Carter ym. 2012, 9–10). Toisaalta kuitenkin syrjityksi joutuminen ja osattomuus ovat voimakkaasti poissulkevia ja elämänhallinnan ja toimintakyvyn rajoituksia tuottavia, joten voimaannuttamisen – mitä se sitten käytännössä onkin – yhteisöllistä ulottuvuutta ja potentiaalia ei pidä myöskään aliarvioida (ks. Saari 2015, 108–113).

10 Ohjelman väliarvioinnissa otettiin kuitenkin kantaa huono-osaisten asemaan muun muassa sosiaaliturvassa tapahtuneiden muutosten osalta (Rotko ym. 2011).

etteivät terveyserojen kaventamisen tavoitteet ole toteutuneet vaan pikemminkin sosioekonomiset erot ovat lisääntyneet. Samalla universaalien sosiaali- ja terveyspolitiikan toteutumista ja erillisryhmät huomioon ottavien selektiivisten toimien tarvetta koskeva analyysi on jäänyt puutteelliseksi. Juho Saaren mukaan sosioekonomisten erojen supistamiseen tähtäävä politiikka on Suomessa korvautunut huono-osaisiin ja köyhiin kohdistuvalla politiikalla. Tämä linjan muutos on ollut kytköksissä Euroopan unionin ajamaan sosiaaliseen malliin, jossa sosiaalipolitiikka on alistettu kasvun ja työllisyyden edistämiseksi (Saari 2015, 216, 233; Kuivalainen & Niemelä 2009). Erillistä köyhyyspolitiikkaa vaivaa kuitenkin sama ongelma kuin mistä terveyspolitiikassa puhutaan syiden sijasta seurauksiin kohdistuvana taso-ongelmana (ks. edellä yläjuoksulta alajuoksulle valumista koskevat kannanotot): se ei poista köyhyyttä vaan pikemminkin lisää sitä (Kuivalainen & Niemelä 2009, 205).

Huono-osaisuutta voi Saaren (2015, 32) tapaan perustellusti pitää viheliäisenä, vaikeasti ratkaistavana ongelmana. Huono-osaisuus liittyy historiallisesti köyhyyteen, mutta siihen liittyy muitakin ulottuvuuksia: sosiaalinen huono-osaisuus, työmarkkinoilta, asuntomarkkinoilta ja koulutuksesta syrjäytyminen, vallankäytöstä syrjäytyminen ja myös terveydellinen huono-osaisuus (Rauhala 1988). Huono-osaiset muodostavat sisäisesti hajanaisen ryhmän, jota yhdistää se, että elämänmahdollisuudet ja valinnan mahdollisuudet ovat heillä hyvin rajalliset. Huono-osaisten elintaso ja elämänlaatu ovat heikommat verrattuna ylempiin yhteiskuntaryhmiin, mutta huono-osaisimpien elämäntapa poikkeaa myös laadullisesti valtaväestön ryhmien elämäntavasta; huono-osaiset ovat Saaren ilmaisun mukaan muukalaisia (Saari 2015, 16–17, 95, 169).

Huono-osaisten elämäntapa on siten kaukana siitä, mihin edellä viitattiin postmodernin keskiluokan valinnanvapautta korostavana elämäntyylinä. Suomessa on 1980-luvun nousukaudella ja 1990-luvun lamavuosina terveysongelmaisten miesten kasautuvaan sosiaaliseen syrjäytymiseen liittynyt merkittävästi alkoholi (Mannila 1993, 134; Mannila & Peltoniemi 1997, 90). Päihderiippuvuudet ovat olleet mielenterveysongelmien ohella yleisimpiä terveydellisiä ongelmia myös diakonia-apuun turvautuvilla (Kinnunen 2009, 75). Saaren tutkimuksessa asumisyksiköissä asuvien äärimmäisen huono-osaisten pitkäaikaisasunnottomien harteille oli kasautunut koko SDH-komission viitekehysessä kuvattujen determinanttien ketjun paino politiikan ja rakenteellisten edellytysten puutoksista, ylisukupolisesta köyhyydestä, koulutuksen puutteesta, sosiaalisesta eristäytyneisyydestä ja elämäntyylin epäterveellisyydestä aina huonoon terveyteen asti (ks. kuvio 2). Kun vankilakokemuksiin, työttömyyteen ja rikkoutuneisiin perheisiin liittyy päihteiden ja huumeiden käyttöä, tupakointia ja heikkoa ravitsemusta, avaimena edes jotenkin terveellisemmän ja autonomisen elämän järjestymiseen on Saaren mukaan keskeisimmin asunto (Saari 2015, 161–212). Huono-osaisten tilanteen kohentamista vaikeuttaa erittäin monimutkainen sosiaaliturvajärjestelmä siihen

kytkeytyvine koulutus, työllisyys- ja terveystalouteen sekä kolmannen sektorin palveluineen.¹¹

Elämäntyyli-tarkasteluissa puhutaan eri ryhmien erilaisista elämänmahdollisuuksista. Sakari Hänninen (2009, 244–245) on huomauttanut, että laajasti kannatettu mahdollisuuksien tasa-arvo edellyttää suhteellisen tasa-arvoista yhteiskuntaa. Yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kasvu kaventaa toimintamahdollisuuksia ja huono-osaisilla ei niitä enää juuri ole. Hännisen mukaan huono-osaisuuden kierre olisi ehkäistävä ja huono-osaisia olisi autettava turvaamalla henkilökohtaisen toiminnan perustana olevat kaksi asiaa, terveys ja toimeentulo. Terveystaloudesta ei kuitenkaan näytä olevan kattavia selvityksiä (ks. Hiilamo & Hänninen 2009; Palosuo 2015), joskin huono-osaisista on viime vuosina muuten ilmestynyt uutta tutkimuskirjallisuutta (Niemelä & Saari 2013; Saari 2015).

Lopuksi

WHO:n komission loppuraportissa terveystaloutta ja elintapoja käsitellään pääosin rakenteellisen politiikan kohteena. Komission viitekehysten erillisessä perusteluraportissa todettiin, että elämäntyyli- tai käyttäytymistekijöissä, erityisesti ravitsemuksessa ja liikunnassa sekä tupakan ja alkoholin kulutuksessa havaitut sosiaaliset erot voivat osaltaan selittää terveyseroja, mutta tutkijat eivät ole olleet yksimielisiä niiden tärkeydestä (Solar & Irwin 2010, 39; ks. myös Prättälä 2007a, 130). Perusteluraportin tekijät suhtautuivat kriittisesti siihen, että ne olisivat tärkeimpiä terveyserojen syitä ja viittasivat siihen, että muut fundamentalisemmat syyt voivat aiheuttaa sekä elämäntyylien että terveyden eroja (Solar & Irwin 2010, 39).

Niinpä alkoholia, tupakkaa ja ruokaa tarkastellaan komission loppuraportissa erityisesti markkinoiden vastuuta koskevissa pohdintoissa ja suosituksissa, toisin sanoen pääosin rakenteellisten determinanttien tasolla. Komission huolen aiheena ovat erityisesti kaupan vapautumiseen ja ylikansallisten yritysten toimintaan liittyvät uhat. Näiden uhkien toteutumisesta kertovat lisääntynyt alkoholinkäyttö ja tupakointi samoin kuin energiarikkaiden epäterveellisten halpojen ruokatuotteiden kulutus, joista koituvat haitat kohdistuvat suuremman määrän köyhempiin väestöryhmiin kaikkialla maailmassa. Komissio peräkin terveystaloutta arviointia ja terveyssektorin mukaan ottamista myös kauppaneuvotteluihin ja kauppasopimuksien solmimiseen (CSDH 2008, 135), mutta myös yrityksiltä suurempaa vastuunottoa (CSDH 2008, 118). Komissio pitää muun muassa alko-

11 Saaren (2015, 21) mukaan heikossa asemassa oleva voi hakea tilanteeseensa tukea samanaikaisesti yli kahdestakymmenestä palvelukategoriasta. Sen lisäksi, että palvelujärjestelmän hahmottaminen on ammattilaisellekin vaativaa (Kinnunen 2009, 151), palvelujärjestelmä saattaa myös aktiivisesti kääntää oveltaan heikossa asemassa olevia avun tarvisijoita (ks. Määttä 2012; Kinnunen 2009, 168–169).

holin vähittäismyyntimonopolia, ostoikärajoja, saatavuuden rajoituksia, verotusta ja hintapolitiikkaa (toisin sanoen menetelmiä, joita Suomessa käytetään) suhteellisen halpoina ja erittäin kustannustehokkaina keinoina säädellä alkoholin kulutusta (CSDH 2008, 142). Lihavuuden torjuntaa, liikuntaa ja alkoholinkäyttöä käsitellään lisäksi terveellisten asuinpaikkojen edistämisen ja erityisesti kaupunkisuunnittelun yhteydessä (CSDH 2008, 62, 67–68). Elintapainterventiot mainitaan vain muutamassa kohdassa täydentävinä menetelminä (CSDH 2008, 142).

Suomessa elintapoihin on kiinnitetty paljon huomiota terveystieteissä asiakirjoissa ja väestöön kohdistuvissa terveyden edistämishankkeissa. Elintapojen terveydellisiä vaikutuksia ja sosiaaliryhmittäisiä eroja on tutkittu runsaasti. Elintapoihin kohdistuvat politiikan toimet ovat Suomessa varsin usein olleet rakenteellisia (ks. esim. Melkas 2013; STM 2008, Liiteosa; Prättälä ym. 2002). Suomen kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman elintapoja koskevat suositukset kohdistuivat myös pääosin rakenteellisiin yläjuoksun toimiin kuten alkoholiverotukseen, tupakkaverotukseen, päihdetyön koulutukseen ja terveellisen joukkoruokailun saatavuuden parantamiseen (STM 2008, 42–47). Elintapojen merkitys terveyserojen selittämisessä tunnustetaan tärkeäksi, sillä alkoholin riskikäytön ja tupakoinnin arvioidaan selittävän noin puolet työntekijämiesten ja ylempien toimihenkilömiesten elinajanodotteen erosta (ks. esim. STM 2008, 42).

Elämäntapaa tai elämäntyyliä ja eri elintapoja määrittävät sosiaaliset determinantit on siten tunnistettu keskeisiksi tekijöiksi terveyseroihin kohdistuvassa politiikassa Suomessa jo vuosikymmenien ajan. On jokseenkin selvää, että terveyserojen vähentäminen ei onnistu pelkästään elintapoja muuttamalla eikä liioin vain huono-osaisimpia avustamalla, mutta ei myöskään puuttumatta molempiin. Molemmat ja erityisesti huono-osaisien auttaminen edellyttävät ensi sijassa SDH-komissionkin peräämiä politiikan toimia, joilla elinoloja ratkaisevasti parannetaan. Komission työtä esittelevässä ja pohtivassa raportissa (Palosuo ym. 2013) ensisijaisiksi politiikan alueiksi Suomessa ehdotettiin pienituloisten ja köyhien aseman korjaamista, työttömyyteen puuttumista, työolojen parantamista, palvelujärjestelmän eriarvoisuuden korjaamista sekä alkoholista aiheutuviin ongelmiin puuttumista alkoholipolitiikan keinoin. Tässä kirjoituksessa on yritetty jäljittää terveyden sosiaalisten määrittäjien ja terveydellisen huono-osaisuuden välistä polkua elämäntyylin käsitteen avulla, jonka kehittelyyn Suomessa on omaa perinnettä. Vaikka tutkimuksellinen elämäntyyli-lähestymistapa ei sellaisenaan ole terveystieteiden väline, se voisi parhaimmillaan tarjota ymmärrystä mekanismeista, jotka tuottavat ryhmäkohtaisia eroja erityisesti elintapojen alueella ja antaa siten aineksia kehittää myös ihmisten autonomiaa ja erilaisuutta kunnioittavia politiikan toimia.

Mitä opimme?

- ◆ Maiden väliset ja maiden sisäiset terveyserot eivät ole hävinneet siitä huolimatta, että terveyseroihin on kohdistettu paljon huomiota jo pitkään, muun muassa Maailman Terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa ja viimeksi Social Determinants of Health -komission suosituksissa vuonna 2008.
- ◆ Terveyserojen vähentäminen edellyttää puuttumista sosiaalisen eriarvoisuuden syihin. Kyse on poliittisista päätöksistä, jotka kohdistuvat terveyden sosiaalisiin määrittäjiin, voimavarojen jakautumiseen ja jakamiseen.
- ◆ Samatkin terveyden määrittäjät voivat toimia eri tavoin eri ryhmissä, sillä sosiaaliset olosuhteet asettavat suurempia reunaehtoja ja vähemmän valinnan mahdollisuuksia heikommassa asemassa oleville.
- ◆ Huono-osaisimman väestön terveyden vajauksia tunnetaan edelleen puutteellisesti.
- ◆ Suomessa on pitkä tutkimuksen ja terveystalouden perinne, jossa on kiinnitetty huomiota terveyden sosiaalisiin syihin ja elämäntyyliin.
- ◆ Elämäntyyliin ja elintapoihin kohdistuvassa terveystaloudellisessa vaikutamisessa joudutaan ottamaan kantaa kollektiivisen hyvän ja yksilön autonomian välisiin jännitteisiin. Kansanterveyden edistämisen nimissä pidetään oikeutettuna rajoituksia, joilla vahinkoja estetään esimerkiksi alkoholipolitiikan, tupakkapolitiikan ja veropolitiikan keinoin.
- ◆ Terveyserojen vähentämissuunnitelmissa on pidetty terveyden edellytyksiin ja terveyserojen syihin vaikuttamista tärkeämpänä ja tehokkaampana kuin käyttäytymisinterventioita, joilla perimmäisiin syihin ei päästä käsiksi ja jotka auttavat helpommin hyvässä asemassa olevia. Molemmilla on silti paikkansa.

Lähteet

- Abel, Thomas (1990) Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine* 32 (8), 899–908.
- Alanen, Pentti (2008) Seurausten hoidosta syiden poistoon. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuhevuo- roja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 17–40.
- Blaxter, Mildred (1990) Health and lifestyles (reprinted 1993). London: Routledge.
- Buck, David & Frosini, Francesca (2012) Clustering of unhealthy behaviours over time. Implications for policy and practice. London: The Kings Fund.
- Burström, Bo (2009) Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilization in Sweden. *International Journal of Health Services* 39 (2), 271–85.
- Carter, Stacy M & Cribb, Alan & Allegran- te John P. (2012) How to Think about Health Promotion Ethics. *Public Health Reviews* 34 (1), 1–24.
- Cockerham, William C. (2007) Social Causes of Health and Disease. Bodmin, Corn- wall: Polity Press.
- Cockerham, William C. & Rütten, Alfred & Abel, Thomas (1997) Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarter- ly* 38 (2), 321–42.
- CSDH (2008) Closing the gap in a genera- tion. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Dahlgren, Göran (1990) Investing in health promotion – developing healthy public policies. Background paper for the WHO Conference “Investment in Health”, Bonn, Federal Republic of Germany, 17–19 December, 1990.
- Dahlgren, Göran (2014) Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden. *International Journal of Health Services* 44 (3), 507–24.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (2006) Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health. No. 3. Copenhagen: World Health Organization.
- De Vogli, R. & Gimeno, D. & Mistry R. (2009) The policies-inequality feedback and health: the case of globalisation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63 (9), 688–91.
- Diderichsen, Finn & Evans, Timothy & Whitehead, Margaret (2001) The Social Basis of Disparities in Health. Teoksessa Evans, Timothy & Whitehead, Margaret & Dide- richsen, Finn & Bhuyia, Abbas & Wirth, Meg (toim.) Challenging Inequities in Health. New York: The Rockefeller Foun- dation, Oxford University Press, 13–23.
- Elämäntavan terveystutkimuksen työryh- män muistio. Valtion lääketieteellinen toimikunta. Helsinki: Suomen Akatemian julkaisuja 5/1980.
- Frohlich, Katherine L. & Corin, Ellen & Pot- vin, Louise (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness* 23 (6), 776–97.
- Graham, Hilary (2004) Social Determi- nants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly* 82 (1), 101–24.
- Harjula, Minna (2015) Hoitoonpääsyn hie- rarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystal- velut Suomessa 1900-luvulla. Tampere: Tampere University Press.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) (2003) Kansalaisuus ja kansanterveys. Tampere: Gaudeamus.
- Hiilamo, Heikki & Hänninen, Sakari (2009) Sosioekonomiset terveyserot ja huono- osaisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 7, 24–35.
- Hänninen, Sakari (2009) Sairaus ja huono- osaistuminen. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Suomen ev.lut.

- kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 7, 230–45.
- Jauho, Mikko (2007) Kansanterveysongelman synty. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Karisto, Antti & Rahkonen, Ossi (2000) Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Karisto, Antti & Prättälä, Ritva & Berg, Maria Anna (1992) Hyvät, pahat ja rumat? Epäterveellisten elintapojen kasautumisesta. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) Terveys sosiologia. Juva: WSOY, 121–39.
- Kinnunen, Kaisa (toim.) (2009) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 7.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (2007) Kuolleisuus. Teoksessa Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Notkola, Irmaleena ym. (toim.) Suomen väestö. 2. uudistettu laitos. Helsinki: Gaudeamus, 169–238.
- Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko (2009) Universalismista selektivismiin? Miten köyhyyspolitiikka vakiintui 1990-luvun ja 2000-luvun alun Suomessa. Teoksessa Kananen, Johannes & Saari, Juho (toim.) Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. SoPhi 113, Jyväskylä: Gummerus, 187–219.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin Tuija & Palosuo, Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Yliopistopaino, 25–41.
- Link, Bruce G & Phelan, Jo (1995) Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* 35 (Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology), 80–94.
- Loorenc, Theo & Petticrew, Mark & Welch, Vivian & Tugwell, Peter (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67 (2), 190–3.
- Mannila, Simo (1993) Työhistoria ja syrjäytyminen. Vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämäntilusta. Tutkimuksia 41. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Mannila, Simo & Peltoniemi, Jyri (1997) Köyhiä ja kipeitä. Terveystilanta ja syrjäytyminen 1986–1994. Tutkimuksia 57. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- McCartney, Gerry & Collins, Chick & Mackenzie, Mhairi (2013) What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy* 113 (3), 221–7.
- McKinley, John B. (1998) Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – Implications for health policy. *Salud pública de México* 40 (4), 369–79.
- Munthe, Christian (2008) The Goals of Public Health: An Integrated, Multidimensional Model. *Public Health Ethics* 1 (1), 39–52.
- Melkas, Tapani (2013) Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveyspolitiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2), 181–96.
- Mäki-Opas, Tomi & Rahkonen, Ossi & Borodulin, Katja (2015) Terveys sosiologinen näkökulma liikunnallisen elämäntavan polarisoitumiseen – valinnat vai mahdollisuudet. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (3), 263–72.
- Määttä, Anne (2012) Perusturva ja poiskäännyttäminen. *Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia* 36. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Navarro, Vicente (2009) What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services* 39 (3), 423–41.
- Niemelä, Mikko & Saari, Juho (toim.) (2013) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Teemakirja 10. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Nuffield Council on Bioethics (2007) Public

- health ethical issues. Cambridge Publishers Ltd.
- Palosuo, Hannele (1984) Elintavat terveystutkimuksen kohteena. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 21 (5), 221–9.
- Palosuo, Hannele (2015) Sosioekonomiset terveyserot yhteiskuntapolitiikan koetinkivenä. Teoksessa Kaihovaara, Antti (toim.) *Jakolinjojen Suomi*. Tartumaa: Kalevi Sorsa -säätiö, 91–118.
- Palosuo, Hannele & Lahelma, Eero (2013) Terveyden sosiaaliset determinantit. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 39–55.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (2013) Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partanen, Juha (1980) Valistus ja elämäntapa. Teoksessa Aro, Seppo & Pilli-Sihvola, Aino-Sisko & Rimpelä, Matti & Rosenqvist, Pia (toim.) *Elämäntavan terveystutkimuksen seminaari 9.–10.4.1979*, Seminaariraportti. Liite Elämäntavan terveystutkimuksen työryhmän muistioon. Suomen Akatemian julkaisuja 6/1980. Helsinki, 52–76.
- Prättälä, Ritva (2007a) Terveyskäyttäytymisen. Johdanto. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero ym. (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Yliopistopaino, 130–2.
- Prättälä, Ritva (2007b) Yhteenveto ja johtopäätökset terveyskäyttäytymisen muutoksista. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero ym. (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Yliopistopaino, 164–8.
- Prättälä, Ritva & Roos, Eva & Roos, Gun (2002) Ravitsemuspolitiikka ja sosioekonomiset erot. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita, 67–81.
- Raphael, Dennis (2006) Social determinants of health: Present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services* 36 (4), 651–67.
- Rauhala, Urho (1988) Huono-osaisen muotokuva. *Julkaisuja* 7:1988. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, suunniteluosasto.
- Rotko, Tuulia & Aho, Timo & Mustonen, Niina & Linnanmäki Eila (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Raportti 8/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saari, Juho (2015) Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Sadana, Ritu & Simpson, Sarah & Popay, Jenny & Albrecht, Daniel & Hosseinpoor, Ahmed Reza & Kjellstrom, Tord (2011) Strengthening efforts to improve health equity. Teoksessa Lee, Jennifer H. & Sadana, Ritu (toim.) *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*. WHO: Geneva.
- Schrecker, Ted & Taler, Vanessa (2013) How to think about social determinants of health: revitalizing the agenda in Canada. *É/Exchange. Working Paper Series. Working Paper* 4 (6).
- Scott-Samuel, Alex & Smith, Katherine Elizabeth (2015) Fantasy paradigms of health inequalities: Utopian thinking? *Social Theory & Health* 13 (3/4), 418–36.
- Solar, Orielle & Irwin, Alec (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper* 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO.
- Starfield, Barbara (2006) Are social determinants of health the same as societal determinants of health? *Health Promotion Journal of Australia* 17(3), 170–3.
- STM 1986: Terveyttä kaikille vuoteen 2000.

- Suomen terveystalitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalitiisteriö.
- STM 2001: Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystaliti 2015-kansanterveystaliti ohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalitiisteriö.
- STM 2008: Kansallinen terveystaliti kaven-tamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveystalitiisteriön julkaisu- ja 2008:16. Helsinki.
- Suomen Akatemia 1989a: Terveystalitiä kaikille vuoteen 2000 -tutkimuksen kehittämiso- ohjelma. Valtion lääketieteellinen toi- mikunta. Suomen Akatemian julkaisu- ja 12/1988. Helsinki.
- Suomen Akatemia 1989b: Elämäntaliti- van terveystaliti tutkimusohjelma. Valtion lääketieteellinen toimikunta. Työryhmäraportti. Suomen Akatemian julkaisu- ja 13/1988. Helsinki.
- Townsend, Peter & Davidson, Nick (Toim.) (1980) Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.
- Vallgärda, Signild (2006) When are health inequalities a political problem? *European Journal of Public Health* 16 (6), 615–6.
- Vallgärda, Signild (2011) Why the concept ”lifestyle diseases” should be avoided. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (7), 773–5.
- Whitehead, Margaret & Popay, Jennie (2010) Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health. *Social Science & Medicine* 71 (7), 1234–6.
- WHO (1999) Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series No. 6*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2002) The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization.
- Williams, Gareth (2003) The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness* 25 (Silver Anniversary Issue), 131–54.

Oikeus terveyteen ja terveyden edistäminen

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan kysymystä terveyden edistämisestä ihmisoikeuksien näkökulmasta. Terveyden edistäminen on vaikeasti määrittyvä ja moneen suuntaan avautuva käsite (ks. esim. Sihto 2013, 24–27). Tässä kirjoituksessa sillä tarkoitetaan pyrkimystä systemaattisesti vaikuttaa yksilöiden käyttäytymiseen, väestön elinoloihin ja yhteiskunnan rakenteisiin siten, että väestöryhmien väliset terveyserot vähenisivät ja väestön terveys paranisi. Ihmisoikeuksilla puolestaan tarkoitetaan ihmisille kuuluvia perustavanlaatuisia oikeuksia, jotka on tunnustettu YK:ssa ja muissa kansainvälisissä järjestöissä laadituissa ja niihin liittyneitä valtioita oikeudellisesti sitovissa ihmisoikeussopimuksissa. Kyse on oikeudellisista velvoitteista, joiden toteutumisesta sopimukseen sitoutunut valtio vastaa ja joiden sisällöllä on vahva liityntä yhteiskunnan perustavanlaatuisiin arvoihin.

Kirjoituksen tarkoituksena on selvittää, miten valtiot ovat niitä sitovien ihmisoikeusstandardien perusteella velvollisia toimimaan väestönsä terveyden edistämiseksi: miten kysymystä terveyden edistämisestä lähestytään ihmisoikeussopimuksissa ja millaisia velvollisuuksia niistä seuraa valtioille tällä alueella.

Kysymystä terveyden edistämisestä on mahdollista lähestyä ihmisoikeuskontekstissa ainakin kahdella tasolla, laajemmalla ja suppeammalla. Ihmisoikeusnormistoon kokonaisuudessaan sisältyy vahva vaade edistää yksilöiden ja ryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja väestön terveyttä ja hyvinvointia vaikuttamalla niitä määrittäviin tekijöihin ja rakenteisiin, kuten mm. ravitsemukseen, asumisoloihin, toimeentuloon, koulutusmahdollisuuksiin, sosiaaliturvaan ja elinympäristön turvallisuuteen. Toisin sanoen, ihmisoikeusnormiston kokonaisuudessaan voidaan nähdä velvoittavan valtioita vaikuttamaan terveyden sosiaalisiin määrittäjiin siten, että väestön terveys edistyy ja eriarvoisuus vähenee.

Kysymystä voi kuitenkin lähestyä myös tätä rajatumminkin. Eräissä ihmisoikeussopimuksissa on nimenomaisesti tunnustettu oikeus terveyteen, ja tähän oikeuteen sisältyy velvoite ryhtyä toimiin, jotka edistävät väestön terveyttä. Näin rajattuna velvoitteen sisältöä on mahdollista kuvata täsmällisemmin ja tarkkarajaisemmin kuin laajemmasta, koko ihmisoikeusjärjestelmän kattavasta näkökulmasta. Käsillä olevassa kirjoituksessa onkin valittu tämä suppeampi tarkastelutapa.

Oikeus terveyteen on tavalla tai toisella tunnustettu YK:n ihmisoikeusjärjestelmässä mm. taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa (TSS-sopimus, sopimussarja 6/1976), lapsen oikeuksien yleissopimuksessa (sopimussarja 60/1991), kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevassa yleissopimuksessa (sopimussarja 68/1986) sekä vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa. Tämän lisäksi oikeutta terveyteen koskevia määräyksiä on löydettävissä mm. Euroopan neuvoston uudistetusta sosiaalisesta peruskirjasta (sopimussarja 80/2002) ja myös Suomen perustuslain 19 §:stä (731/1999).

Tässä kirjoituksessa keskitytään YK:n TSS-sopimuksen oikeutta terveyteen koskevaan 12 artiklaan, joka on asiaa koskevista sopimusmääräyksistä ehkä kaikkein perustavanlaatuisin, ja tarkastellaan, millä tavoin se velvoittaa valtiot toimimaan väestönsä terveyden edistämiseksi. Oikeuden terveyteen tunnustavan sopimusmääräyksen sisällön selvittämisen lisäksi kirjoituksessa pohditaan ihmisoikeuksien mahdollisuuksia ja rajoja terveyden edistämisen näkökulmasta. Valtioita oikeudellisesti velvoittavat valtioiden välisiin kansainvälisiin sopimuksiin sisältyvät ihmisoikeudet tarjoavat vahvan kielen eriarvoisuuksien ja epäkohtien osoittamiseksi ja muutoksen vaatimiseksi. Vaateen määrittäminen valtiota sitovaksi oikeudelliseksi velvollisuudeksi ja sen laiminlyönnin määrittäminen ihmisoikeusloukkaukseksi antaa sille erityisen painoarvon (ks. myös London 2008; Rasanathan ym. 2010). Kyse ei ole eettisistä vaatimuksista tai poliittisista valinnoista, vaan valtioita oikeudellisesti sitovista velvoitteista – joilla toki on vahvoja yhtymäkohtia etiikkaan ja politiikkaan.

Kansainvälisissä ihmisoikeusasiakirjoissa tunnustettujen oikeuksien sitovasta luonteesta huolimatta oikeuksien sisällön epätasällisuus ja tulkinnanvaraisuus ja niiden toimeenpanon heikkous vähentävät niiden merkitystä. Silloinkin kun oikeudesta seuraavien konkreettisten toimintavelvoitteiden sisältö voitaisiin määrittellä yksiselitteisesti – mikä ei useinkaan ole itsestään selvää – tuottaa ihmisoikeusvälineistö usein pettymyksen siinä, millaisin keinoin oikeuksien toteuttamista voidaan vaatia ja niiden toteuttamisen laiminlyönteihin reagoida.

Heikkouksineenkin ihmisoikeusnormisto kuitenkin tarjoaa meillä Suomessa vielä verraten vähän käytettyjä välineitä terveyden edistämisestä käytävään keskusteluun, joten sen tarkastelu tästä näkökulmasta on perusteltua. On tärkeä huomata, että TSS-sopimuksen 12 artikla ja siihen perustuvat velvoitteet ovat Suomea sitovaa oikeutta. Suomen perustuslain 22 §:ssä on julkiselle vallalle asetettu velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Tämä kattaa myös TSS-sopimuksen 12 artiklassa tunnustetun oikeuden terveyteen ja siihen sisältyvän velvollisuuden edistää väestön terveyttä ja vaikuttaa terveyttä määrittäviin olosuhteisiin: Suomella on velvollisuus noudattaa tätä sopimusmääräystä.

Oikeus terveyteen ihmisoikeuksien yleismaailmallisessa julistuksessa

YK:n ihmisoikeusjärjestelmässä oikeus terveyteen sisältyy jo ihmisoikeuksien yleismaailmalliseen julistukseen vuodelta 1948. Julistus ei ole valtioita oikeudellisesti velvoittava asiakirja, mutta sillä on poliittista painoarvoa, ja lisäksi useat sen määräykset ovat toimineet mallina YK:ssa myöhemmin hyväksytyille oikeudellisesti sitoville ihmisoikeussopimuksille. Tämän vuoksi oikeuden terveyteen sisälön tarkastelu on hyvä aloittaa ihmisoikeusjulistuksesta.

Julistus ei tunnusta oikeutta terveyteen nimenomaisesti. Se kuitenkin sisältyy julistuksen 22 artiklassa turvattuihin ”ihmisarvolle ja yksilöllisen olemuksensa va- paalle kehittymiselle” välttämättömiin taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin. Merkityksellinen on myös julistuksen 25 artikla, joka tunnustaa oikeuden sellaiseen elintasoon, joka on riittävä turvaamaan yksilön ja hänen perheensä ”terveyden ja hyvinvoinnin ravinnon, vaatetuksen, asunnon, lääkintähuollon ja välttämättömän yhteiskunnallisen huollon osalta.” Kyseinen sopimusmääräys toisin sanoen tunnistaa yhteyden yhtäältä terveyden ja hyvinvoinnin ja toisaalta riittävän ravinnon, vaatetuksen, asunnon, lääkahuollon ja välttämättömän yhteiskunnallisen huollon välillä, ja velvoittaa valtiot turvaamaan jokaiselle yksilölle oikeuden sellaiseen elintasoon, joka toteuttaa näitä tekijöitä – ja siten siis myös oikeutta terveyteen.

Näissä ihmisoikeusjulistuksen artikloissa on nähtävissä kaksi keskeistä seikkaa, jotka sisältyvät myös valtioita oikeudellisesti sitovien ihmisoikeussopimusten oikeutta terveyteen koskeviin sopimusmääräyksiin. Ensimmäinen on oikeuden perustavanlaatuisuus. Oikeus terveyteen ymmärretään ihmisarvon toteutumisen edellytykseksi ja se on siten merkitykseltään perustavanlaatuinen. Toinen on oikeuden sisällön laajuus. Oikeus terveyteen ei tarkoita oikeutta olla terve. Se ei myöskään typisty oikeudeksi saada terveyspalveluja ja lääkkeitä, vaikka nämäkin tekijät siihen sisältyvät. Oikeuden terveyteen keskiössä on valtion velvollisuus turvata sellaiset olosuhteet, jotka edistävät ja tukevat yksilön fyysistä ja psyykkistä terveyttä kokonaisvaltaisesti, kuten riittävä ravinto, asunto ja välttämätön hoiva ja huolenpito. On myös huomattava, että ihmisoikeusjärjestelmän ytimessä oleva vaatimus yhdenvertaisesta kohtelusta ja syrjinnän kiellostä ulottuu oikeuden terveyteen kohdalla myös terveyttä määrittäviin tekijöihin. Kyse ei siis ole vain esimerkiksi yhdenvertaisesta oikeudesta terveyspalveluihin, vaan sen lisäksi myös yhdenvertaisesta oikeudesta riittävään ravintoon, asuntoon, tietoon ja muihin vastaaviin terveyttä määrittäviin ja sille edellytykset luoviin tekijöihin. Tämän vuoksi oikeuden terveyteen toteuttaminen edellyttää kokonaisvaltaisia toimia myös varsinaisen terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolella terveyden sosiaalisten määrittäjien yhdenvertaiseksi turvaamiseksi.

Terveyden edistäminen ja yhdenvertaisuus osana oikeutta terveyteen YK:n TSS-sopimuksessa

YK:n ihmisoikeusjärjestelmässä keskeisin oikeuden terveyteen tunnustava valtioita oikeudellisesti sitova sopimusmääräys on jo aiemmin mainittu TSS-sopimuksen 12 artikla. Sen voidaan nähdä heijastelevan yllä kuvattuja ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen määräyksiä. Artiklan ensimmäisessä kohdassa turvataan jokaiselle oikeus nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielen terveydestä. Artiklan toisessa kohdassa annetaan esimerkkejä toimista, joihin sopimusvaltioiden tulee välttämättä ryhtyä tämän tavoitteen toteuttamiseksi. Näihin kuuluu kuolleena syntyvien lasten määrän ja lapsikuolleisuuden vähentäminen sekä lasten terveen kehityksen parantaminen; ympäristö- ja teollisuushygienian parantaminen; kulku- ja tarttuvien tautien sekä ammattitautien ja muiden tautien estäminen, hoitaminen ja valvominen; sekä sellaisten olosuhteiden luominen, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelut sairaustapauksissa.

Kuten ihmisoikeussopimusten sopimusmääräykset yleensäkin, myös TSS-sopimuksen 12 artikla on muotoilultaan varsin avoin. Tämän vuoksi siihen perustuvat valtioiden velvollisuudet saavat täsmällisen sisältönsä vasta tulkinnan kautta. Ihmisoikeussopimusten tulkinnassa erityisen tärkeän lähteen muodostavat sopimusten toimeenpanoa valvovien kansainvälisten elinten kannanotot. TSS-sopimuksen valvontaelin on YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia käsittelevä komitea (TSS-komitea). TSS-komitea ilmaisee omat tulkintakannanottonsa yksittäisiä sopimusmääräyksiä koskevissa nk. yleiskommenteissa (General Comments) ja loppupäätelmissä, joita se antaa sopimusvaltioiden sille toimittamista määräaikaisraporteista. Vuodesta 2014 lähtien TSS-komitea on ollut toimivaltainen käsittelemään myös yksilövalituksia, eli yksittäisen henkilön jotakin sopimusvaltiota vastaan tekemiä väitteitä sopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa loukkaamisesta (ks. Hyttinen 2009). Tässä kirjoituksessa tarkasteltujen kysymysten kannalta merkityksellistä ratkaisukäytäntöä ja tulkintakannanottoja ei kuitenkaan ole vielä ehtinyt kertyä yksilömenettelyn kautta, joten seuraavassa keskitytään tarkastelemaan komitean muissa yhteyksissä tekemiä linjauksia.

TSS-komitean ja muiden YK:n ihmisoikeussopimuksia valvovien elinten antamat yleiskommentit ja loppupäätelmät ja yksilövalitusmenettelyssä syntyvät linjaukset eivät ole oikeudellisesti sitovia samalla tavalla kuin itse sopimusmääräykset suhteessa sopimukseen liittyneisiin valtioihin tai kansainvälisten tuomioistuinten, kuten Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen, antamat ratkaisut suhteessa asian osapuolena olevaan valtioon. Sopimuksen noudattamista valvovan asiantuntija-elimen auktoritatiivisina tulkintakannanottoina niillä on kuitenkin erityistä painoarvoa sopimusmääräysten valtioita sitovaa sisältöä määritettäessä.

TSS-sopimuksen 12 artiklan sisältöä on täsmennetty erityisesti TSS-komitean yleiskommentissa no. 14 oikeudesta terveyteen (General Comment No. 14 (2000)

on the right to the highest attainable standard of health). TSS-komitea painottaa tässä yleiskommentissa, että jokaisella ihmisyksilöllä on oikeus korkeimpaan saavutettavissa olevaan terveydentilaan ja osoittaa yhteyden tämän oikeuden ja ihmisarvoisen elämän toteutumisen välillä. Yleiskommentissa todetaan oikeuden terveyteen toteutumisen riippuvan useista muista oikeuksista, kuten syrjinnän kiellosta ja oikeudesta yhdenvertaiseen kohteluun, mutta olevan samalla myös muiden oikeuksien toteutumisen edellytys ja siksi niin perustavanlaatuinen.

Komitea täsmentää yleiskommentissaan, että oikeus terveyteen ei luonnollisesti pidä sisällään oikeutta olla terve. Sen sijaan se sisältää oikeuden sellaisiin olosuhteisiin, jotka mahdollistavat jokaisen yksilön kohdalla mahdollisimman hyvän terveydentilan. Tähän kuuluu olennaisena osana valtion velvollisuus pyrkiä vaikuttamaan kaikkiin sellaisiin tekijöihin, kuten ravitsemukseen, toimeentuloon, asunto- ja työoloihin ja elinympäristön turvallisuuteen ja terveellisyteen, jotka määrittävät yksilöiden terveyttä. Lisäksi siihen kuuluu valtion velvollisuus varmistaa, että ihmisillä on mahdollisuus saada riittävästi sellaista tietoa, joka luo edellytykset omaa elämää ja terveyttä koskevien päätösten tekemiselle.

Keskeistä tässä sopimusvelvoitteessa, kuten ihmisoikeusajattelussa yleisemmin, on, että valtion tulee turvata oikeudet yhdenvertaisesti kaikille sen lainkäyttöpiirissä oleville ihmisille. Ihmisoikeusvelvoitteisiin sisältyykin vahva vaatimus yksilöiden ja ryhmien syrjinnän ja eriarvoisuuden poistamisesta siten, että sisällöllinen, ei siis vain muodollinen, yhdenvertaisuus toteutuu. Olennaista tässä on velvollisuus kohdentaa valtion käytössä olevia resursseja niin, että yksilöiden ja ryhmien välinen eriarvoisuus vähenee ja heikommassa asemassa olevien asema paranee suhteessa paremmassa asemassa oleviin ja että sukupuolten välinen tasa-arvo toteutuu.

Konkreettisten velvoitteiden tasolla kysymystä terveyden edistämisestä lähestytään TSS-komitean oikeutta terveyteen koskevassa yleiskommentissa kaksijakoisesti. Yhtäältä valtioille asetetaan velvollisuus pyrkiä vaikuttamaan ihmisten käyttäytymiseen mm. tiedottamalla tehokkaasti terveyden ja hyvinvoinnin riskeistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä siten, että he voivat tehdä omaa elämäänsä koskevia tietoisia ja tietoon perustuvia valintoja. Erityisesti yleiskommentissa nostetaan esiin velvollisuus vaikuttaa siihen, että tupakan, alkoholin ja muiden haitallisten aineiden käyttö vähenee ja tässä tarkoituksessa mm. käynnistää tiedotuskampanjoita, joissa välitetään tietoa käytön riskeistä.

Yksilöiden käyttäytymiseen ja valintoihin vaikuttamisen lisäksi valtiot kuitenkin velvoitetaan vaikuttamaan myös rakenteellisiin seikkoihin. Yleiskommentin mukaan terveyden edistäminen tulee nähdä koko yhteiskunnan läpäisevänä, tavoitteellisenä toimintana, jossa asetetaan tavoitteita ja suunnitellaan, valmistellaan, toimeenpannaan ja arvioidaan terveyden edistämiseen tähtäviä strategioita, jotka läpäisevät eri elämänalat. Lisäksi komitea painottaa, että sopimusvaltioiden koko väestöllä tulee olla tehokkaita kanavia osallistua tähän kokonaisvaltaiseen toimintaan. Toimien täsmällisestä sisällöstä ja niiden toimeenpanovälineistä päät-

täminen jätetään sopimusvaltioiden harkintaan, mutta niiden kehittäminen on siis sopimusvaltioiden oikeudellinen velvollisuus.

Oikeuteen terveyteen sisältyvällä velvoitteella parantaa väestön elinoloja kokonaisvaltaisesti ja poistaa eriarvoisuutta on kiinteä liityntä terveyden sosiaalisista määrittäjistä käytävään keskusteluun (ks. esim. Commission on Social Determinants of Health - final report 2008; Rio Political Declaration on Social Determinants of Health 2011). Kumpaankin keskusteluun sisältyy vahva vaade ymmärtää terveys ja sen edellytykset kokonaisvaltaisesti ja toimia systemaattisesti eri väestöryhmien välisen epätasa-arvon vähentämiseksi vaikuttamalla erilaisiin terveyttä määrittäviin tekijöihin (ks. esim. Rasanathan ym. 2010). Tätä eri keskustelujen välistä yhteyttä ei kuitenkaan aina ole osattu hyödyntää täysimääräisesti (Rasanathan ym. 2010), ja on arvioitu, että vahvempi linkki keskustelujen välillä edistäisi yhteisten tavoitteiden saavuttamista (esim. Chapman 2010).

Ihmisoikeusvelvoitteiden luonteesta ja loukkauksista

Ihmisoikeuksista seuraavia toimintavelvoitteita voidaan kuvata ja luokitella useilla eri tavoilla. Varsin yleisesti hyväksytty ja käytetty luokittelu on jaottelu velvollisuuteen kunnioittaa oikeuksia (obligation to respect), velvollisuuteen suojella niitä (obligation to protect) ja velvollisuuteen toteuttaa ne (obligation to fulfill) (Eide 1987; 2001; Scheinin 2009). Tämä luokittelu on omaksuttu myös TSS-komitean oikeutta terveyteen koskevassa yleiskommentissa.

Velvollisuus kunnioittaa oikeutta pitää sisällään velvoitteen pidättäytyä puutumasta siitä nauttimiseen. Yleiskommentissa todetaan, että oikeuden terveyteen kohdalla tämä tarkoittaa mm. valtioon kohdistettua kieltoa estää tai rajoittaa haa-voittuvassa asemassa olevien ihmisten, kuten vähemmistöjen ja maahanmuuttajien, pääsyä terveyspalveluihin, tai rajoittaa yksilöiden mahdollisuuksia saada terveyttä koskevaa tietoa ja toimia terveytensä edistämiseksi tai ylläpitämiseksi. Vaatimuksessa kunnioittaa on siis ensisijaisesti kyse valtion velvollisuudesta pidättäytyä oikeutta rajoittavasta toiminnasta, ja oikeuden loukkaus tapahtuu, jos valtio toimii tämän pidättäytymisvelvoitteen vastaisesti – kuten esimerkiksi, jos valtio rajoittaa väestönsä oikeutta saada terveyteen liittyvää tietoa.

Velvoite suojella oikeutta terveyteen sisältää muun muassa vaatimuksen, että valtion tulee suojata yksilöitä muiden toimijoiden haitalliselta toiminnalta ja tässä tarkoituksessa esimerkiksi säännellä yksityisten terveyspalvelujen tuottajien toimintaa ja varmistaa lääketurvallisuus. Velvollisuuteen suojella sisältyy myös vaatimus varmistaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävä koulutus ja pätevyys sekä suojella väestöä esimerkiksi terveydelle vaaralliselta ravinnolta ja muilta terveysriskeiltä. Loukkaus tapahtuu, jos valtio laiminlyö suojelovelvoitteen edellyttämät toimet vaikkapa laiminlyömällä elintarviketurvallisuuden varmistamisen.

Velvollisuus toteuttaa oikeus terveyteen edellyttää muun ohella, että valtio ryhtyy tehokkaisiin toimiin terveystalvelujen järjestämiseksi ja terveyden edistämiseksi. Oikeus terveyteen ja sitä edistävät toimet tulee sisällyttää systemaattisesti kansalliseen oikeusjärjestykseen ja politiikan eri sektoreille. Osana tätä velvoitetta valtioiden tulee aktiivisin toimin varmistaa, että kaikilla on yhdenvertainen asema suhteessa terveyden sosiaalisiin määrittäjiin, kuten turvalliseen ja riittävään ravintoon, puhtaaseen veteen ja ympäristöön sekä asianmukaisiin asumis- ja elinoloihin, ja mm. tiedottamisen ja koulutuksen keinoin vahvistaa yksilöiden kykyä tehdä terveyttään koskevia valintoja ja päätöksiä. Näiden toimimisvelvoitteiden laiminlyönti muodostaa sopimusrikkomuksen.

Oikeutta terveyteen koskevassa yleiskommentissa korostetaan, että valtioille seuraa TSS-sopimuksen 12 artiklasta yleinen velvoite pyrkiä tehokkaasti ja johdonmukaisesti käytettävissä olevien resurssiensa rajoissa toimimaan siten, että oikeuden kaikki eri ulottuvuudet toteutuvat mahdollisimman täysimääräisesti. Tähän sisältyy oletus, että oikeuden toteutumista heikentävät toimet ovat lähtökohtaisesti kiellettyjä, ellei niille ole pakottavaa tarvetta ja hyväksyttävää perustetta. Jos valtio joutuu esimerkiksi taloudellisen pakon vuoksi heikentämään oikeutta terveyteen toteuttavia palveluja tai etuuksia, tulee sen kyetä osoittamaan, ettei muita säästökeinoja ole käytettävissä ja että heikennykset ovat hyväksyttävän päämäärän saavuttamiseksi välttämättömiä. Lisäksi valtion tulee varmistaa, että oikeuden heikennykset eivät kohdistu jo ennestään kaikkein haavoittuvimmissa asemassa oleviin ryhmiin. Taloudellisen tilanteen edellyttämien ja siis sinällään hyväksyttävissä olevien heikennysten kohdentaminen kaikkein haavoittuvimmassa asemassa oleviin saattaa muodostaa sopimusrikkomuksen.

Komitea korostaa, että oikeuden terveyteen toteuttaminen edellyttää valtioilta jatkuvia ja tavoitteellisia toimia, jotka asteittain edistävät oikeuden toteutumista. Tämän lisäksi oikeus kuitenkin sisältää myös sellaisia elementtejä, jotka valtioiden tulee toteuttaa välittömästi. Toisin sanoen, kyse ei ole vain tavoitteista, joita kohti tulee asteittain pyrkiä, vaan myös välittömästi toteutettavista velvoitteista. Yksi tällainen on syrjäntäkielto: kaikki ne toimet, joihin valtio ryhtyy oikeuden terveyteen turvaamiseksi, tulee toteuttaa ilman minkäänlaista kehenkään yksilöön tai mihinkään väestöryhmään kohdistuvaa syrjäntää. Siten kaikilla väestöryhmillä tulee esimerkiksi olla yhdenvertainen mahdollisuus päästä kaikkiin niihin terveystalveluihin, joita maassa on tarjolla, ja terveyteen vaikuttavia valintoja koskevan tiedon tulee olla kaikkien saatavilla. Jos tätä velvoitetta ei noudateta, voidaan valtion katsoa syyllistyneen sopimusrikkomukseen.

TSS-komitean Suomea koskevat linjaukset

Terveyteen ja sen edellytyksiin ja edistämiseen liittyvät kysymykset ovat olleet esillä myös TSS-komitean Suomea koskevissa linjauksissa, joita komitea on tehnyt maattamme koskevaa määräaikaisraporttia käsitellessään, ja joita on annettu yhteensä seitsemän kappaletta.

Komitea on muun muassa toistuvasti kiinnittänyt huomiota siihen, että Suomessa erityisesti pääkaupunkiseudulla ei ole riittävästi edullisia majoitusmahdollisuuksia kodittomille, joista suurin osa on alkoholisteja, huumeiden käyttäjiä, perheväkivallan uhreja ja mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä, ja edellyttänyt toimia tilanteen parantamiseksi (ks. E/C.12/1/Add.52 2000 ja E/C.12/FIN/CO/6 2014). Lisäksi komitea on kehottanut Suomea tehostamaan pyrkimyksiään torjua köyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä sekä kehittämään järjestelmän, jolla mitataan ja seurataan systemaattisesti köyhyysastetta (ks. E/C.12/CO/FIN/5 2008). Erityistä huomiota on kiinnitetty lapsiperheiden köyhyyteen ja suositeltu erityisesti tähän ryhmään kohdistettavia köyhyyttä vähentäviä toimia (E/C.12/FIN/CO/6 2014). Näillä kaikilla suosituksilla on liityntöjä paitsi oikeuteen asuntoon ja riittävään toimeentuloon myös oikeuteen terveyteen. Oikeuden terveyteen turvaaminen edellyttää myös näiden terveyttä määrittävien tekijöiden turvaamista.

Komitea on myös suositellut, että Suomi tehostaa pyrkimyksiään torjua alkoholin ja huumeiden väärinkäyttöä sekä puuttua väestön keskuudessa ilmenevien mielenterveysongelmien perussyihin (ks. E/C.12/CO/FIN/5 2008). Viimeisimmissä, vuonna 2014 antamissaan loppupäätelmissä komitea kehotti Suomea ryhtymään veronkorotusten ja mainonnan rajoittamisen lisäksi kaikkiin muihinkin tarvittaviin toimiin, kuten tiedotuskampanjoihin, alkoholin ja huumeiden käytön vähentämiseksi etenkin nuorison keskuudessa (ks. E/C.12/FIN/CO/6 2014). Paikoin komitean suositukset ovat siis varsin konkreettisia.

Komitea on kiinnittänyt Suomen määräaikaisraportteja käsitellessään toistuvasti huomiota puutteisiin haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten esimerkiksi maahanmuuttajien, romanien ja vammaisten henkilöiden, sosiaalisten oikeuksien toteutumisessa ja kehottanut Suomea erityisiin toimiin näiden ryhmien aseman parantamiseksi ja heidän oikeuksiensa toteutumisen edistämiseksi (esim. E/C.12/1/Add.8 1996, E/C.12/CO/FIN/5 2008 ja E/C.12/FIN/CO/6 2014).

Komitea on siis painottanut Suomen kohdalla etenkin TSS-sopimukseen perustuvaa velvoitetta torjua asunnottomuutta, köyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä ja haavoittuvien ryhmien syrjintää ja eriarvoisuutta rakenteellisina ongelmina sekä vähentää päihteiden käyttöä vaikuttamalla sekä rakenteisiin että suoraan yksilön käyttäytymiseen. Huomioilla on kiinteä liityntä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen vaikuttamalla terveyden sosiaalisiin määrittäjiin.

Ihmisoikeuksien mahdollisuuksista ja rajoista

Ihmisoikeudet sitovat oikeudellisesti niitä valtioita, jotka ovat liittyneet oikeuksia tunnustaviin sopimuksiin, kuten YK:n TSS-sopimukseen, jota edellä on tarkasteltu. Valtioilla on tällä perusteella oikeudellinen velvollisuus olla loukkaamatta yksilöille sopimuksessa tunnustettuja oikeuksia, ja loukkauksen tapahtuessa järjestelmä tarjoaa loukkauksen uhrille välineitä puuttua asiaan. Esimerkiksi henkilö, jonka YK:n TSS-sopimuksessa tunnustettua oikeutta on loukattu, voi tietysin edellytyksin saattaa asiansa sopimuksen valvontaelimen tutkittavaksi, joka puolestaan voi todeta valtion syyllistyneen sopimusvelvoitteidensa rikkomiseen ja antaa suosituksia siitä, miten valtion tulisi vastaisuudessa toimia. Tämä on oikeusperustaisen ajattelun ydin. Ihmisoikeuskeskustelussa yksilöt ovat oikeuksien haltijoita eivätkä vain erilaisten toimenpiteiden kohteita, ja heillä on mahdollisuus saattaa oikeuksiaan loukanneen valtion toiminta ulkopuolisen tahon arvioitavaksi. Oikeusperustainen ajattelu muuttaa valta-asemia, sillä oikeuksien haltijalla on valta vaatia oikeuksiensa toteuttamista, eikä hänen roolinsa määriy vain passiiviseksi hyväntekeväisyyteen perustuvien toimien vastaanottajaksi (Yamin 2008, 12).

On kuitenkin huomattava, että etenkin YK:n järjestelmässä sopimusvelvoitteiden noudattamisen valvontakoneisto on verraten heikko. Sopimusten valvontaelinten antamat suositukset eivät rinnastu sitoviin tuomioistuinratkaisuihin, eikä järjestelmässä ole erityistä toimeenpanomekanismia, jolla varmistettaisiin, että valtiot tosiasiaassa täyttävät velvoitteensa ja korjaavat osoitetut epäkohdat. Valtion voidaan siis todeta syyllistyneen sopimusloukkaukseen, mutta jos valtio kieltäytyy toteuttamasta velvoitteitaan ja toimimasta valvontaelimen antamien suositusten mukaisesti, tulevat oikeudellisten täytäntöönpanokeinojen puuttuessa kyseeseen lähinnä poliittiset keinot, jotka ovat puolestaan riippuvaisia poliittisesta tahdosta. Ihmisoikeusjärjestelmän heikkouteen kohdistuvassa kritiikissä on usein kyse juuri valvonta- ja toimeenpanokeinojen heikkoudesta. Mitä merkitystä on valtioon kohdistuvilla ja yksilöä suojaavilla oikeudellisilla velvoitteilla, jos niiden täytäntöönpano yksittäistapauksissa on viimekädessä kiinni valtioiden omista valinnoista? Mitä yksilö hyötyy siitä, että valtion todetaan loukanneen hänen oikeuksiaan, jos valtiota ei kuitenkaan voida pakottaa muuttamaan menettelyään ja hyvittämään tapahtunutta?

Vastauksena tähän kritiikkiin voidaan todeta, että käytännössä valtiot kuitenkin usein pyrkivät toimimaan saamiensa suositusten mukaisesti ja korjaamaan osoitetut ongelmat. Silloinkin kun korjausliikkeitä ei tehdä välittömästi, herättää oikeudenloukkausten näkyväksi tekeminen usein keskustelua ja käynnistää muutosprosesseja. Se, että kansainvälisen ihmisoikeussopimuksen valvontaelin toteaa valtion syyllistyneen sopimusrikkomukseen, tarjoaa tukea kriittisille ja muutoksia vaativille äänille valtion sisällä. Kansainvälisten elinten valtioon kohdistamaa kritiikkiä on vaikea täysin ohittaa (ks. Friedman & Gostin 2015, 324).

Valvonta- ja toimeenpanomekanismien heikkouden lisäksi toinen etenkin TSS-oikeuksiin usein liitetty pulma on se, että sopimukseen perustuvat velvoitteet ovat usein luonteeltaan melko yleisiä ja sisällöltään epätäsmällisiä. Esimerkiksi velvoite ylläpitää terveydenhuoltojärjestelmää ja asteittain kehittää sitä, tai velvoite esimerkiksi tiedotuskampanjoin jakaa tietoa terveydelle haitallisista tekijöistä, jotka ovat TSS-sopimukseen perustuvia velvoitteita, eivät helposti palaudu yksilön oikeudeksi tai valtion konkreettiseksi toimintavelvollisuudeksi, jonka rikkominen on mahdollista todentaa. Poikkeuksen tästä muodostaa jo edellä mainittu syrjintäkielto: esimerkiksi jos tietty väestöryhmä, kuten vaikkapa paperittomat siirtolaiset, systemaattisesti suljetaan terveystalvelujen ulkopuolelle, on käsillä verraten helposti osoitettavissa oleva konkreettinen sopimusloukkaus. Monissa muissa tapauksissa konkreettista toimintavelvoitetta tai sen rikkomista on kuitenkin vaikeampi osoittaa. Millä kriteereillä esimerkiksi arvioidaan, onko jokin tietty valtio kehittänyt terveydenhuoltojärjestelmänsä riittäväsi? Tai miten arvioidaan, onko jokin valtio jakanut väestölleen riittävästi tietoa terveyden edistämisestä tai pyrkinyt riittävässä määrin vaikuttamaan terveyden sosiaalisiin määrittäjiin?

Oikeuteen terveyteen sisältyy useita tällaisia rakenteellisia vaikutuksia, jotka kohdistuvat yhteiskunnan rakenteisiin sekä erilaisten politiikkatoimien, kuten substanssilainsäädännön, strategioiden, ohjelmien ja muiden vastaavien tekijöiden olemassaoloon ja sisältöön (ks. myös London 2008, 70), ja joita ei ole mielekästä pyrkiä palauttamaan yksittäisen henkilön konkreettiseksi oikeudeksi tai sen loukkaukseksi. Tällöinkin velvoitteiden oikeudellinen luonne kuitenkin antaa niille erityisen painoarvon. Sopimukseen liittyneellä valtiolla on oikeudellinen velvollisuus toteuttaa siihen perustuvia velvoitteita kansallisessa järjestelmässään esimerkiksi kehittämällä palvelujärjestelmää, hyväksymällä lainsäädäntöä, laatimalla sopimuksissa tunnustettuja oikeuksia edistäviä strategioita ja ohjelmia sekä seuraamalla niiden toimeenpanoa ja vaikutuksia. Terveysihmisoikeuden kohdalla tämä velvoite koskee kaikkia sen ulottuvuuksia, myös vaatimusta vaikuttaa laajalajaisesti erilaisiin väestön terveyttä määrittäviin tekijöihin. Lisäksi valtiolla on velvollisuus arvioida muilla aloilla toteuttamiensa toimien vaikutuksia ihmisoikeuksien toteutumiseen. Oikeudellisesti sitovasta luonteesta johtuen ihmisoikeusvelvoitteilla on etusija poliittisia valintoja tehtäessä. Jos voidaan osoittaa, että valtio ei toimi velvoitteiden mukaisesti, siihen voidaan kohdistaa kritiikkiä sitoumustensa rikkomisesta. Juuri tähän perustuu oikeusperustaisen ajattelun vahvuus ja se arvo, jonka se voi tuoda terveydestä ja terveyden edistämisestä sekä terveyserojen vähentämisestä käytävään keskusteluun.

Yhden väylän valtioihin kohdistettavalle kritiikille tällaisissa asioissa tarjoavat yllä tarkastellut ihmisoikeussopimusten valvontaelinten antamat maakohtaiset johtopäätökset ja toimintasuositukset oikeuksien toteuttamiseksi, jotka voivat olla luonteeltaan valtioita yleisellä tasolla ohjaavia eivätkä aina yksittäistapauksiin kiinnittyviä. Kuvaava esimerkki tästä on YK:n TSS-komitean vuonna 1996 antamissa Suomea koskevissa loppupäätelmissä ilmaisema huoli sopimuksessa tun-

nustettuja oikeuksia toteuttaviin palveluihin ja etuuksiin kohdistuvien budjettileikkausten vaikutuksista kaikkein haavoittuvimmassa asemassa oleviin. Komitea kehotti Suomen hallitusta ryhtymään tarvittaviin toimiin sen varmistamiseksi, että sosiaaliturvaan kohdistuvat budjettileikkaukset eivät muodosta sopimusvelvoitteiden rikkomusta ja kiinnitti erityistä huomiota sosiaalisesti haavoittuvassa asemassa oleviin, kuten lapsiperheisiin, pakolaisiin sekä ikääntyneisiin ja työttömiin (E/C.12/1/Add.8 1996). Viime kädessä suositusten kuunteleminen ja niihin reagoiminen jää kuitenkin aina sopimusvaltion harkintaan.

Lopuksi

Tässä kirjoituksessa on tarkasteltu kysymystä terveyden edistämisestä ihmisoikeuksien näkökulmasta ja pohdittu, minkälaisia vaatimuksia ihmisoikeusvelvoitteista seuraa valtioille terveyden edistämisen alueella. Lisäksi kirjoituksessa on pohdittu oikeusperustaisen ajattelun merkitystä terveyden edistämisen kannalta.

Ihmisoikeusvelvoitteet ovat oikeutta, joka määrittää politiikkatoimien sisältöä ja asettaa niille rajoja. Ihmisoikeussopimukseen liittyessään valtio sitoutuu toimimaan sopimuksessa tunnustettujen oikeuksien toteuttamiseksi. Lisäksi se sitoutuu pidättäytymään toiminnasta, joka on sopimusvelvoitteiden vastaista esimerkiksi siten, että se heikentää oikeuksien suojaa tai estää niiden toteutumista. Esimerkiksi edellä tarkastelluissa YK:n TSS-komitean Suomelle kohdistamissa linjauksissa todetaan useita sellaisia toimia, joihin Suomen tulee ryhtyä sopimusvelvoitteidensa toteuttamiseksi ja jotka siis tulee ottaa huomioon mm. lainsäädäntöä ja muita politiikkatoimia valmisteltaessa. TSS-sopimuksesta seuraavien velvoitteiden toteuttamiseksi Suomen pitäisi esimerkiksi tehostaa toimiaan sosiaalisen syrjäytymisen ja köyhyyden, erityisesti lapsiperheiden köyhyyden, vähentämiseksi, alkoholin ja huumeiden väärinkäytön torjumiseksi ja mielenterveysongelmien perussyiden ratkaisemiseksi. Lisäksi Suomen pitäisi toimia haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten maahanmuuttajien, romanien ja vammaisten henkilöiden, sosiaalisten oikeuksien vahvistamiseksi. Vastaavasti politiikkatoimet, jotka ovat näiden tavoitteiden vastaisia, kuten haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin kohdistuvat säästötoimet, eivät ole ongelmattomia Suomen sopimusvelvoitteiden valossa. Oikeuksien kieli on vahvempaa ja velvoittavampi kuin politiikan kieli, vaikkakin se avoimuudessaan jättää paljon tilaa myös poliittiselle päätöksenteolle ja priorisoinneille.

Oikeusperustaisen ajattelun vahvistaminen terveyden edistämisestä ja terveyspolitiikasta laajemminkin käytävässä keskustelussa on erityisen tärkeää nyt, kun julkiseen sektoriin kohdistuu huomattavia säästöpaineita ja etuuksia ja palveluja leikataan. Ihmisoikeusvelvoitteista seuraa vaatimus toteuttaa sopeuttamistoimet siten, että ne eivät kohdistu jo ennestään kaikkein haavoittuvimmassa asemassa oleviin. Samalla on kuitenkin varmistettava, että oikeuksien kieltä ei käytetä vä-

rin. Mitä tahansa toivetta tai tavoitetta ei pidä erehtyä muotoilemaan ihmisoikeusargumentin muotoon, vaan ainoastaan ne vaateet, jotka kiinnittyvät valtiota sitoviin ihmisoikeussopimuksiin. Se, minkä sisältöisiä oikeuksia ja velvollisuuksia ihmisoikeussopimuksista seuraa, edellyttää tulkintaa ja ihmisoikeussopimusten tulkinta puolestaan pidättäytymistä oikeudellisen tulkinnan välineissä.

Mitä opimme?

- ◆ Kirjoituksessa tarkastellaan velvoitetta edistää yksilöiden ja väestön terveyttä ihmisoikeuksien näkökulmasta. Tarkastelu kohdistuu YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan yleissopimuksen (TSS-sopimus) 12 artiklaan, jossa turvataan oikeus terveyteen.
- ◆ Ihmisoikeusnormistoon sisältyy velvoite edistää yksilöiden ja ryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja väestön terveyttä ja hyvinvointia vaikuttamalla niitä määrittäviin tekijöihin ja rakenteisiin, kuten mm. ravitsemukseen, asumisoloihin, toimeentuloon, koulutusmahdollisuuksiin, sosiaaliturvaan ja elinympäristön turvallisuuteen. Rakenteisiin vaikuttamisen lisäksi valtioilla on velvollisuus tarjota tietoa ja pyrkiä vaikuttamaan ihmisten käyttäytymiseen siten, että he voivat tehdä omaa elämänsä koskevia tietoisia ja tietoon perustuvia valintoja.
- ◆ YK:n TSS-sopimuksen 12 artiklan perusteella terveyden edistäminen tulee nähdä koko yhteiskunnan läpäisevänä, tavoitteellisena toimintana, jossa asetetaan tavoitteita ja suunnitellaan, valmistellaan, toimeenpannaan ja arvioidaan terveyden edistämiseen tähtäviä strategioita, jotka läpäisevät eri elämänaikat. Terveyden edistäminen on kokonaisvaltaista toimintaa.
- ◆ Ihmisoikeussopimukset sitovat niihin liittyneitä valtioita oikeudellisesti, ja valtioilla on velvollisuus turvata sopimuksissa tunnustetut oikeudet. Ihmisoikeudet tarjoavatkin vahvan kielen eriarvoisuuksien ja epäkohtien osoittamiseksi ja muutoksen vaatimiseksi. Vaateen määrittäminen sitovaksi velvollisuudeksi ja sen laiminlyönnin määrittäminen ihmisoikeusloukkaukseksi antaa sille erityisen painoarvon.
- ◆ Ihmisoikeuksien sitovasta luonteesta huolimatta oikeuksien sisällön epätasällisyys ja tulkinnanvaraisuus ja niiden toimeenpanon heikkous vähentävät niiden merkitystä käytännössä. Tästä huolimatta ihmisoikeusnormisto tarjoaa meillä Suomessa vielä verraten vähän tunnettuja näkökulmia ja käytettyjä välineitä terveyden edistämisestä käytävään keskusteluun.

Lähteet

- Chapman, Audrey R. (2010) The Social Determinants of Health, Health Equity, and Human Rights. *Health and Human Rights* 12(2), 17–30.
- Commission on Social Determinants of Health (2008) Final Report, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf [luettu 4.7.2016]
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health. <http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/2001/e2001-22.pdf> [luettu 4.7.2016]
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations, Finland, E/C.12/1/Add.8 1996. <http://www.un.org/> [luettu 4.7.2016]
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations, Finland, E/C.12/1/Add.52 2000. <http://www.un.org/> [luettu 4.7.2016]
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations, Finland, E/C.12/CO/FIN/5 2008. <http://www.un.org/> [luettu 4.7.2016]
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations, Finland, E/C.12/FIN/CO/6 2014. <http://www.un.org/> [luettu 4.7.2016]
- Eide, Asbjorn (1987) Report on the Right to Adequate Food as a Human Rights. UN doc.E/CN.4/Sub.2/1987/23 7 July 1987. <http://www.un.org/> [luettu 4.7.2016]
- Eide, Asbjorn (2001) Economic, social and Cultural Rights as Human Rights. Teoksessa Asbjorn Eide, Catarina Krause and Allan Rosas (toim.) *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook*. Second revised edition. The Hague: Martinus Nijhoff Publishers, 9–28.
- Friedman, Eric A. & Gostin, Laurence O. (2015) Imagining Global Health with Justice: In Defense of the Right to Health. *Health Care Analysis* 23, 308–28.
- Hyttinen, Sanna (2009) Kauan odotettu valitusmahdollisuus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevaan yleissopimukseen. *Oikeus* 38(2), 207–17.
- London, Leslie (2008) What is a Human Rights-Based Approach to Health and Does it Matter? *Health and Human Rights* 10(1), 65–80.
- Rasanathan, Kumanan, Norenhag, Johanna & Valentine, Nicola (2010) Realizing Human Rights-Based Approaches for Action on the Social Determinants on Health. *Health and Human Rights* 12(2), 49–59.
- Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/> [luettu 4.7.2016]
- Scheinin, Martin (2009) Characteristics of Human Rights Norms. Teoksessa Catarina Krause and Martin Scheinin (toim.) *International Protection of Human Rights: a Textbook*. Turku: Åbo Akademi University, Institute for Human Rights, 19–37.
- Sihto, Marita (2013) Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski ja Kimmo Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 14–38.
- Yamin, Alivia Ely (2008) Beyond Compassion: The Central Role of Accountability in Applying Human Rights Framework to Health. *Health and Human Rights* 10(2), 1–20.

II
TOIMINTAPOLIITTISIA
RATKAISUJA

Eriarvoisuutta vähentävä toiminta alkoholihaittojen ehkäisyssä

Tasa-arvoisesti kaikkia kohtelevana politiikkana alkoholin saatavuuden sääntely on ollut poliittisesti hyväksyttävä tapa rajoittaa juomien saatavuutta, toisin kuin aikoinaan ostajantarkkailumenetelmä tai sitä ennen kieltolaki. Universaalit poliittiset toimet pyrkivät muuttamaan ympäristöjä, eivät suoraan yksilöiden käyttäytymistä. Ympäristön ominaisuudet, esimerkiksi se miten helppoa tai halpaa alkoholijuomien osto on, tai miten paljon alkoholijuomia esitellään tai mainostetaan, vaikuttavat yksilöön, mutta jättävät viimekätisen päätöksenteon hänelle.

Alkoholin tuotannon ja myynnin sääntely muodostaa edelleen pohjan kustannustehokkaalle ja tulokselliselle alkoholihaittojen ehkäisylle koko väestön keskuudessa. Pohjoismainen alkoholipolitiikka rakentuu kolmen tukipilarin varaan: yksityisen voitontavoittelun rajoittaminen alkoholijuomien tuotannossa ja myynnissä, alkoholin saatavuuden fyysiset rajoitukset esimerkiksi monopolimyyntöiden muodossa sekä juomien hintojen pitäminen suhteellisen korkeina verotuksella (Tigerstedt ym. 2006). Pohjoismailla on pitkä alkoholin tuotannon, myynnin ja kulutuksen kontrollin perinne jo raittiusliikkeen historiaan pohjautuen. Viime vuosikymmeninä politiikassa on tapahtunut suuria muutoksia vapaampaan suuntaan ennen kaikkea eurooppalaistumisen ja sisämarkkinoiden laajentumisen vuoksi (Karlsson 2014). Suomalaisten alkoholipoliittiset asenteet tukevat silti edelleen laajalti nykyisiä rajoituksia (Mäkelä ym. 2010; Härkönen 2013, 52–3).

Useat pohjoismaiset hyvinvointivaltiot ovat suosineet 1970-luvulta lähtien niin sanottua kokonaiskulutusmallia alkoholipolitiikkansa taustateorian (Tigerstedt 2001). Mallin lähtökohtana on monissa tutkimuksissa osoitettu vahva yhteys väestötasoisien alkoholinkulutuksen ja eri haittojen välillä: mitä suurempi on väestön kokonaiskulutus, sitä todennäköisemmin alkoholihaittoja esiintyy. Niinpä kansanterveyttä edistävän alkoholipolitiikan tavoitteena on tietyn väestön tai koko kansan kuluttaman alkoholin kokonaismäärän rajoittaminen (Bruun ym. 1975; Babor ym. 2010). Vaikka kokonaiskulutusmalliin perustuvien toimien avulla voidaan säädellä alkoholikulutuksen kokonaismäärää ja sitä kautta haittoja, ne eivät tehokkaasti vähennä alkoholihaittoista kärsivien väestöryhmittäisiä eroja. Aiemmin hintaruuvi ehkä vaikutti vähätuloisten juomatapoihin muita enemmän,

tehden monista alkoholijuomista harvoin ostettuja luksustuotteita, mutta elintason noustessa alkoholista on vähitellen tullut kaikkien saatavilla oleva, yleinen hyödyke. Saatavuuden rajoitukset kohdistuvat melko yhtäläisesti myös maan eri osissa asuviin, sillä lähes kaikkialla on nykyisin runsaasti alkoholijuomia myyviä liikkeitä ja ravintoloita. Kulttuurin ja asenteiden muutokset ovat myös hävittäneet naisten ja miesten välisiä eroja alkoholin käytössä, ja alkoholinkäyttö on nykyään osa naisten elämää siinä kuin miestenkin. Tosin miehet edelleen käyttävät suurimman osan Suomessa juodun alkoholin kokonaismäärästä (Mäkelä ym. 2010).

Alkoholin kulutus kasvoi Suomessa vuosina 1958–2006 kahdesta litrasta noin kymmeneen litraan sataprosenttista alkoholia asukasta kohden. Kasvu perustuu moniin tekijöihin: hintojen ja tulojen muutoksiin, alkoholin saatavuuden parantumiseen sekä elinolojen ja kulttuurin muutoksiin. Tulojen ja hintojen muutosten vaikutus alkoholijuomien kulutukseen koskee Suomen ohella muitakin maita. (Karlsson & Österberg 2010; Babor ym. 2010). Vuonna 2004 toteutettujen alkoholipoliittisten muutosten eli matkustajatuontikiintiöiden poistamisen ja alkoholijuomien valmistusverojen alentamisen sekä Viron EU-jäsenyyden jälkeen kulutus ja siihen liittyvät haitat nousivat Suomessa uudelle tasolle. Alkoholikuolemien kasvu oli erityisen selvää vähävaraisilla suurkuluttajilla (Österberg & Mäkelä 2008, 310–23).

Alkoholijuomien saatavuutta sääntelevät keinot ovat Suomessa edelleen laajalti käytettävissä ja väestö kannattaa niitä. Lukuisat tutkimukset eri maista ovat osoittaneet nämä toimet tehokkaiksi alkoholihaittojen ehkäisijöiksi (Babor ym. 2010). Muut keinot, kuten alkoholilainsäädännön noudattamisen tehokas valvonta, varhainen puuttuminen alkoholin riskikäyttöön terveydenhuollossa, ehkäisevä päihdetyö ja työpaikkojen hoitoonohjaus ja väestön haittietoisuutta lisäävät valistustoimet, täydentävät alkoholikontrollikeinoja. Keinot eivät ole toisiaan pois sulkevia, vaan parhaimmillaan ne tukevat toisiaan.

Alkoholin kulutukseen liittyvät haitat vaihtelevat sosioekonomisten erojen mukaan

Epidemiologiset tutkimukset osoittavat, että alkoholin kulutukseen liittyvät haitat vaihtelevat sosiaaliekonomisten erojen mukaan. Vakavien alkoholikulutuksen haittavaikutusten, kuten alkoholiin liittyvien kuolemien ja sairaalahoitojaksojen, on havaittu olevan monta kertaa yleisempiä alemmissa kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Alkoholiperäiset kuolinsyyt (alkoholiperäiset sairaudet ja alkoholimyrkytykset) olivat Suomessa työikäisten miesten ja naisten suurin yksittäinen kuolinsyiden pääryhmä vuonna 2011 (Palosuo ym. 2013,109; Tarkiainen ym. 2011).

Koko väestön tasolla erilaisten alkoholihaittojen lukumäärä seuraa melko läheisesti alkoholin kokonaiskulutuksen muutoksia (Karlsson & Österberg 2010).

Yhteys juodun määrän ja haittojen välillä ei kuitenkaan ole yksinkertainen, ja siihen vaikuttaa myös mm. juomisen tyyli. Myös siinä on sosiaaliryhmittäisiä eroja (Mäkelä ym. 2010, 259). Erot alkoholikuolleisuudessa ja sairaalakäynneissä näyttäisivät kuitenkin olevan suuremmat kuin mitä voidaan juomatapojen avulla selittää. Mäkelä ja Paljärvi (2008) totesivat, että alkoholiin liittyvän sairastavuuden ja kuolleisuuden väliset erot ruumiillisen työn tekijöiden ja toimistotyön tekijöiden välillä olivat vain pieneltä osin seurausta juomistapojen eroista. Runsaan juominen lisäsi vakavien haittojen riskiä enemmän työntekijäryhmässä kuin toimihenkilöryhmässä, ja riskit olivat heidän keskuudessaan selvästi suurempia kaikilla juomistasoilla ja kaikilla runsaan kertakäytön tasoilla. Tulokset viittaavat siihen, että samanlaisten juomistapojen riskit ovat vakavampia alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä (Mäkelä & Paljärvi 2008). Kirjoittajat toteavat, että havaittujen erojen syiden selvittäminen vaatii lisätutkimusta, mutta että yksi todennäköinen syy voisi liittyä mm. sosiaaliseen tukeen. Ylempien sosiaaliryhmien miehet ovat useammin naimissa ja heillä on perhe. Lisäksi paremmin koulutettujen henkilöiden työnantajat saattavat panostaa enemmän työntekijänsä juomisen kontrolliin ja juomisongelmien hoitamiseen. Myös alkoholin käytön tilanteet voivat ylempissä sosiaaliryhmissä olla vähemmän riskialttiita: esimerkiksi juomapaikka on turvallisempi, kotiin palataan taksilla jne. Riskitekijöiden kasautuminen lapsuudesta alkaen voi myös lisätä yksilön haavoittuvuutta. On havaittu, että lapsuuden aikainen alhainen sosiaalinen asema lisää alkoholikuolemien riskiä henkilön omasta sosiaalisesta asemasta riippumatta (Lawlor ym. 2006).

Samalla kun alkoholin kokonaiskulutusta on pyritty sääntelemään universalistisen alkoholipolitiikan keinoin, on aina ymmärretty myös muunlaisten, enemmän tiettyihin väestöryhmiin kohdennettujen toimien sekä tiettyihin tilanteisiin tai ympäristöihin liittyvien toimien tarpeellisuus. Ne ovat perusteltuja paitsi terveyspoliittisista myös muista syistä, ja tavoitteena on sekä juojan itsensä että muiden ihmisten huomioiminen (Warpenius ym. 2013). Näitä toimia ovat mm. ikärajalainsäädännön toimeenpano, joka tähtää nuorten ja lasten kokonaisvaltaiseen suojeluun, ja tilanneraittiuden edistäminen tapaturmien ja yleisen epäjärjestyksen vähentämiseksi. Humalaisille anniskelun ja myynnin kiellolla taas yritetään rajoittaa väkivaltaa, onnettomuuksia, ympäristön epäviihtyisyyttä sekä humalaisten muille tuottamia häiriöitä. Lisäksi kohdennettuihin toimiin voidaan lukea nuorille ja lapsille suunnatun markkinoinnin rajoitukset.

Lähiympäristö ja kasvuolot vaikuttavat haittoihin

Terveyteen vaikuttavat muun muassa ihmisen varallisuus, tulot, koulutus, sukupuoli ja etnisyys. Näiden eriarvoistavien yhteiskunnallisten perustekijöiden lisäksi kulttuurin, uskonnon ja yhteisön ominaisuuksien muokkaamat lähiympäristön ominaisuudet antavat yksilöille erilaisia kasvun edellytyksiä. Lähiympäristön

ominaisuuksiin luetaan erilaiset arkielämän piirteet, kuten perhe, kotiolot, ystävät, ravinto, vapaa-ajan vieton ja kouluttautumisen väylät. Ne vaikuttavat siihen, miten yksilö altistuu terveyttä heikentäville tekijöille (Viner ym. 2012; Marmot ym. 2012).

Päihdehaittojen riski periytyy usein sukupolvelta toiselle. Tämän vuoksi sukupolittainen tasa-arvo on tärkeää kestäväen kehityksen ja tulevia sukupolvia koskevan sosiaalisen tasa-arvon saavuttamisessa. Yhteiskunnallisten toimien merkitystä tulisi arvioida sen mukaan, miten ne vaikuttavat tuleviin sukupolviin. Seurantatutkimukset osoittavat, että lapsen varhaisvuosien kehitys, elinmahdollisuudet ja lopulta terveys on pitkälti riippuvainen vanhempien ja isovanhempien sosiaaliloudellisesta asemasta, asuinpaikasta, kulttuurista ja traditioista, koulutuksesta ja työllistymisestä, tuloista ja varallisuudesta, elintavoista ja käyttäytymisestä sekä myös geneettisestä perimästä (Marmot & Allen 2013, 70). Terveystavoitteeksi on asetettava, että jokainen lapsi saa elämälleen parhaan mahdollisen alun.

Arkielämän kokonaisuus muodostaa yksilöä lähinnä olevan eriarvoisuuteen vaikuttavan tason. Esimerkiksi perheen normit ja asenteet vaikuttavat voimakkaasti nuoren tupakointiin, alkoholinkäyttöön ja seksuaaliseen käyttäytymiseen. Vanhempien omat tavat voivat vaikuttaa suoraan nuoren käyttäytymiseen, antaen mallin terveydelle myönteiseen tai riskejä sisältävään käyttäytymiseen (Viner 2012, 1647; Raitasalo ym. 2011).

Vanhempien vakavat päihdeongelmat aiheuttavat lapsille helposti pitkäaikaisen stressin, joka heijastuu monella tavoin heidän hyvinvointiinsa ja menestymiseensä. Vuonna 2012 nuorille tehdyssä nettikyselyssä 26 prosenttia vastaajina olleista 12–18-vuotiaista raportoi ainakin joskus kokeneensa haittoja vanhemman alkoholin tai huumeiden käytöstä (Takala & Ilva 2012, 177; Takala & Roine 2013, 29). Nuoret mainitsivat negatiivisina kokemuksina perheriidat, häpeän vanhemmista, ahdistuneisuuden ja pelon tunteen sekä unen puutteen. Monien luottamus vanhempiin oli kärsinyt ja lapselle annettuja lupauksia oli petetty. Nuoret mainitsivat negatiivisina kokemuksina usein myös rahavaikeudet, perheen hajoamisen tai väkivallan.

Vanhemman päihdekäytön haitalliset vaikutukset voivatkin olla lapsen ja nuoren terveydelle monella tavoin mittavat. Osa vaikutuksista ilmenee jo ennen kouluikää. Suomalaisessa rekisteriaineistoihin perustuvassa tutkimuksessa havaittiin, että äitien päihdeongelmalla on yhteys pienten (alle kuusivuotiaiden) lasten tapaturmariskiin, somaattiseen sairastavuuteen ja psyykkisen kehityksen sekä käyttäytymisen häiriöihin. Lapsen sairaalakäynnit olivat tilastollisesti merkitsevällä tavalla yleisempiä päihdeäitien lasten kuin muiden lasten keskuudessa (Raitasalo & Holmila 2012; Holmila ym. 2013, 36–46).

Laajojen eri maissa tehtyjen epidemiologisten tutkimusten mukaan päihteitä runsaasti käyttävien vanhempien lapsilla on kohonnut riski kokea erilaisia lapsuuden- ja nuoruudenajan vaikeuksia sekä suurempi todennäköisyys käyttäytyä

ongelmallisesti katsotulla tavalla ja käyttää runsaasti päihteitä (Emschoff & Price 1999; Lieb ym 2002; Hyytiä 2003; Kestilä 2008). Myös yhteys aikuisiän ongelmariikkiin on havaittu useissa seurantatutkimuksissa (Jacob 2000; Pulkkinen 2006; Pitkänen ym. 2008). Kysymys on kuitenkin vain riskistä, ja ongelmien esiintymisessä on suurta vaihtelua. Suuri osa päihdeongelmaisten perheiden lapsista selviytyy myöhemmässä elämässä hyvin (Harter 2000; Orford ym. 2005).

Lapsuuden kuormittavien tapahtumien seuraukset näyttävät usein ilmenevän teini-iässä, tai ainakin silloin ne tulevat myös kasvattajien tietoon. Nuoren häiriökäyttäytymisen sekä somaattisten, psyykkisten että sosiaalisten riskitekijöiden on todettu usein kasautuvan samoille henkilöille, ja on alettu puhua moniongelmaisista nuorista. Nuoruusajan ongelmakäyttäytyminen ei tietenkään deterministisesti määrää ongelmien jatkumista aikuisiässä (Biglan ym. 2004). Lasten epäsuotuisat kokemukset eivät välttämättä ja aina aiheuta pysyviä ongelmia. Perheen ulkopuolinen ympäristö ja laajempi asuin- ja kasvuyhteisö voivat vaikuttaa ratkaisevasti siihen, miten lapsi tai nuori selviää epäsuotuisista lapsuudenkokemuksistaan ja millaisia omaan elämäänsä vaikuttavia ratkaisuja hän tekee.

Kokemuksia ehkäisevän päihdetyön saralta

Suomessa toteutettua käytännön päihdetyötä voi arvioida ”terveyttä kaikissa poliitikoissa” -ajattelutavan valossa. Käsitettä on usein käytetty keskusteltaessa kansallisen tason sektorien välisestä yhteistyöstä, mutta se on myös olennainen osa paikallisen tason konkreettista yhteisölähtöistä työtä. Hyvä varhainen esimerkki tästä oli *Pohjois-Karjala-projekti* (Puska 1995). Samalla kun valtiollinen politiikka uudisti terveydenhoidon peruspalveluita, paikallisella tasolla toteutettiin Pohjois-Karjala-projekti, joka muutti kulttuuria ja toteutti elintapoihin vaikuttavaa valistusta. Yhteisö voi myös kannustaa vastuulliseen elinkeinotoimintaan sellaisilla terveyteen vaikuttavilla aloilla kuten ruoka- ja nautintoaineiden myynti ja tarjoilu.

Ehkäisevän päihdetyön konkreettiset mallit ovat alun perin kehittyneet Suomessa melko irrallaan yleisen terveyden edistämisen keskustelusta. Tähän lienee vaikuttanut se, että ehkäisevän päihdetyön historialliset juuret ovat raittiustyössä, ja myös asiantuntijaorganisaatiot rakentuivat alkuvaiheessa tälle perinteelle. Viime vuosikymmeninä ehkäisevän päihdetyön ja muun kansanterveyden ja hyvinvoinnin edistämisen integraatioon on kiinnitetty yhä enemmän huomiota. Tutkimus ja kansainväliset vaikutteet ovat olleet avuksi kehitettäessä instituutioiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua. Paikallistasolla moniammattillinen työ ja erilaisten työmuotojen koordinaatio on tullut osaksi arkista toimintaa (Warpenius ym. 2015).

Seuraavassa kuvaan yhteisöpohjaisen ehkäisevän päihdetyön kehityksen pääpiirteitä Suomessa viimeisten 20 vuoden ajalta. Tarkastelu jättää ulkopuolelle monia ehkäisevän päihdetyön muotoja, etenkin niitä, joita toteutetaan terveyden-

hoitojärjestelmän ja sosiaalityön sisällä. Näitä on käsitelty muun muassa Alkoholiohjelman työsuunnitelman julkaisussa (Fors ym. 2013).

Laaja-alaisen ehkäisevän päihdetyön edistämisen ajattelumalli alkoi saada enemmän jalansijaa Suomessa 1980-luvulta alkaen. Muiden maiden esimerkit vaikuttivat: etenkin angloamerikkalaisissa maissa oli kehittynyt rohkaiseva ”Community prevention” (yhteisölähtöinen) -perinne (Foxcroft & Tsertsvadze 2011; Holder 2000) ja myös Ruotsissa aloitettiin yhteisöprojektit Tukholmassa ja Malmössä (Wallin 2005). Kotimaassa Pohjois-Karjala-projekti (Puska ym. 1995) oli menestyksekkäästi edistänyt yhteisöpohjaista terveyden edistämistä, ja se vaikutti myös kannustavasti *Paikallinen alkoholipolitiikka* -kehittämishankkeen (Holmila ym. 2009) käynnistämiseen. Muita kansainvälisiä vaikutteita olivat mm. Ottawan terveyden edistämisen julistus vuonna 1986, *Terve Kaupunki* -verkosto, sekä WHO:n Euroopan aluetoimiston toiminta. Ne lisäsivät kiinnostusta yhteisöllisen ehkäisytöön ja siihen liittyvän tutkimuksen tekemiseen Suomessa.

1980-luvun lopulla käynnistyi Suomessa *Lahti*-projekti WHO:n Euroopan aluetoimiston esimerkkiprojektina. Laajan paikallisen yhteistyöprojektin puitteissa kehitettiin ja arvioitiin mini-interventiota terveydenhuollossa, erilaisia yhteisötapahtumia ja valistusta, nuorille suunnattua kasvatustyötä, kehitettiin ongelmaperheille tarkoitettua tukea ja tutkittiin paikallisen alkoholipolitiikan mahdollisuuksia mm. selvittämällä avainhenkilöiden mielipiteitä ja järjestämällä tarjoilijakoulutusta. Valmistuttuaan *Lahti*-projekti sai huomiota ulkomailla ja Suomessakin asiantuntijoiden keskuudessa (Holmila 1997), mutta toiminnot eivät juuri levinneet muille paikkakunnille.

Alkoholipolitiikan kehitys

Alkoholipoliittinen kehittämistyö eteni Suomessa muutenkin vaikeasti Euroopan unioniin liittymisen jälkeisinä ensimmäisinä vuosina (Karlsson 2014, 42). Maan alkoholipoliittinen rakenne purettiin, eikä uuden luominen heti edennyt vähentyneiden resurssien vuoksi ja eurooppalaista kaupan ja kulutuksen vapautta korostavassa ilmapiirissä. Ennen Suomen liittymistä Euroopan unioniin Alko hallitsi Suomessa alkoholipoliittisen toimijakentän kaikkia tasoja. Sen tehtäviin kuului alkoholipoliittinen suunnittelu, yhteiskunta- ja biolääketieteellinen alkoholitutkimus, lupahallinto ja -valvonta sekä kansalaisille suunnattu valistus. 1990-luvun alussa alkoholipoliittinen toimijakenttä muuttui kaksinapaisesta moninapaiseksi (Alkoholiohjelmalla 2004, 107–20; Tigerstedt 2001). Yli 4,7 tilavuusprosentin alkoholijuomien vähittäismyynti säilyi monopolilla, mutta alkoholipoliittiset toimet siirrettiin muualle: lupahallinto ja valvonta nykyisen Valviran edeltäjälle ja lääninhallituksille (nykyisin aluehallintoviranomaiset), valistus kansalaisjärjestöille ja niiden keskusjärjestöille, kuntien ehkäisevän päihdetyön ohjaus ja tutkimus Stakesiin (nykyisin THL) ja alkoholitutkimus ministeriön alaisiin tutkimuslaitok-

siin (nykyisin THL). Kunnissa toimivien ammattilaisten lukumäärä laski huomattavasti. Vuonna 1991 lakkautettiin kuntien 400 alkoholitarkastajan virkaa. Lähes joka kunnassa olleet lakisääteiset raittiuslautakunnat myös lakkautettiin ja raittiusliikkeen toimet siirrettiin muille lautakunnille, joista ne 1990-luvun aikana suurimmaksi osaksi lopetettiin tai yhdistettiin muihin toimiin tai nimettiin uudestaan ehkäisevän päihdetyön tehtäviksi.

Hallituksen kahta ensimmäistä EU-aikaista alkoholiohjelmalla onkin luonnehdittu epäonnistuneiksi (Karlsson 2001; Ugland 2002). Alue- ja paikallistason ammattilaiset kuitenkin pyrkivät ylläpitämään ehkäisevän päihdetyön ammattitaitoja ja yhteistyöverkostoja. Tätä tukemaan käynnistettiin vuonna 2000 valtakunnallinen päihdeyhdyshenkilöverkosto osana *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa* (TATO). Kaikissa kunnissa tuli olla moniammatillisen ehkäisevän päihdetyön ryhmä, joka koostuu kunkin kunnan itse määrittämistä tahoista (usein mukana ovat sosiaali- ja terveystoimi, koulut, nuorisotoimi, poliisi, seurakunta, päihdehoito, kansalaisjärjestöjä, mielenterveyden edistämisen parissa työskentelevät, liikuntatoimi) ja työn koordinaatiosta vastaava nimetty henkilö. Kunnista 89 prosenttia nimitti päihdeyhdyshenkilön (Warpenius 2002).

Vuoden 2004 Alkoholiohjelma oli Suomen hallituksen ensimmäinen vakava yritys alkoholiongelmien vähentämiseksi sitten vuoden 1995 (Karlsson 2014, 42). Tässä alkoholiohjelmassa nostettiin entistä selkeämmin esiin ehkäisytyön merkitys alkoholihaittojen ehkäisyssä ja korostettiin yhteistyön ja vapaaehtoisten kumppanuuksien merkitystä julkisen sektorin, järjestöjen ja alkoholikentän taloudellisten toimijoiden välillä. *Paikallinen alkoholipolitiikka* -kehittämishanke (Pakka 2004–2008) kirjattiin osaksi tätä ohjelmaa (Holmila ym. 2009).

Pakka – suomalainen sovellus yhteisöllisestä ehkäisevästä päihdetyöstä

Paikallinen ja muu yhteisöllinen toiminta on terveyden eriarvoisuuden vähentämisen kannalta rajallista, sillä sen kautta voidaan vain vähäisessä määrin vaikuttaa yhteiskunnan perustaviin eriarvoisuustekijöihin, kuten talouteen ja poliittiseen rakenteeseen. Mutta se soveltuu erityisen hyvin kahteen tehtävään: ensinnäkin alkoholin myyntiä ja ehkäisevää päihdetyötä ohjaavan lainsäädännön käytännön toimeenpanoon ja toimeenpanon toteutumisen demokraattiseen valvontaan sekä toiseksi lähiympäristössä vaikuttamiseen, asuinyhteisöjen, perheiden ja yksilöiden tukemiseen ja asenteiden muuttamiseen.

Kansainvälinen ja myöhemmin kansallinen tutkimus on osoittanut, että paikallistason toimintamallein on mahdollista vähentää alkoholihaittoja (esim. Holder ym. 1997; Holmila ym. 2009; Foxcroft & Tsertsvadze 2011). Nämä yhteisö- ja järjestelmätason interventiot tähtäävät paikallisten rakenteiden sekä sosiaalisten ja taloudellisten järjestelmien muuttamiseen yhdistämällä alkoholijuomien saa-

tavuuden sääntelyn niin sanottuihin pehmeämpiin menetelmiin, joilla tähdätään asenteiden muuttamiseen sekä yhteisön juomiseen liittyvien sosiaalisten sääntöjen ja alkoholikulttuurin kehittämiseen (Holmila ym. 2009; Warpenius ym. 2012).

Pakka-toimintamallissa halutaan korostaa nimenomaan saatavuuteen puuttumista, sillä se lisää työn vaikuttavuutta tuomalla uuden näkökulman perinteisen valistamisen ja tiedottamisen rinnalle. Toiminnan kärki kohdistuu alkoholilain toimeenpanon ja valvonnan vahvistamiseen (universalismi), mutta universalismia sovelletaan syventämällä sitä yhteisötoiminnan periaatteiden mukaisesti osallistavalla toiminnalla. Toiminta voi keskittyä niihin päihdehaittoihin, jotka yhteisö kokee keskeisiksi (esimerkiksi alaikäisten alkoholiostot, humalaisuus). Asuinalueilla ja kunnissa pyritään aktivoimaan ihmisiä omaehtoiseen toimintaan elintapojen ja haittojen varhaisen ehkäisyn kehittämiseksi.

Ehkäisevän työn kohdistaminen yksittäisten ihmisten sijaan heidän elinympäristöönsä ja yhteisöön vähentää koko väestölle aiheutuvia haittoja. Samalla voidaan käyttää yhteisön voimavaroja niin, että myös heikoimmassa asemassa olevat tulevat huomioiduksi, ja näin voidaan merkittävästi vähentää eriarvoisuuden vaikutuksia yksilön terveyteen ja selviytymiseen. Esimerkiksi muut kasvattajat kuin omat vanhemmat (koulussa, nuorisotyössä, harrastuspiireissä jne.) voivat olla tukena vaikeissa oloissa kasvaville lapsille. Koko yhteisö voi kiinnittää huomiota niihin ympäristön piirteisiin, jotka lisäävät terveyden kannalta epäsuotuisten elintapojen omaksumista ja muuttaa niitä. Vastuuton alkoholimyynti, aggressiivinen myynnin edistäminen tai terveellisten harrastusmahdollisuuksien puute ovat esimerkkejä näistä piirteistä.

Paikallinen toiminta voi vähentää ongelmien sosiaalista periytymistä

Paikallinen toiminta voi vähentää ylisukupolvisten syrjäytymis- ja terveystarkien periytymistä perheissä ja lisätä kasvavan yksilön kykyä selviytyä hyvin elämässään. Olennaista on myös huomata, että nämä toimenpiteet kohdistuvat koko väestöön eivätkä erityisesti fokusoidu ongelmisiin perheisiin tai nuoriin, mikä saattaisi auttamisen sijasta lisätä eriarvoisuuden kokemusta.

Yhteisötoiminnan erityinen voimavara on mahdollisuus aktivoida yksilöt itse toimimaan omassa ympäristössään. Päihdehaittojen ehkäisyssä on tärkeää lähestyä esimerkiksi vanhempia, nuoria tai päihdeongelmasta toipuvia siten, että he innostuvat osallistumaan yhteisön kehittämiseen itselleen sopivalla tavalla. Useimmissa päihde-ehkäisyn yhteisöprojekteissa on myös onnistuttu aktivoimaan alkoholijuomia myyvät henkilöt ja yritykset muokkaamaan omaa toimintaansa haittoja vähentävään suuntaan. Toiminnan omistajuus voidaan siirtää yhteisölle, ja silloin myös asenteiden muutos tulee todennäköisemmäksi.

Tällaisista lähtökohdista rakennettu Pakka-toimintamalli yhdistää julkisen sääntelyn, vastuulliset markkinat, ehkäisevän päihdetyön toimijat sekä median ja kansalaiset paikallisen tason toimintaan alkoholihaittojen minimoimiseksi. Mallin keskiössä on vastuullisen myynnin ja anniskelun edistäminen. Huomiota kiinnitetään myös kysynnän ehkäisyyn ja valistukseen. Samaan suuntaan vaikuttavien yksittäisten toimien tehokkuutta voidaan lisätä toteuttamalla ne yhtäaikaaisesti siten, että mielipidevaikuttaminen ja koulutus tukevat alkoholijuomien saatavuutta säänteleviä kontrollipoliittisia toimia. Toiminta on onnistunut parhaiten siinä, että se lisää vastuullista alkoholimyyntiä ja tarjoilua ja muuttaa aikuisten asenteita nuorten juomista vähemmän salliviksi (Holmila ym. 2009; Warpenius & Holmila 2012, 173–9).

Nuorten päihteidenkäytössä ja vanhempien asenteissa on kymmenen viime vuoden aikana havaittu muutoksia. Ne eivät toki ole yksittäisten projektien tai lainsäädäntötyön tulosta, vaan seurausta siitä yhteiskunnallisen keskustelun ja toiminnan kokonaisuudesta, jonka osia yksittäiset toiminnot ovat. Asenteet nuorten juomiseen näyttävät vanhempien keskuudessa kiristyneen kaikissa sosiaaliryhmissä vuosina 2006–2014 (Raitasalo & Holmila 2014). Myös nuoret itse raportoivat alkoholin saatavuuden vaikeutuneen ja että vanhemmilta saadun alkoholin merkitys alkoholin hankinnassa on vähentynyt (Raitasalo ym. 2012).

Projektista tehdyn arvioinnin tulokset osoittivat, että Pakka-toimintamallin mukainen paikallinen alkoholihaittojen ehkäisytyö voi olla tuloksellista. Alkoholien ikäraja- ja valvonta parani kaupoissa, kioskeissa ja huoltoasemilla, ja alaikäisten käsityksen mukaan alkoholin saatavuus väheni selvästi (Holmila ym. 2010). Toiminta tuki osaltaan asukkaiden mielipiteiden ja asenteiden kiristymistä alaikäisten juomisen suotavuudesta (Holmila ym. 2009; Simonen & Tigerstedt 2006), tehosti alaikäisille myynnin kieltävän lain toimeenpanoa ja tuki osaltaan alaikäisten raittiuden yleistymistä (Holmila ym. 2010). Humalaisille anniskelu ravintoloissa tiukentui (Warpenius ym. 2010).

Kokeiluvaiheen jälkeen toiminta on levinnyt useille paikkakunnille, ja toimijat ovat muodostaneet valtakunnallisen kehittämisverkoston. Toimintamallin leviämisestä tehtiin Alkoholiohjelman osana kartoitus vuonna 2011. Tällöin toimintamallia oli kokeiltu alueella, jolla asuu yhteensä noin 1,8 miljoonaa suomalaista eli noin kolmannes maan väestöstä. (Tamminen 2012; Holmila 2015.) Vuoden 2015 alussa 32 kuntaa ja niiden lähialuetta toteuttaa mallia, ja sen käyttöä suunniteltiin 25 kunnassa (www.THL/hankkeet ja [ohjelmat/alkoholiohjelma](http://www.THL/ohjelmat)).

Yhteenveto

Alkoholipolitiikkaan liittyy suuri määrä erilaisia taloudellisia, ideologisia ja ihmisten arkeen liittyviä näkemyseroja, jotka vaikeuttavat ratkaisujen tekemistä. Eri toimijoiden halukkuus puuttua ongelmaksi nähtyyn asiantilaan vaihtelee (Sihto &

Palosuo, 2013, 228). Se, millainen preventio tai väliintulo on mahdollista, riippuu siitä kenet voi ajatella muutoksien käynnistäjiksi, tahtojiksi ja toimijoiksi. Ei ole vain yhdenlaisia keinoja, vaan niitä on etsittävä yhteiskunnan eri osista. Olisi osattava valita, mitkä eriarvoisuutta lisäävät rakenteelliset tekijät ovat sellaisia, joihin on mahdollista saada muutosta aikaan kussakin maassa ja kullakin alueella. Alkoholiuomien saatavuutta sääntelevät keinot ovat edelleen laajalti käytettävissä, ja lukuisat tutkimukset eri maista ovat osoittaneet nämä toimet tehokkaiksi alkoholihaittojen ehkäisyssä (Babor ym. 2010; Karlsson ym. 2003). Alkoholikontrollikeinoja täydentävät muut keinot, kuten alkoholilainsäädännön noudattamisen tehokas valvonta, varhainen puuttuminen alkoholin riskikäyttöön terveydenhuollossa, ehkäisevä päihdetyö ja työpaikkojen hoitonojhaus sekä väestön haittatietoisuutta lisäävät valistustoimet. Keinot eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan parhaimmillaan ne tukevat toisiaan. Tehtävä ei vaikeudestaan huolimatta ole myöskään mahdollon, sillä yhteisöillä ja yhteiskunnilla ja niiden välisillä yhteistoimintaryhmillä on käytössään paljon sekä tieteellistä että kokemusperäistä tietoa.

Terveyserojen kaventaminen on ollut jo vuosikymmeniä Suomen ja WHO:n terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena (ks. CSDH 2008; Palosuo ym. 2013; STM 2001 ja STM 2008). Väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen on myös sosiaalipolitiikan tärkeimpiä tehtäviä. ”Terveyttä kaikissa politiikoissa” -ajattelun mukaisen toiminnan tarkoituksena ei ole vain turvata kaikille yhtäläinen terveydenhoito ja vaikuttaa joidenkin terveyserojen välittöminä syinä oleviin, sosiaalisesti määräytyneisiin käyttäytymistapoihin (tupakointi, ruokailutottumukset ja alkoholinkäyttö), jotka sinänsä ovat tärkeitä. Eriarvoisuuden vähentämiseksi on tärkeää tarkastella myös *syiden syitä* eli ihmisten syntymän, kasvun, elämisen, työn ja vanhenemisen olosuhteita sekä näitä olosuhteita määrittävää vallan, rahan ja resurssien eriarvoisuutta (Marmot ym. 2012, 1011–12). Eriarvoisuuden ehkäisemiseksi pyritään siirtämään toiminnan fokus ”ylävirtaan” yksilöllisten riskierojen ja suojaavien tekijöiden tarkastelusta ihmisten terveenä elämisen mahdollisuuksia määrittävien yhteiskunnallisten tekijöiden tarkasteluun.

Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana on kehitetty myös alueellisen ja paikallisen ehkäisytyön muotoja ja rakenteita. Yhteisöpohjaisissa preventiomalleissa voi nähdä vaikutteita terveyden edistämisen kentällä kehittyneestä ”terveyttä kaikissa politiikoissa” -keskustelusta, vaikka niihin harvemmin suoraan viitataan. Yhteistä on mm. mahdollisuus keskittyä yksilöä lähellä olevaan ympäristöön terveyden eriarvoisuuden vaikuttajana, ja toiminnan ”pehmeämpien” muotojen yhdistäminen universalistisiin ”koviin” politiikkatoimiin. Valistus, kansalaisten aktivointi ja hyvinvointipolitiikka toisaalta ja lainsäädännön valvonnan ja sanktioiden tehostaminen toisaalta muodostavat loogisen kokonaisuuden, eikä niitä aseteta toisilleen vastakkaisiksi. Esimerkkinä yhteisöpreventiosta, jossa universalistiset, ympäristöä muuttamaan pyrkivät toiminnot yhdistyneenä valistukseen ja yhteisömobilisaatioon ovat tuottaneet tulosta, on tässä artikkelissa kuvattu ns. Pakka-malli.

Alkoholihaitat vaikuttavat perheiden sisällä ja yli sukupolvien. Sellaiset ehkäisy- muodot, jotka pystyvät koskettamaan perhekulttuureja, kasvatuksen ja kasvamis- ehtoja suomalaisessa kulttuurissa, ovat tärkeitä. Yhteisöpohjaisessa toimin- nassa keskustelu ja tiedon levittäminen muuttuvat käytännöiksi ja toiminnaksi lähellä ihmisten arkea. Tämä on ensiarvoista jo siksi, että näin ihmiset lakkaavat olemasta muutoksen eriarvoisia kohteita ja voivat itse olla toimijoina omissa ympä- ristöissään.

Mitä opimme?

- ◆ Tasa-arvoisesti kaikkia kohtelevana politiikkana alkoholin saatavuuden sääntely on ollut poliittisesti hyväksyttävä tapa rajoittaa juomien saata- vuutta.
- ◆ Alkoholin kulutukseen liittyvät haitat vaihtelevat sosioekonomisten ero- jen mukaan. Vakavien haittavaikutusten on havaittu olevan monta ker- taa yleisempiä alemmissa kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Syiksi on esitetty eroja mm. sosiaalisessa tuessa, juomistilanteissa ja ris- kitekijöiden kasaantumisessa lapsuudesta alkaen.
- ◆ Eriarvoisuuden vähentämiseksi tarvitaan myös muita kuin universalis- tisia alkoholipoliittisia toimia, vaikka niiden merkitys kansanterveyden kannalta on edelleen ratkaisevaa. Arkielämän kokonaisuus muodostaa yksilöä lähinnä olevan eriarvoisuuteen vaikuttavan tason. Työ perheissä ja yhteisöissä voi vähentää lapsuuden kuormittavien tapahtumien ka- sautumista ja auttaa lasta ja nuorta voittamaan riskitekijöiden aiheutta- man stressin.
- ◆ Ehkäisevän päihdetyön tulisi kohdentua entistä enemmän työhön, joka vaikuttaa perhekulttuureihin, kasvamisen ehtoihin ja käytännön toi- mintaan lähellä ihmisten arkea. Tämä on tärkeää myös siksi, että ihmiset voivat silloin itse olla toimijoina omissa ympäristöissään. Suomessakin on eräitä lupaavia esimerkkejä tällaisista toimista.

Lähteet

- Alkoholiohjelman 2004–2007 (2004) Yhteistyön lähtökohdat. STM Julkaisuja 2004:7. Helsinki: Stakes.
- Babor, Tom & Caetano, Raul & Casswell, Sally & Edwards, Griffith & Giesbrecht, Norman & Graham, Kathryn & Grube, Joel & Hill, Linda & Holder, Harold & Homel, Ross & Livingston, Michel & Österberg, Esa & Rehm, Jurgen & Room, Robin & Rossow, Ingeborg (2010) Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press.
- Biglan, A & Brennan, P & Foster, S & Holder, H. (2004) Helping adolescents at risks. Prevention of multiple problem behaviors. New York: The Guilford Press.
- Bruun, Kettil & Edwards, Griffith & Lumio, Martti & Mäkelä, Klaus & Pan, Lin & Popham, Robert ym. 1975 Alkoholipolitiikka – kansanterveydellinen näkökulma. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.
- CSDH (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. The final report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Emshoff, J & Price, A (1999) Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics: Part 2 of 2*, 103 (5), 1112–22.
- Foxcroft, D & Tsertsvadze, A (2011) Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9:CD009307.
- Fors, Raija & Heimala, Heli & Kejonen, Anne & Strand, Teija & Tamminen, Irmeli & Tenkanen, Tuomas (2012) Yhteistä ponnistelua alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Alkoholiohjelman työsuunnitelma vuosille 2012–2015. Raportti 73. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Harter, Susan (2000) Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review* 20 (3), 311–37.
- Holder, Harold & Saltz, Robert F. & Grube, Joel W. & Treno, Andrew J. & Reynolds, Robert I. & Voas, Robert B. & Gruenewald, Paul J. (1997) Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction* 92 (Supplement 2), 293–301.
- Holder, Harold (2000) Community prevention of alcohol problems. *Addictive Behaviours* 25 (6), 843–59.
- Holmila, Marja (ed.) (1997) Community prevention of alcohol problems. Basingstoke, Hampshire UK: Macmillan Press Ltd.
- Holmila, Marja & Warpenius, Katariina & Warsell, Leena & Kesänen, Minna & Tamminen, Irmeli (2009) Paikallinen alkoholipolitiikka. Pakka-hankkeen loppuraportti. Raportti 5. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Holmila, Marja & Karlsson, Thomas & Warpenius, Katariina (2010) Controlling teenagers' drinking: Effects of a Community-based Prevention Project. *Journal of Substance Use* 15 (3), 201–14.
- Holmila, Marja & Raitasalo, Kirsimarja & Autti-Rämö, Ilona & Notkola, Irma-Leena (2013) Päihdeongelmaisten äitien lapset. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (toim.) Alkoholii- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 36–46.
- Holmila, Marja (2015) Päihdehaittojen ehkäisy paikallisesti ja yhteisöllisesti. *Haaste* 2015 (1), 36–7. www.haaste.om.fi
- Hyytiä, Petri (2003) Perinnöllisyys. Teoksessa: Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) Päihdelääkietiede. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 33–41.
- Jacob, T & Windle, M (2000) Young adult children of alcoholic, depressed and non-distressed parents. *Journal of Studies on Alcohol* 61(6), 836–44.
- Karlsson, Thomas (2001) Onks' tietoo? Arviointi kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanosta. 2000-luvun alkoholiohjelman. Yhteistyötä ja vastuuta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2000, 29. Helsinki: STM.
- Karlsson, Thomas & Österberg, Esa (2010) Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–24.
- Karlsson, Thomas (2014) Nordic Alcohol Policy in Europe. The Adaptation of Finland's, Sweden's and Norway's Alcohol Policies

- to a New Policy Framework, 1994–2013. Research 137. Helsinki: THL.
- Kestilä, Laura (2008) Pathways to health. Determinants of health, health behaviors and health inequalities in early adulthood. Publication of the National Public Health Institute. A23. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lawlor, Debbie A & Sterne, Jonathan AC & Tynelius, Per et al. (2006) Association of childhood socioeconomic position with case-specific mortality in a prospective record linkage study of 1 839 984 individuals. *American Journal of Epidemiology* 164, 907–15.
- Lieb R & Merikangas, KR & Höfler, M & Pfister, H & Isensee, B & Wittchen H-U (2002) Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study. *Psychological medicine*, 32(19), 63–78.
- Marmot, Michael & Allen, Jessica & Bell, Ruth & Bloomer, Ellen & Goldblatt, Peter on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012) WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 380 (9846), 1011–29.
- Marmot, Michael & Allen, Jessica (2013) Prioritizing health equity. Teoksessa: Leppo, K, Ollila E, Pena S, Wismar M. and Cook, S. Health in all policies (Eds.) Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 63–80.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (2010) (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä, Pia & Paljärvi, Tapio (2008) Do the consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalization follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *Journal of Epidemiological Community Health* 62, 728–33.
- Orford, Jim & Natera, Gillermina & Copello, Alex & Atkinson, Carol & Mora, Jazmin & Velleman, Richard & Crundall, Ian & Tiburcio, Marcela & Templeton, Lorna & Walley, Gwen (2005) Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures. London and New York: Routledge 2005.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (2013) Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pitkänen, Tuuli & Kokko, Katja & Lyyra, Anna-Liisa & Pulkkinen, Lea (2008) A developmental approach to alcohol drinking behavior in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction* 103, 48–68.
- Pulkkinen, Liisa (2006) The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development (JYLS). Teoksessa: Pulkkinen, Lea & Kaprio, Jaakko & Rose, Richard R (Eds.) Socioemotional developments and health from adolescence to adulthood. New York: Cambridge University Press, 29–55.
- Puska, Pekka & Tuomilehto, Jaakko & Nissinen, Arto & Vartiainen, Erkki (1995) The North Carelia Project: 20 year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute.
- Raitasalo, Kirsimarja & Holmila, Marja & Mäkelä, Pia (2011) Drinking in the presence of underage children: attitudes and behaviour. *Addiction Research and Theory* 19(3), 394–401.
- Raitasalo, Kirsimarja & Holmila, Marja (2012) Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin. Rekisteritutkimuksen tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (1), 53–61.
- Raitasalo, Kirsimarja & Holmila, Marja (2014) Alkoholinkäyttötapojen periytyminen ja vanhempien kasvatuskäytännöt. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi. Teema 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 196–208.
- Raitasalo, Kirsimarja & Huhtanen, Petri & Miekkala, Mari & Ahlström, Salme (2012) Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2011. ESPAD-tutkimuksen tulokset, Raportti 59. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele (2013) Terveyserot terveyspoliittisena kysymyksenä. Teoksessa: Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 223–39.
- Simonen, Jenni & Tigerstedt, Christoffer (2006) ”Mieluummin kavereille kuin läheisille”: solidaarisuus nuorten aikuisten alkoholin välittämisessä alaikäisille. *Yhteiskuntapolitiikka*

- tiikka 71 (3), 239–49.
- STM (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008, 16.
- Takala, Janne & Ilva, Minna (2012) Mikä suojaa nuorta aikuisten alkoholinkäytön aiheuttamilta haitoilta? Yhteiskuntapolitiikka 77, 176–85.
- Takala, Janne & Roine, Mira (2013) Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholinkäytöstä. Teoksessa: Teoksessa: Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (toim.) Alkoholii- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 24–35.
- Tamminen, Irmeli (2012) Pakka-toimintamallin toteutus ja hyvät käytännöt. <https://www.innokyla.fi/documents/711140/829b6dc4-2134-461b-9792-0ffa49699df0>.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Maarit & Valkonen, Tapani (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen Lääkärilehti 66 (48), 3651–7.
- Tigerstedt, Christoffer (2001) The dissolution of the alcohol policy field. Studies on the Nordic countries. Department of Social Policy, Research Reports 1. Helsinki: University of Helsinki.
- Tigerstedt, Christoffer & Karlsson, Thomas & Mäkelä, Pia & Österberg, Esa & Tuominen, Ismo (2006) Health in alcohol policies: the European Union and its Nordic Member States. Teoksessa: Ståhl, Timo & Wismar, Mathias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (Eds.) Health in All Policies, Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 111–27. http://www.dors.it/alleg/newcms/201305/2006_HiAP_Filandia.pdf
- Ugland, Trygve (2002) Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies. Oslo: Department of political science, University of Oslo.
- Wallin, Eva & Gripenberg, Johanna (2005) Overserving at licensed premises in Stockholm: effects of a community action program. Journal of Studies on Alcohol 66, 806–14.
- Warpenius, Katariina (2002) Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 270. Helsinki: Stakes.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Mustonen Heli (2010) Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. Addiction 105, 1032–40.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja (2012) Vaikuttavuusnäyttö ja paikallinen alkoholihaittojen ehkäisy. Teoksessa Hänninen, Sakari ja Junnila, Maijaliisa (toim.) Vaikuttavatko politiikkatoimet. Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Raitasalo, Kirsimarja (2012) Peliin ei puututa. Alkoholii, tupakan ja rahapeliautomaattien ikärajavalvontaa testanneet ostokokeet vähittäisliikkeissä. Yhteiskuntapolitiikka 77 (4), 75–85.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (2013) (toim.) Alkoholii- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Karlsson, Thomas & Ranta, Jussi (2015) Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2025 -ennakointitutkimus. Raportti 5/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Viner, Russel W & Ozer, Elizabeth M & Denny, Simon & Marmot, Michael & Resnick, Michael & Fatusi, Adesegun & Currie, Candace (2012) Adolescence and the social determinants of health. Lancet 389, 1641–52.
- Österberg, Esa & Mäkelä, Pia (2008) Mitä vuoden 2004 alkoholiveron alennuksesta seurasi. Teoksessa: Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 310–23.

Ravitsemuspolitiikka ja terveysterot

Ravitsemuspolitiikalla tarkoitetaan julkisen sektorin asettamia kansanravitsemuksen kehittämistavoitteita ja toimenpiteitä, joilla pyritään aktiivisesti parantamaan kansanterveyttä sitä edistävän ruokavalion avulla (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012).

Suomessa ravitsemuspolitiikassa on sovellettu ”terveys kaikissa politiikoissa” -lähestymistapaa (ks. tarkemmin Melkas 2013). Koko kansan ravitsemukseen on kohdennettu useiden hallinnonalojen yli ulottuvat toimia. Tavoitteena on myös ollut kaventaa ravitsemuseroja ja parantaa ennen kaikkea heikoimmassa asemassa olevien ravitsemusta. Monet toimet ovat kuitenkin kohdentuneet koko väestöön kuten koulu- ja joukkoruokailuun sekä esimerkiksi jodin ja D-vitamiinin lisäykseen peruselintarvikkeisiin.

Ravitsemuspolitiikalla on Suomessa pitkät yhteistyön perinteet. Yhteistyön juuret juontavat aina valtioneuvoston vuonna 1936 perustamaan Kansanravitsemuskomiteaan. Työtä jatkettiin vuodesta 1954 alkaen valtioneuvoston esityksestä maatalousministeriön alaisessa Valtion ravitsemustoimikunnassa. Vuonna 1970 nimeksi vaihdettiin Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Neuvottelukunnan keskeisiä tehtäviä on virallisten ravitsemussuosittelujen antaminen ja niiden toimeenpanon tukeminen. Neuvottelukunnan jäsenenä on eri hallinnonalojen, tutkimuslaitosten ja yliopistojen sekä järjestöjen edustajia (ks. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi)

Vaikka ravitsemuspolitiikka on enimmäkseen kohdistunut koko väestöön, on osa ohjauseinoista kuitenkin kohdentunut erityisiä tarpeita omaaviin väestönsiiin ja -ryhmiin, kuten pieniin lapsiin, raskaana oleviin naisiin sekä vanhuksiin. Neuvolatoiminnassa on keskitytty erityisesti raskausaikaan ja lasten ensimmäisiin elinvuosiin. Heikommassa asemassa olevien puutteellinen ravitsemus ja tähän kohdentuvat toimet huomioitiin jo ensimmäisessä, vuonna 1940 tehdysä Kansanravitsemuskomitean mietinnössä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2015).

Ravitsemuspolitiikka ja -suositukset ovat 2000-luvulla uudelleen kohdentuneet vahvemmin sosioekonomisten erojen vähentämisen ohella myös vanhuksiin, raskaana oleviin ja lapsiin (Suominen ym. 2010; THL & VRN 2016). Etenkin ikääntyneiden ravitsemuksen riittävyys on noussut esille, sillä vajaa- ja aliravitse-

musta on todettu myös laitoshoidossa olevilla (Vikstedt ym. 2011). Esimerkiksi osana leipäjonoista käytävää keskustelua on kiinnitetty huomiota sosioekonomisten erojen kasvuun ja siihen, miten toimeentulo-ongelmat vaikuttavat riittävän ravitsemuksen takaamiseen

Poliittinen päätöksenteko on arvosidonnaista ja määrittää sen, painotetaan-ko keinovalikoimassa esimerkiksi yksilönvapauksia, velvoittavaa lainsäädäntöä tai julkisen sektorin roolia. Ravitsemuspolitiikan keinoja eivät siten ohjaa vain tutkimustieto ja muu näyttö eri toimien vaikuttavuudesta, vaan myös arvot ja ideologiset näkemykset siitä, missä määrin ja miten valtio voi puuttua yksilönvapauksiin, markkinoihin ja yritysten toimintaan. Ravitsemuspolitiikkaan vaikuttaa siis se, halutaanko toimet kohdentaa yksilöihin markkinoita rajoittamatta vai halutaanko puuttua myös markkinoiden toimintaan esimerkiksi rajoittamalla tuotteiden saatavuutta tai vaikuttamalla niiden hintoihin ja rajoittaa näin yksilöiden valinnanmahdollisuuksia. Ravitsemuspolitiikan tavoitteita voidaan siten pyrkiä saavuttamaan varsin erilaisten lähestymistapojen ja politiikka- ja ohjaustoimien kautta, riippumatta siitä kuinka tehokkaita, perusteltuja tai merkittäviä nämä ovat muutoksen aikaansaamiseksi.

Tässä kirjoituksessa tarkastelemme ravitsemuspolitiikan keinoja vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin sekä ravitsemuserojen kaventamisen haasteita ja keinoja.

Ravitsemuserot ovat kaventuneet – koulutuksella on merkitystä edelleen

Sosioekonomiset erot ravitsemuksessa alkavat eriytyä jo varhain: esimerkiksi vähän koulutetut imettävät lapsiaan huomattavasti vähemmän kuin korkeasti koulutetut (Uusitalo ym. 2012). Ravitsemuserot ovat kaventuneet nuoremmissa ikäryhmissä ja alueelliset erot ovat supistuneet, joskin viime vuosien aikana rasvankäytössä on ollut alueellista eriytymistä (Helldan & Helakorpi ym. 2015). Sosioekonomiset erot ovat kadonneet voim käytössä ja kaventuneet kasvisten päivittäisessä käytössä (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012; Roos ym. 2007). Koulutus- ja tuloryhmien väliset erot kasvisten päivittäiskäytössä kapenivat vuosina 1979–2002, jolloin kasvisten kulutus lisääntyi nopeammin vähän koulutetuilla ja pienituloisilla (Roos ym. 2007).

Koulutuksella on ollut yhteys kasvisten käyttöön etenkin Pohjoismaissa, joissa erot ovat olleet suurempia kuin Etelä-Euroopassa (Prättälä ym 2009). Suomessa kasvisten käytön jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä voidaan selittää paitsi hinnalla ja saatavuudella myös uusien ruoka- ja elämäntyylien hitaammalla omaksumisella alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä (Prättälä ym. 2009). Etelä-Euroopassa kasvikset ovat halpoja, ja niitä on helpommin saatavilla, kun taas Pohjoismaissa saatavuus on heikompaa ja hinnat korkeampia (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012).

Työpaikkojen, koulujen ja varhaiskasvatuksen joukkoruokailun on katsottu kattavan koko väestön, mutta paremmin toimeentulevat käyttävät myös joukkoruokailun mahdollisuuksia muita useammin (Raulio ja Roos 2012). Ravitsemusneuvonnassa on pyritty huomioimaan tuotteiden saatavuus tuomalla esille pohjoismaista tai ”Itämeren” ruokavaliota, joka painottaa tummia viljatuotteita, kuten ruista, marjoja ja helposti saatavissa olevia vihanneksia (Uusitupa ym. 2013).

Ympäristönäkökohtien ja laajempien kestävä kehityksen kysymysten yhdistäminen on tuonut esille myös kiinnostuksen ekologisempaan ravitsemukseen, eläinten kohteluun ja asemaan sekä kulutuksen vähentämiseen. Tällöin lähtökohdaksi ei ole vain ruuan ravitsemukselliset arvot tai saatavuus vaan myös ruuantuotannon suhde laajempaan yhteiskuntapolitiikkaan, globaaliin oikeudenmukaisuuteen ja ympäristöjalanjälkeen. Nämä vahvistavat kasvispainotteisen ruokavaliota, kierrätyksen sekä paikallisen tuotannon asemaa ja todennäköisimmin vaikuttavat pitkällä tähtäimellä ravitsemuspolitiikan käytäntöihin ja tavoitteisiin. Lyhyellä tähtäimellä voidaan olettaa kulttuuristen ja terveyserojen kasvavan, mikäli koulutetummat ja paremmin toimeentulevat omaksuvat nopeammin terveellisiä elintapamuutoksia. Toisaalta kestävämpiin ruokajärjestelmiin siirtyminen voi korjata kulutuksen vääristymiä ja parantaa ruokaturvaa erityisesti heikommin toimeentulevilla.

Julkisen ravitsemuspolitiikan ohjausmekanismit ja mahdollisuudet

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva ja Ritva Prättälä (2012) ovat jakaneet ravitsemuspolitiikan keinot normiohjaukseen, informaatio-ohjaukseen sekä resurssiohjaukseen¹.

Terveyserojen kaventamisen kannalta on keskeistä se, miten normi- ja resurssiohjaus suhteutuvat informaatio-ohjaukseen. Pelkkä informaatio-ohjaus johtaa helposti siihen, että vain terveydestä jo valmiiksi eniten kiinnostuneet hankkivat vapaaehtoisesti tietoa ja noudattavat suosituksia. Suosituksilla voi olla terveyseroja lisäävä vaikutus, vaikka ne samanaikaisesti edistäisivätkin terveyttä. Tiedetään, että terveysvalistus tehoaa paremmin koulutettuihin ja että yksilön valinnasta lähtevä terveyden edistäminen edistää ennen kaikkea jo muutenkin terveydestään kiin-

1 ”Normiohjausta ovat lait ja sitovat säädökset. Nämä voivat kohdentua markkinoilla oleviin tuotteisiin, työpaikkaruokailuun, elintarvikkeista annettaviin tietoihin tai oikeuteen kouluruokailuun. Informaatio-ohjaus on luonteeltaan ei-sitovaa, ja siihen lasketaan kuuluvaksi ravitsemussuosituksia, -oppaat, koulutus, ravitsemuskasvatus ja -viestintä. Nämä voivat osaltaan seurata normiohjauksen toimeenpanoa, mutta lähtökohdaksi on viranomaisten ja kansalaisten saaman informaation lisääminen ja ”tiedolla” ohjaaminen. Esimerkki informaatio-ohjauksen ja normiohjauksen yhteisvaikutuksesta ovat säädökset terveystiedon opettamisesta osana kansallista opetusohjelmaa. Resurssiohjauksen kautta pyritään vaikuttamaan kannustimiin ja voimavaroihin ja se suuntautuu julkisen vallan mahdollisuuksiin vaikuttaa siihen miten resurssit käytetään esimerkiksi vero- ja tukipolitiikan, kouluruokailuun siirrettävien resurssien sekä lounassetelien kautta. Monissa toiminnoissa käytetään useampia tai kaikkia keinoja.”

nostuneiden terveyttä. Terveysneuvonta kohdentuu yksilöiden terveyttä edistäviin valintoihin, mutta ravitsemuspolitiikan keinot kohdentuvat myös näitä valintoja määrittäviin lähtökohtiin ja tekijöihin.

Laajapohjainen koko väestön terveyteen kohdentuva ravitsemuspolitiikka, joka painottaa kaikkiin ulottuvia toimia ja terveyden edistämisen mahdollisuuksia, voi liudentaa eriytymistä luomalla kaikille yhteiset lähtökohdat. Vaikka paremmissa sosiaalisissa asemassa olevat usein hyötyvät myös näistä toimista enemmän, ne ovat erityisen tärkeitä varhaiskasvatuksessa ja koulussa ruokailukulttuurin ja -tapojen välittämisessä koko väestölle. Ravitsemuspolitiikalla voidaan pyrkiä edistämään terveellisiä valintoja myös vaikuttamalla elinkeinopolitiikkaan ja kaupan toimintaan, mainontaan ja tuotteiden hintaan sekä koostumukseen (esim. suolapitoisuus) ja tuotteisiin kohdistettuihin tukiin (esim. laatuksiteerit tuettuihin aterioihin ja maataloustukien saamisen ehtona).

Terveyserojen kaventuminen edellyttää ohjaustoimia

Kansanterveyden edistäjät näkevät julkisen vallan harjoittaman sääntelyn ja yritysten toimintaan puuttumisen keskeisenä ja välttämättömänä keinona estää tarttumattomien tautien lisääntymistä (Moodie ym. 2013). Ravitsemuspolitiikka on tärkeä osa terveyden edistämistä. Julkisen vallan keinoilla kuten verotuksella ja hintapolitiikalla on keskeinen merkitys myös siksi, että ne ovat erityisen tehokkaita sosioekonomisten erojen kaventamisessa.

Samanaikaisesti niin Suomessa kuin Euroopan unionissa harjoitetussa politiikassa edistetään yhä useammin yritysten kanssa tehtävää yhteistyötä, kumppanuuksia ja normien purkamista. Ravitsemuspolitiikan näkökulmasta ongelmana ovat vastakkaiset tavoitteet ja yritysten vastatoimet niille tärkeillä markkinoilla. Yritykset onnistuivat esimerkiksi kaatamaan annoskokoon kohdentuvat rajoitukset Yhdysvalloissa (Studdert ym 2015). Toisaalta Englannista on raportoitu positiivisia kokemuksia suolan käytön vähentämisestä teollisuudessa (He ym. 2014).

Yritysten liian vahva vaikutusvalta näkyy esimerkiksi siinä, miten ne pystyvät vesittämään Euroopan unionin ja kansallisia sääntelytoimia tai vinouttamaan kuluttajien valintoja yritysten kannalta edulliseen suuntaan (Kurzer & Cooper 2013; Akerlof ja Schiller 2014; Bodker ym. 2015). Englannissa julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudet ja yksityisen sektorin vapaaehtoinen sitouttaminen yhteisiin tavoitteisiin eivät johtaneet merkittäviin parannuksiin (Knai ym. 2015).

Tulevaisuudessa kansallisen politiikan liikkumavaraan voivat vaikuttaa myös kauppa- ja investointisopimukset sekä näiden alaisuudessa sovitut lähtökohdat sääntely-yhteistyöstä ja ehdoista, joita maat voivat tuotemerkeille, etiketeille ja tuoteinformaatille asettaa. Sopimukset rajaavat ravitsemuspolitiikan liikkumavaraa asettamalla velvoitteita julkiselle vallalle sekä vahvistamalla kansainvälisten eturyhmien asemaa kansallisessa päätöksenteossa. Kansainväliset sopimukset voivat vahvistaa paitsi monikansallisten toimijoiden asemaa myös lisätä tiukempia vaatimuksia sääntelyn asettamiselle tai kiristämiseksi.

Yksi esimerkki sääntelylle asetettavista vaatimuksista on velvoite osoittaa, ettei tavoitteita voida saavuttaa muilla markkinoita vähemmän rajoittavilla keinoilla (ks esim. Delimatsis 2013; van Harten 2015). Sääntelyn asettamisen kynnystä nostetaan edelleen velvoitteilla sidosryhmien kuulemisesta ja osallisuudesta sekä sijoittajansuojalla. Sijoittajansuoja antaa mahdollisuuden haastaa julkinen valta korvauksiin menetetyistä taloudellisista hyödyistä.

Yritysten toiminnan ohjaamisessa on julkisella vallalla kuitenkin ainutlaatuisia mahdollisuuksia, vaikka yritykset pyrkivätkin kansainvälisten sopimusten ja sidosryhmävaikuttamisen kautta näitä rajoittamaan. Yritysten toimintaa on kuitenkin mahdollista ohjata verojen, tukien, velvoitteiden ja kannustimien kautta (esim. Sydänmerkki-tuotteet). Mainontakiellot ovat olleet esillä nimenomaan lapsille suunnattujen mainosten osalta, mutta olisi myös mahdollista ohjeistaa, velvoittaa tai kieltää jatkuvat tai erityisesti epäterveellisiin tuotteisiin kohdentuvat tarjous- ja paljousalennukset tai näihin liittyvien heräteostosten edistäminen.

Mitä eri toimien vaikuttavuudesta tiedetään ravitsemuserojen kaventamisen kannalta?

Kansainvälisesti kustannustehokkaiksi keinoiksi vaikuttaa ravitsemukseen ja lihavuuteen on todettu yleiset väestöpohjaiset keinot, kuten vero- ja hintapolitiikka, lainsäädäntö, tuotteiden markkinointiin vaikuttaminen ja eri keinojen yhdistäminen. Henkilökohtainen neuvonta on ollut vaikuttavaa yksilöiden kannalta mutta kallista (OECD 2010). Sosioekonomisten erojen kaventamisessa etenkin vero- ja hintapolitiikka ovat olleet kustannustehokkaita. Ero erilaisten toimien kustannustehokkuuden välillä voi olla hyvinkin huomattava. Australiassa selvitettiin suolan vähentämiseen johtavia toimia kustannusten ja hyötyjen kannalta (Cobiac ym. 2010). Suuremman riskin omaaville ihmisille annettu terveystiedotus oli kalleinta, teollisuuden omaehtoiset toimet suolan vähentämiseksi olivat taloudellisesti kannattavia, mutta terveystieteiltään tehottomia verrattuna julkisen vallan asettamiin suolarajoituksiin, joiden arvioitiin olevan 20 kertaa vaikuttavampia. Yleiset kaikkiin kohdentuvat toimet usein myös kaventavat eroja tehokkaimmin.

Yksi keino vähentää kulutusta ja sosioekonomisia eroja on minimihinnan asettaminen, minkä on todettu vaikuttavan etenkin pienituloisten alkoholin suurkuluttajien kulutukseen (Holmes ym. 2014). Vastaavalla tavalla olisi mahdollista puuttua paljon sokeria, rasvaa, suolaa ja energiaa mutta vähän ravintoaineita sisältävien epäterveellisten ultra-prosessoitujen tuotteiden kulutukseen (Moodie ym. 2013). Yhdysvalloissa on jo pidempään kiinnitetty huomiota myös kasvavaan annoskokoon lihavuuden riskitekijänä (Young & Nestle 2002).

Hintapolitiikka ja haittaverot on todettu toimiviksi keinoiksi vähentää kuolleisuutta tarttumattomiin tauteihin (Powell ym 2013; Thow ym 2010; Cecchini ym. 2010). Ne vaikuttavat erityisesti pienituloisempiin, joiden kulutus ovat her-

kempää hinnan nousulle (OECD 2010). Haitta- ja kulutusverot ovatkin nousseet yhä vahvemmin terveystalouden asialistalle ennen kaikkea tarttumattomien tautien esiintyvyyden vähentämiseksi (Moodie ym. 2013; OECD 2010). Verotusta on suunnattu etenkin virvoitusjuomiin, sillä niiden käytön kasvun on katsottu lisäävän merkittävästi lihavuutta sekä kakkostyyppin diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien riskiä (Malik ym. 2010).

Esimerkkinä voidaan mainita Meksikossa vuoden 2014 alussa asetettu virvoitusjuomavero, josta seurasi vuoden 2014 loppuun mennessä kulutuksen väheneminen 12 prosentilla ja etenkin alemmissa sosiaaliryhmissä jopa 17 prosentilla samalla kun pulloveden käyttö lisääntyi 4 prosenttia (Colchero 2016). Unkarissa vuonna 2011 asetettu laajempi ns. roskaruokavero johti kulutuksen vähenemiseen nimenomaan pienituloisempien ryhmässä (Biro 2015). Sokerivero on ollut esillä myös Englannissa (Public Health England 2015) ja on johtanut lupauksiin-myös hallituksen toimista virvoitusjuomiin kohdentuvan veron toteuttamiseksi (Triggle 2016).

Suomessa hallitus päätti poistaa makeisveron syksyllä 2015. Vero oli Suomessa asetettu varsin pieneksi, eikä sen poistamisen perusteita tai vaikutuksia kulutukseen ole arvioitu tai esitetty julkisuudessa. Valtionvarainministeriön mukaan makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien verotuotto oli 249 miljoonaa euroa vuonna 2015 (Valtionvarainministeriö 2016). Elinkeinoelämä kritisoi vahvasti makeisveroa, ja siitä tehtiin myös valitus EU:n sisämarkkinoilla kilpailupolitiikan pohjalta. Makeisvero lakkautettiin jo kerran aikaisemmin vuonna 2000, mutta asetettiin uudestaan vuonna 2011. Päätös veron poistosta lakkauttaa sen vuoden 2017 alusta. Virvoitusjuomaveroa on kohdennettu ajan myötä vahvemmin sokeripitoisiin juomiin, ja vuonna 2014 se nostettiin 22 senttiin litralta yli 0,5 prosenttia soke-ria sisältäville juomille. Pääministeri Sipilän hallitus tulee arvioimaan myös virvoitusjuomaveroa vuoden 2017 aikana. Makeisveron ohella on aikaisemmin tarkasteltu myös mahdollisuutta asettaa sokerivero (Valtionvarainministeriö 2013). Suomessa 1 euro/kg suuruisen sokeriveron asettamisen on arvioitu johtavan paitsi verotuloihin myös yhteiskunnallisiin säästöihin alentuneena sairastavuutena samalla kun terveyserot kaventuisivat (Härkänen ym. 2014).

Ohjaustoimet lasten ja nuorten ravitsemuksen edistämiseksi

Yksi terveyseroihin puuttumisen keinoista on kohdentaa toimet nimenomaan lasten tilanteen parantamiseksi. Myös ravitsemuksessa terveyserojen kaventamiseen kohdentuvat toimet nivoutuvat laajempaan yhteiskuntapolitiikkaan. Ravitsemusneuvonta osana neuvolatoimintaa sekä terveellisen ravitsemuksen painotus osana varhaiskasvatusta ja kouluruokailua ovat olleet tärkeä osa kansallista terveystaloutta.

Lapsiperheille kohdennettujen ravitsemussuositusten merkitys voi kuitenkin jäädä vähäiseksi, mikäli samanaikaisesti kiristetään etenkin köyhimpien lapsiperheiden toimeentulomahdollisuuksia ja lasten osallistumista yhteiseen ruokailuun esimerkiksi varhaiskasvatuksessa. Terveellinen ruoka on myös usein kalliimpaa, ja Ruotsissa tehty tutkimus on myös osoittanut, että erityisesti heikommassa sosiaalisessa asemassa olevien lasten ruokavalio oli terveydellisesti heikompi ja halvempi (Ryden ja Hagfors 2010).

Suomessa joukkoruokailua on pidetty perinteisesti tärkeänä keinona vaikuttaa ravitsemukseen (Raulio ja Roos 2012). Joukkoruokailun piirissä olevien lasten ja aikuisten ruokavalio on ollut lähempänä ravitsemussuosituksia verrattuna muualla lounastaviin (Erkkola ym 2012; Raulio ym. 2010; Raulio ja Roos 2012). Koulu-ruokailun laatuun on kiinnitetty huomiota, mutta samalla on havaittu, että monet syövät koulussa myös muuta kuin kouluruokaa, kuten hampurilaisia, lihapiirakoita tai makeisia, ja juovat sokeroituja virvoitusjuomia. Koululaisista etenkin vähän koulutusta saaneiden vanhempien lapset söivät koulussa aterian harvemmin kuin muut (Raulio ym. 2007). Varhaiskasvatuksen, koulun ja iltapäiväkerhojen merkitys ravitsemuspolitiikan kanavana on edelleenkin suuri, mutta tavoitteiden saavuttaminen edellyttäisi pitkäjänteistä ja riittävää taloudellista ja kulttuurista investointia sekä riittävän ajan käyttämistä ruokailuun. Päivähoito ja varhaiskasvatus luovat perustaa myös ruokailutottumuksille. Ne ovat siten tärkeitä etenkin heikoimmassa asemassa olevien lasten ravitsemuksen kannalta. Vaarana onkin, että joukkoruokailun merkitys edelleen murenee, mikäli sen saatavuuteen, käyttöön ja laatuun sekä vaihtoehtoihin ei kiinnitetä huomiota.

Kansainvälisessä keskustelussa huomiota on kiinnitetty lihavuutta edistävään ympäristöön, esimerkiksi koulujen ympärillä olevien pikaruokapaikkoihin, joiden yhteydestä sosioekonomisiin eroihin lihavuudessa on saatu näyttöä myös Suomessa (Virtanen ym. 2015). OECD:n raportti eri toimien vaikuttavuudesta lihavuuden vähentämisessä nosti esille lapsille kohdennettuun markkinointiin puuttumisen kustannustehokkuuden, kun toimia tarkastellaan pidemmällä aikajänteellä (OECD 2010). Lapsiin kohdentuvaan markkinointiin puuttumisen hyödyistä vallitsee varsin laaja yksimielisyys tutkijoiden piirissä (ks. esim. WHO 2010; Moodie ym 2013; Galbraight-Emami & Lobstein 2013). Kyse ei ole ainoastaan tv-mainonnasta, vaan myös kouluissa, kerhoissa, urheilutoiminnassa tai internet-pelien yhteydessä tapahtuvasta mainonnasta. Esimerkiksi Englannissa ns. roskaruaan markkinointikieltoa lasten televisio-ohjelmien aikana harkitaan nyt laajennettavaksi myös internet ja video-kanaville (BBC 2016). Markkinointiin puuttumista ei ole arvioitu erityisesti terveysterojen vähentämisen näkökulmasta, mutta toimien odotetaan kaventavan myös terveysteroja.

Markkinaehtoistuminen ja ravitsemuserojen kaventamisen keinot

Suomen ravitsemuspolitiikan keskeiseksi ongelmaksi on nähty, etteivät viranomaiset ota verojen ja tukien käyttöä vakavasti, vaan jättävät velvoitteet terveyttä edistävästä valinnoista kuluttajille (Pietinen ym. 2010). Ohjauskeinoja on, mutta tehokkaimmin eroja kaventavia keinoja kuten verotusta on purettu ennemmin kuin vahvistettu (Koivusalo 2016). Tämä johtuu hallinnollisten sektorien yli ulottuvien tavoitteiden laatimisen ja toimeenpanon vaikeudesta, sillä tuotteiden saataavuuteen, tuotemerkintöihin, hintaan ja kauppaan kohdentuvat päätökset tehdään Euroopan unionin tasolla tai kansallisesti muualla kuin sosiaali- ja terveystoimintaministeriössä. Euroopan unionin sisämarkkina- ja kilpailupolitiikan velvoitteita on käytetty myös aktiivisesti kansallisen politiikan liikkumavaran kaventamiseksi, ja vaikka Euroopan unioni on periaatteessa suosittanut siirtymistä haittaveroihin esimerkiksi ympäristöpolitiikassa, tämä ei ole näkynyt vastaavalla tavalla terveyspolitiikassa.

Kansallista terveystoimintapolitiikan liikkumavaraa on siten kaventanut teollisuuden ja sidosryhmien vaikutusvalta ja kilpailun esteiden perusteella makeisverosta tehdyt valitukset Euroopan unioniin (Ecorys 2014). Teollisuuden merkittävä rooli sekä Euroopan unionin kilpailuvelvoitteisiin vetoaminen vaikuttivat myös Tanskassa asetetusta rasvaverosta luopumiseen (Bodker ym 2015). Sidosryhmien ja teollisuuden vallan kasvu ei useinkaan edesauta kuluttajien asemaa, sillä Akerlof ja Schiller (2014) ovat painottaneet esimerkiksi sitä, miten kuluttajia usein johdetaan harhaan tai huijataan siinä, miten tuotteita markkinoidaan.

Toisaalta ravitsemuspolitiikassa olisi mahdollista soveltaa alkoholipolitiikan oppeja siinä, etteivät esimerkiksi virvoitusjuomissa ja makeisissa suuremmat erät olisi suhteellisesti halvempia kuin pienemmät erät vaan kilohinta tai litrahinta olisi sama. Olisi myös mahdollista edellyttää, että vettä on virvoitusjuomien ohella aina saatavilla ja että julkisen sektorin piirissä lähdetään siitä, että kuluttajille tarjolla oleva ”perusvalinta” (vähiten ylimääräistä työtä edellyttävä valinta tai vaihtoehto) on terveellinen (Koivusalo 2016).

Verojen korvamerkintää on jo käytetty tupakkapolitiikassa suuntaamalla rahoitusta terveyden edistämiseen ja kansalaisjärjestöjen toimintaan. Koulutuksen ja tulojen kasvaessa myös terveellisyden merkitys elintarvikkeiden valintaperusteena kasvaa (Konttinen 2012). Ongelmana on, että ravitsemuserojen kaventamisen kannalta esimerkiksi joukkoruokailuun kohdentuvat ravitsemuspolitiikan keinot kattavat vain ne, jotka osallistuvat joukkoruokailuun. Kansalaisten syrjäytyminen yhteisistä ja yleisistä joukkoruokailusta päivähoitossa ja varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja työpaikoilla heikentää sen merkitystä keinona puuttua ravitsemuseroihin.

Vaatimukset sidosryhmien huomioinnista voivat vaikuttaa myös siihen missä määrin politiikassa voidaan hyödyntää nopeasti avautuvia mahdollisuuksia (Ollila & Baum 2013). Kokemukset viittaavat myös siihen, että teollisuus pyrkii vähentämään ja estämään positiivisia vaikutuksia sääntelyn asettamisen jälkeen eri tavoin (Caraher & Cowburn 2005; Moodie ym. 2013; Bodker ym 2015). Tällöin toimet vaikuttavat lyhyellä tähtämellä tehottomilta. Vähittäiskauppojen alennukset, erikoistarjoukset sekä nk. halpuuttamisen kohdentuminen voivat vaikuttaa merkittävästi hintoihin ja pienentää esimerkiksi verojen merkitystä ensisijaisesti hintoihin kohdentuvina toimina.

Vahvaa syy-seuraussuhdetta ja terveydentilan muutoksiin nojaavaa näyttöä on vaikea saada. Kaksoisokkotutkimuksia on käytännössä mahdotonta tehdä ravitsemuspolitiikan väestötason interventioista. Jos tieteellisen evidenssin keräämiselle ja arvioinnille on asetetut liian tiukat kriteerit, ne johtavat helposti toimien lykkääntymiseen kun yhä korkeammalle asetettavia näytön kriteereitä ei pystytä täyttämään. Vaatimukset politiikkatoimien tieteellisestä näytöstä ja vaikuttavuudesta suhteessa markkinoita vähemmän rajoittaviin toimiin voivat siten myös lykätä sääntelyn asettamista tai rajata käytännön kansanterveystoimia markkinoita vähemmän rajoittaviin ja helpommin mitattaviin yksilökohtaisiin toimiin ja informaation jakamiseen.

Ravitsemuspolitiikan laajapohjaiset toimet vaikuttavat helposti yritysten keskeisiin etuihin ja markkinoinnin keinoihin. WHO:n pääjohtajan puhe Helsingissä 2013 toi esille tupakkateollisuuden lisäksi myös alkoholi-, virvoitusjuoma- ja ruokateollisuuden vaikutusvallan suhteessa kansallisiin ja kansainvälisiin sääntelytoimiin ravitsemuspolitiikassa (Chan 2013). Julkisen vallan puuttumisen mahdollisuuksia rajaavatkin yhä useammin markkinaehtoiset lähtökohdat ja tavoitteet.

Julkisen vallan on mahdollista puuttua ruuan laatuun julkisesti rahoitetuissa laitoksissa suosimalla hankintojen kilpailutuksessa terveellisempiä vaihtoehtoja. Joukkoruokailun laadun varmistamiseksi on kehitetty kilpailutusta varten ravitsemuksen laatua koskevat kriteerit, mutta toistaiseksi ainoastaan kansaneläkelaitoksen tuki opiskelija-aterioille asettaa ravinnon laatuun kohdistuvia velvoittavia kriteereitä. Terveiden edistämiseen liittyviä kriteereitä voidaan käyttää osana julkisia hankintoja sekä yhteistyössä yritysten kanssa (Noonan ym. 2013). Suomessa näitä on sovellettu esimerkiksi sosiaalisesti vastuullisissa hankinnoissa ja sosiaalisten näkökohtien huomioinnissa julkisissa hankinnoissa (TEM 2013; Luostarinen ym. 2011). Ruokaan tai ravitsemuspalveluihin kohdistuvissa julkisissa hankinnoissa olisi mahdollista lähteä liikkeelle esimerkiksi ravitsemuksen laatuksikriteereistä.

Ravitsemukseen ja terveyserojen kaventamiseen kohdentuvat toimet muodostuvat tässä kokonaisuudessa helposti yksilökohtaisiksi, kalliiksi ja vaikutuksiltaan heikoiksi, samalla kun keinoja puuttua yritysten toimintaan, tuotteisiin tai markkinointiin julkisin toimin rajoitetaan ylikansallisin sitoumuksin joko EU-tasolla tai osana kauppa- ja investointisopimuksia.

Sosioekonomisten erojen ja köyhyyden vaikutukset ravitsemuseroihin

Köyhyys ja vähävaraisuus vaikuttavat suoraan siihen, minkälaista ruokaa ihmisillä on varaa ostaa, mutta myös välillisesti asuinpaikan ja kauppojen tarjonnan kautta. Suomalainen tutkimus on osoittanut, että ruoka-apuun turvautuvat paitsi työttömät, eläkeläiset ja lomautetut, joita oli noin 28 prosenttia, myös työssäkäyvät ja opiskelijat (Ohisalo 2014). Maanlaajuisen tutkimuksen (Ohisalo 2014, p. 40) mukaan: ”Ruoka-avussa käyvät ovat suhteessa muuhun väestöön heikommassa työmarkkina-asetuksessa, pääasiassa työttömiä, lomautettuja ja eläkeläisiä, useammin keski-ikäisiä tai iäkkäämpiä, vuokralla asuvia ja yksin asuvia, ja heidän käytössään olevat vapaat tulot pakollisten menojen jälkeen jäävät minimiin.” Ruoka-apu nähdään usein keinona paikata ravitsemuseroja. Ruokapankit ja -jonot eivät kuitenkaan ole ravitsemuspolitiikan vaihtoehto, vaan niitä on pidettävä normaalin tukipolitiikan ja hyvinvointivaltion riittämättömyydestä ja railoista nousevana ilmiönä. Vaikka Euroopan unionin ruoka-apujärjestelmän taustalla on ollut maatalouspolitiikka ja ylijäämätuotteiden jako, tätä ei voida pitää ruokapankkien perusteena. Kauppojen ja ravintoloiden ylijäämän hyötykäyttö ja myynnistä poistettavien tuotteiden käytön edistäminen on ruokapankkeja laajempi ja näistä erillinen kysymys, joka liittyy myös kestävä kehityksen tavoitteisiin. Oma kysymyksensä on yhteiskunnan eriytyminen ja sosioekonomisten erojen kasvu tasolle, jolla nälkä edellyttää toimia myös Suomessa.

Ruoka-apu ja -jakelu 1990-luvun alun laman aikana ei Suomessa jäänyt vain kriisiajan toiminnaksi, vaan se on vuosien varrella muotoutunut jo vakiintuneeksi toiminnaksi (Ohisalo 2013). Suomessa sosiaaliturvan ja työttömyyskorvausten ehtojen kiristämistä tuodaan aika ajoin esille keinona lisätä ”työhalukkuutta” tai vähentää tukien ja korvausten väärinkäyttöä. On kuitenkin tärkeää painottaa näihin toimiin liittyviä perustavia haasteita ravitsemuspolitiikan kannalta. Heikommassa asemassa olevien resurssien vähentäminen ja sanktiot heijastuvat myös ravitsemukseen ja lisäävät korjaavien toimien tarvetta. Englannissa ruokapankkien perustamisen todennäköisyys on ollut yhteydessä paikallisiin sosiaaliavun leikkauksiin. Toimeentuloon ja sairauteen liittyvien ongelmien lisäksi ruokapankkien asiakkuutta ovat lisänneet myös työttömyyskorvauksiin kohdentuvat sanktiot. (Loopstra ym 2015). Englannissa ja Walesissa lasten ruokapaketit ja ruoka-avun kasvu on nähty myös esimerkkinä hyväntekeväisyyden kasvusta ja merkityksestä reagointitapana köyhyyteen universaalien hyvinvointivaltion väistyessä (Lambie-Mumford & Green 2015). Talouden tiukentuessa ollaan nyt tilanteessa, jossa riittävä ravitsemus, ravinnon laatu ja puutostautien ehkäisy muodostuvat vähitellen yhä ajankohtaisemmaksi aiheeksi, joka edustaa paluuta menneisyyteen.

Kaisa Kotakorpi on painottanut, että koska pienituloisten kulutus seuraa vahvemmin hintoja kuin suurituloisten, epäterveellisten ruokien verotus voisi olla progressiivista (Kotakorpi 2008). Verojen jakaumavaikutuksia voidaan myös vah-

vistaa, jos verojen tuotto jaetaan uudelleen kansalaisille (O’Donoghue & Rabin 2006; Haavio & Kotakorpi 2011). Terveydelle haitallisten tuotteiden tai kulutuksen verotuksesta seuraavia negatiivisia vaikutuksia voidaan myös kompensoida joko lisäämällä tukia ja tulonsiirtoja heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleville tai vahvemmin ohjaavien tai kohdennettujen resurssiirtojen kuten ohjatun ruoka-avun tai seteleiden kautta. Missä määrin tämänkaltainen kohdennettu köyhäinapu katsotaan suomalaisen hyvinvointivaltion piirissä asianmukaiseksi edellyttää kuitenkin pohdintaa.

Asuinpaikka sekä lähikauppojen tarjonta vaikuttavat mahdollisuuksiin ostaa terveellistä ruokaa silloin, kun rahaa on vähän tai oma liikkuvuus on rajoittunutta. Englannissa tätä on kuvattu köyhien asuinalueiden ongelmana, jolle on ominaista pikaruokapaikkojen runsas lukumäärä (Saunders ym. 2015). Suomessa asuinalueet eivät ole olleet voimakkaasti eriytyneitä, mutta eriytymisen lisääntyessä myös ruokapaikkojen ja kauppojen tarjonta muuttuu, ja vaarana on, että tämä heijastuu myös terveellisen ruuan saatavuuteen. On epäselvää, missä määrin ”kioskisoittuminen” tai ”marketisoittuminen” vaikuttavat myös kansallisella tasolla terveellisen ruuan saatavuuteen.

Mitä voidaan tulevaisuutta varten oppia

Politiikan muutos on tahdon asia. Ravitsemuseroja on onnistuttu kaventamaan terveyseroja enemmän, vaikka ne osaltaan vaikuttavat terveyseroihin. Epäterveellistä kulutusta vähentävän verotuksen tulisi olla tulevaisuudessa vahvemmin osa ravitsemuspolitiikan keinovalikoimaa. Saatuja verotuloja on mahdollista kohdentaa paitsi köyhimpien tueksi myös rakenteellisiin tekijöihin puuttumiseen pelkän terveysneuvonnan sijaan.

Laajat väestöpohjaiset toimet muodostavat perustan ja tukevat ravitsemusta koskevien tapojen muotoutumista ja omaksumista lapsuudesta lähtien. Pidentyvät työpäivät ja lisääntyvä kiire rajaavat yhteistä ruokailua ja ruuanlaittoon käytettyä aikaa, vaikka ei ole tietoa siitä, missä määrin ne vaikuttavat suoraan ravitsemuseroihin.

Olenainen osa ravitsemuspolitiikkaa nojaa muihin politiikkatoimiin. Ravitsemuserojen kaventamisen kannalta riittävä toimeentulo ja mahdollisuudet ruuan valmistamiseen ovat olennaisia. Julkisen politiikan ja ohjauskeinojen kautta voidaan vaikuttaa myös tuotteiden hintoihin, mainontaan ja markkinointiin sekä tuotteille annettuun taloudelliseen tukeen. Verotus on osoittautunut erityisen tehokkaaksi erojen kaventamisessa. Kuluttajien tulee voida saada myös selkeää ja yksiselitteistä informaatiota tuotteista ja niiden terveysvaikutuksista. Ravitsemuspolitiikkaa ei tulevaisuudessa voida rakentaa vain yksittäisten ohjaustoimien vaaran, vaan se tulee väistämättä koostumaan useista osista ja ohjauksen muodoista.

Mitä opimme

- ◆ Ravitsemuspolitiikan avulla voidaan kaventaa sosioekonomisia eroa ruoankäytössä ja ravitsemuksessa. Tuotteiden verotus ja hintapolitiikka ovat tässä tehokkaita keinoja.
- ◆ Ravitsemuspolitiikan perustana on kaikille ulottuva tuki neuvoloissa, varhaiskasvatuksessa ja kouluissa, toimivat ruokapalvelut kuten kouluruokailu ja työpaikkaruokailu sekä terveellisten tuotteiden saatavuus kaikille väestöryhmille.
- ◆ Ravitsemuspolitiikka voidaan nähdä keinona ottaa terveys huomioon osana kaikkia politiikkoja.
- ◆ Panostus tiedon lisäämiseen ja yksilöiden valintoihin voi lisätä ravitsemuseroja, jos se kohdentuu niihin, jotka ovat jo muutenkin kiinnostuneempia omasta terveydestään. Ravitsemuspolitiikan keinot kohdentuvat myös näitä valintoja määrittäviin lähtökohtiin ja edellytyksiin.

Lähteet

- Akerlof, George A & Schiller, Robert J (2015) Phishing for phools. The economics of manipulation and deception. Princeton: Princeton University Press.
- BBC (2016) Junk food ads face online ban in UK. <http://www.bbc.com/news/technology-35803532> [luettu 5.9.2016].
- Biro, Aniko (2015) Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? *Food Policy* 54, 107–15.
- Bodker, Malene & Pisinger, Charlotta & Toft, Ulla & Jorgensen, Torben (2015) The rise and fall of the world's first fat tax. *Health Policy* 119(6), 737–42.
- Caraher, Martin & Coburn, Gill (2005) Taxing food: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition* 8(8), 1242–9.
- Chan, Margaret (2013) Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion. 10 kesäkuuta, Helsinki.
- Cecchini, Michele & Sassi, Franco & Laver, Jeremy ym. (2010) Tackling of healthy diets, physical inactivity and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet* 376, 1775–83.
- Cobiac, Linda J & Vos, Theo & Veerman, J Lennert (2010) Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake. *Heart*, doi:10.1136/hrt.2010.199240.
- Colchero, M Arantxa & Popkin, Barry & Rivera, Juan A & Ng, Shu W (2016) Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ*, 352, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704>.
- Delimitatis, Panos (2013) The Principle of Necessity in the WTO – Lessons for the GATS Negotiations On Domestic Regulation. Tilburg Law School Legal Studies Research Paper Series No. 04/2014
- Ecorys (2014) Food taxes and their impact on competitiveness in the agri-food sector. Loppuraportti komissiolle. Rotterdam: Ecorys, 12 July 2014.
- Erkkola, Maija-Liisa & Kyttälä, Pipsa & Kautiainen, Susanna & Virtanen, Suvi (2012) Alle kouluikäisten ruoankäytön väestöryhmittäiset erot. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 94–104.
- Galbraith-Emami, Sarah & Lobstein, Tim. (2013) The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obesity Reviews*, doi: 10.1111/obr.12060.
- Haavio, Markus & Kotakorpi, Kaisa (2011) The political economy of sin taxes. *European Economic Review* 55, 575–94.
- Helldan, Anni & Helakorpi, Satu (2015) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 16/2015. Helsinki: THL.
- Holmes, John & Yang, Meng & Brennan, Alan & Angus, Colin ym. (2014) Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet* 383, 1655–64.
- He, Feng J & Brindsen, Hannah C & MacGregor, Graham A (2013) Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. *Journal of Human Hypertension* 28, 345–52.
- Härkänen, Tommi & Kotakorpi, Kaisa & Pietinen Pirjo, ym. (2014) The welfare effects of health-based food tax policy. *Food Policy* 49, 196–206.
- Knai, Cecilia & Petticrew, Mark & Durand, Mary Alison & Eastmore, Elizabeth ym. (2015) Has a public-private partnership resulted in action on healthier diets in England? *Food Policy* 54, 1–10.
- Koivusalo, Meri (2016) Yhteiskunnalliset ohjauskeinot: tiedon, tahdon vai taidon asia. Raportissa: Borodulin, Katja & Jallinoja, Pia & Koivusalo, Meri (toim.) Epäterveellisen ruokavalion ja vähäisen liikunnan ennustajat, kustannukset ja ohjaustoimet. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24/2016. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Konttinen, Hanna (2012) Dietary habits and obesity: the role of emotional and cognitive factors. Publication of the Department of Social Research 2012:2, Helsinki: Helsingin Yliopisto.
- Kosonen, Tuomas & Ropponen, Olli (2012) Makeisvero – tehokasta kulutusverotusta vai kulutuskäyttäytymisen ohjausta? VATT Muistiot 21, Elokuu 2012. Helsinki: VATT.
- Kotakorpi, Kaisa (2008) The incidence of sin taxes. *Economics Letters* 98, 95–9.
- Kurzer, Pauline & Cooper, Alice (2013) Biased or not? Organized interests in the case of EU food information labelling. *Journal of European Public Policy* 20, 722–40.
- Lambie-Mumford Hannah & Green, Mark (2015) Austerity, welfare reform and the

- rising use of food banks by children in England and Wales. *AREA*, doi:10.1111/area.12233
- Loopstra, Rachel & Taylor-Robinson, David & McKee, Martin & Reeves, Aaron & Barr, Ben & Stuckler David (2015) Austerity, sanctions and the rise of food banks in UK. *BMJ* 350, h1775.
- Luostarinen, Sari & Kinnunen, Katri & Eskola, Salla (2011) Sosiaaliset näkökohdat julkisissa hankinnoissa, lähtökohtia, kokemuksia ja mahdollisuuksia. Etelä-Suomen Palveluinnovaatiot -hanke. Tampere: Yliopistopaino.
- Malik, Vasanti S & Popkin, Barry M & Bray George A & Despres, Jean-Pierre & Hu, Frank B (2010) Sugar Sweetened Beverages, Obesity, Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease risk. *BMJ* 121, 1356–64.
- Melkas, Tapani (2013) Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP). Teoksessa: Sihito, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL, 187–99.
- Moodie, Rob & Stuckler, David & Monteiro, Carlos ym. (2013) Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 381, 670–8.
- Noonan, Kathleen & Miller, Dorothy & Sell, Katherine & Rubin, David (2013) A procurement-based pathway for promoting public health: Innovative purchasing approaches for state and local government agencies. *Journal of Public Health Policy* 34(4), 528–37.
- OECD. (2010) Economics of Prevention. Fit not Fat. Paris: OECD.
- O'Donoghue, Ted & Rabin, Matthew (2006) Optimal sin taxes. *Journal of Public Economics* 90, 1825–49.
- Ohisalo, Maria (2013) EU:n ruoka-apuohjelman vaikutus ruoka-avun vakiintumiseen Suomessa. Kirjassa: Niemelä, Mikko & Saari, Juha (toim.): Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Helsinki: KELA.
- Ohisalo Maria (2014) Leipäjonon Suomi ja Eurooppa. Ohisalo, Maria & Saari, Juho (toim.) Kuka seisoo leipäjonossa? Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa. KAKS-Kunnallisan kehittämässätiö. Sastamala: Vammalan Kirjapaino.
- Ollila, Eeva & Baum, Frances & Pena, Sebastian (2013) Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. Teoksessa: Leppo, Kimmo & Ollila, Eeva & Pena, Sebastian & Wismar, Matthias & Cook, Sarah (toim.) Health in All Policies. Seizing opportunities – implementing policies. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, THL, UNRISD, WHO Observatory, Ulkoasiain ministeriö, 3–24.
- Public Health England (2015) Sugar Tax. From Evidence to action. London: Public Health England.
- Pietinen, Pirjo & Männistö, Satu & Valsta, Liisa M ym. (2010) Nutrition policy in Finland. *Public Health Nutrition* 13(6A), 901–6.
- Powell, Lisa M & Chiriqui, Jamie F & Khan, Tamkeen & Wada, Roy & Chaloupka, Frank J (2013) Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity Reviews* 14, 110–28.
- Prättälä, Ritva & Hakala, Samu & Roskam, Albert-Jan & Roos, Eva & Helmert, Uve & Klumbiene, Jurate & van Oyen, Herman & Regidor, Enrique & Kunst, Anton E (2009) Association between educational level and vegetable use in nine European countries. *Public Health Nutrition* 12, 2174–82.
- Raulio, Susanna & Pietikäinen, Minna & Prättälä, Ritva (2007) Joukkoruokailutyöryhmä. Suomalaisnuorten kouluikäinen ateriointi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B26/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Raulio, Susanna & Roos, Eva & Prättälä, Ritva (2010) School and workplace meals promote healthy food habits. *Public Health Nutrition* 13(6A), 987–92.
- Raulio, Susanna & Roos, Eva (2012) Työikäisen aterioinnin väestöryhmäerot ja yhteys ruokavalion laatuun. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 140–7.
- Roos, Eva & Talala, Kirsi & Laaksonen, M (2008) Trends of socio-economic differences in daily vegetable consumption, 1979–2002. *European Journal of Clinical Nutrition* 62, 823–33.
- Ryden, Petra J & Hagfors, Linda (2011) Diet cost, diet quality and socioeconomic position: how are they related and what contributes to differences in diet costs? *Public Health Nutrition* 14(9), 1680–92.
- Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa & Prättälä Ritva (2012) Voidaanko ravitsemuspolitiikalla kaventaa väestön ravitsemuksen sosioekonomisia eroja. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 180–9.
- Saunders, Partick & Saunders, Ann & Middleton, John (2015) Living in a 'fat swamp':

- exposure to multiple sources of accessible, cheap, energy-dense fast foods in a deprived community. *British journal of Nutrition* 13(11), 1828–34.
- Studdert, David & Flanders, Jordan & Mello, Michelle (2015) Searching for Public Health Law's Sweet Spot: The Regulation of Sugar-Sweetened Beverages. *PLoS Med* 12(7), e1001848. doi:10.1371/journal.pmed.1001848
- Suominen, Merja & Finne-Soveri, Harriet & Hakala, Paula ym. (2010) Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: EDITA.
- TEM (2013) Sosiaalisesti vastuulliset hankinnat. Opas. TEM. Helsinki: Edita.
- THL & VRN (2016) Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: THL.
- Thow, Ann Marie & Stephen, Jan & Leeder, Stephen & Swinburn, Boyd (2010) The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bulletin of World Health Organization* 88, 609–14.
- Triggle, Nick (2016) Sugar tax: how it will work? 16 Maaliskuu 2016. Lontoo: BBC. <http://www.bbc.co.uk/news/health-35824071> [luettu 5.9.2016].
- Uusitalo, Liisa & Nyberg, Heidi & Pelkonen, Marjaana & Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa & Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Virtanen, Suvi. (2012) Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 2010. Helsinki: THL.
- Uusitupa, Matti & Hermansen, Kjeld & Savolainen, Markku ym. (2013) Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on insulin sensitivity, lipid profile and inflammation markers in metabolic syndrome – a randomized study (SYSDIET). *J Intern Med*. 274(1), 52–66. doi: 10.1111/joim.12044
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2015) Valtion ravitsemusneuvottelukunnan historiikki. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/historiikki.pdf> [luettu 5.9.2016].
- Valtionvarainministeriö (2013) Sokeriverotyöryhmän loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 3/2013. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Valtionvarainministeriö (2016) Makeisten, jäätelön ja virvoitusjuomien verotus. Valtionvarainministeriö, Helsinki. <http://vm.fi/makeisten-jaatelon-ja-virvoitusjuomien-verotus> [luettu 5.9.2016].
- Van Harten, Gus (2016) Key flaws in the European Commission's Proposals for Foreign Investor Protection in TTIP. *Osgoode Legal Studies Research Paper* 139.
- WHO/Euro (2014) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. Kööpenhamina: WHO.
- WHO (2010) Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: WHO.
- Vikstedt, Tiina & Suominen, Merja H & Joki, Anu & Muurinen, Seija & Soini, Helena & Pitkälä, Kaisu H (2011) Nutritional status, energy, protein, and micronutrient intake of older service house residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(4), 302–7.
- Virtanen, Marianna & Kivimäki, Hanne & Ervasti, Jenni ym. (2015) Fast-food outlets and grocery stores near school and adolescents eating habits and overweight in Finland. *European Journal of Public Health*, doi: 10.1093/eurpub/ckv045.
- Young, Lisa & Nestle, Marion (2002) The contribution of expanding portion sizes to the US epidemic. *Am J Public Health*. 92(2), 246–9.

Liikunta kuuluu kaikille – liikuntapolitiikan mahdollisuudet sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämisessä

Tämänhetkinen väestöä koskeva tutkimustieto suomalaisten liikkumisesta piirtää ristiriitaisen kuvan kansallisen liikuntapolitiikan onnistumisesta: osa liikkuu terveytensä kannalta riittävästi, mutta kaikki väestöryhmät eivät (Borodulin ym. 2015; Haapala ym. 2016; Mäki-Opas ym. 2015; Saarela ym. 2014). Liikunnassa havaitaan selkeitä eroja muun muassa iän, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinpaikan ja etnisyyden mukaan (Bauman ym. 2012). Myös liikunnan sosioekonomisen aseman mukaisia eroja esiintyy niin Suomessa kuin Euroopassa (Beenackers ym. 2012): mitä korkeampi koulutus, ammattiasema tai tulot sitä enemmän liikutaan vapaa-ajalla tai työmatkan aikana ja sitä vähemmän tehdään ruumiillisesti rasittavaa työtä (Borodulin ym. 2015; de Munter ym. 2013; Mäkinen 2011). Viimeisimmät väestötutkimusten tulokset viittaavat siihen, että koulutuksen mukaiset erot fyysisessä kokonaisaktiivisuudessa ovat kasvaneet viimeisten 11 vuoden aikana (Haapala ym. 2016).

Terveyttä edistävä liikunta määritellään usein terveyslääkärin suositusten mukaisesti (ks. esimerkiksi (Haskell ym. 2007; UKK Instituutti 2009; WHO 2010). Voimassa olevien kansallisten suositusten (UKK Instituutti 2009) mukaan henkilön tulisi liikkua useana päivänä viikossa yhteensä kaksi ja puoli tuntia reippaasti tai yksi tunti ja viisitoista minuuttia rasittavasti kestävyttä parantaakseen. Lisäksi tulisi ylläpitää lihaskuntoa ja kehittää liikehallintaa kaksi kertaa viikossa. Liikkumalla suosituksia enemmän saavutetaan suuremmat terveyshyödyt, sillä kyseessä on minimisuositus. Korkea koulutus näyttää tutkimustulosten perusteella olevan Suomessa yhteydessä terveyden kannalta riittävän liikunnan todennäköisyyteen (Husu ym. 2014).

Kansalliset väestötutkimukset antavat myös kuvan siitä, ovatko asetetut tavoitteet ja niihin kohdistuneet toimenpiteet vaikuttaneet myönteisesti sosioekonomisiin eroihin liikunnassa (Heldán ym. 2013; Kaikkonen ym. 2014; Koskinen ym. 2012). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK)* -tutkimuksen mukaan koulutusryhmittäiset erot vapaa-ajan liikunnassa (vähintään puoli tuntia ainakin 2 kertaa viikossa) eivät ole merkittävästi muuttuneet vuosien

2000 ja 2013 välillä miehillä (Helldán ym. 2013). Naisilla sen sijaan koulutusryhmittäiset erot vapaa-ajan liikunnassa näyttäisivät kasvaneen: korkeasti koulutetut naiset ovat lisänneet vapaa-ajan liikuntaa enemmän kuin matalasti koulutetut naiset. *Terveys 2000 ja 2011* -tutkimusten perusteella koulutuksen mukaiset erot fyysisessä kokonaisaktiivisuudessa ovat kasvaneet vuosien 2000 ja 2011 välillä, systemaattisemmin miehillä kuin naisilla (Haapala ym. 2016).

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) avulla voidaan tarkastella terveysliikuntasuosituksen täyttymistä koulutusryhmittäin. Sen mukaan miehillä erot terveysliikuntasuosituksen täyttymisessä ovat kenties hieman kaventuneet vuosien 2013 ja 2015 välillä, kun taas naisilla erot ovat pysyneet samankaltaisina. ATH (Kaikkonen ym. 2014) mahdollistaa kuntien vertailun liikunnan näkökulmasta. Sen mukaan yli 50 000 asukkaan kaupungeista vapaa-ajallaan liikkumattomia henkilöitä asuu eniten Salon, Porin, Kouvolan ja Kotkan alueella, kun taas vapaa-ajallaan liikkumattomia asuu vähiten Helsingin, Jyväskylän, Tampereen ja Espoon alueella (Kaikkonen ym. 2014). Terveysliikuntasuosituksen tähtyminen kunnittain on toisensuuntainen: eniten terveysliikuntasuosituksen täyttäviä asukkaita on Tampereella, Jyväskylässä, Rovaniemellä, Oulussa ja Helsingissä.

Kansallisen liikuntapolitiikan tavoitteena on edistää liikuntaa, ja sen kautta väestön hyvinvointia ja terveyttä, sekä kilpa- ja huippu-urheilua ja näihin kumpaankin liittyvää kansalaistoimintaa (Liikuntalaki 2015; STM 2013). Liikuntapolitiikkaa ohjataan ja kehitetään tavoitteiden, lainsäädännön, tutkimusten ja selvitysten sekä liikuntaan ohjattujen budjetti- ja veikkausvoittovarojen avulla. Tavoitteet määritellään paitsi liikuntalain myös perustus- ja kuntalain sekä voimassa olevan hallitusohjelman mukaisesti (Kuntalaki 2015; Liikuntalaki 2015; Hallitusohjelma 2015; Suomen perustuslaki 1999). Yleiseksi tavoitteeksi on näissä määritetty liikunnan, fyysisen aktiivisuuden, kilpaurheilun ja niihin liittyvän kansalaistoiminnan sekä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi liikunnan avulla halutaan tukea lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä, mutta myös tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta sekä kulttuurien moninaisuutta ja ympäristön kestävää kehitystä.

Tuoreimpien tieteellisten katsausten perusteella liikunnan tai liikkumattomuuden sosioekonomisten erojen taustalla voi olla monentasoisia tekijöitä: psykologisia, biologisia, sosiaaliseen ja elinympäristöön liittyviä tekijöitä sekä kansalliseen ja alueelliseen politiikkaan (liikennejärjestelmät, aluesuunnittelu, virkistyspalvelut, terveyspalvelut, koulutus jne.) ja globaaleihin ilmiöihin (taloudellinen kehitys, media, markkinointi, kaupungistuminen jne.) liittyviä tekijöitä (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012).

Tässä kirjoituksessa analysoidaan liikuntapolitiikkaa sosioekonomisen eriarvoisuuden näkökulmasta. Sosioekonomisella eriarvoisuudella tarkoitetaan sosioekonomisen aseman, kuten koulutuksen, tulostason tai ammattiaseman, mukaisia eroja terveyttä edistävässä liikunnassa. Eriarvoisuudeksi tilanne muuttuu erityisesti silloin, kun kaikilla sosioekonomisilla ryhmillä ei ole yhtäläisiä mahdollisuuksia tai edellytyksiä terveyttä edistävään liikuntaan. Kirjoituksessa tarkastellaan ensik-

si kansallisen liikuntapolitiikan tavoitteita ja toimintamahdollisuuksia liikunnan edistämiseksi ja toiseksi eritellen tutkimustiedon avulla, onko tavoitteen suuntaisia tuloksia saavutettu. Kansallisen liikuntapolitiikan lisäksi kirjoituksessa tarkastellaan kuntatason tavoitteita ja toimintamahdollisuuksia terveyttä edistävän liikunnan sosioekonomisen eriarvoisuuden näkökulmasta. Lopuksi pohditaan, olisiko jotain tehtävissä toisin niin, että kaikilla olisi yhtäläiset edellytykset terveyttä edistävään liikuntaan.

Kansallisen liikuntapolitiikan tavoitteet ja keinot sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi

Kansallista liikuntapolitiikkaa ovat 2000-luvulla linjanneet terveyttä edistävän liikunnan periaatepäätökset (OKM 2008; STM 2013; Valtioneuvosto 2002). Kehittämislinoissa vuonna 2002 korostettiin yhteistyön tiivistämistä eri ministeriöiden, kuten sosiaali- ja terveysministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön ja liikenne- ja viestintäministeriön, sekä muiden liikunnan edistämisestä vastaavien tahojen välillä. Lisäksi kiinnitettiin huomiota siihen, että yhdyskuntarakenteen ja arkiympäristön (kaavoitus, liikuntapaikat ja kevyen liikenteen väylät) tulisi kannustaa terveyttä edistävään liikuntaan.

Liikunnan edistämisen tavoitteiden ja toimenpiteiden tulisi olla selkeitä elämäntavan eri vaiheissa

Lasten ja nuorten liikuntataitoja ja liikunnallisen elämäntavan omaksumista haluttiin edistää tuomalla liikunta osaksi jokapäiväistä arkiympäristöä (OKM 2008). Työikäisillä korostettiin terveyttä edistävän liikunnan riittävyttä ja omaa vastuuta liikunnasta, kun taas iäkkäillä nähtiin omatoimisuuden, toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden merkitys osana liikuntaa. Lisäksi määriteltiin ryhmät, joiden terveyttä edistävään liikuntaan tulisi erityisesti kiinnittää huomioita: terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvat, liikunnasta syrjäytyneet (tätä ei tarkemmin määritely), maahanmuuttajat ja työttömät.

Näiden ryhmien valinta perustui Valtioneuvoston periaatepäätökseen *Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista* (STM 2008) ja tämän taustana olevaan asiakirjaan, joka pohjautuu Maailman terveysjärjestön WHO:n, Euroopan unionin ja Pohjoismaisen ministerineuvoston linjauksiin terveyttä edistävästä liikunnasta ja ravinnosta. Periaatepäätöksessä määriteltiin, että kulttuurin, elinympäristön ja elinolosuhteiden tulisi tukea terveellistä liikkumista. Kaikilla väestöryhmillä tulisi olla riittävät tiedot ja taidot terveellisestä elämäntavasta. Lisäksi erityisesti heikommassa sosiaalisessa asemassa olevia tulee kannustaa, tukea ja ohjata liikkumaan. Heikommassa sosiaalisessa asemassa olevien ryhmää ei tarkemmin määritely, mutta tämän ryhmän kohdalla pidettiin tärkeänä

terveellisiin liikkumistapoihin kannustavia arkiympäristöjä ja terveyttä edistävä liikunnan huomiointia kunnissa. Tärkeäksi nähtiin myös terveyttä edistävän liikunnan tietopohjan vahvistaminen niiden ammattiryhmien koulutuksessa, jotka vastaavat eri väestöryhmien liikkumisen edistämisestä käytännössä. Kehittämislinoissa pidettiin tarpeellisena kiinnittää liikunnallisen elämäntavan edistämisesä huomiota erityisesti ryhmien erilaisiin tarpeisiin ja niihin vastaamiseen.

Uusimman terveyttä edistävän liikunnan asiakirjan (STM 2013) näkökulmat ja tavoitteet eivät ole merkittävästi muuttuneet aikaisemmista. Fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi ehdotetaan muun muassa istumisen vähentämistä viitaten aihetta koskeviin kansallisiin suosituksiin (STM 2015). Fyysisen aktiivisuuden edistämisesä korostetaan myös kaupunki- ja liikennesuunnittelun kuten kävely- ja pyöräilyverkoston kehittämisen merkitystä, ja sitä ehdotetaan lisättäväksi laajemmin osaksi varhaiskasvatusta ja toiseen asteen opetusta.

Miten matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien mahdollisuuksia terveyttä edistävään liikuntaan voitaisiin edistää?

Kansallisissa linjauksissa yhdeksi tavoitteeksi asetetaan liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden sosiaalisen eriarvoisuuden vähentäminen (STM 2013) ja sitä konkretisoidaan myöhemmin toimeenpanosuunnitelmassa (OKM & STM 2014). Vaikka terveyttä edistävän liikunnan eriarvoisuuden vähentäminen ja myös sukupuolten tasa-arvo asetetaan toimeenpanosuunnitelmassa tärkeäksi tavoitteeksi, silti jää avoimeksi, miten ja millä keinoin tavoitteeseen tullaan pääsemään. Tämä näkyy toimeenpanosuunnitelmassa, jossa ei tarkemmin varsinaisesti määritellä eriarvoisuutta, vaan todetaan korkeiden kustannuksien aiheuttavan eriarvoisuutta lasten liikuntaharrastuksissa. Lisäksi korostetaan, että liikunnan harrastamisen hintaa ja saavutettavuutta tulisi tarkastella myös sukupuolten näkökulmasta. Linjauksessa jätetään kokonaan huomioimatta erot liikunnassa ja fyysisessä aktiivisuudessa koulutuksen, ammattiaseman, tulotason ja asuinpaikan mukaan. Lisäksi liikunta nähdään vain vapaa-ajan harrastuksena tai kilpaurheiluna, eikä huomioida muuta arkeen kuuluvaa hyötyliikuntaa, kuten matka- ja asiointiliikkumista kodin, työpaikan, koulun tai kaupan välillä, sekä harrastuksiin kulkemista kävellen tai pyöräillen.

Toimeenpanosuunnitelmasta tosin löytyy toimenpiteitä, joiden voi arvella ainakin epäsuorasti lisäävän terveyttä edistävää liikuntaa, kuten asuinympäristöjen ja elinympäristöjen suunnittelu niin, että ne innostavat ja tukevat liikkumismahdollisuuksia riippumatta sosioekonomisesta asemasta. Asuinympäristöjä ei usein rakenneta tai kehitetä eriytyneesti matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien tai terveyttä edistävän liikunnan näkökulmasta. Tästä huolimatta voi asuinympäristöllä olla suuri merkitys päivittäisen liikkumisen edistämisesä juuri matalan sosioekonomisen aseman ryhmissä. Lisäksi tavoitteena on kehittää asuinympäristöjä siten, että lähellä sijaitsevia palveluita voisi käyttää kävellen ja pyöräillen

tai ainakin yhdistää näitä osaksi pidempiä matkoja, joissa tarvitaan myös joukkoliikennettä. Tavoitteiksi mainitaan myös laadukkaiden, kattavien ja turvallisten liikenneväyälästöjen kehittäminen ja ylläpito. Niiden avulla voidaan kannustaa kulkemaan koulu-, opiskelu- ja työ- tai harrastematkaa fyysisesti aktiivisella tavalla, millä voi arvella olevan jossain määrin myönteinen vaikutus liikunnan eriarvoisuuden vähentämiseen.

Kansallisessa terveyttä edistävän liikunnan toimeenpanosuunnitelmassa korostetaan liikunnan merkitystä oppimiselle, työkyvylle ja terveydelle ja tämän tiedon välittämistä yksilöille sekä erityisesti liikunnallisen elämäntavan sosiaalisten erojen kaventamista (OKM & STM 2014). Keskeisiä keinoja ovat informaation, tiedeviestinnän ja terveyttä edistävän liikunnan sisältöjen välittäminen entistä paremmin yksilölle. Tarkempina esimerkkeinä mainitaan valtakunnallisten liikunnan edistämisohjelmien hyvien käytäntöjen ja toimintakulttuurien levittäminen yksilöille ja kaikkien sosiaaliryhmien käytettäväksi. Lisäksi ehdotetaan, että lajiliitot ja muut valtakunnalliset ja alueelliset liikuntajärjestöt huolehtivat siitä, että niiden toiminnassa huomioidaan yksilöiden hyvinvointi ja terveyttä edistävän liikunnan näkökulma. Tällä tarkoitetaan todennäköisesti sitä, että ei pyritä vain järjestämään ja lisäämään liikunnan harrastus- ja kilpailutoimintaa vaan tuodaan esille liikunnallisen elämäntavan terveysvaikutukset. Lisäksi liikuntajärjestöjen tulisi terveystieteiden ohella huomioida muut terveyteen vaikuttavat tekijät kuten ravitsemus, alkoholinkäyttö ja uni. Tavoitteeksi mainitaan myös eri sosiaaliryhmien tarpeiden ja mahdollisuuksien huomioiminen liikuntaharrastuksissa. Hyvinä esimerkkeinä tästä olisi edullisten urheiluharrastusten ja liikuntavuorojen tarjoaminen matalaan tuloryhmään kuuluville perheille.

Yksi tavoitteista on luontoliikunnan edistäminen, jossa poikkeuksellisesti tuodaan esille sosiaaliryhmien väliset erot. Yksilöiden terveyttä edistävää liikuntaa on tarkoitus vahvistaa kehittämällä luontoliikuntamahdollisuuksia ja huomioimalla niissä esteettömyys, viestintä ja näkyvyyteen liittyvät tekijät (OKM & STM 2014). Kehittämisen kohteena on tällöin erityisesti viestintä luontoliikunnasta kiinnostuneille yksilöille ja ryhmille. Lisäksi parannetaan luontoliikuntamahdollisuuksien näkyvyyttä kehittämällä niihin liittyviä verkkopalveluita ja avaamalla metsähallituksen retkikartta liikkujien käytettäväksi.

Terveydenhuollon liikuntaneuvonnassa tulisi huomioida eri sosiaaliryhmien tarve terveyttä edistävälle liikunnalle (OKM & STM 2014). Keskeisiksi toimenpiteiksi esitetään liikunnan tuominen osaksi terveydenhuollon hoitopolkua esimerkiksi lisäämällä hoitotietoihin liikuntatietoja, tarjoamalla liikuntaneuvonnassa hyväksi havaittuja menetelmiä ja koulutusta terveydenhuollon työntekijöille sekä vaikuttamalla terveydenhuollon tutkimukseen johtaviin koulutussisältöihin. Toimenpiteissä mainitaan vielä kansallinen ja alueellinen markkinointi liikuntaneuvonnan lisäämiseksi terveydenhuollossa sekä jo hyväksi havaittujen liikuntaneuvonnan työkalujen levittäminen terveydenhuollon ammattilaisille. Lisäksi kansallisena tavoitteena on sisällyttää koulutusmateriaalia liikuntaneuvonnasta

sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintoihin valmistavien perus- ja täydennyskoulutusten käyttöön.

Yksilöiden ja sosioekonomisten ryhmien erilaisia terveystekijöitä ja muita psykososiaalisia tekijöitä ei huomioida riittävästi terveyttä edistävässä liikunnassa

Terveystekijöiden ja psykososiaalisten tekijöiden, kuten sosiaalista tuen, pystyvyyden tunteen tai arkielämän suunnittelutaitojen, huomioiminen olisi hyödyllistä, jotta linjaukset ja eri toimenpiteet kohdistuisivat oikein niiden kohdalla, jotka liikkuvat terveytensä kannalta liian vähän. Suosituksissa ei myöskään huomioida monia liikkumisen kannalta tärkeitä psykososiaalisia tekijöitä, kuten sosiaalista tukea, pystyvyyden tunnetta tai kykyjä, jotka tukevat säännöllisen liikunnan aloittamista ja ylläpitämistä (Bauman ym. 2012). Toisaalta myös henkilön liikunnasta saamat ja kokemat fyysiset ja psyykkiset terveyshyödyt sekä arjen suunnittelukyky voivat olla voimakkaasti yhteydessä liikunnan ylläpitämiseen (mt.). Nämä psykososiaaliset tekijät tulisi huomioida entistä paremmin suunniteltaessa terveyttä edistävän liikunnan toimenpiteitä. Tiedolla johtaminen (esimerkiksi tiedon lisääminen liikunnan terveyshyödyistä yksilölle tai ryhmille) tai tietoisuuden (verkkoiestinnän tai median kohdistaminen yksilöille tai ryhmille) lisääminen ei ole tieteellisen tiedon perusteella riittävä keino lisätä fyysistä aktiivisuutta tai saada aikaan muutosta liikunnallisessa elämäntavassa (Ball ym. 2015).

Onnistuneista liikuntainterventioista, joissa on pyritty vaikuttamaan yksilöiden liikunnan lisäämiseen lisäksi myös liikunnan sosioekonomisiin eroihin, on vähän tutkimusnäyttöä (Ball ym. 2015). Liikuntainterventiot ovat useimmin kohdistuneet yksilön asenteisiin tai käyttäytymisen muuttamiseen hyödyntäen keinoja, joilla vaikutetaan henkilön aikomuksiin, motivaatioon tai kognitiivisiin kykyihin tai tarjoamalla tukea liikunnallisen elämäntavan ylläpitämiseen. Liikuntainterventiot, joissa pyritään muuttamaan henkilön käyttäytymistä kognitiivisten kykyjen sijasta, lisäävät liikunta-aktiivisuutta tehokkaammin myös sosioekonomisesta näkökulmasta (Ball ym. 2015). Liikunnan edistämisessä voi huomioida eri sosioekonomisten ryhmien tarpeet muun muassa tarvekartoituksen avulla, esimerkiksi haastatteleamalla ihmisiä eri koulutusryhmistä ja tiedustelemalla heidän liikuntaan liittyvistä toiveistaan ja tarpeistaan. Näin toimien voisi olla mahdollista saavuttaa hyviä tuloksia ainakin lyhyellä aikavälillä, kun toimenpiteet voitaisiin kohdistaa oikein.

Terveyttä edistävä liikunta kunnissa – keinoja lisätä liikuntaa kaikille

Kansallisissa terveyttä edistävän liikunnan suuntaviivoissa (STM 2008; STM 2013) korostettiin terveyttä edistävän liikunnan merkitystä myös kunnan hyvinvointipolitiikassa. Tämä tarkoittaa sitä, että terveyttä edistävä liikunta tulisi määritellä laajemmin, ei vain liikunnan harrastamisena vaan osana arkea, ja että se tulisi huomioida monipuolisemmin päätöksenteossa. Terveyttä edistävä liikunta olisi aiheellista sisällyttää kunnan hyvinvointistrategiaan. Lisäksi kunta- ja liikuntalaki (Kuntalaki 2015; Liikuntalaki 2015) määrittelevät, että yksi kunnan tehtävistä on liikuntaolosuhteiden ja -edellytysten luominen asukkaille. Tämä pitää sisällään terveyttä ja hyvinvointia edistävät liikuntapalvelut kuten esimerkiksi liikuntapaikkojen rakentamisen ja urheiluseuratoiminnan kehittämisen. Eriarvoisuuden vähentäminen ja yhdenvertaisuuden lisääminen liikunnassa ovat liikuntalain tavoitteita (Liikuntalaki 2015), joten niiden katsotaan kuuluvan myös kunnan keskeisiin tehtäviin. Liikunta- tai kuntalaissa ei kuitenkaan tarkemmin määritellä mitä eriarvoisuuden vähentäminen ja yhdenvertaisuuden lisääminen voivat tarkoittaa kuntatasolla. Kansallisissa terveyttä edistävän liikunnan linjauksissa on toimenpide-ehdotuksia, joita on mahdollista käyttää myös kunnissa. Kunnat kuitenkin raportoivat harvoin hyödyntävänsä kansallisia liikunnan edistämiseen tarkoitettuja ohjelmia ja suosituksia (Hakamäki ym. 2015).

Uudistunut liikuntalaki korostaa liikunnan merkitystä eri elämäntilanteissa, ja siinä on pyritty huomioimaan sosioekonominen eriarvoisuus (Mäkinen 2011). Laki tähdentää, että kunnissa tulisi entistä enemmän huomioida eri sosioekonomisten ryhmien tarpeet ja terveyttä edistävän liikunnan edellyttämät toimenpiteet. Liikunnan merkitystä sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämisessä voi korostaa esittämällä kuntapäätäjille perusteluita liikunnan terveys- ja hyvinvointihyödyistä (Lee ym. 2012) sekä tietoa vähäisen liikunnan seurauksista lisäkustannuksina terveydenhuollossa (Kolu ym. 2014). Nämä perustelut voivat tuoda esille sen, miksi terveyttä edistävän liikunnan ja sen yhdenvertaisten mahdollisuuksien tulisi olla tärkeä osa hyvinvointistrategiaa.

Kuntatasolla päättäjät pystyvät vaikuttamaan kuntalaisten elinympäristöihin kodin, päiväkodin, koulun ja työpaikkojen lähistöllä sekä myös liikuntaolosuhteisiin, kuten liikuntapalveluihin sekä kävely- ja pyöräilyverkkoon. Näillä on tieteellisen näytön perusteella merkittävä vaikutus terveyttä edistävään liikkumiseen (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012). Lapsilla ja nuorilla liikkumista tukeva ympäristö, kuten kävely-ystävällisyys, autoliikenteen vähäinen nopeus ja määrä, suuri asumistiheys, lyhyet etäisyydet palveluihin sekä liikuntapaikkojen hyvä saavutettavuus, ovat myönteisesti yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen (Bauman ym. 2012). Lisäksi koululla ja sen lähiympäristöllä voidaan todennäköisesti tavoittaa kaikki samaan ikäryhmään kuuluvat sosiaalisesta asemasta huolimatta, mutta vielä kuitenkin uupuu selkeä tieteellinen näyttö siitä, miten heikommassa sosiaalisessa ase-

massa olevien terveyttä edistävää liikuntaa voitaisiin tehokkaasti edistää kouluissa (Ball ym. 2015).

Aikuisilla keskeiset liikkumista tukevat ympäristöön liittyvät tekijät ovat lyhyet etäisyydet palveluihin, hyvät kävelyverkot ja asuinalueen viheralueiden ja liikuntapaikkojen läheisyys. Ikäihmisillä ei ainakaan vielä ole havaittu johdonmukaisia myönteisiä yhteyksiä liikkumista tukevien ympäristöjen ja liikunnan välillä (Bauman ym. 2012). Tosin viimeaikaista tieteellistä näyttöä on kertynyt suomalaista tutkimuksista, joiden perusteella juuri edellä mainituilla ympäristön saavutettavuuteen liittyvillä tekijöillä voi olla vaikutusta erityisesti iäkkäiden henkilöiden päivittäiseen liikkumiseen (Eronen ym. 2014; Rantakokko ym. 2014). Luotettava tieteellinen näyttö liikunnan edistämisestä ja istumisen vähentämisen keinoista työolosuhteissa kuitenkin uupuu (Ball ym. 2015). Ei voida sanoa, mitkä olisivat parhaat käytännöt edistää liikuntaa ja vähentää istumista koulu-, työ- ja yhteisötasolla. On syytä myös huomioida, että liikkumista tukeva ympäristö ei välttämättä ole itsessään riittävä edistämään liikuntaa tasapuolisesti kaikissa sosiaaliryhmissä (Ball ym. 2015).

Vaikka ikäryhmittäiset ja sukupuolten erilaiset tarpeet huomioidaan jo hyvin kattavasti, kuntien liikunnan ohjauksessa ja muissa palvelussa ei välttämättä riittävästi huomioida muita vähiten liikkuvia ryhmiä (Hakamäki ym. 2015). Esimerkiksi koulutuksen mukaan tarkasteltuna heikoimman sosiaalisen aseman ryhmään kuuluvat henkilöt voisivat hyötyä erityisesti liikunta- ja elämäntapaneuvonnasta muita ryhmiä enemmän (Kolu ym. 2014; Lee ym. 2012; Mäkinen 2011). Systemaattisten katsausten perusteella näyttää siltä, että henkilökohtaisella tai ryhmässä annetulla liikuntaneuvonnalla voisi olla myönteistä vaikutusta liikkumiseen ainakin lyhyellä aikavälillä (Richards ym. 2013). Toistaiseksi ei kuitenkaan ole varmuutta siitä, että jokin neuvontamenetelmä olisi tehokkaampi tai toimisi paremmin juuri alempaan sosioekonomiseen ryhmään kuuluvilla ylempään ryhmään verrattuna (Hankonen ym. 2009).

Liikuntapoliittisista tavoitteista ja toimenpiteistä on puuttunut laaja-alainen sosioekonominen eriarvoisuuden näkökulma

Liikuntapoliittisissa tavoitteista ja toimenpiteissä ei ole määritelty ”matalassa sosiaalisessa asemassa olevia”. Ilman määritelmää on epäselvää, tulisiko toimenpiteitä edes kohdistaa erikseen koulutuksen, ammattiaseman tai tulotason mukaisesti. On siis lähtökohtaisesti vaikea arvioida sitä, onko liikuntapoliittisia tavoitteita asetettaessa ollut riittävästi ymmärrystä sosioekonomisesta eriarvoisuudesta ilmiönä ja onko siten osattu riittävän tarkasti määritellä tarpeellisia toimenpiteitä liikunnan sosioekonomisen eriarvoisuuden kaventamiseksi. WHO lähestyy asiaa ”sosiaalisesti haavoittuvan ryhmän” näkökulmasta, ja ryhmä voidaan määritellä iän,

matalan sosiaalisen aseman (tulot, ammattiasema ja koulutus), mutta myös sosio-kulttuurisen (sukupuoli, etnisyys, uskonto, pakolaisuus ja sosiaalinen pääoma) ja sosiomaantieteellisen (asuinalueen) aseman perusteella (WHO 2013). Nämä eri ulottuvuudet voivat vaikuttaa limittäin ja samanaikaisesti liikunnan sosiaaliseen eriarvoisuuteen. Toisaalta liikunnan sosioekonomisiin eroihin vaikuttavat monet sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, jotka voivat vaihdella elämänkulun vaiheissa (Lynch & Kaplan 2000; Mäkinen 2011).

Mihin liikkumisen muotoihin ja lajeihin kannattaa vaikuttaa sosioekonomisen eriarvoisuuden näkökulmasta?

Voi kysyä, tuleeko lisätä urheilun harrastamista yleensä, terveystoimintaa, hyötyliikuntaa vai jotain muuta liikunnan muotoa. Voi myös miettiä, tulisiko urheilujärjestöjen ja terveysjärjestöjen tehdä nykyistä enemmän yhteistyötä terveystoiminnan edistämiseksi. Tämä vaikuttaa merkittävästi siihen, mitkä liikuntapolitiittiset toimenpiteet ovat toimivia yksilön, yhteisön ja ympäristön tasolla, kun tarkoituksena on kaventaa liikunnan sosioekonomista eriarvoisuutta. Tiedämme, että sosioekonomiset erot hieman vaihtelevat kun tarkastellaan vapaa-ajan liikuntaa, työmatkaliikuntaa, työhön liittyvää ruumiillista rasittavuutta tai vapaa-ajalla istumista, puhumattakaan terveystoimintasuositusten täyttymisestä (Husu ym. 2014; Mäki-Opas ym. 2015; Mäkinen 2011). Lisäksi heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevat harrastavat hyötyliikuntaa yleisemmin kuin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat (Saarela ym. 2014). Liikunnan lajikohtaiset erot puhuvat taas hieman eri kieltä, kun koulutetummat suosivat kuntasaliharjoittelua, hiihtoa ja juoksua vähemmän koulutettuja useammin (Purhonen ym. 2014). Tarvitaan siis syventävää lisätutkimusta, jotta voidaan tarkemmin sanoa, mihin sosioekonomisiin eroihin liikunnassa olisi tarpeellista puuttua. Tarvitaan myös toimintapolitiittisia linjauksia siitä, mihin näistä eroista halutaan ja on järkevää kiinnittää huomiota terveyden ja eriarvoisuuden näkökulmasta. Emme myöskään vielä kattavasti tiedä Suomessa asuvien eri etnisten ryhmien sosiaalisen aseman mukaisia eroja liikunnassa suhteessa kantaväestöön.

Tieteellinen näyttö onnistuneista liikuntapolitiittisista toimista uupuu tai on ristiriitainen

Etenkin liikunnan sosioekonomisen eriarvoisuuden kaventamisen näkökulmasta tieteellinen näyttö on vajaavaista (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012; Rotko & Kauppinen 2016). Esimerkkinä voi mainita Australian kansallisen tason pyöräilymyönteisen politiikan, joka on edistänyt pyöräilyaktiivisuutta, mutta vain silloin kun samalla on vaikutettu liikkumista kannustavaan ympäristöön, kuten turval-

lisuuteen, kävely- ja pyöräilyverkostoon sekä palveluiden läheisyyteen ja niiden helppoon saavutettavuuteen kävellen tai pyöräillen (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012). Saksassa, Tanskassa ja Hollannissa pyöräilymyönteinen joukkoliikennepolitiikka ja -suunnittelu selittävät korkeaa pyöräilyaktiivisuutta jossain määrin. Taustalla on todennäköisesti turvallisuuteen, pyöräilyinfrastruktuuriin ja puistoihin kohdistunut pitkäaikainen kehitystyö (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012). Tästäkin huolimatta on epävarmaa, kohdistuvatko kyseiset liikuntapoliittiset ja liikennepoliittiset toimenpiteet tasapuolisesti kaikkiin sosioekonomisiin ryhmiin (Ball ym. 2015; de Munter ym. 2013; Goodman ym. 2013; Lestan ym. 2014; Saarela ym. 2014). Poliittikkatoimenpiteiden vastaanottamiseen voivat myös vaikuttaa myönteisesti vallalla olevat sosiaaliset ja kulttuurisidonnaiset normit (Bauman ym. 2012). Tuoreimmassa *Terveys 2015* -ohjelman arvioinnissa (Rotko & Kauppinen 2016) ehdotetaan, että sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämiseksi tulisi ilmiö ja sen syytekijät tehdä ymmärrettäväksi ja havainnollistaa sitä, kuinka eriarvoistuminen voi lisätä kustannuksia ainakin terveydenhuollossa.

Terveyttä edistävän liikunnan sosioekonomisten erojen kaventamisessa voisi olla hyötyä useista interventiomenetelmistä. Liikuntaa voisi päivittäin lisätä arkisilla fyysistä aktiivisuutta kohentavilla valinnoilla, mutta keinot tulisi tarkemmin miettiä eri sosioekonomisille ryhmille ja eri elämäntilanteisiin sopiviksi. Jos tässä onnistuttaisiin, se voisi lisätä arjen fyysistä aktiivisuutta kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä (Ball ym. 2015). Sosiaalisesti heikoimmassa asemassa olevien yksilöllisten motivaatiohaastattelujen myönteisestä vaikutuksesta liikunta-aktiivisuuteen on myös jonkin verran tietoa. Näyttö uusien älypuhelimien ja muiden teknologioiden (askelmittarit, kiihtyvyyssanturit ja muut kännykkäpohjaiset sovellukset) hyödyistä liikunta-aktiivisuuden edistämässä on ristiriitaista, eikä myöskään ole varmuutta siitä hyötyisivätkö kaikki kyseisistä lähestymistavoista (Ball ym. 2015; King ym. 2015; Knight ym. 2015). Pitkällä aikavälillä onnistuneimmat lopputulokset liikunnallisen elämäntavan vahvistamisessa eri sosiaaliryhmissä on saavutettu hyödyntäen ns. kognitiiviskäyttäytymistieteellistä lähestymistapaa (Ball ym. 2015). Näissä interventioissa on käytetty laajempaa käyttäytymisen muutosstrategiaa, joka on sisältänyt yksilön motivointia, aikomuksiin vaikuttamista, itsemonitorointia, sosiaalisen tukiverkoston vahvistamista, oman käyttäytymisen vahvistamista palkitsemisen avulla, liikunnan esteiden tunnistamista ja liikunnan ylläpitämistä ja repsahduksien välttämistä.

Varmuudella ei voida suositella, mitkä olisivat parhaat käytännöt edistää liikuntaa ja vähentää istumista koulussa, työpaikoilla tai muissa yhteisöissä (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012). On hyvä muistaa, että liikkumista tukeva ympäristö ei yksin liene riittävä edistämään liikuntaa tasapuolisesti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä, vaan tarvitaan myös yksilötason tekijöiden huomioimista (Ball ym. 2015). Vahvin tieteellinen näyttö liikunnan edistämisestä, jossa myös sosioekonomiset erot on otettu huomioon, on saatu tutkimuksista, jotka hyödyntävät kognitiiviskäyttäytymistieteellistä lähestymistapaa (Ball ym. 2015). Siinä motivoidaan

yksilöä, ohjataan häntä, seurataan liikuntaa ja muuta käyttäytymistä, annetaan sosiaalista tukea, palkitaan oikeasta käyttäytymisestä sekä opetetaan tunnistamaan ja ennaltaehkäisemään epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Kenellä tulisi olla vastuu terveyttä edistävästä liikunnallisesta elämäntavasta – pelkästään yksilöllä itsellään vai myös yhteiskunnalla?

Kansallisten liikuntapoliittisten linjausten ja toimenpidesuunnitelman (OKM & STM 2014; STM 2013) perusteella näyttäisi siltä, että vastuuta terveyttä edistävästä liikunnasta ollaan sysäämässä entistä enemmän yksilön omille harteille. Tämä ei välttämättä ole laajojen kirjallisuuskatsauksien (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012; Koeneman ym. 2011) perusteella järkevää tai pitkälle kantava ratkaisu, kun tarkastellaan liikunnan taustalla olevia tekijöitä. Moniin sosiaalisiin, ympäristöön ja yhteiskuntaan liittyviin tekijöihin yksilö voi vaikuttaa vain rajallisesti (Mäki-Opas ym. 2015). Lisäksi tulisi pohtia, kuinka selvää on, että kaikki sosioekonomiset ryhmät haluavat omaksua terveyttä edistävästä liikunnallisesta elämäntavasta? Vaikka yleisesti nähdään, että terveyttä edistävä liikunta on monessa mielessä suotavaa ja kannatettavaa, eivät kaikki välttämättä liiku. Syynä voi olla elämäntilanne, asenteet tai arvot, joihin liikunta ei juuri tällä hetkellä kuulu (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012; Mäki-Opas ym. 2015).

Terveyttä edistävä liikunta ei välttämättä ole yksinkertainen tai edes rationaalinen valinta (Lehto ym. 2013; Lynch ym. 1997; Wardle & Steptoe 2003). Eri sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla voi olla erilainen käsitys liikuntaan liittyvistä valinnan mahdollisuuksista ja oman terveyden hallinnasta. On esitetty, että matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat uskovat korkeassa asemassa olevia useammin terveyden johtuvan sattumasta, eikä heitä kiinnosta tulevaisuuden terveys ja hyvinvointi vaan nykyhetkessä eläminen (Lehto ym. 2013; Lynch ym. 1997; Wardle & Steptoe 2003). Väitän kuitenkin sosioekonomisen eriarvoisuuden määritelmän mukaisesti, että kaikilla tiettyyn sosioekonomiseen ryhmään kuuluvilla ei ole samoja mahdollisuuksia tai resursseja liikkua terveytensä kannalta riittävästi, vaikka he kenties itse niin haluaisivat. Tämä voi johtua korkeasti koulutetuilla henkilöillä ajan puutteesta ja matalan tulotason henkilöillä liikuntaan liittyvistä korkeista kustannuksista (Borodulin ym. 2015).

On hyvä myös miettiä, olisiko liikuntapolitiikan syytä hyödyntää monipuolisemmin sekä porkkanaa että keppiä? Tutkimustiedon mukaan verotuspoliittiset päätökset tukea liikunnallista elämäntapaa, kuten työmatkaliikkumisen tukeminen verotuksellisesti tai tieverotuksen avulla, eivät todennäköisesti kohdistuisi tasapuolisesti eri sosioekonomisiin ryhmiin (Ball ym. 2015). Sen sijaan kaikkiin ryhmiin vaikuttavat yhdenmukaisesti ja tehokkaasti liikkumista kannustavat ympäristöt (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012). Lupaavia porkkanoita eli liikunnallis-

ta valintaa myönteisesti ohjaavia toimenpiteitä voisivat olla liikkumisen houkuttelevuutta lisäävät ratkaisut (Ball ym. 2015), kuten esimerkiksi työpaikoilla vapaasti kaikkien käytössä olevat liikuntatilat tai työpaikkapyörät, joita voi käyttää lyhyisiin matkoihin.

Liikuntapolitiikan avulla voidaan sekä edistää liikunnallista elämäntapaa väestön tasolla että kaventaa sosiaalista eriarvoisuutta. Tämä onnistuu kun liikuntapolitiikka perustuu tieteelliseen näyttöön yksilötason liikuntakäyttäytymisen muutokseen liittyvistä tekijöistä, yhteisön tuesta ja ympäristön kannustavista tekijöistä (Ball ym. 2015; Bauman ym. 2012; Mäki-Opas ym. 2015). Lisäksi kansallisissa ja myös kuntatason suosituksissa tulisi eritellä liikunnan sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämisen tavoitetta laajemminkin, kuten myös siihen vaikuttamisen keinoja, ja täsmentää miten terveyttä edistävään liikuntaan halutaan vaikuttaa (Mäki-Opas ym. 2015; Mäkinen 2011; WHO 2013). Viimeisempien väestötutkimusaineistoihin pohjautuvien tutkimusten perusteella (Haapala ym. 2016; Mäki-Opas ym. 2015; Mäkinen ym. 2012; Saarela ym. 2014) Suomessa on vielä paljon tehtävää, jotta liikunnan sosioekonomiset erot saataisiin kavennettua.

Mitä opimme?

- ◆ Kirjoituksessa analysoitiin kansallista ja kuntatason liikuntapolitiikkaa sekä niihin liittyviä toimenpiteitä sosioekonomisen eriarvoisuuden näkökulmasta.
- ◆ Liian harva suomalainen liikkuu terveytensä kannalta riittävästi, ja erityisesti sosioekonomiset erot liikunnassa ovat kasvaneet.
- ◆ Liikuntapoliittisista tavoitteista ja toimenpiteistä on puuttunut sosioekonomisen eriarvoisuuden määritelmä, eikä eriarvoisuutta ei ole tutkimustiedon mukaan onnistuttu kaventamaan.
- ◆ Sosioekonomisten erojen kaventamiseksi liikunnan harrastamisessa tarvitaan toimenpiteitä, jotka kohdistuvat paitsi yksilön psykososiaalisiin kykyihin ja yhteisöihin myös asuinympäristöön.
- ◆ Liikunta ei ole kaikille rationaalinen tai itsestään selvä valinta, joten terveyspolitiikan tulisi miettiä ”pakotteiden” lisäksi enemmän määrin erilaisten ”kannusteiden” hyödyntämistä ja eri sosioekonomisten ryhmien osallistamista liikuntapolitiikkaan.

*Kiitokset: Kirjoittamistyötä on rahoittanut Suomen Akatemia
(Tomi Mäki-Opas #266759).*

Lähteet

- Ball, Kylie & Carver, Alison & Downing, Katherine & Jackson, Michelle & O'Rourke, Kerryn (2015) Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30 Suppl 2, ii18–9.
- Bauman, Adrian & Reis, Reis & Sallis, James & Wells, Jonathan & Loos, Ruth & Martin, Brian (2012) Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380, 9838, 258–71.
- Beenackers, Mariëlle A & Kamphuis, Carlijn B & Giskes, Katrina & Brug, Johannes & Kunst, Anton E & Burdorf, Alex & van Lenthe, Frank. J. (2012) Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: a systematic review. *International Journal for Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 116.
- Borodulin, Katja & Harald, Kenneth & Jousilahti, Pekka & Laatikainen, Tiina & Mannisto, Satu & Vartiainen, Erkki (2015) Time trends in physical activity from 1982 to 2012 in Finland. *Scand J Med Sci Sports*, 2015 Jan 6. doi: 10.1111/sms.12401.
- Borodulin, Katja & Sipilä, Noora & Rahkonen, Ossi & Leino-Arjas, Päivi & Kestilä, Laura & Jousilahti, Pekka & Prättälä, Ritva (2015) Socio-demographic and behavioral variation in barriers to leisure-time physical activity. *Scand J Public Health*, 2015 Sep 21. pii: 1403494815604080.
- Borodulin, Katja & Wennman, Heini & Mäki-Opas, Tomi & Jousilahti, Pekka (2015) WHO:n kansantervestavoitteet fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä on mahdollista saavuttaa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2015 Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- de Munter, Jeroen & Agyemang, Charles & van Valkengoed, Irene & Bhopal, Raj & Zaninotto, Paola & Nazroo, James & Kunst, Anton & Stronks, Karien (2013) Cross national study of leisure-time physical activity in Dutch and English populations with ethnic group comparisons. *Eur J Public Health*, 23: 3, 440–6.
- Eronen, Johanna & von Bonsdorff, Mikaela & Törmäkangas, Timo & Rantakokko, Merja & Portegijs, Erja & Viljanen, Anne & Rantanen, Taina (2014) Barriers to outdoor physical activity and unmet physical activity need in older adults. *Prev Med*, 67, 106–11.
- Goodman, Anna & Sahlqvist, Shannon & Ogilvie, David (2013) Who uses new walking and cycling infrastructure and how? Longitudinal results from the UK iConnect study. *Prev Med*, 57, 5, 518–24.
- Haapala, Anssi & Borodulin, Katja & Silventoinen, Karri & Mäki-Opas, Tomi (2016) Fyysisen kokonaisaktiivisuuden koulutusrhymittäiset erot ja muutokset työikäisillä suomalaisilla 11 vuoden seurannassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 53, 119–32.
- Hakamäki, Pia & Aalto-Nevalainen, Päivi & Saari, Vesa & Ståhl, Timo (2015) Liikunnan edistäminen kunnissa 2010–2014. Seurantatieto. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2015, 18.
- Hankonen, Nelli & Absetz, Pilvikki & Haukkala, Ari & Uutela, Antti. (2009) Socioeconomic status and psychosocial mechanisms of lifestyle change in a type 2 diabetes prevention trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 38: 2, 160–5.
- Haskell, Williman & Lee, I-Min & Pate, Russell & Powell, Kenneth & Blair, Steven & Franklin, Barry & Macera, Caroline & Heath, Gregory & Thompson, Paul & Bauman, Adrian (2007) Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116: 9, 1081–93.
- Helldán, Anni & Helakorpi, Satu & Virtanen, Suvi & Uutela, Antti (2013) Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2013. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Husu, Pauliina & Tokola, Kari & Suni, Jaana & Luoto, Riitta & Sievänen, Harri & Mäki-Opas, Tomi & Vasankari, Tommi & Kaikkonen, Risto (2014) Istumien ja terveystieteiden tutkimusten toteutuminen suomalaisilla aikuisilla vuonna 2013 —ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-201-0> [luettu 25.11.2014]
- Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Penttilä, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskeniemi, Timo & Ahonen, Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo (2014) Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset

- 2010-2015: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- King, Abby & Glanz, Karen & Patrick, Kevin (2015) Technologies to measure and modify physical activity and eating environments. *Am J Prev Med*, 48: 5, 630–8.
- Knight, Emily & Stuckey, Melanie & Prapavessis, Harry & Petrella, Robert (2015) Public health guidelines for physical activity: is there an app for that? A review of android and apple app stores. *Journal of Medical Internet Research Mhealth Uhealth*, 3: 2, e43.
- Koenean, Margot & Verheijden, Marieke & Chinapaw, Mai & Hopman-Rock, Marijke (2011) Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review. *International Journal for Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 142.
- Kolu, Päivi & Vasankari, Tommi & Luoto, Riitta (2014) Liikkumattomuus ja terveydenhuollon kustannukset. *Lääkärilehti*, 12; 69, 885–9.
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) (2012) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuntalaki (2015) <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410> [luettu 30.12.2015]
- Lee, I-Min & Shiroma, Eric & Lobelo, Felipe & Puska, Pekka & Blair, Steven & Katzmarzyk, Peter (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380: 9838, 219–29.
- Lehto, Elviira & Konttinen, Hanna & Jousilahti, Pekka & Haukkala, Ari (2013) The role of psychosocial factors in socioeconomic differences in physical activity: a population-based study. *Scand J Public Health*, 41: 6, 553–9.
- Lestan, Katarina & Erzen, Ivan & Golobic, Mojca (2014) The role of open space in urban neighbourhoods for health-related lifestyle. *Int J Environ Res Public Health*, 11: 6, 6547–70.
- Liikuntalaki (2015) <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150390> [luettu 30.12.2015]
- Lynch, John & Kaplan, George & Salonen, Timo (1997) Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine*, 44: 6, 809–19.
- Lynch, John & Kaplan, George (2000) Socio-economic position. Teoksessa: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–35.
- Mäki-Opas, Tomi & Rahkonen, Ossi & Borodulin, Katja (2015) *Terveys sosiologinen näkökulma liikunnallisen elämäntavan polarisoitumiseen – valinnat vai mahdollisuudet*. Yhteiskuntapolitiikka, 80: 3.
- Mäkinen, Tomi (2011) Liikunnan sosioekonomisia eroja selittävät tekijät aikuisilla. Teoksessa: Husu P, Paronen O, Suni J, Vasankari T, toim. *Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu*. s. 53–9.
- Mäkinen, Tomi & Valkeinen, Heli & Borodulin, Katja & Vasankari, Tommi (2012) *Fyysinen aktiivisuus*. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 55–8.
- OKM (2008) Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista. Opetusministeriön julkaisu 2009: 17. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- OKM & STM (2014) *Toimeenpanosuunnitelma 2014. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020*. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Liikunta/kansalaistoiminta/terveyttae_edistaevae_liikunta/Liitteet/Tehyly_toimeenpanosuunnitelma_1_12_2014.pdf [luettu 31.12.2015]
- Purhonen, Semi & Gronow, Jukka & Heikkilä, Riie & Kahma, Nina & Rahkonen, Keijo & Toikka, Arho (2014) *Suomalainen maku – Kulttuuripääoma, kulutus ja elämäntyylien sosiaalinen eriytyminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rantakokko, Merja & Iwarsson, Susanne & Vahaluoto, Satu & Portegijs, Erja & Viljanen, Anne & Rantanen, Taina (2014) Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *Journals of Gerontology: Medical Sciences* 69: 12, 1562–8.
- Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ongelma (2015) <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma> [luettu 30.12.2015]
- Richards, Justin & Hillsdon, Melvyn & Thorogood, Margaret & Foster, Charles (2013) Face-to-face interventions for promoting physical activity *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews 2013, Issue 9 Art No: CD010392 DOI: 101002/14651858CD-010392pub2.
- Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani (2016) *Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Työpäperi: 2016_008* <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-638-4> [luettu 03.06.2016]
- Saarela, Heidi & Mäki-Opas & Tomi, Silven-
toinen, Karri & Borodulin, Katja (2015) *Sosiodemografiset erot suomalaisten hyötyliikunnassa. Liikunta & Tiede, 52 (1), 55–63.*
- STM (2008) *Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista.* <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224909> [luettu 31.12.2015]
- STM (2013) *Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020* Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2013, 10.
- STM (2015) *Istu vähemmän – Voi paremmin! Kansalliset suositukset istumisen vähentämiseen* <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3726-0> [luettu 30.12.2015]
- Suomen perustuslaki (1999) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> [luettu 30.12.2015]
- UKK Instituutti (2009) *Liikuntapiirakka.* <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka> [luettu 9.5.2014]
- Valtioneuvosto (2002) *Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:2.* Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Wardle, Jane & Steptoe, Andrew (2003) *Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. Journal of Epidemiology and Community Health, 57: 6, 440–3.*
- WHO (2010) *Global recommendations on physical activity for health.* http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/ [luettu 31.12.2015]
- WHO (2013) *Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action. PHAN Work Package 4. Final report.* <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/physical-activity-promotion-in-socially-disadvantaged-groups-principles-for-action.-policy-summary> [luettu 24.4.2016]

Itsestään selvä, unohdettu, aliarvostettu kävely

Kävelyn terveyshyötyjä ei voi kiistää, ja aikuisten tulisi suomalaisten suositusten mukaan harrastaa reipasta kestävyyskuntoa parantavaa liikuntaa kuten kävelyä 2,5 tuntia viikossa. Tärkeimmistä terveyshyödyistä voidaan mainita matalampi verenpaine, leposyke sekä kokonaiskolesteroli, pienempi kehon rasvaprosentti ja painoindeksi (BMI), suurempi hapenottokyky sekä elimistön aineenvaihdunnan kiihtyminen (Hanson & Jones 2015). Näistä vaikutuksista syntyy hyötyjä myös mielenterveydelle, ja kävely onkin yhdistetty muun muassa luovuuteen, innovaatiokykyyn ja stressin hallintaan (aihetta käsitellyt mm. Frédéric Gros (2015) kaudokirjallisessa teoksessa *Kävelyn filosofia*). Todd Litmanin (2011) tutkimuksen mukaan kävely tuottaa yhteiskunnalle taloudellista hyötyä noin 0,26 euroa/kilometri. Kävelyolosuhteiden parantaminen on hyväksi taloudelle myös kiinteistöjen arvon nousun sekä vähittäiskaupan asiakasmäärien ja liikevaihdon kasvun myötä (mm. TSU & David Simmonds Consultancy 2003).

Kävelystä sanotaan, että se on ensimmäisiä asioita, joita lapsi oppii tekemään, ja viimeisiä asioita, joista ikääntyvä haluaa luopua. Kävely on kulkutavoista luontaisin ja tasavertaisin, ja jokainen liikkuja on jossain vaiheessa matkaketjuaan jalankulkija. Tästä huolimatta niin maailmalla kuin Suomessa liikennejärjestelmää ja maankäyttöä suunnitellaan edelleen pitkälti autoliikenteen ehdoilla ja suunnitteluperiaatteilla. Merkittävällä osalla väestöstä on valmiuksien, taitojen tai avun tarpeen takia liikkumiseen liittyviä rajoituksia. Pahimmassa tapauksessa he joutuvat tinkimään omasta liikkumisestaan ympäristön olosuhteiden vuoksi. Lapset, iäkkäät ja liikuntarajoitteiset muodostavat noin 30 prosenttia väestöstä (Airaksinen 2006; Sauter 2010; Tilastokeskus 2014). Myös sosioekonomiset tekijät rajoittavat monien mahdollisuuksia liikkua. Olisi syytä kysyä, kuinka hyvin tämä osa väestöstä näkyy päätöksissä, investoinneissa ja edunvalvonnassa liikennejärjestelmää ja maankäyttöä kehitettäessä.

Anna Clark työtovereineen (mukaiillen, 2011) on tiivistänyt suurimmat esteet lihasvoimaisen arkiliikkumisen (pääasiallinen syy matkalle ei ole liikunta) edistämiseksi. Samat esteet pätevät pitkälti myös Suomessa:

1. Tietämättömyys kävelyn ja pyöräilyn terveys-, ympäristö- ja taloudellisten hyötyjen laajuudesta ja suuruudesta.
2. Taipumus mieltää kävely ja pyöräily marginaalisiksi liikennemuodoiksi.
3. Kävelyn ja pyöräilyn seurannan ja indikaattoreiden puute, mikä vaikeuttaa trendien ja vaikutusten dokumentointia ja seurainta.
4. Toimenpiteiden rahoituksen (paikallinen liikennesektori) ja hyötyjen (seudullinen terveyssektori) jakautuminen eri toimialoille, mikä saattaa vähentää paikallisten viranomaisten halukkuutta toimia.
5. Toimialat ylittävien, jaettujen toimenpideohjelmien, roolien ja vastuiden sekä toimintatapojen puute.

Mitä pidempi ja vauhdikkaampi matka, sen tärkeämpi?

Suomessa tehdään kotimaanmatkoja päivää kohti pääkulkutavan mukaan 14,1 miljoonaa (Liikennevirasto 2012). Kävelyn osuus matkoista on noin 21 prosenttia. Mukana ovat vain ne matkat, joilla kävely on pääkulkutapa, eli kävellen on kuljettu matkan pisin osuus. Tällöin ainakin arviolta 5,5 miljoonaa päivittäistä joukkoliikenteen liityntäkävelymatkaa jää kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle (arvioitu liityntäkulkutavoista pääkulkutavan mukaan). Nykyisissä henkilöliikennetutkimuksissa verrattain lyhyet mutta erityisesti suurempien kuntien liikennejärjestelmän toimivuuden, liikkumisen ja terveyden kannalta tärkeät kävelymatkat jäävät systemaattisesti unohtuiksi. Esimerkiksi kulkutapajakaumien esittäminen matkasuoritteina jättää kävelyn marginaaliin ja viestittää pisimpien matkojen olevan tärkeimpiä.

Mikäli oikeaa ja tarpeeksi tarkkaa dataa kävelymääristä ei ole, jäävät myös kävelyn tärkeä rooli ja kävelyolosuhteiden parantaminen helposti unohtuiksi. Kävelyn ohella tulisi erityisesti taajamissa seurata myös oleskelua, eli kaupunkitilojen käyttöä. Laadukkaat kaupunkitilat houkuttelevat ulos, liikkumaan enemmän ja kävelemään pidempiä matkoja huomaamatta. Kävelijät ovat kaupunkiympäristön indikaattorilaji, ja tyytyväinen jalankulkija voidaan mieltää elinvoimaisen ja laadukasta kaupunkielämää tarjoavan kaupungin pääindikaattoriksi. Tämän ajatuksen sanansaattajina ovat toimineet erityisesti tunnustetut William H. Whyte, Jane Jacobs ja Jan Gehl. Silti kävelyverkostoa ja -olosuhteita suunnitellaan liian usein sivutuotteina vasta siinä vaiheessa, kun maankäyttö ja toiminnot sekä muut liikennejärjestelmän rakenteet ovat lyöty jo lukkoon. Tässä vaiheessa kävelyä generoivan ympäristön suunnittelun keinot ovat jo rajalliset.

Ulkoileva kansa

Kävelytottumukset eivät ole samankaltaisia kaikkialla, kuten Making Walking Count -tutkimuksista (Thornton 2013) käy ilmi. Joissakin kaupungeissa ei kävellä juuri lainkaan. Toisaalta esimerkiksi Barcelonassa ja Canberrassa tehdään verrat-

tain vähän kävelymatkoja mutta niistä suurempi osa on yli 30 minuutin matkoja, eli selkeästi ”lähdetään kävelylle”. Toisissa kaupungeissa, kuten Lontoossa, kävellään puolestaan useammin mutta lyhyempiä matkoja, ja niissä on vähemmän asukkaita, jotka eivät kävele lainkaan. Tämä viittaa siihen, että kävely on jokapäiväinen arki- matkojen kulkutapa.

Tilastoista voisi karkeasti päätellä, että suomalaiset olisivat enemmän ulkoilukansaa kuin arki- matkojen kävelijöitä, ja Suomessa onkin tyypillisesti hyvä virkistysreittien ja -alueiden tarjonta. Eräiden OECD-maiden 2000-luvun puolivälin aineistoa vertailtaessa suomalaiset pärjäävät kävely- matkan keskimääräistä pituutta tarkasteltaessa hyvin ja ovat kärjessä yhdessä Ruotsin kanssa, mutta kävelyn kulkutapaosuudessa Suomi jää mm. Iso-Britannian, Ranskan, Ruotsin, Saksan, Itävallan, Espanjan ja Sveitsin taakse (ITF 2012). Kävely on tärkeä liikunnan muoto suomalaisille ja kävelyn merkitystä ulkoiluna on tutkittu Suomessa kattavasti. Suomalaisten matkoista viisi prosenttia on ulkoilumatkoja (Liikennevirasto 2012). METLA:n (Sievänen & Neuvonen 2011) tutkimuksen mukaan maaseudulla ulkoillaan enemmän kuin kaupungissa, ja vähiten ulkoilevat kaupungissa asuvat nuoret miehet. Myös matala koulutus ja työttömyys vähentävät ulkoilumääriä. Noin 30 prosenttia väestöstä kokee, etteivät voi ulkoilla riittävästi, ja heistä yli puolet ilmoittaa syyksi ajanpuutteen.

Kävelyn näkyminen osana arkisia työ-, opiskelu- ja asiointimatkoja kertoo onnistuneesta yhdyskuntasuunnittelusta. Taajamissa kävelyä tulisi edistää ennen kaikkea arki- matkoilla, jolloin liikunnasta tulee osa jokapäiväistä toimintaa erillisen liikuntasuorituksen sijaan. Pääkaupunkiseudun kaupunkien jalankulku- vyöhykkeillä 26–48 prosenttia matkoista tehdään kävelen, kun vastaava luku autovyöhykkeillä on 10–20 prosenttia (Ristimäki, Kalenoja & Tiitu 2011). Toisaalta maaseudulla tehdään enemmän ulkoilumatkoja kuin kaupungeissa. Kävelyn rooli taajamissa ja haja-asutusalueilla on erilainen, sillä haja-asutusalueella kävely on usein juuri ulkoilua. Kävelysuoritteita on sitä enemmän, mitä suurempi aluetehokkuus eli rakentamisen tiiviys alueella on ja mitä lyhyempi matka kotoa on päivittäistavarakauppaan (Liikennevirasto 2012).

Kävely osaksi arkea hyvällä suunnittelulla

Mahdollisuus tehdä arki- matkoja kävelen edellyttää luonnollisesti lyhyitä etäisyyksiä toimintojen välillä. Aluetehokkuutta ja kerrosneliöiden määrää kasvatettaessa tulisi kuitenkin muistaa myös kävelijän mittakaava. Reunustamalla hehtaarin tontti kolmikerroksisilla rakennuksilla saavutetaan sama asukastiheys kun yhdellä 20 kerroksisella tornitalolla (Udell, Daley & Tolley 2014). Tiiviys yksin ei riitä, vaan kaavoituksen tulisi olla myös monipuolista, eikä sillä saisi erotella tai rajata erilaisia toimintoja. Hyvä julkisen liikenteen saavutettavuus ja tarkoituksenmukainen pysäköinnin hallinta luovat mahdollisuudet ja kannustavat autottomaan

elämäntapaan. Kävely ja joukkoliikenne muodostavat kiinteän parin. Niin kävelyn kuin pyöräilyn ja joukkoliikenteen edistämiselä taajamissa pyritään tarjoamaan ihmisille mahdollisuus elää ilman autoa. Mikäli auto on hankittu, sitä käytetään. Lisäksi kaikkiin liikennemuotoihin pätee laki, jonka mukaan tarjonta luo kysyntää. Mitä enemmän on kaistoja ja pysäköintitilaa ja sen myötä suotuisampi ympäristö autoliikenteelle, sitä herkemmin auto valitaan lyhyillekin matkoille. Ihminen valitsee tyypillisesti helpoimman ja kätevimmän kulkutavan. Onneksemme myös silloin kun se on kävely, pyöräily tai joukkoliikenne.

Noin kaksi kolmasosaa kaupunkilaisten ulkoilukohteista sijaitsee kävelymatkan päässä kotoa (Sievänen & Neuvonen 2011). Viidesosa kaikesta vapaa-ajan liikunnasta tapahtuu ulkona rakennetussa ympäristössä kaduilla, kävely- ja pyöräteillä ja ulkoliikuntapaikoilla. Seuraavaksi yleisin ulkoilupaikka on luonto kodin lähellä. Myös Suomen ladun (2011) selvityksen mukaan ulkoiluun käytettiin ylivoimaisesti eniten pyöräteitä ja jalankulkuväyliä, kun toiseksi suosituin ulkoilukohde olivat kuntopolut ja -radat. Jalkakäytävien rooli virkistystoiminnan näyttämönä ja ajanvietteellisenä paikkana on siis merkittävä, eikä niiden suunnittelun ainoat kriteerit saisi tällöin olla vain välityskyky ja turvallisuus.

Suomessa on periaatteessa mahdollista kävellä lähes kaikkialla, mutta kävelyn tulisi houkutelaa laadukkaalla suunnittelulla, tekemällä kohteet helposti saavutettaviksi kävelen sekä luomalla kaupunkiin yksilöllisiä paikkoja (eng. placemaking). Uutena terminä voidaan puhua kuntien ”paikkapääomasta”. Kävelyreittien suunnittelussa nyrkkisääntönä on, että mielenkiintoisia yksityiskohtia ja elämyksiä tulisi tarjota kävelijälle joka neljäs sekunti (Gehl 2010). Mitä mielenkiintoisempi ja viihtyisämpi kävely-ympäristö, sitä pidempiä matkoja ollaan valmiita kävelemään. Esteettömyyttä aletaan pikku hiljaa korvata käsitteellä ”universal design”. Käsite sisältää ajatuksen siitä, että esteettömiä liittymiä tai reittejä, pyörätuolilla liikkuville soveltuvia bussipysäkkejä tai näkövammaisia palvelevia liikennevaloja ei suunnitella erikseen, vaan koko liikkumisympäristö on suunniteltu kaikille liikkujaryhmille sopivaksi noudattamalla ”yleisiä suunnitteluperiaatteita”. Tällöin erillISRatkaisuja erityisryhmille ei tarvitse erikseen miettiä, vaan liikkumisympäristö palvelee lähtökohtaisesti kaikkia hyvin.

Kävelyn edistäminen vaatii kokonaisuuden ymmärrystä

Kävely kuolee tai kukoistaa maankäytön myötä. Australian sydänliiton julkaisussa kävely-ystävällisen kaupunkiympäristön suunnittelun periaatteet on kiteytetty seitsemään tekijään: tiiviys, maankäytön monipuolisuus, etäisyys julkiseen liikenteeseen, kohteiden saavutettavuus, laadukas suunnittelu, kysynnän hallinta ja paikkapääoma (Udell, Daley & Tolley 2014). Suomessa on erinomaiset ulkoilulosuhteet ja suomalaisten ulkoilusta on kattavasti tietoa. Erityisesti taajamissa huomiota tulisi yhä enemmän kiinnittää työ- ja opiskelu- sekä asiointimatkoihin.

Muun muassa yllä mainituilla suunnitteluperiaatteilla saadaan kävely sisällytettyä kuin huomaamatta osaksi jokapäiväistä arkea ja korvattua istuen tehtyjä matkoja lihasvoimaisella liikkumisella.

Kävelyn edistämisessä on tärkeää viestiä sen hyödyistä tehokkaasti ja kattavasti. Usein raha on ainoa ymmärrettävä kieli, ja siksi kävelyn vaikutukset kaupalle, työkykyyn ja innovaatioiden tuottamiseen saattavat toimia hyvin perusteluina terveyshyötyjen ohella. Hyödyistä viestimiseen ja kävelyn roolin nostamiseen liittyy vahvasti seurannan ja mittaamisen kehittäminen. Monet nykyiset käytännöt, kuten matkasuoritteiden ja matka-aikasäästöjen ahkera tarkastelu, vähättelevät kävelyn roolia liikennejärjestelmässä ja liikkumismuotona sekä kaupunkien elinvoimaisuuden ja vetovoimaisuuden indikaattorina puhumattakaan sen kansanterveydellisistä vaikutuksista.

Eri toimialojen välinen yhteistyö ja yhteen toimivuus korostuvat kun tarkastellaan investointeja ja niistä saatavia hyötyjä. Kävelyä kuten muutakaan liikennettä ei ole olemassa sen itsensä vuoksi. Liikenne syntyy siitä, että toisiinsa linkittyvät toiminnot sijaitsevat eri paikoissa. Liikennesuunnittelussa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa sekä maankäytön suunnittelussa ja taajamien kehittämisessä on ennen kaikkea alettava yhdessä tarkastelemaan ja suunnittelemaan liikennevirtojen ja -ennusteiden sijaan elämää ja elinvoimaisuutta myös asuinalueilla.

Mitä opimme?

- ◆ Kävelyn kannattaa investoida. Kävelyolosuhteiden parantumisesta ja kävelyn lisääntymisestä saatavat hyödyt ovat laajemmat kuin pelkästään fyysisen hyvinvoinnin parantumisesta saatavat merkittävät kansanterveydelliset hyödyt.
- ◆ Nykyiset liikennesuunnittelukäytännöt ja -menetelmät aliarvioivat järjestelmällisesti kävelyn merkitystä.
- ◆ Suomalaiset ovat ulkoilukansaa. Suomessa on erinomaiset olosuhteet ulkoilla ja harrastaa kävelyä liikuntana virkistysreiteillä.
- ◆ Kävelijät ovat kaupunkiympäristön indikaattorilaji, ja tyytyväinen jalankulkija voidaan mieltää elinvoimaisen ja laadukasta kaupunkielämää tarjoavan kaupungin pääindikaattoriksi.
- ◆ Suomalaisten kävelyn lisääminen edellyttää sen tuomista huomaamattomaksi osaksi arkea. Mahdollisuudet ovat suuret siellä, missä päivittäistavarakauppa sijaitsee kävelymatkan päässä kotoa. Kävelyn edellytykset syntyvät tai kuolevat maankäytön ja toimintojen sijoittamisen suunnittelun myötä.
- ◆ Kävelyn aseman vahvistaminen ja sen edistämisen merkityksen nostaminen edellyttävät hyötyjen tehokasta viestintää sekä hyötyjen ja kustannusten tarkastelemista ylätasolla toimialasiilojen sijaan.

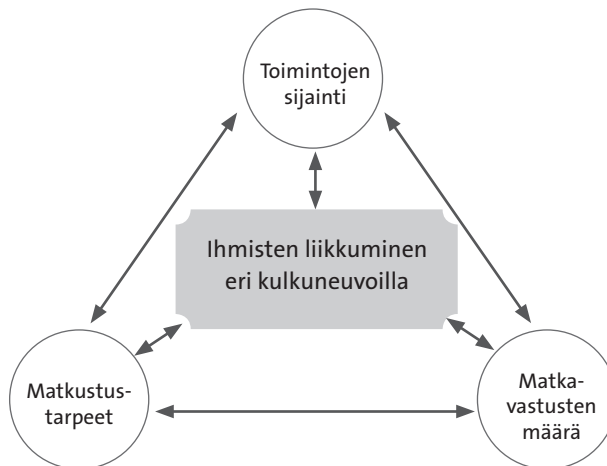
Lähteet

- Airaksinen, Tiina (2006) Syrjäyttäminen eriarvoistaa – Vertaileva tutkimus liikuntaesteisten ihmisten asemasta. D työpapereita 44. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Clark, Anna & Curtis, Paul & Frost, Mark & Haon, Sylvain & Insall, Philip & Meschik, Michael & Nussio, Fabio & Panis, Luc Int & Racioppi, Francesca (2011) Securing the health benefits of active travel in Europe. Polis – European cities and regions networking for innovative transport solutions. <http://www.polisnetwork.eu/uploads/Modules/PublicDocuments/polis-paper-securing-the-health-benefits-of-active-travel-in-europe.pdf> [luettu: 1.8.2015]
- Gehl, Jan (2010) Cities for people. Washington D.C.: Island Press.
- Gros, Frédéric (2015) Kävelyn filosofiaa. Helsinki: Basam Books.
- Hanson, Sarah & Jones, Andy (2015) Is there evidence that walking in groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. British Journal of Sports Medicine, 19 January 2015
- ITF (2012) Pedestrian Safety, Urban Space and Health. Paris: OECD Publishing.
- Liikennevirasto (2012) Henkilöliikennetutkimus 2010–2011. Suomalaisten liikkuminen. Liikennevirasto, liikennesuunnitteluosasto. Helsinki 2012.
- Litman, Todd (2011) Economic value of walkability. Victoria: Victoria Transport Policy Institute.
- Ristimäki, Mika & Kalenoja, Hanna & Tiitu, Maija (2011) Yhdyskuntarakenteen vyöhykkeet. Vyöhykkeiden kriteerit, alueprofiilit ja liikkumistottumukset. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 15/2011.
- Sauter, Daniel (2010) Pedestrian Quality Needs Final Report – Part B. Walkeurope.com.
- Sievänen, Tuija & Neuvonen, Marjo (2011) Luonnon virkistyskäyttö 2010. Helsinki: Metsäntutkimuslaitos.
- Suomen latu (2011) Ulkoilun olosuhteet Suomen kunnissa. Suomen ulkoilumahdollisuuksien katselmus (SULKA II) -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Suomen latu.
- Thornton, Bronwen (2013) To know your city you need to measure walking. Kävelyn ja pyöräilyn seuranta -työpaja 27.9.2013, Helsinki. <http://www.kulkulaari.fi/sites/default/files/to-know-your-city-you-need-to-measure-walking.pdf> [luettu: 1.8.2015]
- Tilastokeskus (2014) Väestö. http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html [luettu: 1.8.2015]
- TSU & David Simmonds Consultancy (2003) The Effect of Urban Quality Improvements on Business Location – Technical Note 5 Final Report. Transport Studies Unit, University of Oxford. David Simmonds Consultancy, Cambridge.
- Udell, Tuesday & Daley, Michelle & Tolley, Rodney (2014) Does Density Matter? The role of density in creating walkable neighbourhoods. Melbourne: National Heart Foundation of Australia.

Liikennesuunnittelulla edistetään pyöräilyn houkuttelevuutta

Ihminen valitsee useimmin kulkuvälineekseen sen, mikä on kyseisellä matkalla kaikkein nopein, rentouttavin ja helpoin. Jos halutaan ohjata ihmisiä auton ratista pyörän satulaan, on tärkeää varmistaa, että pyöräily on helpompaa, nopeampaa ja rentouttavampaa kuin autoilu useimmilla matkoilla kaupunkialueella. Pyöräilyn kilpailukyky varmistetaan muun muassa sijoittamalla toiminnot niin, että matkat ovat lyhyet, mutta vieläkin tärkeämpää on liikenneverkko-suunnittelu.

Ihmisten liikkumistottumuksiin vaikuttavat sosiodemografiset tekijät, kuten tulotaso, autonomistus, kotitalouden koko ja omat tottumukset. Erittäin tärkeitä vaikuttajia ovat myös yhdyskuntarakenteelliset tekijät, kuten toimintojen monipuolinen sijoittelu, kohteiden saavutettavuus, kaupungin tiiviys sekä kulkutapojen miellyttävyys (Ristimäki & Kalenoja & Tiitu 2011; Pinjari ym. 2009). Van Wee ja Maat (2003) ovat esittäneet käytännöllisen matkustustarpeen teorian, jossa liikkuminen nähdään suhteessa yhdyskuntarakenteeseen (kuvio 1). Teorian mukaan



KUVIO 1. Toimintojen sijainnin, matkustustarpeen, matkavastusten määrän sekä ihmisten liikkumisen väliset yhteydet (van Wee & Maat 2003; van Wee 1997).

matkustustarve ei johdu matkasta itsestään vaan tarpeesta päästä eri toimintoihin. Matka on tämän tarpeen johdannainen, ja näin ollen matkustustarve riippuu toiminnon käytännöllisyydestä ja tarpeesta sekä matkan kokonaiskustannuksesta kohteeseen. Matkavastukset vähentävät kohteiden houkuttelevuutta. Niihin sisältyvät muun muassa matkustuskustannukset, matka-aika ja matkustusmukavuus.

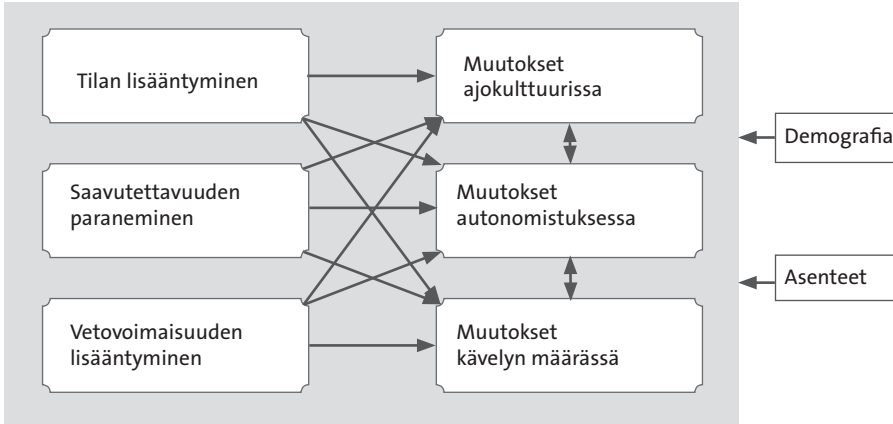
Auto on houkutteleva kulkuväline, koska matkavastus on monella matkalla pieni. Autolla pääsee liikkumaan nopeasti, auton käyttö ei ole aikataulusidonnaisista ja matkan voi tehdä säältä suojassa. Monet kokevat positiivisena asiana, että autossa saa matkustaa yksityisesti, mikä parantaa myös sosiaalista turvallisuutta joukkoliikenteeseen verrattuna. Jotta kestävää kaupunkia voidaan rakentaa, täytyy pyöräilyn olla aito ja kilpailukykyinen vaihtoehto autolle mahdollisimman monilla matkoilla. Matkustuskustannukset ovat pyöräillessä pienemmät kuin autolla ajaessa, mutta muuten matkavastukset ovat helposti autolla vähäisemmät. Pyöräilyn matka-ajan vähentämiseksi ja matkustusmukavuuden parantamiseksi täytyy kehittää liikenneinfrastruktuuria.

Paras saavutettavuus pyörällä

Jos pyöräily on helpoin ja nopein kulkutapa tietyllä matkalla, ihminen saattaa valita pyörän ajoneuvokseen, vaikka ei olisikaan asenteiltaan erityisen pyöräilymyönteinen. Jos taas ympäristö ei houkuttele pyöräilemään esimerkiksi vaarallisuuden vuoksi, pyöräilyn kannattajakin kulkee todennäköisemmin autolla matkansa. (Bohte, Maat & van Wee 2010.)

Xinyu Cao, Patricia Mokhtarian ja Susan Handy (2007) ovat tutkineet rakennetussa ympäristössä toteutettujen muutosten vaikutusta asukkaiden matkustuskäyttäytymiseen ja autonomistukseen. Tutkimuksen mukaan tärkein autoilua vähentävä tekijä on kohteiden saavutettavuuden parantaminen muilla kulkutavoilla. Rakennetun ympäristön laadun parantaminen lisää fyysisesti aktiivista liikkumista. Erityisesti alueiden vetovoimaisuuden, aktiivisen liikkumisen turvallisuuden ja sosiaalisten kontaktien mahdollistamiseen tulee kiinnittää huomiota (kuvio 2).

Xinyu Caon, Patricia Mokhtarianin ja Susan Handyn tutkimuksessa alueiden vetovoimaisuustekijöillä tarkoitettiin niiden visuaalista ilmettä, kunnossapidon tasoa, asumismuotojen monipuolisuutta sekä kasvillisuuden – erityisesti katu- ja varsilla olevien puiden – määrää. Aktiivisen liikkumisen edistäminen käsitti laadukkaiden pyöräväylien, jalkakäytävien ja puistojen rakentamisen sekä pyöräilyn ja kävelyn liityntämahdollisuuksien parantamisen joukkoliikenteeseen. Turvallisuustekijöitä olivat matala rikollisuustaso, rauhallinen liikenne, turvalliset kävelyolosuhteet ja ulkoiluolosuhteet lapsille sekä hyvä katuvalaistus. Sosiaalisten kontaktien mahdollisuuteen vaikuttavat erilaisten väestöryhmien läsnäolo, mahdollisuus viettää aikaa ulkotiloissa, asukkaiden vuorovaikutustilanteet sekä asukkaiden samanlainen taloustaso. Edelleen tutkimus osoitti, että rakennetun



KUVIO 2. Rakennetun ympäristön muutosten vaikutus matkustuskäyttäytymiseen ja autonomistukseen (Cao, Mokhtarian & Handy 2007).

ympäristön vaikutus liikkumistottumuksiin on vähintään yhtä merkittävä kuin sosiodemografisten tekijöiden vaikutus. Ihmisiä voi ohjata liikkumaan enemmän lihasvoimaisesti ja ajamaan vähemmän autolla, kun suunnitellaan liikkumisympäristö niin, että matkat eri kohteisiin ovat lyhyet, ja liikenne niin, että autolle on aitoja vaihtoehtoja.

Kevin Krizek (2003) tutki USA:ssa asukkaiden liikkumistottumusten muutosta heidän muuttaessaan asuinalueelta toiselle. Krizekin johtopäätös oli, että autolla ajatut kilometrit ja matkamäärät vähenivät merkittävästi, kun ihmiset muuttivat alueelle, joka on paremmin saavutettavissa pyörällä, vaikka samalla matkojen kokonaismäärä nousi. Paulus Aditjandra, Xinyu Cao ja Corinne Mulley (2012) ovat todenneet, että tärkeä auton käyttöä vähentävä tekijä on kauppojen saavutettavuus joukkoliikenteellä, pyörällä ja kävellen sekä aito mahdollisuus valita matkoille eri kulkutapoja. Myös asuinalueen turvallisuus sekä liikkumisympäristön laatu vähentävät tutkimuksen mukaan auton omistusta.

Henk Meursin ja Rinus Haaijerin (2001) mukaan parhaiten autoliikenteen vähentäminen onnistuu, kun matkat kotoa eri kohteisiin ovat lyhyet ja asuinalueiden liikenneverkko perustuu kävelyväyliin ja pyöräteihin. Tällaiseen liikkumisympäristöön auton käyttö ei sovellu, joten ihmiset valitsevat auton sijaan kestävämmän liikennemuodon. Meursin ja Haaijerin tutkimus osoittaa myös, että yksittäiset toimenpiteet asuinalueiden parantamiseksi eivät vähennä merkittävästi auton käyttöä. Suunnittelu täytyy tehdä kokonaisvaltaisesti huomioimalla muun muassa etäisyydet kodista auto- ja pyöräpysäköintipaikoille, eri kohteiden ja toimintojen saavutettavuus kestäville liikennemuodoilla sekä alueiden viihtyisyys.

Rakennetulla ympäristöllä on vaikutusta myös lasten ja liikkumiseen. Sanne de Vries ym. (2010) ovat tutkineet lasten kävely- ja pyöräilymatkoja kymmenessä

lähiössä eri puolilla Alankomaita. Tuloksena oli, että hyvät pyöräily- ja kävelyolosuhteet lisäävät lasten aktiivista liikkumista. Erityisesti turvalliset kävely- ja pyörävyylät sekä kadun ylityspaikkojen toistumistiheys ja pyöräpysäköintimahdollisuudet vaikuttavat siihen, valitsevatko lapset kävelyn tai pyöräilyn kulkutavakseen koulu- ja vapaa-ajan matkoilla.

Pyörä etuoven eteen

Wienin teknillisen yliopiston liikennesuunnittelun ja -tekniikan emeritusprofessori Hermann Knoflacher on ollut yksi merkittävimmistä kestävästä liikkumisesta puolestapuhujista ja autoliikenteen varaan rakennetun yhdyskunnan kriitikkoja viime vuosikymmeninä. Knoflacher (1993, 40–47) korostaa, että terveen kaupungin kehittyminen ja säilyminen edellyttää mahdollisimman suurta määrää kävelyteitä ja mahdollisimman pientä määrää suurinopeuksista liikennettä. Autoille on luovutettava kaupunkirakenteessa tilaa vain vähän, ja niiden nopeudet on sopeutettava kävelyvauhtiin. Vastuullisesti suunnitellusta kaupunkiliikenneverkosta puuttuvat pitkät ja suorat katulinjat. Ylipäätään Knoflacher vetoaa vastuullisuuteen kaupunki- ja liikennesuunnittelussa. Huonolla suunnittelulla kaupunki voidaan tuhota yllättävän nopeasti. Luonnon ja myös aikaisempien sukupolvien aikaansaamat kulttuuriarvot romuttuvat pahimmillaan hyvin lyhyessä ajassa, jos kaupunkien liikennejärjestelmä suunnitellaan kehnosti. Laajalle levittäytynyt yhdyskuntarakenne vaatii nopeita liikennejärjestelmiä, mikä laskee pyöräilijöiden ja kävelijöiden liikenneturvallisuutta sekä tuhoaa luontoa. Kaupunkirakentaminen ja liikennejärjestelmän suunnittelu ovat laadun tuottamisen taidetta. Vaatii taiteellista kykyä luoda vetovoimaisia kaupunkitiloja, joissa ihmiset viihtyvät. (Knoflacher 1993, 57–68, 81.)

Kestävästä liikennejärjestelmän kehittämisessä Knoflacher (2007) pitää perusratkaisuna matkojen syntyyn vaikuttamista, sen sijaan että koetetaan organisoida olemassa olevia liikennevirtoja. Tärkein toimenpide hänen mukaansa on pysäköinnin uudelleen järjestely. Autopysäköinti tulee siirtää pois asuntojen etuovien edestä, ja sen sijaan tulee varmistaa, että pyörä on helppo ottaa käyttöön heti kotoa lähettäessä. Knoflacher ehdottaa myös, että joukkoliikennepysäkin etäisyydellä asunnosta pysäköinti maksaisi joukkoliikennelipun vuositaksan, jonka maksettuaan ihmiset saavat myös ilmaisen vuosilipun joukkoliikenteeseen.

Myös Van Wee (2002) on tutkinut asuinalueiden pysäköintijärjestelyn vaikutusta ihmisten liikkumistottumuksiin. Hänen mukaansa asuinalueiden auto- ja pyöräpysäköinnin sijoittamisella voidaan ohjata ihmisiä merkittävästi kulkutavan valinnassa. Pyöräilyn osuus on suurempi alueilla, joilla pyörä on helposti saatavilla ulko-oven edestä kulkuväylän läheltä, kuin alueilla, joilla pyöräpysäköinti on hankalasti saavutettavissa. Kun autopysäköinti on järjestetty asunnon lähelle, autoa käytetään enemmän kuin lähiöissä, joissa on keskitettyjä autopysäköintipaikkoja

pidemmän matkan päässä asunnoista. Myös pyöräily- ja kävelyväylien houkuttelevuus vaikuttaa pyöräilyn ja kävelyn kulkutapaosuuteen asuinalueilla. Kulkutapaosuudet ovat suurimpia siellä, missä on rakennettu hyviä väyliä houkuttelevaan ympäristöön ja missä pyöräilyn ja kävelyn etuudet autoliikenteeseen nähden on otettu huomioon.

Pyöräilyn matkavastus pieneksi

Pyöräilyn edistämiseen tähtäävässä keskustelussa painotetaan kaupungin tiivyyden ja toimintojen hyvän sijoittelun merkitystä. Onkin ehdottomasti tärkeää varmistaa, että matkat ovat lyhyet, jos halutaan ihmisten liikkuvan lihasvoimaisesti. Kestävän liikkumisen edistämiseksi pelkkä toimintojen sijainnin suunnittelu on kuitenkin riittämätöntä. Jos tavoitteena on, että ihmiset korvaavat yhä suuremman osan henkilöautomatkoistaan pyörällä, täytyy kiinnittää huomiota myös liikkumisympäristön ja liikenneverkon suunnitteluun. Pyörän pitää olla autoa nopeampi ja mukavampi käyttää, jotta pyöräilyn matkavastus on pienempi kuin autoilun. Pyörän tulee olla helpoin valinta kulkuneuvoksi jo kodin etuovella. On houkuttelevaa ottaa pyörä alleen auton sijaan, jos kotioven edessä on korkeatasoinen pyöräpysäköintimahdollisuus mutta autolle täytyy kävellä pari sataa metriä.

Myös pyöräilyn nopeus ohjaa ihmistä tarttumaan polkupyörään. On tärkeää, että saman matkan saa tehtyä pyörällä nopeammin kuin autolla. Liikenneverkko-suunnittelussa on Suomessakin tarpeen tehdä radikaaleja ratkaisuja Alankomaiden tapaan: pyöräilijöille tulee toteuttaa oikoreittejä ja ohjata autoilijat kiertämään. Esimerkiksi Houtenin kaupungissa matka kotoa keskustaan saattaa olla pyörällä alle kilometrin ja autolla viisi kilometriä. Autolla pääsee ydinkeskustaan, mutta matka-aika on pidempi.

Liikennejärjestelmän ja -verkon suunnittelu on keskeinen väline, jolla vaikutetaan kulkutapajakaumaan ja kokonaisliikennemäärään. Olennaisina tekijöinä ovat liikkumistarpeen vähentäminen ja aitojen vaihtoehtojen synnyttäminen autoliikenteelle. Tarvitaan liikennesuunnittelua, jolla varmistetaan pyöräilyn mahdollisuudet kaupunkivyöhykkeillä sekä kohteiden sujuva ja turvallinen saavutettavuus pyöräillen.

Mitä opimme?

- ◆ Matkustuskustannukset, matka-aika ja matkustusmukavuus ovat matkavastuksia, jotka vähentävät kohteiden houkuttelevuutta. Pyöräilyn matka-ajan vähentämiseksi ja matkustusmukavuuden parantamiseksi tärkein keino on liikkumisympäristön suunnittelu pyöräilyä suosivaksi.
- ◆ Jos pyöräily on helpoin ja nopein kulkutapa tietyllä matkalla, ihminen valitsee todennäköisimmin pyörän ajoneuvokseen, vaikka ei olisikaan asenteiltaan erityisen pyöräilymyönteinen. Jos taas ympäristö ei houkuttele pyöräilemään esimerkiksi vaarallisuuden vuoksi, pyöräilyn kannattajakin kulkee todennäköisemmin autolla matkansa.
- ◆ Autolla ajettut kilometrit ja matkamäärät ovat merkittävästi pienemmät alueilla, jotka ovat helposti saavutettavissa pyörällä.
- ◆ Asuinalueiden suunnittelu täytyy tehdä kokonaisvaltaisesti huomioiden muun muassa etäisyydet kodista auto- ja pyöräpysäköintipaikoille, eri kohteiden ja toimintojen saavutettavuus kestäväillä liikennemuodoilla sekä alueiden viihtyisyys. Pyöräilyn osuus on korkeampi asuinalueilla, joilla pyörä on helposti saatavilla ulko-oven edestä kulkuväylän läheltä.
- ◆ Turvalliset kävely- ja pyöräväylät sekä kadun ylityspaikkojen toistumistiheys ja pyöräpysäköintimahdollisuudet vaikuttavat siihen, valitsevatko lapset kävelyn tai pyöräilyn kulkutavakseen koulu- ja vapaa-ajan matkoilla.

Lähteet

- Aditjandra, Paulus Teguh & Cao, Xinyu & Mulley, Corinne (2012) Understanding neighbourhood design impact on travel behaviour: An application of structural equations model to a British metropolitan data. *Transportation Research Part A* 46, 22–32.
- Bohte, Wendy & Maat, Kees & van Wee, Bert (2010) Travel-related attitudes, beliefs and residential self-selection. A focus on trip distances and mode choice. Wendy Bohte: Residential selfselection and travel. The relationship between travel-related attitudes, built environment characteristics and travel behavior. *Sustainable Urban Areas* 35. Delft University of Technology. Delft Centre for Sustainable Urban Areas, 111–42.
- Cao, Xinyu & Mokhtarian, Patricia L. & Handy, Susan L. (2007) Do Changes in Neighborhood Characteristics Lead to Changes in Travel Behavior? A Structural Equations Modeling Approach. *Transportation* 34 (5), 535–56.
- Knoflacher, Hermann (1993) Kaupungin ja liikenteen harmonia. Vapaus autolla ajamisen pakosta. Suom. Jarmo Kalanti & Pekka Ryttilä 1995. Helsinki: Liikennesuunnittelun seura ry.
- Knoflacher, Hermann (2007) Success and failures in urban transport planning in Europe – understanding the transport system. *Sādhanā* 32 Part 4, 293–307.
- Krizek, Kevin J. (2003) Residential Relocation and Changes in Urban Travel: Does Neighborhood-Scale Urban Form Matter? *Journal of the American Planning Association* 69 (3), 265–81.
- Meurs, Henk & Maaijer, Rinus (2001) Spatial structure and mobility. *Transportation Research Part B* 6, 429–46.
- Pinjari, Abdul Rawoof & Bhat, Chandra R. & Hensher, David A. (2009) Residential Self-Selection Effects in an Activity Time-use Behavior Model. *Transportation Research Part B*, 43 (7), 729–48.
- Ristimäki, Mika & Kalenoja, Hanna & Tiitu, Maija (2011) Yhdyskuntarakenteen vyöhykkeet. Vyöhykkeiden kriteerit, alueprofiilit ja liikkumistottumukset. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 15/2011. Helsinki: Liikenne- ja viestintäministeriö.
- Van Wee, Bert (1997) Office to the station. The influence of office relocations to public transport modal points on passenger mobility. Bilthoven: National Institute of Public Health and the Environment.
- Van Wee, Bert (2002) Land use and transport: research and policy challenges. *Journal of Transport Geography* 10 (4), 259–71.
- Van Wee, Bert & Maat, Kees (2003) Land-Use and Transport: a Review and Discussion of Dutch Research. *European Journal of Transport and Infrastructure Research EJTIR* 3 (2), 199–218.
- de Vries, Sanne I. & Hopman-Rock, Marijke & Bakker, Ingrid & Hirasings, Remy A. & van Mechelen, Willem. 2010. Built Environmental Correlates of Walking and Cycling in Dutch Urban Children: Results from the SPACE Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7 (5), 2309–24.

III
VOIMAVAROJA
JA PALVELUJA

Tarvelähtöinen palveluiden tuottaminen perheiden terveyden edistämiseksi – esimerkkinä neuvolamaailma

”Työ kansanterveyden hyväksi maksaa muutamia miljoonia. Säästyneinä ihmisenkinä se tuottaa muutamia miljardeja.”

Näin dramaattisesti sanotaan Maalaiskuntain yleisen terveydenhoidon käsikirjassa vuodelta 1945. Neuvolalait hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1944. Määrätietoista, järjestelmällistä ja lakiin perustuvaa työtä kansan, erityisesti perheiden ja lasten, terveyden sekä terveen ja elinvoimaisen aikuisuuden turvaamiseksi on tehty siis yli 70 vuotta. Silti voidaan perustellusti väittää, että kansanterveyden edistämistyö ei ole vielä valmista, ja edelleenkin samat kansanterveyttä uhkaavat sairaudet, elintapoihin sekä lasten kasvatuskäytäntöihin ja asenteisiin liittyvät asiat aiheuttavat elämänikäisiä ongelmia ja jopa turhia kuolemia. Tarvitaan siis lisää työtä ja perusteellista harkintaa, miten, milloin, kenelle ja keiden toimesta sitä tehdään.

Terveyden edistäminen on osa terveystaloutta, sillä sen tavoitteet ja toimintamahdollisuudet määritellään poliittisessa järjestelmässä. Kyse on koko väestöä koskevista yhteiskunnallisista toimista ja päätöksistä (esim. lainsäädäntötyö, hintapolitiikka). Terveyden edistämisen lukuisia areenoita ovat muun muassa koti, koulut, työpaikat ja kyläyhteisöt. Julkinen sektori osallistuu terveyden edistämiseen laajasti ja moniammatillisesti aina kaavoituksesta erikoissairaanhoidon, mutta tätä monipuolisuutta ei välttämättä huomata poliittisia ratkaisuja tehtäessä. Mukana voivat olla myös kolmas sektori ja yrityssektori.

Terveydenhuoltolaissa (2010) terveyden edistäminen on kuvattu laajana toimintana: ”*terveyden edistämällä* tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisen terveyserojen kaventaminen, sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistä-

vällä tavalla”. Terveydenhuolto vastaa vain osasta tätä isoa kokonaisuutta. Kaikkien toimijoiden tehtävä on tärkeä, eikä minkään alan tai hallinnonalan ammattilainen voi olla ainoa tietäjä terveyden edistämisessä. Yhteistyöprosessit toimijoiden kesken ovat kuitenkin aikaa vieviä eikä tuloksia voida osoittaa välittömästi. Tässä kirjoituksessa tarkastellaan perheille suunnattua terveyden edistämistyötä erityisesti neuvoloissa.

Neuvolan terveyden edistämistyön perusta

Terveyden edistäminen perustuu kansalaisen/potilaan oikeuteen saada tietoa, jotta hän voisi tehdä tietoisia valintoja omassa tai lastensa elämässä. Usein terveyden edistämisessä, ja erityisesti sen osakentässä, terveyskasvatuksessa, on kyse elintapamuutoksen tarpeesta. Neuvolatyössä suurimmalle osalle perheitä riittää se, että vanhempia autetaan tiedostamaan jo olemassa olevat valmiutensa, kuten omat vahvuutensa ja taitonsa tukea omaa ja perheensä terveyttä.

Ottawan terveyden edistämisen julistuksessa vuodelta 1986 esitetään terveyspalvelujärjestelmän uudelleenorientaatiota. Sillä voidaan tarkoittaa sitä, että sairauksien lisäksi toimia pitäisi kohdentaa enemmän terveyden kohentamiseen. Sillä voidaan viitata myös siihen, miten ihmisten omia mahdollisuuksia edistää terveyttään katsotaan voitavan vahvistaa ja mitkä voivat olla sen esteitä. Edelleen sen voi katsoa tarkoittavan myös sitä, miten palveluja voidaan järjestää niin, että ne vastaavat mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeeseen eri elämäntilanteissa.

Ehkäisevässä terveydenhuollossa ei ole täysin osattu hyödyntää Ottawan julistuksen mahdollisuuksia. Erityisesti terveydenhuollon toimipisteissä keskitytään vieläkin pääasiassa sairauksien ehkäisyyn, riskien kartoittamiseen ja vähentämiseen ja harvemmin ihmisen omien voimavarojen tukemiseen ja tarpeen mukaisen tiedon ja taidon lisäämiseen.

Sairauslähtöinen ajattelu on perusteltua sairaaloiden terveyskasvatuksessa. Perusterveydenhuollon ehkäisevän terveydenhuollon toimipisteissä sen sijaan painopisteen tulisi olla terveydessä ja sen vahvistamisessa, ei vain sairauksien riskikartoituksessa. Neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa olevat eri ammattiryhmät toimivat oman koulutuksensa antaman viitekehyksen mukaan. Lääkärit korostavat lääketieteen näkökulmasta sairauksien ehkäisyä ja varhaista hoitoonohjausta, hoitajat usein terveyden säilyttämistä ja edistämistä, käyttäytymistieteilijät asenteiden ja toimintojen muuttamista ja kasvatustieteilijät koulutuksen sekä kasvatuksen avulla tapahtuvaa muutosta (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007). Jos jo Ottawan kokouksessa olisi osattu ajatella enemmän salutogeenisen lähtökohdan mukaan terveyttä, olisi sairausriskien sijasta pyritty vahvistamaan ihmisen omia voimavaroja (Antonovsky 1996; Suominen, tässä teoksessa). Siinä ihmisten kykyyn tehdä elämässään aktiivisia muutoksia vaikuttaa myös hänen elämänhallintakykynsä eli niin kutsuttu koherenssin tunne. Ihmiset, joilla on

vahva koherenssin tunne, ovat valmiita uuden haasteellisen asian edessä etsimään tietoa ja tekemään aktiivisesti työtä muutoksen eteen, koska he ovat vakuuttuneita, että he itse voivat tehdä asialle jotakin. Ne ihmiset, joilla on heikko koherenssin tunne, ajattelevat, että elämä kulkee omaa latuaan ilman, että he kykenevät vaikuttamaan siihen. Näin ollen juuri ne ihmiset, joilla on heikko koherenssin tunne, tarvitsevat tukea ja itseluottamuksen vahvistamista paljon enemmän kuin ne, joilla on vahva koherenssin tunne. He pystyvät kyllä muutokseen, mutta harvoin yksin ilman tukea. Terveystieteiden, sosiaalihuollon ja koulun henkilökunnan olisikin tarpeellista ymmärtää, että kaikki asiakkaan hitaus tai haluttomuus uuden edessä ei johdu laiskuudesta, vaan taustalla on ihmisen perimmäinen käsitys itsestään ja mahdollisuuksistaan.

Neuvoloiden ehkäisevään terveydenhuoltoon on tulossa aiempaa enemmän laajan terveyden edistämisen koulutuksen saaneita ammattilaisia. Osaamis pohja ja käytössä olevat työmenetelmät sekä näkemys työstä laajenevat ammattitaidon kehittyessä ja sähköisten tiedonhakumenetelmien ja sähköisten terveystieteiden tukimenetelmien tullessa osaksi jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työtä.

Terveydenhuoltoa säätelevä lainsäädäntö on linjassaan yhtenevä; terveydenhuollon henkilöstön tehtävä on edistää terveyttä kaikissa tilanteissa. Tehtävänä on myös jakaa tietoa terveyden ylläpitämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi sekä jo sairastuneiden selviämiseksi taudistaan. Tiedon katsotaan siis auttavan ihmistä tekemään vastuullisia päätöksiä omasta ja lähimmäistensä terveydestä. Tiedon lisäämisestä pääsemme tärkeään epäkohtaan järjestelmässämme: rutiinitieto annetaan kaikille asiakkaille samanlaisena. Tämä vanha toimintatapa perustuu käsitykseen, että kaikilla samassa tilanteessa olevilla asiakkailla, jotka saavat saman tiedon, on mahdollisuus lisätä terveyttään tai parantua sairaudestaan tuon tiedon avulla. Vastuu tiedon soveltamisesta jää asiakkaalle. Tähän liittyvää keskustelua on käyty mm. kirjassa Terveyspalveluiden suunnittelu (Mäntyranta ym. 2004), jossa korostetaan, että oikeudenmukaisuudessa on kyse myös tehostettujen palvelujen saamisesta silloin, kun on olemassa erityinen tarve (mts. 226). Tätä voi tulkita myös niin, että erilaisiin tarpeisiin ei tulisi vastata samalla tavalla. Tarvitaan henkilöstön ”terveyden lukutaidon”, mutta myös kulttuurisen tai elämäntilanteeseen liittyvän lukutaidon ja herkkyyden kehittämistä (mts. 232). Kirjassa on esillä myös periaatepäätöksiä yksilötason sairauksien ehkäisystä (mts. 229). Samoin keskustellaan terveystieteiden tarpeen käsitteestä ja puhutaan käyttäjälähtöisestä tarvenäkökulmasta (mts. 46).

Asiakaslähtöisyys neuvolapalveluja kehitettäessä

Palvelujärjestelmää kehitettäessä on jo vuosia puhuttu asiakas/potilaskeskeisen palvelun puolesta. Asiakas/potilaslähtöisyys on arvo, joka erityisesti liittyy terveydenhuollon perustehtävään eli potilaiden hoitamiseen. Potilaslähtöisyys ilmentää sitä, miksi sairaanhoitopiiri, terveyskeskus tai neuvola on ylipäätään olemassa ja miksi siellä työskennellään. Yksi keskeisimmistä potilaslähtöisyyden osatekijöistä on potilaan kohtaaminen, kuuleminen. Mitä se käytännössä merkitsee?

On helppo ajatella, että palveluista saadaan kehitetyksi potilaslähtöisempiä selvittämällä kyselyillä tai muilla keinoilla, mitä potilaat haluavat. Kunnollisia asiakaskyselyjä tehdään kuitenkin harvoin, eivätkä tehdyt kyselyt välttämättä johda tulosten mukaiseen palveluun. Syninä ovat usein taloudelliset seikat, mutta kaikkein tärkein tekijä saattaa kuitenkin olla se, että palvelujen organisointia ohjaavat enemmän henkilökunnan toiveet ja heidän näkemyksensä käytettävyydestä sekä halunsa säilyttää toimenkuvat ennallaan. Palveluja järjestetään käytännössä organisaatiolähtöisesti, vaikka puhutaan asiakas/potilaslähtöisyydestä, sillä kokonaan uuden toimintatavan opettelu on aina hankalaa, eivätkä terveydenhuollon organisaatiot muodosta tästä poikkeusta.

Maassamme on keskusteltu neuvolapalveluiden organisoimisesta jo pitkään. Yhtäältä esitetään näkemyksiä, että olisi varmistettava äitiyshuollon erityisosaaminen ja perustettava ns. naisten neuvoloita, joissa voitaisiin hoitaa muitakin naisten terveyteen liittyviä asioita kuten esimerkiksi ehkäisyneuvontaa. Toisaalta esitetään, että tärkeintä olisi turvata tuki koko perheelle raskausajasta koulun alkuun asti saman ja tutuksi tulleen terveydenhoitajan tarjoamana.

Toimintojen uudelleen organisoinnin tarvetta tutkittiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella tehdyssä neuvoloita koskevassa tutkimuksessa, jossa lasta odottavilta perheiltä kysyttiin heidän kokemuksiinsa neuvolapalveluista ja toiveista niiden organisoimiseksi. Tulosten perusteella parhaalta tavalta näyttäisi yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola, jossa sekä raskausajan että lastenneuvola-ajan perheen hoidosta vastaisi sama terveydenhoitaja. Perheet kokivat saavansa yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa muun muassa enemmän tukea ja kotikäyntejä (Tuominen ym. 2012, 2014). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella selvitettiin myös, onko eri tavoin organisoitujen neuvoloiden välillä eroja neuvolakäyntien määrässä, erikoissairaanhoidon käytössä, raskauden ja synnytyksen sujumisessa tai syntyvän lapsen kunnossa. Tulosten mukaan kumpikin organisointitapa oli äidille ja lapselle yhtä turvallinen, eikä yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan käyttö lisännyt neuvolakäyntien ja erikoissairaanhoidon määrää, kuten joissakin kannanotoissa on epäilty. Tutkimuksessa huomattiin myös, että yhdistetyn neuvolamallin tarjoama hoidon jatkuvuus on yhteydessä äidin ja isän vanhemmuustaitoihin ja vahvasti niitä erityisesti silloin, kun vanhempi kärsii masennuksesta tai yksinäisyydestä. (Tuominen ym. 2015.) Samaan keskusteluun liittyy myös perhekeskus, jossa tarjotaan matalan kynnyksen periaatteella perhelähtöisiä monipuolisia palveluja saman katon alla.

Neuvolapalvelujen organisoiminen niin, että perheet tuntevat saavansa palvelusta hyötyä, edellyttää sekä hallinnollisia uudistuksia että terveydenhuollon henkilökunnan ammattitaidon kehittämistä. Ammattilaisten on kouluttautumisellaan ja ammattitaidolla taattava, että hoidon tavoitteet toteutuvat. Työnantajien on tarjottava riittävä koulutus ja organisoitava palvelut niin, että perheet kokevat tulevansa parhaalla mahdollisella tavalla autetuiksi ja saavansa verorahoilleen ja menetetylle työajalleen vastinetta. Yhtenä osaamisen kriteerinä voidaan pitää myös esimerkiksi Käypä hoito -suositusten käyttöä arkityössä. Suositukset, joissa hoitona on terveyteen liittyvä käyttäytymismuutos, tunnetaan huonosti, ja sekä lääkärit että hoitajat käyttävät niitä vähän (Kuronen 2015).

Neurolassa on suositeltavaa mitata konkreettisen mittarin avulla alkutietotaidot eli se mitä vanhemmat jo tietävät raskaudesta ja synnytyksestä (Rautava 1989), muutosmotivaatio (Salmela 2012) ja myös esimerkiksi lasten henkisen hyvinvoinnin tila (kun halutaan löytää tukea tarvitsevat lapset) (Borg 2015). Muuten arviointi perustuu helposti siihen, miltä asiakas näyttää, miten hän puhuu ja mitä hän osaa kysyä. Äitiysneuvolassa jo yli 25 vuotta sitten tehdyssä tutkimuksessa mitattiin ensisynnyttäjä-äitien tietotaitoa raskauteen ja synnytykseen liittyvistä asioista ja eriteltiin, miten tietotaso kehittyi raskauden aikana, kun raskaana oleva nainen kävi neuvolassa keskimäärin 16 kertaa (Rautava ym. 1989). Todettiin, että tietotaso nousi eniten niillä äideillä, joilla se oli alussa huonoin ja heidän arvionsa palvelusta oli paras. Jo alussa paljon tietäneiden äitien tietotaso ei parantunut, ja he olivat neuvolapalvelua ja synnytyksensä hoitoa kohtaan erittäin kriittisiä (Rautava ym. 1990; 1991). On ymmärrettävää, että jälkimmäinen ryhmä saattoi tuntea aikansa menevän hukkaan, koska he eivät saaneet uutta tietoa, ja pahimmassa tapauksessa aika ei riittänyt heidän oman ongelmansa kysymiseen. Hyväkään tietotaso ei tietysti tarkoita sitä, ettei asiakkaalla silti olisi kysyttävää, ratkaistavia asioita tai ongelmia omassa elämässään. Juuri näihin omiin tiedon tarpeisiin, kysymyksiin ja huoliin vastaamiseen pitäisi ehkäisevän terveydenhuollon vastaanotolla olla aina aikaa.

Muutoksen tukeminen

Yksilö tulee vastaanotolle mukanaan koko aikaisempi elämänsä, myönteiset ja kielteiset kokemuksensa niin elämästä, ihmissuhteista kuin terveyskasvatustilanteistakin. Näistä vanhoista kokemuksista johtuen motivaatio kuulla tai kuunnella voi olla joko erinomainen tai erittäin huono tai kaikkea siltä väliltä. Esimerkiksi elintapojen muutosprosessi rakentuu aina ihmisen eletyn elämän muodostamalle pohjalle ja yksilöllisille luonteenpiirteille. Muutos ei onnistu ilman kiireetöntä paneutumista ihmisen mahdollisuuksiin ja motivaatioon.

Terveysviestin välittäjän on siis ensin käytettävä aikaansa ja osaamistaan sen selvittämiseen, miten yksilö kokee oman tilanteensa, kokeeko hän mitään tarvetta

muuttaa terveyskäyttäytymistään ja mitkä ovat hänen mahdollisuutensa muutokseen. Pitää myös selvittää, minkälaista terveyskasvatusta ja kuinka paljon hän on saanut aiheesta aikaisemmin ja miten se vaikutti. Tärkeää on myös tietää, saako hän halutessaan tai tarvitessaan tukea muutosityhtyksessään eli lähteekö esimerkiksi puoliso mukaan laihdutusurakkaan tai tupakasta luopumiseen. (Salmela 2012.) Jos työntekijällä ei ole mahdollisuutta tai osaamista paneutua asiakkaansa motivaation vaiheeseen ja edellä kuvattuihin taustatekijöihin, on melko varmaa, että vain todella pieni osa asiakkaista saa terveyskasvatuksesta sen hyödyn, johon tähdätään, ja siksi työntekijä tekee turhaa työtä ja yhteiskunta ”maksaa tyhjästä”.

Yksilön muutosmotivaatio ja käyttäytymisen muutos on kuvattavissa 5–6 vaiheella: harkintaa edeltävä vaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja päätösvaihe (terminaatio, ks. myös Uutela s. 175) (Prochaska & DiClemente 1983; Prochaska & Norcross 2007, 515–519; Prochaska ym. 2008, 100–101). Elävässä elämässä ehkäisevän terveydenhuollon kohtaamisissa kiireinen arki voi usein olla jotain ihan muuta kuin yksilön tarpeesta lähtevää ja hänen muutosmotivaationsa kehitysvaihetta kunnioittavaa. Henkilökunta näkee esimerkiksi asiakkaan tai koko perheen paino-ongelman, mutta arastelee avata keskustelua koko perheen ravitsemustavoista, koska kokee, ettei ole aikaa hoitaa asiaa loppuun, jos tuen tarvetta ilmenee. Siksi voidaan esimerkiksi vain vihjata laihduttamisen tarpeesta ja antaa ehkä ravitsemuslehtinen, mutta jätetään ajan ja joskus jopa osaamisen puutteen takia asian perinpohjainen selvittely ja valmistelu kokonaan väliin. Motivaation kartoittaminen vaatii myös oman osaamisensa. Motivaation ja muutosvalmiuden kehittyminen on hidas prosessi, ja sen eri vaiheissa ihminen on eri tavalla herkkä tai valmis muutoksen käynnistymiselle. Myös aikaisemmat terveyskasvatuskokemukset vaikuttavat motivaatioon.

Sanna Salmela (2012) selvitti tutkimuksessaan, mitä elintapamuutosprosessin alussa olevat ihmiset muistavat aikaisemmin saamistaan ohjauksista ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen, minkälaisen elintapaohjauksen henkilö valitsee. Osa ihmisistä unohti täysin saaneensa terveyskasvatusta tai elintapaneuvontaa erityisesti silloin, jos neuvonta ei ollut koskettanut heitä tai he eivät olleet kokeneet sen todella liittyvän heidän elämäntilanteeseensa. (Salmela 2012.) Tutkimuksessa sovittiin diabetesriskissä olevien ihmisten elintapaohjaustutkimuksen alussa yhdessä heidän kanssaan, miten heidän muutosprosessiaan ryhdyttäisiin toteuttamaan ja tukemaan. Vaihtoehtoina olivat elintapojen muuttaminen omatoimisesti, osallistuminen ryhmäohjaukseen tai jättäytyminen kokonaan tutkimusseurannan ulkopuolelle. Tutkimuksessa havaittiin, että ne, jotka sopivat omatoimisesta elämäntapojen muuttamisesta, muistivat saaneensa aikaisemmissa hankkeissa muita vähemmän elintapaneuvontaa tai sitten olivat jättäytyneet niissäkin henkilökohtaisen ohjauksen ulkopuolelle (Salmela 2012). Se, missä muutosprosessin vaiheessa henkilö oli osallistumaan pyydettyä, näytti vaikuttavan mukaan lähtemiseen. Muutosvaihemallissa aktiivisia vaiheita ovat harkinta-, valmistelu- ja toimintavaihe. Jo muutosprosessin ”toimintavaiheessa” olevat muistivat muita useammin

saaneensa elintapaohjausta aikaisemminkin. Oman neuvontatarpeensa tunnistaneista useampi osallistui ohjattuun interventioon. Niistä, jotka olivat sitoutuneet ohjattuun interventioon, seitsemän kymmenestä osallistui edes kerran. Miehillä koettu ohjaustarve ei niinkään vaikuttanut osallistumiseen. Ikääntyneisyys ja naisilla lisäksi tupakointi vähensivät koettua ohjaustarvetta ja muutosvaihemallin aktiivisissa vaiheissa oleminen lisäsi ohjaustarvetta.

Salmelan tutkimuksessa tarkasteltiin myös, miksi henkilö valitsi joko ohjatun intervention tai halusi tehdä muutoksen elämäntavoissaan omin päin, tai miksi hän halusi jättäytyä kokonaan intervention ulkopuolelle. Noin kahdeksan kymmenestä henkilöstä sopi osallistuvansa ohjattuun interventioon, vain kahdeksan sadasta valitsi omatoimisen intervention ja kaksitoista sadasta halusi jättäytyä kaikkien interventioiden ulkopuolelle. Yksinasuvat ja vähemmän koulutetut miehet sopivat muita useammin ohjatusta interventiosta sekä ne, jotka olivat muutosvaihemallissa aktiivisissa vaiheissa. Naisista ylipainoiset ja ohjaustarvetta kokeneet valitsivat ohjatun muodon. Puolison puuttuminen vaikutti miesten jättäytymiseen kokonaan interventioiden ulkopuolelle. (Salmela 2012.)

Ihmisten erilaiset mahdollisuudet

Kaikilla ei ole samoja edellytyksiä hyödyntää tietoa tehdäkseen omaa terveystään parhaiten tukevia ratkaisuja. Tärkeä kysymys on, miten erilaisiin edellytyksiin vastataan yksilöiden kohdalla. Mitä tämä vaatii palvelujärjestelmältä ja ns. terveysneuvonnalta (ja ehkä laajemminkin, vaikkapa kuntatason toimintamalleilta). Voiko yksilöiden erilaisiin tarpeisiin vastata samalla neuvonta- tai palvelukaavalla vai tarvitaanko erilaista suhtautumista, ja mitä tämä voi tarkoittaa käytännön työssä? Yksilön elämäntilanteen ja muutosvalmiuden selvittäminen on erityisen tärkeää todella paljon terveys- ja sosiaalipalveluja käyttävien ihmisten kohdalla. On todettu, että vaikka esimerkiksi rutiininomaisia lääkärikäyntejä on paljon, potilaat eivät koe saaneensa apua ja jatkavat kiertämistään lääkäriltä toiselle. Tällöin rauhallinen pysähtyminen potilaan asioiden ympärille ja syvällisempi paneutuminen potilaan vointiin sekä elämäntilanteeseen erilaisten esimerkiksi masennusta tai muutosvalmiuden tilaa yms. käsittelevien lomakkeiden avulla voisi tuoda todellisen hoidon tarpeen esille. Tässä yhteydessä on myös puhuttu asiakasvastaava-ilmmaisusta tai nimityksestä. Se tarkoittaa sitä, että asiakkaalla olisi yksi vastuuhenkilö, johon asiakas tai asiakasperhe voi olla yhteydessä ja jolla olisi tieto ja ymmärrys palvelujärjestelmän mahdollisuuksista auttaa ja joka osaisi etsiä ”täsmäapua”.

Digitaaliset keinot terveyden edistämässä

Kaikki eivät halua osallistua ryhmiin ja jotkut kokevat yksilöneuvonnankin liian tungettelevana tai muuten hankalana. Siksi on syytä kehittää ja ottaa käyttöön uusia tietoteknisiä sovelluksia, joiden avulla ihminen pääsee yksin tai yhdessä läheistensä kanssa eteenpäin terveytensä parantamisessa. Tällaista uudenlaista lähestymistapaa terveyden edistämisen työvalikkoon tuovat esimerkiksi ohjelmistot, joiden avulla voi tallentaa omia terveystietoja, sairauskertomuksensa tietoja, terveystavoitteitaan ja niissä edistymistä palvelimille. Lähitulevaisuudessa ohjelmat voivat antaa palautetta ja tarvittaessa jopa kehotuksen kääntyä lääkärin puoleen (Sote-tieto hyötykäyttöön). *Sote-tieto hyötykäyttöön* -strategiassa (STM ja Kuntaliitto 2014) maalaillaan rohkeita visioita, miten tietoteknisesti osaava kansalainen voi hyödyntää jo lähitulevaisuudessa digitaalisia palveluita terveytensä edistämässä, mutta myös itsehoidossa ja jopa hoitoon hakeutumisessa. Jonkinlaiseksi ongelmaksi, ainakin aluksi, saattavat muodostua yksilöiden erilaiset valmiudet hyödyntää sähköisiä palveluja. Digitaalisten palveluiden tulo markkinoille ja käyttöön edellyttää terveydenhuollon henkilöstöltä uuden osaamisen lisäksi myös uutta tapaa suhtautua asiakkaisiin, jotka ovat ottaneet etukäteen huolellisesti selvää terveysasioista ja esittävät paljon kysymyksiä. Osa henkilökunnasta kokee nämä tilanteet uhkaavina ja pelkää, ettei osaa vastata kysymyksiin. Tilanne olisi kuitenkin hyvä ottaa molemminpuolisena oppimisena ja tietojen vaihtona. Ammattilaisen vastuulle jää selvittää, mikä asiakkaan esittämistä asioista on relevanttia hänen terveytensä edistämässä, mikä taas ei koske juuri hänen tilannettaan, vaikka sinänsä oikeaa tietoa olisikin.

Tänä päivänä useimmat yksilöt etsivät verkosta lisätietoa selviytyäkseen ja päätöksenteon tueksi. Käyttäjien tueksi on kehitetty paljon erilaisia testejä, joilla voidaan mitata omia tietojaan mm. elintavoista. Sädehoidossa käyville rintasyöpäpotilaille tehdyssä koeasetelmassa testattiin, miten e-alkutietotestin jälkeen saatu palaute omasta tiedontasosta tukee potilaan voimavaraistumista. E-tietopalauite mahdollisti, ei ainoastaan strukturoidun alkutietotaito-mittauksen, vaan lisäksi palautteen antamisen siitä, onko tieto ymmärretty oikein. E-tietopalautteen toivottiin auttavan potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa sekä hyödyttävän häntä vielä hoitosuhteen päätyttyä. E-tietopalautteen todettiin lisäävän tietoa sivuvaiikutusten hoidosta. Lisäksi sen huomattiin parantavan henkistä hyvinvointia varsinkin sädehoitojakson jälkeen (Siekinen 2014). Se, että tiedon tasolla ei ollut yhteyttä koettuun elämänlaatuun tai ahdistukseen, tukee olettamusta, että voimavaraistukseen potilas tarvitsee ymmärrystä omasta tiedon tasostaan riippumatta siitä, onko tietoa ollut paljon tai vähän. Palaute oli hyödyllinen, ja se täydensi hoitojen aikana saatua tietoa ja tuki terveyttä.

Terveydenhuollossa käytetään monia uusia digisovelluksia ehkäisevässä työssä. Asiakas voi esimerkiksi sopia työterveyshuollon ammattilaisten kanssa laihduksensa, tupakoinnin lopettamisen, liikunnan lisäämisen onnistumisen seurannasta kännykän tai viikoittaisten sähköpostiviestien avulla. Meneillään olevassa *Voimaperheet*-hankkeessa 4-vuotiaiden lasten perheille annetaan verkon kautta vuorovaikutteista kasvatuksellista tukea ja neuvontaa, jotta he selviäisivät arjesta esimerkiksi temperamenttisten tai aggressiivisesti käyttäytyvien lastensa kanssa. Peruseriaatteena on, että ongelmien syyt eivät ole yhtä tärkeitä kuin se, että arjessa voi oppia pärjäämään ympäri vuorokauden. (www.med.utu.fi/sivustot/voimaperheet)

Lopuksi

Ehkäisevän terveydenhuollon toimintatapojen kehittämistoimet pitäisi kohdentaa enemmän terveyttä kohentaviin toimiin sairauksien riskin vähentämisen lisäksi. Toiminnassa pitäisi ensisijaisesti pyrkiä lisäämään ihmisten omia mahdollisuuksia, osaamista ja valmiutta toimia oman ja perheensä terveyttä edistävästi. Toisaalta palvelujen kehittämisessä tulee myös keskittyä siihen, miten ne organisoidaan vastaamaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeisiin eri elämäntilanteissa.

Sekä uusien terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa että kokeneiden ammattilaisten täydennyskoulutuksessa on painotettava asiakaslähtöistä toimintaa, jossa asiakkaan vastuuta oman terveytensä edistämisestä tuetaan monipuolisilla menetelmin uusia tekniikoita ja työtapoja käyttäen. Koulutuksessa kannattaa tuoda monipuolisesti esille myös ihmisten erilaiset lähtökohdat palvelujen vastaanottamisessa sekä terveysneuvonnan sisäistämisessä ja hyödyntämisessä. Erilaiset lähtökohdat voivat johtua asiakkaiden välisistä eroista siinä, miten he suhtautuvat omiin mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omaan elämäänsä (elämänhallinta, koherenssin tunne). Lähtökohtien erot voivat johtua täysin erilaisesta kulttuuritaustasta kuin mitä ammattilaisella on, aikaisemmista hyvistä tai huonoista ohjauskokemuksista tai siitä, että koettu neuvontatarve kohdistuu eri asiaan kuin mistä ammattilainen puhuu. Se voi johtua myös siitä, että asiakas tarvitseekin enemmän ohjausta tai tukea kuin mitä ammattilainen hänelle tarjoaa. On hyväksyttävä ajatus positiivisesta diskriminoinnista (myönteisestä erikoiskohtelusta). Toisin sanoen niille, joiden avun tai neuvonnan tarve on muita suurempi, olisi myös annettava ohjausta ja tukea muita enemmän, jotta he ylipäättään voivat onnistua terveystavoitteissaan. Ajatusmalli yksilöllistetystä tai räätälöidystä lääketieteestä tulee ottaa käyttöön myös ehkäisevän terveydenhuollon toiminnassa. Tämä uudenlaisen, tarvelähtöisen työotteen käyttöönotto koskee kaikkia ehkäisevässä terveydenhuollossa työskenteleviä.

Mitä opimme?

- ◆ Terveyden edistämisen yhtenä perustekijänä on kansalaisen/potilaan oikeus tietoon, jotta hän voisi tehdä tietoisia valintoja omassa tai lastensa elämässä.
- ◆ Erityisesti terveydenhuollon toimipisteissä on keskitytty sairauksien ehkäisyyn, riskien kartoittamiseen ja vähentämiseen eikä useinkaan ihmisen omien voimavarojen tukemisen ja tarpeen mukaisen tiedon ja taidon lisäämiseen.
- ◆ Toimintojen uudelleen organisoinnin tarvetta tutkittiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella tehdyssä neuvoloita koskevassa tutkimuksessa, jossa kysyttiin lasta odottavilta perheiltä heidän kokemuksiaan neuvolapalveluista ja toiveista niiden organisoimiseksi.
- ◆ Tulosten perusteella parhaalta tavalta näyttäisi yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola, jossa sekä raskausajan että lastenneuvola-ajan perheen hoidosta vastaisi sama terveydenhoitaja. Tulosten mukaan kumpikin organisointitapa oli äidille ja lapselle yhtä turvallinen,
- ◆ Ajatusmalli yksilöllistetyistä tai räätälöidystä lääketieteestä tulee ottaa käyttöön myös ehkäisevään terveydenhuollon toiminnassa.
- ◆ On tarve kehittää ja ottaa käyttöön uusia tietoteknisiä sovelluksia, joiden avulla ihminen pääsee yksin tai yhdessä läheistensä kanssa eteenpäin terveytensä parantamisessa. Tällaista uudenlaista lähestymistapaa terveyden edistämisen työvalikkoon tuovat esimerkiksi ohjelmistot, joiden avulla voi tallentaa omia terveystietoja, sairauskertomuksensa tietoja, terveystavoitteitaan ja niissä edistymistä palvelimille, joista jo lähitulevaisuudessa voi olla mahdollisuus saada palautetta ja tarvittaessa jopa kehotuksen kääntyä lääkärin puoleen.

Lähteet

- Antonovsky, Aaron (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11(1), 11–8.
- Borg, Anne-Mari (20185) Early detecting of children's mental health problems. Acta Universitatis Tamperensis 2076. Tampere: Tampere University Press.
- Kuronen, Risto (2015) Valtimotautiriskin liittyvä Käypä hoito -suositukset: Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisilla. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1582, Tampere: Tampere University Press.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Aalto-Kallio, Mervi & Mikkonen, Nella & Nykyri, Päivi & Parviainen, Heikki & Saikkonen, Paula & Tamminiemi Kaarina (2007) Rajoilla ja ytimessä. Terveydenedistämisen näyttötyminen väitöskirjatutkimuksissa. Julkaisuja 2/2007. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Prochaska, James O & DiClemente, Carlo C (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3), 390–5.
- Prochaska, James O & Norcross, John C. (2007) Systems of psychotherapy – a transtheoretical analysis (6th edition). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub
- Prochaska, James O & Redding, Colleen A & Evers, Kerry E (2008) The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa: Glanz, Karen & Rimer, Barbara K & Viswanath, Kasisomayajula (toim.) Health behavior and health education: Theory, research and practice (4th edition). CA: Jossey-Bass, 97–121.
- Rautava, Päivi & Sillanpää, Matti (1989) The Finnish Family Competence Study: Knowledge of childbirth of nulliparous women seen at maternity health care clinics. *Journal of Epidemiology and Community Health* 43(3), 254–60.
- Rautava, Päivi & Erkkola, Risto & Sillanpää, Matti (1990) The Finnish Family Competence Study: New directions are necessary in antenatal education. *Health Education Research* 5(3), 353–9.
- Rautava, Päivi & Erkkola, Risto & Sillanpää, Matti (1991) The Finnish Family Competence Study: The outcome and experiences of the first pregnancy in relation to the mother's childbirth knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 16(10), 1226–32.
- Salmela, Sanna M (2012) Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 185. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Siekkinen, Mervi & Kesänen, Jukka & Vahlberg, Tero & Pyrhönen, Seppo & Leino-Kilpi, Helena (2015) Randomized, controlled trial of the effect of e-feedback on breast cancer patients' knowledge of radiotherapy in Finland. *Nursing and Health Science* 17(1), 97–104.
- Siekkinen, Mervi & Ryhänen, Anne & Vahlberg, Tero & Pyrhönen, Seppo & Leino-Kilpi, Helena (2015) Psychosocial effect of e-feedback of radiotherapy for breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology* 24(5), 515–22.
- STM ja Suomen Kuntaliitto (2014) Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1 [luettu 6.6.2016]
- Tuominen, Miia & Kaljonen, Anne & Ahonen, Pia & Rautava, Päivi (2012) Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12:96.

Terveyden lukutaito ja terveyserojen kaventaminen

Nykyisessä tietoyhteiskunnassa terveysaiheet ovat esillä yhä enemmän. Terveystietoinformaation tarjoajien intressit kuitenkin vaihtelevat, sillä tietoa tuottavat muun muassa kaupalliset toimijat, media, terveysalan asiantuntijat ja yksittäiset ihmiset (Helve ym. 2015). Terveystieteen liittyvä tieto onkin pirstaloitunut, ja tiedon luotettavuuden ja sovellettavuuden arviointi oman terveyden edistämiseen on muuttunut vaikeammaksi (Drake 2009). Toisaalta elinympäristön muutokset ja teknologian lisääntyminen arjessa ovat edistäneet terveyttä, mutta toisaalta elintapavalinnoissa yksilöiltä vaaditaan entistä enemmän tietoista päätöksentekoa. Tiedolliset resurssit lisäävät edellytyksiä tehdä terveyttä tukevia valintoja, mutta vaikka terveysriskit olisivat hyvin tiedossa, asenteelliset, sosiaaliset ja rakenteelliset tekijät voivat rajoittaa mahdollisuuksia edistää ja ylläpitää terveyttä (Lahelma ym. 2007; WHO 2013). Sosiaalisista terveyden määrittäjistä erityisesti koulutustaso ja yleinen lukutaito ovat olleet yhteydessä väestöryhmien välisiin eroihin terveyskäyttäytymisessä ja terveydentilassa (Lahelma ym. 2007; Malin ym. 2013; Talala ym. 2014). Suomessa yleisen lukutaidon taso on kansainvälisesti vertailtuna hyvä, vaikka noin kymmenellä prosentilla aikuisista lukutaidon taso ei vastaa tietoyhteiskunnan vaatimuksiin (Malin ym. 2013).

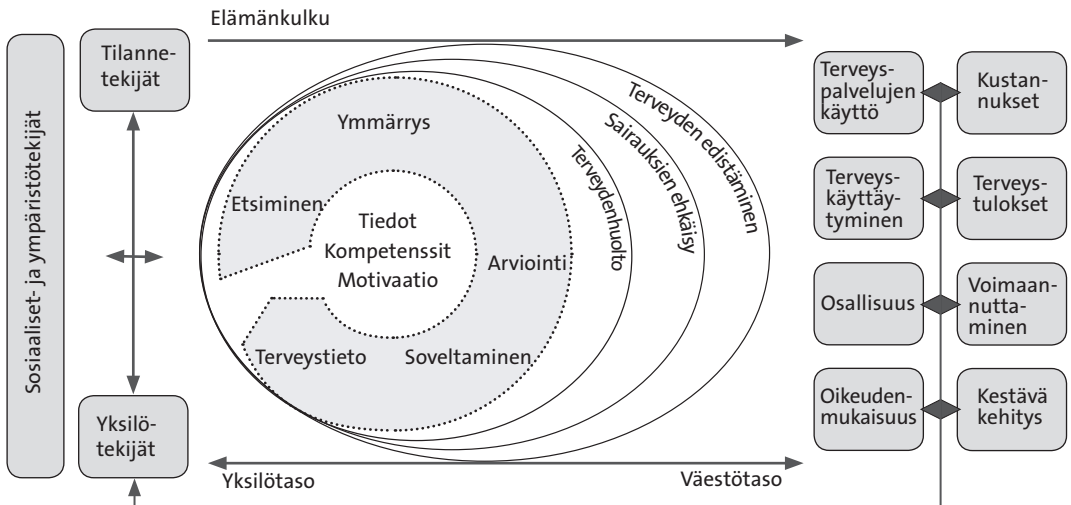
Terveyteen liittyvän tiedon lisääntyessä ja yleisen lukutaidon tason noustessa voisi olettaa kansanterveyden paranevan. Väestötasolla suomalaisten terveydentila onkin parantunut ja sairastavuus vähentynyt viime vuosikymmenten aikana, mutta terveyserot väestöryhmien välillä eivät ole poistuneet (Talala ym. 2014; Helldan & Helakorpi 2015). Tiedon lisäksi terveyden ylläpitämiseen tarvitaan myös valmiuksia ymmärtää omaa suhdettaan ympäröivään yhteiskuntaan ja resursseja vaikuttaa terveyttä määrittäviin tekijöihin. Terveystiedon käyttöön, terveyskäyttäytymiseen ja terveyteen liittyvien monimutkaisten yhteyksien ymmärtämiseksi on alettu puhua terveyden lukutaidosta (Health Literacy). Tässä artikkelissa tarkastellaan terveyden lukutaidon suhdetta terveyden edistämiseen ja soveltuvuutta väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen sekä käsitteen taustoja.

Mitä tarkoitetaan terveyden lukutaidolla?

Terveyden lukutaidosta on esitetty useita eri määritelmiä, jotka heijastavat valittavia terveyskäsitteitä ja erilaisten toimintaympäristöjen tarpeita. Terveyden lukutaidon taustalla on ajatus, että lisääntynyt ymmärrys terveyttä määrittävistä tekijöistä, terveysriskeistä ja sairauksien hoidosta johtaa käyttäytymismuutoksiin ja parempaan terveyteen (Razan 2001; Pleasant 2014). Terveyden lukutaitoa on lähestytty kahdesta näkökulmasta. Ensiksi terveyden lukutaidosta alettiin puhua lääketieteen ja terveydenhuollon piirissä 1990-luvulla, ja myöhemmin käsite otettiin käyttöön myös terveyden edistämisessä (Parker 1995; Pleasant 2014). Lääketieteessä terveyden lukutaito nähtiin terveysaiheisen informaation kuten lääketieteen termien, hoito-ohjeiden ja reseptien ymmärtämisenä (Parker 1995; Pleasant 2014). Sairauksien hoitoon liittyvissä tutkimuksissa heikko terveyden lukutaito on ollut yhteydessä vähäiseen ehkäisevien terveyspalvelujen käyttöön, viivästyneisiin diagnooseihin, vaikeuksiin ymmärtää sairauden vakavuutta tai hoito-ohjeita, huonoihin itsehoitotaitoihin ja huonompaan yleiseen terveydentilaan ja heikkoon koettuun terveyteen (Berkman ym. 2011; Beauchamp ym. 2015). Lisäksi on havaittu, että heikko terveyden lukutaito saattaa altistaa riskikäyttäytymiselle tai ainakin vähentää terveyttä tukevien valintojen todennäköisyyttä (Lee ym. 2004; von Wagner ym. 2008).

Keskustelu terveyden lukutaidosta siirtyi 1990-luvun lopulla myös terveyden edistämiseen (Nutbeam 1998). Terveyden lukutaito määriteltiin ”kognitiiviseksi ja sosiaalisiksi taidoiksi, jotka määrittävät yksilön motivaatiota ja valmiuksia hankkia, ymmärtää ja käyttää tietoa terveyden parantamiseen ja ylläpitämiseen” (Nutbeam 1998). Terveyden edistämisen perinteessä terveyden lukutaito nähdään voimavarana, joka lisää yksilön mahdollisuuksia ennaltaehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä ylläpitää hyviä terveystottumuksia arjessa (Nutbeam 2008). Sitten terveydenhuollon ja terveyden edistämisen lähestymistavat on yhdistetty samaan viitekehykseen. Eurooppalaisen asiantuntijatyöryhmän uusimmassa katsauksessa terveyden lukutaito määritellään ”tiedoiksi, motivaatioksi ja kompetensseiksi etsiä, ymmärtää, arvioida ja soveltaa terveysinformaatiota terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen arkipäivän tilanteissa, terveydenhuollossa, sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä eri elämänvaiheissa” (Sørensen ym. 2012). Terveyden edistämisessä terveyden lukutaitoa pidetään sekä yksilö- että yhteisötason ominaisuutena, joka kehittyy läpi elämänkulun, ja johon voidaan vaikuttaa esimerkiksi terveyskasvatuksella, terveysneuvonnalla ja -viestinnällä sekä terveyspoliittisilla toimilla (kuvio 1). Tässä artikkelissa terveyden lukutaitoa tarkastellaan edellä kuvatun laajan määritelmän mukaisesti, sillä tämä viitekehys sisältää myös terveyden tasa-arvon näkökulmasta tärkeät osallisuuden ja oikeudenmukaisuuden ulottuvuudet ja niiden yhteydet yksilön ja yhteisön voimavaroihin.

Terveyden lukutaidon voimavaralähtöisen lähestymistavan taustalla on Don Nutbeam (2000; 2008) esittämä tasomalli, jossa terveyden lukutaito jaetaan toiminnalliseen, vuorovaikutukselliseen ja kriittiseen tasoon. Tasot kuvastavat yksilön kehittyviä valmiuksia hallita terveyttä määrittäviä tekijöitä, autonomian lisääntymistä ja voimaantumista (empowerment) (Nutbeam 2000). Toiminnallinen terveyden lukutaito, joka on nimetty myös peruslukutaidoksi, tarkoittaa terveysaiheisen tiedon etsimiseen ja ymmärtämiseen liittyviä luku- ja kirjoitustaitoja sekä perustietoja terveydenhuoltojärjestelmästä. Vuorovaikutuksellisen terveyden lukutaidon sisällöt kertovat tiedon soveltamisesta eri ympäristöissä ja elämänvaiheissa. Vuorovaikutuksellinen terveyden lukutaito antaa valmiuksia tulkita erilaisia terveysviestejä ja etsiä tukea terveysasioissa terveydenhuollosta ja lähipiiriltä. Kolmantena tasona on kriittinen terveyden lukutaito, joka sisältää edellisten lisäksi edistyneemmät taidot arvioida ja käyttää tietoa tarkoituksenmukaisesti sekä vaikuttaa terveyttä määrittäviin olosuhteisiin henkilökohtaisella ja yhteisöllisellä tasolla. Kriittinen terveyden lukutaito on yhteydessä sosiaalisen pääoman lisääntymiseen ja voimaantumiseen, joita pidetään välittävänä tekijöinä terveyden tasearvon toteutumiseksi (Chinn 2011). Hierarkkista lähestymistapaa terveyden lukutaitoon on kuitenkin kritisoitu, sillä vuorovaikutuksellisen ja kriittisen tason erottaminen toisistaan on käytännössä vaikeaa (Sørensen ym. 2013; Kiechle ym. 2015). Empiiristen tutkimusten mukaan tasot eivät ole yksiselitteisesti riippuvaisia toisistaan. Terveystiedon ymmärtäminen ja yleinen lukutaito voivat olla heikkoja, mutta soveltava terveydenlukutaito arjessa silti hyvä (Wängdahl ym. 2015). Uusi



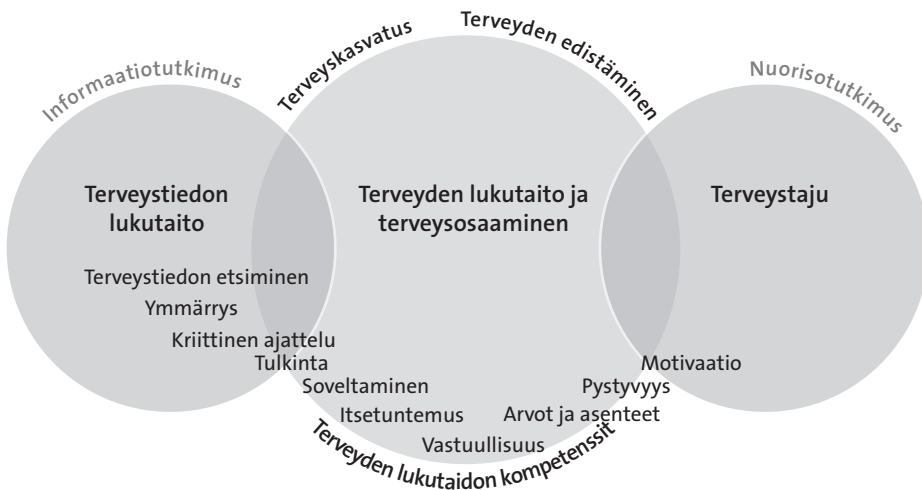
Kuvio 1. Terveyden lukutaidon viitekehys ja suhde terveystuloksiin (muokattu lähteestä Sørensen ym. 2012).

tutkimuskirjallisuus kuvaa tasojen sijaan terveyden lukutaidon ulottuvuuksia, joissa tulevat esille tiedot, kompetenssit (etsiminen, ymmärrys, kriittinen arviointi, soveltaminen) ja motivaatio toimia terveyttä edistävästi erilaisissa ympäristöissä (Sørensen ym. 2013; Kiechle ym. 2015; Wängdahl ym. 2015).

Terveyden lukutaidon käsitteet Suomessa

Suomessa terveyden lukutaitoa on tutkittu vielä melko vähän ja käsitteeseen liittyvä terminologia on vaihdellut eri asiayhteyksissä (kuvio 2). Koulutuksen ja koulun terveystiedon opetuksen yhteydessä on puhuttu *terveysosaamisesta* (mm. Kannas 2005a; Paakkari & Paakkari 2012), nuorten terveystietämistä koskeissa tutkimuksissa *terveystajusta* (Hoikkala ym. 2005; Puuronen 2009; Jallinoja ym. 2008) ja arkielämän terveystietämistä käsittelevissä tutkimuksissa *terveystiedon lukutaidosta* (Niemelä ym. 2012; Enwald ym. 2013; Hirvonen 2015). Muita suomenkielisiä terveyden lukutaitoon läheisesti liittyviä termejä ovat muun muassa terveystietoisuus, terveystietämys ja terveystietämyksen taito (Välilä 2005; Kannas 2005b). Keskeisenä sisältönä kaikissa käsitteissä on terveystietojen ja taitojen kehittyminen sekä niiden suhde yksilön toimintaan, arvoihin ja yleisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Terveysosaamista käytetään synonyymina terveyden lukutaidolle, mutta termin katsotaan sopivan paremmin kouluympäristössä käytettäväksi, peruslukutaidosta eroavana ominaisuutena (Kannas 2005a). Koulun terveystiedon oppimis-



Kuvio 2. Terveyden lukutaitoon liittyvät suomalaiset käsitteet ja terveyden lukutaidon kompetenssit.

tavoitteena on terveysosaaminen, joka opetussuunnitelmassa kuvataan ”kykyinä tunnistaa ja muokata tekijöitä, jotka mahdollistavat oppilaiden oman ja ympäristönsä terveyden ja hyvinvoinnin arvostamisen, ylläpitämisen ja edistämisen” (Opetushallitus 2014). Terveysosaaminen sisältää terveyteen liittyvän teoreettisen tiedon, terveystaidot, itsetuntemuksen, kriittisen ajattelun sekä eettisen vastuullisuuden (Paakkari & Paakkari 2012; Opetushallitus 2014). Leena Paakkarin ja Olli Paakkarin (2012) mukaan terveysosaaminen tukee oppilaiden valmiuksia ymmärtää itseään, muita ja ympäröivää maailmaa. Terveysosaamiseen sisältyvät kyvyt tulkita pirstaleista terveysinformaatiota, tunnistaa omaan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tunteet, tarpeet, motiivit ja arvot sekä ymmärtää sosiaalinen ja eettinen vastuu toisista ihmisistä ja ympäristöstä. Terveysosaaminen korostaa eettisyyden ja oikeudenmukaisuuden ulottuvuuksia, jotka on nostettu entistä keskeisempään osaan myös kansainvälisessä terveyden lukutaidon määritelmässä (Sørensen ym. 2012).

Terveytajun käsite otettiin käyttöön 2000-luvun alussa, jolloin kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa terveyden lukutaitoa lähestyttiin pääosin lääketieteellisestä näkökulmasta (Hoikkala ym. 2005; Puuronen 2006). Rationaaliseen tiedon omaksumiseen perustuva terveyden lukutaidon malli soveltuu kuitenkin huonosti nuorison terveyskäyttäytymisen selittämiseen. Terveystajulla tarkoitetaan terveyskäyttäytymisen muotoutumista osana yhteisöllistä prosessia (Hoikkala ym. 2005). Terveystaju kuvaa terveyskäyttäytymiseen liittyvää päätöksentekoa, jota ohjaavat sosiaaliset normit, ryhmän jäsenyys ja ristiriitaiset odotukset (Puuronen 2009). Terveystaju painottaa motivaatiota ja itseluottamusta toimia terveyttä edistävällä tavalla sosiaalisessa ympäristössä. Tietoja enemmän käyttäytymistä määrittävät arvot, sosiaaliset normit, asenteet, motivaatio ja pystyvyys (Hoikkala ym. 2005; Puuronen 2006). Lähestymistapa pyrkii ottamaan huomioon ne tekijät, joiden vuoksi tiedostetuista riskitekijöistä huolimatta yksilö saattaa valita terveydelle haitallisen toimintatavan.

Terveystiedon lukutaito (Health information literacy) on käytetty pääasiassa tutkimuksissa, joiden kohderyhmänä on lukutaitoinen aikuisväestö (Hirvonen 2015). Terveystiedon lukutaito pohjautuu informaatiotutkimukseen, ja se kuvaa erityisesti terveystiedon etsimiseen ja prosessointiin liittyvää motivaatiota ja taitoja arkielämän ympäristöissä (Niemelä ym. 2012). Terveystiedon lukutaitoa on arvioitu muun muassa kutsuntaikäisillä nuorilla miehillä ja ikääntyneillä (Hirvonen 2015; Enwald 2013; Eriksson-Backa 2012). Tutkimuksissa on myös kehitetty työkaluja terveystiedon räätälöintiin eri väestöryhmille (mm. Niemelä ym. 2012; Enwald 2013; Hirvonen 2015). Räätälöinnillä tarkoitetaan viestinnän kohdentamista yksilön ominaisuuksien, kuten terveydentilan, iän, tai terveyden lukutaidon tason mukaan (Hirvonen 2015; Enwald 2013; Eriksson-Backa 2012). Terveysosaamiseen ja terveystajuun verrattuna terveystiedon lukutaito korostaa yksilön omaa aktiivisuutta terveystiedon hankkijana. Terveystaju puolestaan tuo esille sosiaalisen ympäristön vaikutuksen tiedon soveltamiseen, ja terveysosaamisessa painottuvat terveyden lukutaidon arvoperusteiset sisällöt.

Terveyden lukutaidon väestöryhmittäiset erityispiirteet

Keskeisiä terveyden lukutaitoon liitettyjä taustatekijöitä ovat koulutus, sosioekonominen asema, ikä, sukupuoli ja kulttuuritausta (Nutbeam 2000; Berkman ym. 2011). Matalan koulutus- ja tulotason ryhmissä heikko terveyden lukutaito on keskimäärin ollut yleisempää (Sørensen ym 2015). Myös sairastavuus ja monet sairastavuusriskiä lisäävät elintapatekijät, kuten tupakointi, vähäinen kasvien ja hedelmien käyttö sekä vähäinen liikunta, ovat yleisempiä alemmissa koulutusryhmissä (Helldan & Helakorpi 2015). Koulutus antaa valmiuksia informaation tulkintaan, arviointiin ja ongelmanratkaisuun, jotka ovat keskeisiä taitoja työ- ja arkielämässä selviämiseksi sekä terveyttä tukevien valintojen tekemiselle (Nutbeam 2008; Malin ym. 2013). Tutkimusten mukaan koulutustaso on yhteydessä yksilön terveyden lukutaitoon iästä, kulttuuritaustasta ja sukupuolesta huolimatta (Eriksson-Backa ym. 2012; Wängdahl ym. 2015; Davey ym. 2015).

Lapsuudessa ja nuoruudessa omaksuttu terveystietäminen antaa perusvalmiudet kriittiselle ajattelulle, itseymmärrykselle ja terveyden ylläpitämiselle eri elämänvaiheissa. Koulun terveystiedon opetuksella on tärkeä asema terveyden tasa-arvon edistämiseksi, sillä se tavoittaa lähes kaikki lapset ja nuoret riippumatta sosiaalisesta taustasta (Nielsen-Bohlman ym. 2004; Paakkari & Paakkari 2012). Terveystiedon opetuksen kehittäminen on mainittu yhtenä lapsia ja nuoria koskevana ikäryhmätavoitteena myös terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006). Terveystiedon opetuksella on tärkeä yleissivistävä ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta edistävä tehtävä (Kannas 2005a). Terveyden lukutaidon kehittymiseen vaikuttaa formaalin oppimisen lisäksi ympäristö ja elämäntilanteen aikana saadut kokemukset. Vanhempien terveyden lukutaidolla on havaittu olevan yhteys lasten terveystietämiseen ja terveystietäytymiseen (Summanen 2014). Esimerkiksi ylipainon ehkäisystä on saatu lupaavia tuloksia interventioista, joissa on vahvistettu vanhempien tietoisuutta ylipainolle altistavista tekijöistä ja tuettu perheitä löytämään painonhallintaa helpottavia ratkaisuja arjessa (Verlando ym. 2013; White ym. 2013; Liechty ym. 2015). Terveystietämisen liittyvän itseymmärryksen ja vastuullisuuden vahvistaminen opetuksessa voi tasoittaa jo nuorena syntyviä eroja terveystietäytymisessä, etenkin jos läheisten esimerkki ja kaveripiirin sosiaalinen paine luovat ristiriitoja terveydelle edullisten valintojen ja sosiaalisesti hyväksyttävien toimintamallien välille (Puuronen 2009).

Tutkimuksissa heikko terveyden lukutaito tulee usein esille ikääntymisen yhteydessä (Wolf ym. 2007; Sørensen ym. 2015). Vanheneminen tuo muutoksia muun muassa fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, mikä voi heikentää valmiuksia etsiä, ymmärtää ja arvioida tarvittavaa terveystietoa sekä käyttää terveystietoa ja huolehtia itsenäisesti terveyttä koskevista asioista (Von Wagner ym. 2008; Sørensen ym. 2015). Toisaalta eri elämänvaiheista kertyneet kokemukset ja kyky kompensoida mahdollisia toimintakyvyn vajauksia saattavat lisätä arkielämässä tarvittavaa terveyden lukutaitoa, vaikka reagoiminen yhteiskunnan muutoksiin ja

vaatimuksiin heikkenisi (Heikkinen 2002). Ikääntyneiden, kuten muidenkin ikäryhmien, heikkoon terveyden lukutaitoon liittyy matala koulutus, terveysongelmia sekä vähäinen mielenkiinto terveyttä ja terveysaiheisen tiedon etsimistä kohtaan (Eriksson-Backa ym. 2012). Ikääntyneille suunnatut terveyden lukutaitoon liittyvät tutkimukset ja ohjelmat ovat pääasiassa painottuneet terveyden peruslukutaidon arvioimiseen ja edistämiseen tiedon saatavuutta ja ymmärrettävyyttä lisäämällä (Manafa & Wong 2012). Jatkossa huomiota tulisi kiinnittää enemmän myös ikääntyneiden terveystiedon ja terveyspalvelujen käyttöön liittyvien taitojen, itseluottamuksen ja motivaation vahvistamiseen (Manafa & Wong 2012).

Kielivähemmistöön kuuluminen ja maahanmuuttajatausta ovat myös taustatekijöitä, jotka mainitaan terveyden lukutaitoeroja käsittelevissä tutkimuksissa (Sørensen ym. 2015; Wångdahl ym. 2015). Ruotsissa maahanmuuttajaväestöissä toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että valtaosalla (60 %) oli heikko terveyden peruslukutaito, eli valmiudet hankkia ja ymmärtää terveystietoa ja toimia terveydenhuoltojärjestelmässä (Wångdahl ym. 2015). Tästä huolimatta vain vajaalla kolmasosalla (27 %) oli heikko soveltava terveyden lukutaito, jolla tarkoitettiin kykyä ratkaista terveyteen liittyviä ongelmia arkipäivässä. Myös maahanmuuttajilla matala koulutustaso lisäsi riskiä heikolle terveyden lukutaidolle. Erot maahanmuuttajien ja valtaväestön terveyden lukutaidossa saattavat tuoda esille kieli- ja kulttuuritaustaan liittyviä esteitä terveyden edistämiseksi ja paljastaa esimerkiksi terveydenhuollossa asioimisen ongelmakohtia maahanmuuttajien näkökulmasta. Maahanmuuton yleistyessä olisi tärkeää saada tietoa terveyden lukutaidon erityispiirteistä maahanmuuttajaväestöissä, tukea terveyden lukutaidon kehittymistä osallistavalla toiminnalla sekä suunnitella käyttäjäystävällisiä terveydenhuollon palveluja (Sørensen ym. 2015; Wångdahl ym. 2015).

Esimerkkejä sukupuolten välisten terveyserojen kaventamisesta Suomessa

Tutkimuksissa on havaittu myös sukupuolten välisiä eroja terveyden lukutaidossa. Kansainvälisissä vertailututkimuksissa miesten terveyden lukutaito on ollut hieman heikompi kuin naisilla (Davey ym. 2015; Sørensen ym. 2015). Koululaistutkimuksissa puolestaan tytöt ovat saaneet keskimäärin paremmat arviointitulokset kaikilla terveystiedon osa-alueilla kuin pojat (Summanen 2014). Tulos voi kertoa myös enemmän motivaatiosta ja kiinnostuksesta terveyden edistämisen ohjelmia kohtaan kuin varsinaisista terveystiedollisista ja -taidollisista eroista (Davey ym. 2015; Sørensen ym. 2015). Maskuliiniseen kulttuuriin on liitetty piirteitä, jotka suosivat riskikäyttäytymistä ja kyseenalaistavat yleiset terveystieteelliset suositukset (Pietilä 2008). Monilla mittareilla katsottuna miesten terveyskäyttäytyminen sisältää enemmän riskitekijöitä kuin naisten, vaikka erot ovatkin jonkin verran kaventuneet muun muassa tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä (Helldan & Helakorpi 2015). Miesten odotettu elinikä on edelleen noin kuusi vuotta lyhempi kuin naisil-

la, miehet hakeutuvat hitaammin terveyspalvelujen piiriin ja ovat passiivisempia terveystiedon etsimisessä kuin naiset (OECD 2015, Ek 2015). Lisäksi miehet syövät vähemmän kasviksia ja hedelmiä sekä harrastavat hieman harvemmin liikuntaa kuin naiset (Helldan & Helakorpi 2015). Tunnetuista eroista huolimatta miesten tavoittaminen terveystietokampanjojen kautta on ollut vaikeaa.

Suomalaiset eri-ikäiset miehet ovat pääsääntöisesti tietoisia terveysasioista, mutta tieto ei aina siirry toiminnaksi (Näslingh-Ylispangar 2008; Pietilä 2008; Kaasalainen ym. 2015; Hirvonen 2015). Miesten terveystietokampanjojen toteuttaminen on ollut terveyskasvatusinterventioiden kohteena 1970-luvun *Pohjois-Karjala-projektista* alkaen, jolloin havaittiin, että naiset ja miehet käsitelivät eri tavoin terveystietoa sydänsairauksien riskitekijöistä. Naiset olivat aktiivisempia tiedon vastaanottajia ja soveltajia, kun taas miehille lääketieteellisen tiedon rinnalla omat arkiteoriat ja sairauden syiden liittäminen laajemmin poliittisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin oli yleisempää (Honkasalo 2013). Viime vuosina miesten terveyden edistämiseen keskittyneitä interventioita ovat olleet muun muassa Varusmiesten terveystietokampanja ja terveystietokampanjojen selvittänyt VARU-tutkimus, nuorten miesten terveystiedon lukutaitoa ja terveystietokampanjojen arvioinut MOPO-hankekokonaisuus (www.tuunaamopo.fi) ja *Kunnossa kaiken ikää* -ohjelman toteuttama *Suomi mies seikkailee* -kampanja (www.suomimies.fi).

VARU-tutkimuksessa havaittiin koulutustason erottelvan nuoria miehiä terveystietokampanjojen osalta, joskaan sosioekonominen asema ei vielä tässä iässä ollut selkeässä yhteydessä terveyden riskitekijöiden esiintymiseen tai niiden muutokseen seuranta-aikana (Absetz ym. 2010). Terveystietokampanjojen kehittämisen näkökulmasta varusmiespalveluksella voisi olla koulun terveystiedon opetuksen ohella terveyden tasa-arvoa edistävä vaikutus. Sosiaalisilla normeilla ja sukupuolirooleihin liittyvällä maskuliinisuuden eetoksella saattaa kuitenkin olla suurempi vaikutus terveystietokampanjoihin kuin tiedoilla ja rationaalisella ajattelulla (Pietilä 2008; Absetz ym. 2010). Nuorten miesten maailmassa terveelliset elämäntavat koetaan usein jopa ahdistavina ja liikaa itsekuria vaativina (Jallinoja ym. 2008). Terveystietokampanjojen ei ole elämässä etusijalla vaan elämästä nauttiminen, sosiaalisen ympäristön odotuksiin vastaaminen ja hetkessä eläminen (Jallinoja ym. 2008; Hirvonen 2015; Kau-ravaara 2014). MOPO-hankkeessa toteutetun tutkimuksen mukaan perinteisten viestintäkanavien välittämä liikuntatieto ei tavoita vähän liikkuvia nuoria miehiä, eikä tämä tieto kiinnosta heitä (Hirvonen 2015). Noora Hirvosen (2015) tutkimuksessa havaittiin, että heikko terveystiedon lukutaito liittyi terveystietokampanjojen välittämiseen. Terveyden edistämistä ja terveystietokampanjojen kaventamista ajatellen on huomionarvoista, että hyvä terveystiedon lukutaito näytti edistävän nuorten miesten terveellisiä elintapoja sosioekonomisesta asemasta riippumatta (Hirvonen 2015).

Työikäisille miehille kohdennetun *Suomi mies seikkailee* -kampanjan tavoitteena on ollut muun muassa viestinnän, valtakunnallisen rekkakiertueen tapahtumien ja maksuttomien kuntotestien avulla lisätä miesten tietoisuutta tervey-

destään ja kannustaa terveydestä huolehtimiseen (Heiskanen ym. 2012). *Suomi mies seikkailee* -rekkakiertueen yhteydessä on toteutettu tutkimus, jossa selvitettiin miesten fyysistä kuntoa, terveystietoisuutta ja näiden yhteyttä terveyskäyttäytymiseen (Kaasalainen ym. 2013; 2015). Noin viidesosa tutkimukseen osallistuneista miehistä oli kuntotestien perusteella huonokuntoisia, mutta yli puolet näistä miehistä koki olevansa vähintään keskitasoisessa kunnossa (Kaasalainen ym. 2013). Korkeakoulutetut huonokuntoiset miehet arvioivat tietonsa liikuntasuosituksista ja terveellisestä ravinnosta paremmiksi kuin vähän koulutetut, mutta terveystietoisuus ei ollut yhteydessä terveystottumuksiin (Kaasalainen ym. 2015). Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että hyvä koulutus tai yleinen lukutaito eivät takaa hyvää terveyden lukutaitoa tai terveyttä edistävien valintojen tekemistä käytännössä (Nutbeam 2008). Korkeasti koulutetut miehet saattavat olla tietoisia liikunnan tarpeesta, mutta siitä huolimatta yliarvioida oman liikunta-aktiivisuutensa tasoa, etenkin jos liikuntaa pidetään sosiaalisesti suotavana käyttäytymisenä (Kari ym. 2015). Toisaalta miehet saattavat aliarvioida omakohtaisia terveystriskejä ja tarvettaan muuttaa terveystottumuksia (Caperchione ym. 2012; Näslindh-Ylis-pangar 2008).

Miesten suhdetta terveyteen voidaankin kuvata tasapainoiluna vastuullisen terveystietoisien kansalaisen ja normatiivisen ”terveysintoilua” karttavan miehisyyden välillä (Pietilä 2008). Yhteiskunnan muuttuessa myös maskuliinisuuden normit muuttuvat, ja perinteisen maskuliinisuuden eetoksen rinnalle on tullut useita malleja sovittoa sukupuoliroolit ja terveyden edistäminen. Tutkimusten mukaan miesten kiinnostus terveysaiheita kohtaan on lisääntynyt viime vuosina ja oman terveyden ylläpitämiseen motivoivat erityisesti työssäjaksaminen ja vastuu perheestä (Pietilä 2008; Caperchione ym. 2012). Suomi mies seikkailee -kampanja on yksi esimerkki toiminnasta, jolla voidaan tukea oman terveydentilan ymmärrystä, itsearviointitaitojen kehittymistä ja miesten terveyden lukutaitoa. Osallistuminen edellyttää kuitenkin kiinnostusta terveysaiheita kohtaan, jolloin heikomman terveyden lukutaidon ryhmät saattavat jäädä toiminnan ulkopuolelle. Lisäämällä miesten mahdollisuuksia ja motivaatiota huolehtia terveydestään on kuitenkin mahdollista edistää sosiaalisten normien muutosta, jolloin miesten ja poikien olisi helpompi tehdä omassa elämässään terveyttä tukevia valintoja.

Terveyden lukutaidon edistämisen alueita

Viime aikoina terveyden lukutaitoa on siirrytty tarkastelemaan yksilötekijöiden lisäksi yhä enemmän yhteisöjen ja rakenteiden kehittämisen näkökulmasta (Parker 2015). Terveystietoisuutta lisää tietoisuutta terveyttä edistävästä valinnoista, mutta huomattava vaikutus kansanterveyden kehittymiseen ja terveyden tasa-arvon lisäämiseen on myös terveyttä edistäväillä ympäristöillä ja palveluilla. Esimerkiksi yhteisön sosiaalinen pääoma voi edistää yksilön terveellisten elintapojen omaksu-

mista ja vahvistaa terveyden lukutaitoa (Abel 2008; Crook ym. 2015). Terveyden lukutaitoon ja terveyttä edistävään toimintaan investoiminen perheneuvoloissa, päiväkodeissa, kouluissa, varusmiespalvelussa, terveydenhuollossa, urheiluseuratoiminnassa ja työpaikoilla voisi tasoittaa sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja ja tuoda säästöjä terveyteen liittyvissä kustannuksissa (WHO 2013). Yhteisölähtöisessä terveyden lukutaidon edistämisessä tavoitteena on lisätä terveyden lukutaitoa tukevia toimintatapoja eri organisaatioissa, yksinkertaistaa terveyspalvelujärjestelmää ja selkeyttää terveysviestintää (Carlisle ym. 2011). Terveyden lukutaidon edistäminen yhteisöissä on läheisesti yhteydessä asiakaslähtöisyyteen, käyttäjäystävällisyyteen ja esteettömyyteen (Parker 2015). Keskeistä on terveyttä edistävän toiminnan kohdentaminen riskiryhmiin, erilaisten tarpeiden huomiointiin ottaminen erityisryhmiä leimaamatta ja käyttäjien osallistaminen toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (WHO 2013). Esimerkiksi työyhteisöissä terveyden lukutaidon ja tasa-arvon edistäminen voi tarkoittaa liikuntapalveluista tiedottamista ja niiden järjestämistä työntekijöille, joiden omat resurssit eivät muuten riittäisi vastaavaan toimintaan osallistumiseen.

Terveysviestintä ja -neuvonta

Terveysviestinnällä voidaan lisätä ihmisten tietoisuutta sairauksien riskitekijöistä ja pyrkiä ohjaamaan väestön terveyskäyttäytymistä ennaltaehkäisevästi. Terveyskasvatukselliset kampanjat tavoittavat kuitenkin pääasiassa hyvin koulutettuja ja taloudellisesti menestyviä ryhmiä, joiden motivaatio, henkilökohtaiset taidot ja varallisuus todennäköisesti mahdollistavat terveysviesteihin reagoimisen ja käyttäytymisen muutokset (Nutbeam 2000; Biddle ym. 2012). Terveysviestinnän vaikuttavuutta voidaan lisätä räätälöimällä viestintää terveyden lukutaidon tason mukaan, vähentämällä tieteellisiä käsitteitä ja käyttämällä kohderyhmälle tuttua kieltä ja mielekkäitä viestintämuotoja (WHO 2013). Viestinnän apuna voivat olla muun muassa sosiaalisen median kanavat, kuvamateriaalit ja videot. Terveystiedon ymmärrettävyyteen on syytä kiinnittää huomiota (Nutbeam 2008; Pleasant & Kuruvilla 2008). Toisaalta viestinnän yksinkertaistamisen käänköpuolena on riski itsestään selvien asioiden esittämisestä, josta voi seurata turhautumista ja kiinnostuksen puutetta. Henkilökohtaisissa neuvontatilanteissa voidaan käyttää neuvonnan tukena esimerkiksi ”teach-back”-menetelmää, jolloin henkilöä pyydetään lyhyesti kertaamaan omin sanoin aikaisemmin käsitellyt asiat, kuten hoito-ohjeet tai suunnitellut muutokset arjen terveystottumuksissa (WHO 2013).

Onnistunut viestintä perustuu vuorovaikutukseen, joten on tarkasteltava kriittisesti myös tapoja, joilla terveysviestintää ja -neuvontaa toteutetaan (Volandes & Paasche-Orlow 2007). Terveyttä edistävien valintojen todennäköisyyteen vaikuttavat myös arvot, asenteet ja motivaatiotekijät sekä koettu pystyvyys eli arvio omista kyvyistä suoriutua halutuista tehtävistä (Von Wagner ym. 2008). Christian Von Wagner kollegoineen (2008) on esittänyt mallin, jossa terveyden lukutaito

liitetään käyttäytymistä välittäviin psykososiaalisiin tekijöihin ja terveystuloksiin. Yksilön terveystietäytymisen ymmärtämisessä sosiaalipsykologian teorioiden tunteminen voi täydentää kokonaiskuvaa terveystiedon ja toiminnan välisistä ristiriidoista (Schwarzer 2008). Tieto tukee terveyttä edistäviä valintoja, kun sitä voidaan soveltaa omaan elämäntilanteeseen, ollaan motivoituneita toimimaan terveyttä edistävällä tavalla ja ympäristö mahdollistaa käyttäytymisen (Schwarzer 2008).

Terveyspalvelut

Heikko terveyden lukutaito on monissa tutkimuksissa liitetty vähäiseen terveyspalvelujen käyttöön (Berkman ym. 2011), mutta palvelujen käytölle voi olla myös taloudellisia, maantieteellisiä tai asenteellisia esteitä, jotka eivät suoranaisesti liity terveyden lukutaitoon. Terveyspalvelujen näkökulmasta terveyden lukutaito on puutteellinen, jos henkilö ei tunnista tarvetta muuttaa terveystietäytymistä tai hakea hoitoa, vaikka hänellä olisi siihen mahdollisuus. OECD:n raportin mukaan suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on monilla mittareilla laadukas, mutta myös monimutkainen, eikä hoidon saatavuus vastaa kaikilta osin muiden pohjoismaiden tasoa (OECD 2015). Erityisesti pienituloiset, työttömät ja syrjäseuduilla asuvat ovat terveyspalvelujen saatavuudessa eriarvoisessa asemassa. Tiedolliset esteet omasta tarpeesta ja mahdollisuudesta käyttää terveyspalveluja ovat muita esteitä selkeämmin yhteydessä heikkoon terveyden lukutaitoon. Vaikka toistaiseksi ei ole suoraa tutkimustietoa suomalaisten terveyden lukutaidon yhteydestä terveyspalvelujen käyttöön, on havaittu, että hyvin koulutetuilla tiedot palvelujärjestelmästä ja mahdollisuuksista valita vaihtoehtoisia palveluja ovat olleet paremmat kuin vähemmän koulutetuilla (Manderbacka & Keskimäki 2013). Myös palvelujen käyttötavat eroavat, sillä heikossa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät hyvätulaisia ja korkeasti koulutettuja vähemmän ehkäiseviä terveyspalveluja, vaikka heille näistä palveluista olisi eniten hyötyä (Manderbacka & Keskimäki 2013; Mikkonen 2015). Heikon terveyden lukutaidon ryhmissä palvelujen käyttöä voi vähentää paitsi tiedon puute myös häpeä ja leimautumisen pelko (Parikh ym. 1996). Yksilön vastuuta korostava ilmapiiri saattaa edelleen vahvistaa häpeän tunnetta, jos köyhyys, sairastuminen tai ylipaino katsotaan oman toiminnan seuraukseksi (Järvi 2011).

Terveyspalvelujärjestelmä voi tasoittaa terveyseroja, erityisesti silloin, jos tavoitetaan heikoimman terveyden ryhmät. Palvelujen suunnittelussa ja niistä tiedottamisessa tulisi kuitenkin pohtia, kuinka paljon yksilöltä edellytetään omaa aktiivisuutta terveyspalvelujen valinnassa, ja millaista terveyden lukutaitoa palvelujen käyttö vaatii. Ristiriitaisen terveystietäytymisen lisääntyminen ja medikalisaatio voivat johtaa terveyspalvelujen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön, jos ihmisten kyky arvioida kriittisesti terveystietoa ja tarvettaan terveyspalveluille hämärtyy (Eichler ym. 2009). Entistä useampi terveydenhuollon asiakas etsii tietoa oireis-

taan ennen lääkärin vastaanottoa, mutta tiedon tulkinnassa ja soveltamisessa tarvitaan kykyä kriittiseen arviointiin (Holopainen 2015). Toisaalta mahdollisuudet terveydentilan omaseurantaan, vertaistukeen ja sähköisten terveyspalvelujen käyttöön voivat auttaa ennaltaehkäisemään sairauksia ja vähentää palvelujen tarvetta. Terveysalan ammattilaisten tavoittaminen tai vertaistuen saaminen asuinpaikasta riippumatta voi lisätä yhdenvertaisuutta, vaikka nämä mahdollisuudet eivät itsessään tuo ratkaisua terveyden lukutaidon ongelmiin. Toistaiseksi sähköisten terveyspalvelujen käyttäjistä valtaosa on ollut hyvin koulutettuja ja nuorempiin ikäluokkiin kuuluvia, joiden terveyden lukutaitokin on todennäköisesti hyvä (Hyppönen 2016). Mobiiliteknologiaan perustuvia palveluita voidaan kuitenkin käyttää kohdentamaan viestintää ja palveluja heikomman terveyden lukutaidon ryhmille, esimerkiksi lähettämällä muistutuksia ja ohjeita terveyteen liittyvissä kysymyksissä (Parker 2015).

Terveyden lukutaidon arviointi

Terveyden lukutaidon arvioinnin tarkoituksena on tunnistaa mahdollisia puutteita terveystiedoissa ja -taidoissa, jotta voidaan kohdentaa tukea heikomman terveyden lukutaidon ryhmille, suunnitella tarvittavia terveystietoja edistäviä palveluja, parantaa hoitotuloksia ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia (WHO 2013). Terveyden lukutaitoa pidetään kontekstisidonnaisena ja kehittyvänä ominaisuutena, mutta useimmiten sitä on arvioitu terveyden peruslukutaidon mittareilla (Mackert ym. 2015). Nämä mittarit testaavat luku- ja laskutaitoa, luetun ymmärtämistä, lääketieteellisten termien tuntemista sekä jossain määrin myös tiedon soveltamistaitoja ja ongelmanratkaisukykyä. Mittarit soveltuvat terveyden lukutaidon ongelmien seulomiseen kliinisissä tilanteissa, mutta jättävät huomioimatta muun muassa motivaatioon ja osallisuuteen liittyvät terveyden lukutaidon ulottuvuudet (Kiechle ym. 2015). Terveyden lukutaidon eri lähestymistavat näkyvät arvioinnissa, sillä terveydenhuollossa on käytetty terveystietojen ja -ymmärryksen arviointiin objektiivisia terveyden peruslukutaitoa arvioivia mittareita, kun taas väestötasolla arviointi on perustunut itsearviointiin (Haun ym. 2014; Pleasant 2014; Kiechle ym. 2015; Mackert ym. 2015). Vaikka terveyden lukutaitoa on tutkittu kymmeniä vuosia, arviointiin ei ole yleisesti hyväksyttyä menetelmää. Arvioinnin tapa ja tavoitteet ovat vaihdelleet tilannekohtaisesti, ja terveyden lukutaitoa on arvioitu useilla terveyden alueilla (mm. mielenterveys, ravitsemus, diabetes) sekä kohdennetusti eri väestöryhmissä ja kielialueilla (Haun ym. 2014; Pleasant 2014).

Väestötasolla käytetyissä terveyden lukutaidon arviointimittareissa korostetaan itsearviointia, koettua kyvykkyyttä, sosiaalisia resursseja ja taitoja (Sørensen ym. 2013; Pleasant ym. 2015). Koska terveyden peruslukutaito on vain yksi terveystietoa määrittävistä taidoista, terveyden edistämisen näkökulmasta on mielekkäämpää arvioida ihmisten kokemuksia tiedoista, terveystaidoista ja resursseista kuin

absoluuttisia terveystietoja. Toistaiseksi terveyden lukutaitoa on tutkittu väestöryhmittäin eniten englanninkielisissä maissa, mutta myös muualla Euroopassa on tällä hetkellä käynnissä hankkeita, jotka pyrkivät tunnistamaan terveyden lukutaidon erityspiirteitä ja kehittämään terveyden lukutaitoa tukevia käytäntöjä (WHO 2013). Euroopassa terveyden lukutaitoa on arvioitu European Health Literacy Survey (HLS-EU)-tutkimuksessa, jossa arvioinnin kohteena ovat terveyden lukutaidon laajan määritelmän mukaiset ulottuvuudet ja soveltamiseen liittyvät komponentit kuten terveyskäyttäytyminen, terveydentila, sosiodemografiset tekijät, palvelujen käyttö, sosioekonominen asema ja yhteisön osallistuminen (Sørensen ym. 2015). Myös australialaisten tutkijoiden työryhmässä on suunniteltu itsearviointimittari (Health-Literacy-Questionnaire, HLQ), joka kattaa yhdeksän käsitteellisesti erillistä terveyden lukutaidon aluetta:

- tuleeko ymmärretyksi ja tuetuksi terveydenhuollossa
- onko riittävästi tietoa terveyden edistämiseen
- pystyykö aktiivisesti hoitamaan terveyttään
- saako sosiaalista tukea terveyden edistämiseen
- miten arvioi terveystietoa
- kykeneekö osallistumaan aktiivisesti oman ja muiden terveyden edistämiseen
- osaako toimia terveyspalvelujärjestelmässä tarkoituksenmukaisesti
- kykeneekö löytämään laadukasta terveystietoa ja
- ymmärtääkö terveystiedon tarpeeksi hyvin, jotta voi käyttää tietoa päätöksenteossa (Osborne ym. 2013).

Kattavaa väestötason tutkimusta terveyden lukutaidosta ei ole toistaiseksi toteutettu suomalaisessa aikuisväestössä, mutta kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu, että englanninkielisessä väestössä noin 26 prosentilla aikuisista on puutteita terveyden peruslukutaidossa (Paasche-Orlow ym. 2005). Kahdeksan Euroopan maan vertailussa todettiin, että riittämätön terveyden lukutaito oli 12 prosentilla osallistujista ja heikon terveyden lukutaidon yleisyys kohdeväestöissä vaihteli 29 ja 62 prosentin välillä (Sørensen ym. 2015). Keskimäärin paras terveyden lukutaito oli Alankomaissa, jossa vain 1,8 prosentilla oli selkeästi riittämätön terveyden lukutaito arkielämän terveyden hallintaan, terveydenhuollossa toimimiseen ja sairauksien ehkäisyyn (Sørensen ym. 2014). Suomi ei ollut mukana tässä vertailussa, mutta ottaen huomioon yleisen lukutaidon tason ja muut terveyden indikaattorit, voidaan olettaa terveyden lukutaidon olevan keskimäärin hyvä suomalaisessa väestössä. Kouluikäisten terveysosaamista on arvioitu, ja tulokset osoittavat opilaiden osaamisen olevan keskimäärin tyydyttävällä tasolla (Summanen 2014).

Terveyden lukutaidon arviointi esimerkiksi terveydenhuollossa on haastavaa, sillä mittarista riippuen arviointi voi kestää 10 minuutista jopa tuntiin (Haun ym. 2014). Yhdysvaltalainen tutkija Andrew Pleasant toteaa, että arviointi kliinisissä ympäristöissä on joissain tilanteissa tarpeellista, mutta nopeiden seulontatyökalujen kehittämisen sijaan tulisi pyrkiä ilmiön laajempaan ymmärrykseen (Pleasant

2014). Terveyden lukutaito on terveyden taustatekijöiden ja terveystulosten välisten yhteyksien selittämiseen luotu sosiaalinen konstruktio, joten ei ole tarkoituksenmukaista arvioida sitä luonnollisena ominaisuutena. Mittaamisessa riskinä on, että arvioimalla terveyden lukutaitoa seulontatarkoituksessa lisätään eriarvoisuutta ja leimautumista ”terveydenlukutaidottomiin” ja ”terveydenlukutaitoisiin” (Pleasant 2014). Terveyden lukutaidon arviointia on kritisoitu paitsi käsitteen operationalisoinnista myös luokittelun raja-arvojen määrittämisestä (Pleasant 2014; Kieche ym. 2015). Arvioinnin yhteydessä voidaan kysyä, kuka määrittelee hyvän ja huonon terveyden lukutaidon tason ja mitä kaikkea terveyden lukutaidolta edellytetään, jotta pärjää yhteiskunnassa ja pystyy edistämään omaa ja ympäristönsä terveyttä. Erityisesti maahanmuuttajien terveyden lukutaidon arvioinnissa korostuu kielitaidon ja terveyden lukutaidon erottaminen toisistaan.

Terveyden lukutaidon arviointi, tutkiminen ja toimintapolitiikan kehittäminen ovat kiinteästi yhteydessä toistensa kanssa, sillä ilman arviointia terveyden lukutaidon interventioiden vaikuttavuudesta voidaan esittää vain valistuneita arvauksia. Itsearviointimittareiden käyttöön liittyvänä kritiikkinä on tuotu esille terveyden lukutaidon käsitteen tarpeellisuus suhteessa aikaisempiin ekologiisiin ja sosiaalipsykologiisiin teorioihin. Voidaan kysyä, kertovatko itsearviointimittarit vain motivaatiosta ja pystyvyydestä vai onko terveyden lukutaito laajempi ilmiö, joka kokoaa tiedot, taidot ja motivaation yhdeksi kokonaisuudeksi. Tutkimustieto terveyden lukutaidon eroista eri väestöryhmissä on tuonut lisätietoa terveyttä määrittävien tekijöiden yhteydestä terveyskäyttäytymiseen ja rakenteellisiin tekijöihin (Sørensen ym. 2015). Näiden tietojen avulla voidaan kehittää aikaisempaa käyttäjäystävällisempiä ja osallistavia järjestelmiä, kouluttaa terveysalan ammattilaisia havaitsemaan erityistarpeet ja lisäämään yksilöiden aktiivisuutta terveyden edistämisessä. Parhaimmillaan terveyden lukutaidon arviointi auttaa suuntaamaan toimintapolitiikkaa ja suunnittelemaan terveyspalveluja, jotka ovat helposti saavutettavissa ja vastaavat terveyden lukutaitovalmiuksiltaan heikompien ryhmien tarpeita. Onkin ehdotettu, että terveyden lukutaidon edistämisen tulisi ulottua koulutukseen ja terveydenhuoltoon sekä yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen laajemmin (Nielsen-Bohlman ym. 2004).

Tulevaisuuden näkymiä

Terveyden lukutaito tarjoaa yhden lähestymistavan terveystulosten ymmärtämiseen. Väestötasolla terveyden lukutaidon arviointi voi antaa lisäarvoa terveysviestinnän suunnitteluun, palvelujärjestelmien kehittämiseen ja toimenpidesuosittelun laatimiseen. Terveyden lukutaidon huomioon ottaminen yhteiskunnassa on tärkeää, kun väestöön kuuluu entistä useampien kulttuuri-, kieli- ja etnisten ryhmien edustajia. Terveyden lukutaidon lähestymistapa sisältää monia vahvuuksia, mutta käsitteen määrittely lähes kaiken kattavana viitekehysenä on saanut

osakseen kritiikkiä. Terveyden lukutaidolla voidaan selittää aikaisemmin tunnettuja terveystyöskäytymiseen ja terveyseroihin liittyviä ilmiöitä, mikä herättää kysymyksen uuden käsitteen tarpeellisuudesta. Terveyden lukutaidon ja terveyden välisten yhteyksien esittämisessä on myös riski tehdä kehäpäätelmiä. Toisaalta useat sosiaalipsykologian teoriat rajoittuvat selittämään yksilön motivaatiotekijöitä, mutta eivät ota huomioon sosiokulttuurista kontekstia. Terveyden edistämisessä käytetty terveyden lukutaidon määritelmä voi täydentää aikaisempaa teoreettista kenttää, mutta kuten suomenkielisten terveyden lukutaitokäsitteiden painotukset osoittavat, on mielekästä täsmentää, mitä terveyden lukutaidolla kyseisessä asiayhteydessä tarkoitetaan.

Terveyden lukutaitoon sisältyy ajatus elinikäisestä oppimisesta, tiedon kriittisestä arvioinnista ja joustavasta sopeutumisesta erilaisiin olosuhteisiin, mikä heijastaa hyvin niitä ominaisuuksia, joita modernissa tietoyhteiskunnassa tarvitaan. Tulevat muutokset, kuten oman terveydentilan seuranta erilaisilla mittareilla ja sähköiset palvelut, voivat olla terveyden lukutaidon edistämistä ja terveyden tasa-arvoa ajatellen sekä riski että mahdollisuus. Jos terveyden lukutaito on hyvä, edellytykset seurata omaa terveyttään ja valita palveluja saattavat lisääntyä, kun taas toisille oman terveyden ylläpitäminen epävarmoissa ja alati muuttuvissa olosuhteissa voi käydä entistä työläemmäksi. Henkilöt, joiden terveyden lukutaito on hyvä, pystyvät tarvittaessa käyttämään pitkälle teknologiaan perustuvia etäpalveluja ja mahdollisesti vapauttavat resursseja lähipalveluja tarvitseville. Terveydenhuollossa korostuu heikon terveyden lukutaidon ryhmien huomioon ottaminen, mutta entistä tärkeämpää olisi löytää tapoja, joilla ennaltaehkäisevillä toimilla voidaan tavoittaa nämä ryhmät. On kuitenkin syytä pohtia, miten paljon terveydestä huolehtimisen vastuuta lasketaan yksilön oman aktiivisuuden varaan, ja mikä merkitys terveyden lukutaidolla on yksilön valmiuksissa ottaa vastuuta terveydestään. Muun muassa näihin kysymyksiin terveyden lukutaitoa koskevat tutkimukset ja toimenpiteet voivat tuoda valaistusta, jos tunnistetaan paremmin kulttuurilliset ja yhteisölliset tekijät, jotka vaikuttavat yksilön valmiuksiin käyttää terveystietoja ja hallita terveyttään.

Mitä opimme?

- ◆ Terveyden lukutaito on osa kulttuurillista pääomaa, johon voidaan vaikuttaa terveyden edistämisen kaikilla tasoilla.
- ◆ Yksilötasolla terveyden lukutaidon tason tunnistaminen voi auttaa viestinnän kohdentamisessa ja parantaa terveysneuvonnan vaikuttavuutta.
- ◆ Interventioiden suunnittelussa terveyden lukutaitoa voidaan käyttää yhdessä muiden näyttöön perustuvien terveyden edistämisen menetelmien ja mallien kanssa.
- ◆ Terveyden lukutaidon arviointi väestötasolla voi tehdä näkyväksi terveystiedon saatavuuden ja palvelurakenteiden ongelmakohdat heikon terveyden ryhmissä.
- ◆ Terveyden lukutaitoa ei tule arvioida eriarvoisuutta lisäävänä ja leimavana ominaisuutena, joka syventää jaottelua huono-osaisiin ja hyvin menestyviin.

Lähteet

- Abel, Thomas (2008) Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), e13–e13.
- Absetz, Pilvikki & Jallinoja, Piia & Suihko, Johanna & Bingham, Clarissa & Kinnunen, Marja & Ohrankämmen, Olli & Sahi, Timo & Pihlajamäki, Harri & Paturi, Merja & Uutela, Antti. Varusmiesten ravitsemus ja muut elintavat sekä terveyden riskitekijät palveluksen aikana. Kuuden kuukauden seuranta tutkimus. Raportti 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Beauchamp, Allison & Buchbinder, Rachelle & Dodson, Sarity & Batterham, Roy W. & Elsworth, Gerald R. & McPhee, Crystal & Sparkes, Louise & Hawkins, Melanie & Osborne, Richard H. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 15(1), 1.
- Berkman, Nancy D & Sheridan, Stacey L & Donahue, Katrina E & Halpern, David J & Viera, Anthony & Crotty, Karen & Viswanathan, Meera (2011) Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment* no. 199.
- Biddle, Stuart J & Brehm, Walter & Verheijden, Marieke & Hopman-Rock, Marijke (2012) Population physical activity behavior change: A review for the European college of sport science. *European Journal of Sport Science*, 12(4), 367–83.
- Caperchione, Christina M & Vandelanotte, Corneel & Kolt, Gregory S & Duncan, Mitch & Ellison, Marcus & George, Emma & Mumery, Kerry W (2012) What a Man Wants: Understanding the Challenges and Motivations to Physical Activity Participation and Healthy Eating in Middle-Aged Australian Men. *American Journal of Men's Health* 6(6), 453–61.
- Carlisle, Adam & Jacobson, Kara L & Di Francesco, Lorenzo & Parker, Ruth M (2011) Practical Strategies to Improve Communication with Patients. *Pharmacy and Therapeutics*, 36(9), 576–89.
- Cinn, Deborah (2011) Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine* 73, 60–7.
- Crook, Brittani & Stephens, Keri K & Pastorek, Angie E & Mackert, Michael & Donovan, Erin. E (2015) Sharing health information and influencing behavioral intentions: The role of health literacy, information overload, and the Internet in the diffusion of healthy heart information. *Health communication*, (ahead-of-print), 1–12.
- Davey, Jeff & Holden, Carol A & Smith Ben J (2015) The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Drake, Merja (2009) Terveystiedon tuottajat ja hankkijat internetissä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta.
- Eichler, Klaus & Wieser, Simon & Brügger, Urs (2009) The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–24. <http://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Ek, Stefan (2015) Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, 30(3), 736–45.
- Enwald, Heidi (2013) Tailoring health communication: the perspective of information users' health information behaviour in relation to their physical health status. - Acta Universitatis Ouluensis. Series B, Humaniora 118. Oulu. Doctoral dissertation. 185, [81]. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526202792>
- Eriksson-Backa, Kristina (2013) The role of online health information in the lives of Finns aged 65–79 years. *International Journal of Networking and Virtual Organisations*, 13(1). <http://www.inderscienceonline.com/doi/abs/10.1504/IJNVO.2013.058438?journalCode=ijnvo>
- Haun, Jolie & Luther, Stephen & Dodd, Virginia, & Donaldson, Patricia (2012) Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *Journal of Health Communication*, 17(sup3), 141–59.
- Heikkinen, Eino (2008) Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistunut vanheneminen. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. 2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy: 402–8.
- Heiskanen, Jarmo & Komulainen, Jyrki & Kulmala, Janne & Malvela, Miia & Oksanen, Hermanni & Suutari, Anna & Väisänen,

- Katri (2012) SuomiMies Seikkailee -Rekka-kiertueen 2011 Kuntotestien Tulosraportti. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja, Jyväskylä: LIKES.
- Helldan, Anni & Helakorpi, Satu (2015) Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2014 - Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2014. Raportti 006/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Helve, Otto & Kattelus, Mervi & Norhoma, Samuli & Saarni, Samuli (2015) Terveystieto ja sosiaalinen media. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim; 131 (21), 2003–8.
- Hirvonen, Noora (2015) Health information matters. Everyday health information literacy and behavior in relation to health behavior and physical health among young men. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. B, Humaniora: 133.
- Hoikkala, Tommi & Hakkarainen, Pekka & Laine, Sofia (toim.) (2005) Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy. Helsinki: Finnish Youth Research Network.
- Holopainen, Arto (2015) Mobiiliteknologia ja terveyssovellukset, mitä ne ovat? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim; 131(13), 1285–90.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2013) Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskien tulkintaan. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri. & Leppo, Kimmo. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 68–78.
- Hyppönen, Hannele & Hyry, Jaakko & Valta, Kati & Ahlgren, Saija (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja kehittämistarpeet. Raportti 33/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jallinoja, Piia & Sahi, Timo & Uutela, Antti toim. (2008) Varusmiesten ravitsemus, terveyden riskitekijät ja terveystaju. VARU-interventiotutkimuksen palvelukseenastumisvaiheen tulokset Panssariprikaatissa ja Kainuun prikaatissa vuonna 2007. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B, 16/2008.
- Järvi, Ulla (2012) Media terveyden lähteillä. Miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa. Jyväskylä studies in humanities 150. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Kaasalainen, Karoliina & Kasila, Kirsti & Villberg, Jari & Komulainen, Jyrki & Poskiparta, Marita (2013) A cross-sectional study of low physical fitness, self-rated fitness and psychosocial factors in a sample of Finnish 18- to 64-year-old men. BMC Public Health 13(1), 1113.
- Kaasalainen, Karoliina S. & Kasila, Kirsti & Komulainen, Jyrki & Malvela, Miia & Poskiparta, Marita (2015) Readiness for health behavior changes among low fitness men in a Finnish health promotion campaign. Health promotion international, dav068.
- Kannas, Lasse (2005a) Terveystieto-oppiaineen olemusta etsimässä. Teoksessa Kannas, Lasse & Tyrväinen, Heli. (toim.). Virikkeitä terveystiedon opetukseen. Jyväskylän yliopisto. Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 3/2005, 9–18.
- Kannas, Lasse (2005b) Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa Peltonen, Heidi & Kannas, Lasse. (toim.) Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. Helsinki: Hakapaino Oy. 9–36.
- Kari, Jaana T. & Pehkonen, Jaakko & Hirvensalo, Mirja & Yang, Xiaolin & Hutri-Kähönen, Nina & Raitakari, Olli T & Tammelin, Tuija H (2015) Income and Physical Activity among Adults: Evidence from Self-Reported and Pedometer-Based Physical Activity Measurements. PloS one, 10(8), e0135651.
- Kauravaara, Kati (2013) Mitä sitten, jos ei liikuta? Etnografinen tutkimus nuorista miehistä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 276.
- Kiechle, Eric S & Bailey, Stacey C & Hedlund, Laurie A & Viera, Anthony J & Sheridan, Stacey L (2015) Different Measures, Different Outcomes? A Systematic Review of Performance-Based versus Self-Reported Measures of Health Literacy and Numeracy. Journal of General Internal Medicine, 1–9.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero ym. (toim.) (2007) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministerio, 25–41.

- Lee, Shouu-Yih Y & Arozullah, Ahsan M & Cho, Young I (2004) Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309–21.
- Liechty, Janet M & Saltzman, Jaclyn A & Mu-saad, Salma M (2015) Health literacy and parent attitudes about weight control for children. *Appetite*, 91, 200–8.
- Mackert, Michael & Champlin, S & Zhaohui Su & Guadagno Marie (2015) Introduction to a Colloquium: Challenges and Opportunities in Advancing Health Literacy Research. *Health communication*, 30(12), 1159–60.
- Malin, Antero & Sulkunen, Sari & Laine, Kati (2013) PIAAC. Kansainvälisen aikuistutkimuksen ensituloksia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2013, 19. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2013/liitteet/okm19.pdf?lang=fi> (Luettu 06.06.2016).
- Manderbacka, Kristina & Keskimäki, Ilmo (2013) Terveyspalvelut ja terveyserot. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo Päivi & Vuorenkoski Lauri & Leppo Kimmo. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 261–88.
- Manaf, Elizabeth & Wong, Sharon (2012) Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research* 27(6), 947–60.
- Mikkonen, Juha (2015) Terveiden tasa-arvon tulevaisuus. Briefings-julkaisusarja. Demos Helsinki. <http://www.demoshelsinki.fi/julkaisut/terveyden-tasa-arvon-tulevaisuus/> (Luettu 20.3.2016).
- Niemelä, Raimo & Ek, Stefan & Eriksson-Backa, Kristina & Huotari, Marja-Leena (2012) A screening tool for assessing everyday health information literacy. *Libri: International Journal of Libraries and Information Services*, 62(2), 125–34.
- Nielsen-Bohlman, Lynn & Panzer, Allison M & Kindig, David A (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nutbeam, Don (2000) Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–67.
- Nutbeam, Don (2008) The evolving concept of health literacy, *Social Science & Medicine*. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Nutbeam, Don (1998) *Health Promotion Glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communication. Geneva: World Health Organization, 1–10.
- Näslindh-Ylispaangar, Anita (2008) Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. University of Helsinki Department of General Practice and Primary Health Care. Dissertations 1/2008. Helsinki 2008. (Luettu 06.06.2016)
- OECD (2015) *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (Luettu 06.06.2016)
- Opetushallitus (2014) Peruskoulun opetusuunnitelman perusteet 2014. http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetusuunnitelman_perusteet_2014.pdf (Luettu 06.06.2016)
- Osborne, Richard H & Batterham, Roy W & Elsworth, Gerald R & Hawkins, Melanie & Buchbinder Rachelle (2013) The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1):658.
- Paakkari, Leena & Paakkari, Olli (2012) Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education* 112, 133–52.
- Paasche-Orlow, Michael K & Parker, Ruth M & Gazamarian, Julie A & Nielsen-Bohlman, Lynn & Rudd, Rima R (2005) The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 2005;20, 175–84.
- Parikh, Nina S & Parker, Ruth M & Nurss, Joanne R & Baker, David W & Williams, Mark V (1996) Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education & Counseling*; 27, 33–9.
- Parker, Ruth & Baker, David & Williams, Mark & Nurss, Joanne (1995) The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537–41.
- Parker, Ruth M & Wolf, Michael S (2015) Health Literate Equates to Patient-Centered. *Journal of Health Communication*, 20:12, 1367–8, DOI:10.1080/10810730.2015.1111958
- Pietilä, Ilkka (2008) *Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in men's talk about health and gender*. Tampere: University of Tampere.
- Pleasant, Andrew & Cabe, Jennifer & Patel, Kavita & Cosenza, Jennifer, & Carmona, Richard (2015) *Health literacy research and*

- practice: A needed paradigm shift. *Health communication*, 30(12), 1176–80.
- Pleasant, Andrew (2014) Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1481–96.
- Pleasant, Andrew & Kuruville, Shyama (2008) A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International* 23(2), 152–8.
- Puuronen, Anne (2009) Nuorten terveys on sidoksissa sosiokulttuurisiin ryhmiin. *Suomen Lääkärelehti* 64(11), 1002–3.
- Puuronen, Anne (2006) Mitä on terveys – tietoa, taitoa vai tajua? Teoksessa Anne. Puuronen (toim.): *Terveystaju -Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 63, 5–19.
- Razan, Scott C (2001) Health literacy: communication for public good. *Health promotion International* 16 (2), 207–14.
- Schwarzer, Ralf (2008) Models of health behaviour change: Intention as mediator or stage as moderator? *Psychology & Health* 23 (3), 259–63.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). *Terveyden edistämisen laatusuositus*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9.
- Sørensen, Kristine & Van den Broucke, Stephan & Fullam, James & Doyle, Gerardine & Pelikan, Jürgen & Slonska, Zofia, & Brand Helmut (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Sørensen, Kristine & Van den Broucke, Stephan & Pelikan, Jürgen M & Fullam, James & Doyle, Gerardine & Slonska, Zofia & Brand, Helmut (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948.
- Sørensen, Kristine & Pelikan, Jürgen M & Röthlin, Florian & Ganahl, Kristin & Slonska, Zofia & Doyle, Gerardine & Falcon, Maria (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, ckv043.
- Summanen, Annamari (2014) Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa. Koulutuksen seurantaraportit 2014:1. Helsinki: Opetushallitus.
- Talala, Kirsi & Härkönen, Tommi & Martelin, Tuija ym. (2014) Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot edelleen suuria. *Suomen Lääkärelehti* 69 (36), 2185–92.
- Volandes, Angelo E & Paasche-Orlow, Michael K (2007) Health Literacy, Health Inequality and a Just Healthcare System, *The American Journal of Bioethics* 7:11:5–10, DOI: 10.1080/15265160701638520
- Von Wagner, Christian & Steptoe, Andrew & Wolf, Michael S & Wardle, Jane (2008) Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. *Health Education & Behavior*. doi:10.1177/1090198108322819.
- Välimaa, Raili (2005) Terveysymmärrystä rakentamassa. Teoksessa Kannas, Lasse. & Tyrväinen, Heli (toim.). *Virikkeitä terveystiedon opetukseen*. Jyväskylän yliopisto. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, *Julkaisuja* 3/2005, 37–50.
- WHO (2013) *Health literacy: solid facts*. Copenhagen 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (Luettu 06.06.2016).
- White, Richard O & Thompson, Jessica R & Rothman, Russell L et al. (2013) A health literate approach to the prevention of childhood overweight and obesity. *Patient Educ. Couns.*, 93(3), 612–8.
- Wolf, Michael S & Gazmararian Julie A & Baker, David W (2007) Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 19–24.
- Wängdahl, Josefin & Lytsy, Per & Mårtensson, Lena & Westerling, Ragnar (2015) Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. *BMC public health*, 15(1), 1.

Koherenssin tunne – valmius tunnistaa ja käyttää erilaisia voimavaroja

Useat mallit tai teoriat keskittyvät sairauksien syntyyn, mutta oletuksia siitä, kuinka jotkut yksilöt kuormittavista ulkoisista olosuhteista riippumatta onnistuvat säilyttämään terveytensä, ei juuri ole esitetty. Tähän teoria koherenssin tunteesta tuo mielenkiintoisen näkökulman, koska siinä haetaan sekä henkilökohtaisia että yhteiskunnan tasolla toimivia suojatekijöitä, jotka pitävät yllä tai edistävät terveyttä. Voisi sanoa, että teoriassa lähestytään monipuolisesti terveyttä selittäviä tekijöitä, ja teorian kaikki keskeiset olettamukset ovat saaneet ainakin jonkin verran empiiristä tukea.

Israelinamerikkalainen terveys sosiologi Aaron Antonovsky julkaisi teorian koherenssin tunteesta vuonna 1979 teoksessaan *Health, Stress and Coping*. Pian tämän jälkeen ilmestyivät ensimmäiset teoriaa tukevat empiiriset tutkimustulokset (Antonovsky 1983). Teorian perusajatus on, että erilaiset kuormittavat tapahtumat ovat elämässä väistämättömiä, mutta vasta tuntuessaan ylivoimaisilta ne alkavat ajan myötä kuluttaa terveyttä ja hyvinvointia. Niin kauan kun yksilö kokee selviytyvänsä kuormittavistakin tapahtumista, nämä itse asiassa muodostavat elämän keskeisen sisällön ja voivat jopa edistää terveyttä, jos yksilö onnistuu ongelmiensa ratkaisussa hyvin.

Vuonna 1987 ilmestyi *Unraveling the Mystery of Health*, jota voidaan luonnehtia Antonovskyn pääteokseksi ja jossa teoria esitettiin mahdollisimman viimeistelytynä kokonaisuutena. Teoksessa kerrattiin jo aiemmin esitetty perusolettamus, jonka mukaan yksilö käyttää jatkuvasti tietoisesti tai tiedostamattaan ongelmiensa ratkaisemisessa ns. yleisiä puolustusvoimavaroja (generalized resistance resources). Kyseiset puolustusvoimavarat voidaan edelleen jakaa ulkoisiin ja sisäisiin riippuen siitä, onko yksilön edes periaatteessa mahdollista ohjata niiden toimintaa. Esimerkkinä edellisistä voisi mainita vaikkapa toisilta saatavissa olevan sosiaalisen tuen, jota yksilö ei voi milloinkaan täysin itse hallita. Esimerkkinä jälkimmäisistä taas voisi mainita omat sosiaaliset taidot, joita henkilö voi jossain määrin ohjata ja käyttää ollessaan vuorovaikutuksessa muihin. Luonnollisesti mitään tarkkaa rajaa näiden kahden voimavaratyyppin välille ei kuitenkaan voi vetää, sillä yksilön omat ominaisuudet vaikuttavat siihen, kuinka hän voi hyödyntää ulkomaailman tarjoamia voimavaroja ja päinvastoin.

Toinen teorian perusolettamus on, että yksilön ei pidäkään pyrkiä mahdollisimman korkeaan voimavarojen tasoon, vaan selviytymisen kannalta olennaisinta on, kykeneekö hän saamaan käytettävissään olevat voimavarat tukemaan toisiaan. Jos yksilöllä on käytössään riittävästi oikean tyyppisiä voimavaroja, ja hän saa niistä ainakin osan toimimaan yhdessä jonkin ongelman ratkaisemisessa, hänen tilannettaan voidaan pitää hyvänä. Keskeisintä ei siis ole voimavarojen taso sinänsä vaan kuinka hyvin ihminen pystyy koordinoimaan niiden toimintaa. Voisi myös sanoa, että teorian mukaan keskiössä ei ole voimavarojen maksimointi vaan enemmänkin optimointi vastaamaan juuri tämän kyseisen yksilön tarpeita.

Koherenssin tunne

Teorian keskeinen käsite, koherenssin tunne, edustaa yksilön valmiuksia hyödyntää edellä mainittuja voimavaroja suotuisasti eli tunnistaa käytettävissä olevat voimavarat ja saada ne tarvittaessa toimimaan yhtenäisesti ja toisiaan tukien saman päämäärän saavuttamiseksi. Havainnollistavan esimerkin mukaan henkilö, jonka koherenssin tunne on vahva, selviytyisi keskimääräistä paremmin autiolla saarella, jos hänen täytyisi elää siellä omillaan jonkin aikaa, verrattuna henkilöön, jonka koherenssin tunne olisi heikko. Siten henkilö, jonka koherenssin tunne on vahva, tunnistaisi ulkoisesti täysin samanlaisissa olosuhteissa enemmän selviytymisessä auttavia voimavaroja ja onnistuisi paremmin saamaan ne toimimaan yhdessä verrattuna henkilöön, jonka koherenssin tunne olisi heikko.

Teoria koherenssin tunteesta sai alkunsa Antonovskyn tutkiessa 1960-luvulla yhtä terveys sosiologian keskeistä teemaa eli terveydentilan kytkeytymistä sosioekonomiseen asemaan. Erään tutkimuksen empiirisessä osassa hän haastatteli naisia ja huomasi sattumalta, että osa kyseisistä naisista oli jäänyt eloon natsihallinnon keskitysleireiltä 1930- ja 1940-luvuilta. Antonovskyn kiinnostuksen herätti havainto, jonka mukaan kaikki keskitysleirien kauhut kokeneet haastateltavat eivät ilmoittaneet terveydentilansa olevan huono vaan osa sanoi sen olevan hyvä, jotkut jopa käyttivät ilmaisua erittäin hyvä. Antonovsky alkoi pohtia kuinka oli mahdollista, että jotkut yksilöt edellä kuvattujen kokemusten jälkeenkin kuvasivat terveyttään hyväksi? Kuinka he olivat onnistuneet toipumaan niin hyvin koettelemuksistaan?

Tämän seurauksena Antonovsky käänsi erään silloisen terveys sosiologian perustavaa laatua olevista tutkimuskysymyksistä ympäri. Kun suurimmassa osassa siihen asti toteutetuista tutkimuksista oli selvitetty sairauksien riskitekijöitä, Antonovsky lähestyi asiaa uudesta näkökulmasta ja suuntasi mielenkiinnon terveyden suojatekijöihin. Tästä on johdettavissa myös viitekehysten toinen nimi eli teoria salutogeneesistä (salus = terveys, genus = suku, alkuperä). Antonovsky piti edellä mainittua koherenssin tunnetta keskeisenä terveyden suojatekijänä. Hänen mukaansa yksilöt, joiden koherenssin tunne on vahva, suhtautuvat useimpiin tilanteisiin haasteina, jotka voi kohdata, kun taas he, joiden koherenssin tunne on

heikko, suhtautuvat samoihin kuormittaviin tilanteisiin valmiiksi alistuneesti ja arvioivat selviytymisen mahdollisuutensa huonoiksi. Nämä käsitykset heijastuivat Antonovskyn mukaan myös todelliseen selviytymiseen.

Kehittäessään monivalintakysymyksiä, joilla koherenssin tunnetta voisi mitata, Antonovsky (1983) toteutti yhdessä työtovereidensa kanssa 50 vapaaehtoisen syvähaastattelun. Kaikille haastatelluille yhteinen piirre oli, että he olivat joutuneet kokemaan jonkin henkisesti äärimmäisen kuormittavan tapauksen, kuten nuoresa iässä tapahtuneen yllättävän puolison menehtymisen tai tapaturmaisen toisen alaraajan tai näkökyvyn menetyksen. Haastateltavien joukossa ei kuitenkaan enää ollut keskitysleirin kokeneita. Tuohon aikaan Antonovsky oli keskustellut koherenssin tunnetta käsitelleistä pohdinnoistaan lähimpien työtoveriensa kanssa. He päättivät, että kukin heistä, Antonovsky mukaan lukien, haastattelisivat kyseiset 50 vapaaehtoista ja luokittelisivat heidät toistensa arvioista tietämättä koherenssin tunteeltaan vahvoihin, heikkoihin tai keskinkertaisiin. Tulokset olivat haastateltuiden perusteella keskenään yhteneväiset, ja 50 henkilön joukosta erottui kolme noin yhtä suurta ryhmää. Haastateltavien omia elämäntilanteitaan luonnehtivista kuvauksista johdettiin koherenssin tunteen mittaamiseksi kehitetyn kysymyssarjan sanamuodot. Alkuperäisessä kysymyssarjassa oli 29 monivalintakysymystä. (Antonovsky 1983.) Myöhemmin julkaistiin alkuperäisestä kysymyssarjasta johdettu 13 kysymyksen lyhennetty sarja (Antonovsky 1987). Suurin osa empiirisistä tutkimuksista on toteutettu lyhennetyllä sarjalla tai muilla alkuperäisistä kysymyksistä johdetuilla lyhennetyillä sarjoilla (esim. Suominen 1993). Koko 13 kysymyksen sarjan suomenkielinen käännös on tämän luvun liitteenä (liite 1). Luvun kirjoittajan omaan empiiriseen työhön nojautuva päällimmäinen vaikutelma on, että kysymyksiin koherenssin tunteesta vastataan melko halukkaasti, ja puuttuvia vastauksia on vähemmän kuin kysymysten intiimiyden perusteella voisi odottaa.

Teorian perusolettamusten mukaan kuormitus sinällään ei ole vahingollista, vaan päinvastoin, kuten edellä todettiin, ongelmien kohtaaminen voi jopa edistää terveyttä ja hyvinvointia, jos niihin onnistuu löytämään toimivat ratkaisut. Salutogeneesin teoriassa käsitettä stressi käytetään ainoastaan terveyttä tai muuta hyvinvointia haittaavasta kuormituksesta. Terveyttä tai hyvinvointia edistävästä kuormituksesta Antonovsky (1987) käyttää taas nimitystä ”tension”, jonka voisi kääntää jännitykseksi.

Teorian perusolettamusten mukaan koherenssin tunne vakiintuu nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa, mutta ainoastaan, jos koherenssin tunne jossakin vaiheessa on päässyt kehittymään vahvaksi. Tätä ei ole kaikissa kirjallisissa lähteissä kuvattu täysin oikein, vaan tuo viimeinen ehto on saatettu jättää mainitsematta. Antonovskyn (1987) olettamusten mukaan vakiintumista ei siis tapahdu, mikäli koherenssin tunne säilyy heikkona tai vahvuudeltaan keskinkertaisena, jolloin tietty vaihtelu jatkuu läpi koko elämänkulun. Koherenssin tunteen kehittyminen vahvaksi edellyttääkin tasoltaan ja tyyppiltään riittävien yleisten voimavarojen saatavuutta psykologisen yksilökehityksen aikana.

Koherenssin tunne jakautuu kolmeen osatekijään, jotka ovat ymmärrettävyys (alun perin comprehensibility), hallinta tai oikeammin hallittavuus (alun perin manageability) ja mielekkyys (alun perin meaningfulness). Näiden osatekijöiden voidaan ymmärtää yleisemmällä tasolla edustavan yksilön kognitiivisia valmiuksia, kuten muistia ja päättelykykyä (ymmärrettävyys), yksilön valmiuksia olla vuorovaikutuksessa (lähi)ympäristönsä kanssa mukaan lukien vuorovaikutuksen muihin ihmisiin (manageability) ja yksilön valmiutta kokea elämänsä tapahtumat jollakin tasolla mielekkäinä tai merkityksellisinä (meaningfulness). Viimeisin osatekijä on Antonovskyn teoreettisten olettamusten mukaan keskeisin, koska se liittyy yksilön motivaation ylläpitämiseen. Vahva mielekkyyden kokemus voi johtaa muiden osatekijöiden vahvistumiseen, kun taas Antonovsky (1987) ei oleta ymmärrettävyyden tai hallittavuuden vahvistumisen pitkänkään ajan kuluessa voivan edistää mielekkyyden kokemusta.

Antonovskyn (1987) määritelmä koherenssin tunteesta voidaan kiteyttää seuraavasti: koherenssin tunne on pysyvä mutta dynaamisesti vaihteleva luottamus siihen, että ympäristöstä tulevat ärsykkeet ovat 1) jäsentyneitä, ennustettavia ja selitettävissä, 2) että voimavarat, joita näiden ärsykkeiden kohtaaminen edellyttää, ovat käytettävissä ja 3) että nämä ärsykkeet koetaan sitoutumisen ja panostamisen arvoisina haasteina.

Vahva koherenssin tunne voidaan siten kuvata tilana, jossa yksilö, jolla on hyvä valmius koordinoida omia voimavarojaan, kokee elämänsä ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. Vaikka yksilö kokee tämän kaltaisen olotilan hyvänä, ainakin parempana kuin elämän kokemisen kaottisena ja merkityksettömänä, vahva koherenssin tunne ei ole merkitykseltään identtinen hyvän elämänlaadun tai onnellisuuden kanssa. Päinvastoin, yksilö voi kokea elämänsä hyvinkin raskaana, esimerkiksi jos häntä on kohdannut yllättävä vakava vastoinkäyminen, mutta hän voi silti kokea tilanteensa ymmärrettävänä ja saattaa olla motivoitunut hakemaan ratkaisuja ja kokea vahvaa luottamusta tarvittavien keinojen löytymiseen päätäkseen yli tilanteesta. Näin ollen empiirisessä tutkimuksessa vahvan koherenssin ja hyvän elämänlaadun välillä vallitsee vähintään kohtalainen positiivinen korrelaatio, mutta on hyvä painottaa, että teoreettisella tasolla nämä käsitteet eroavat toisistaan selvästi.

Käytännön tulkinnat

Mitä vahva koherenssin tunne käytännössä sitten tarkoittaa? Kuten edellä todettiin, se voidaan ymmärtää yksilön valmiutena tunnistaa käytettävissään olevat voimavarat ja saada ne toimimaan yhdenmukaisesti ja koordinoitusti yrityksissä ratkaista tietty ongelma. Tämä valmius heijastuu elämän kokemiseen ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. Vaikka erilaisten voimavarojen taso sinänsä olisi riittävä, se ei takaa hyvää ongelman ratkaisua, jos tämä voimavarakenttä on

keskenään ristiriitainen. Esimerkkinä voisi mainita opiskelu-uraa hakevan nuoren. Nuori saattaa saada tulevaisuuden suunnitelmia koskevia ajatuksia ja vaikutteita eri tahoilta esimerkiksi sekä vanhemmiltaan että ystäviltään. Mikäli nämä vaikutteet ovat keskenään kovasti ristiriitaisia, nuori saattaa hämmentyä, mikä voi heikentää hänen ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden kokemustaan. Näkemysten ristiriitaisuus taas ei välttämättä tarkoita, etteivät vanhemmat tai ystävät haluaisi hänen parastaan eli eivät todellisuudessa välittäisi keskiössä olevasta nuoresta. Kuvatun kaltaisessa ristiriitatilanteessa valinta voi kuitenkin tuottaa suurempia vaikeuksia kuin jos jompikumpi taho ei ilmaisisi mitään voimakasta näkemystä.

Kirjoittajan tulkinnan mukaan vahva koherenssin tunne tarkoittaa myös edellä mainittujen osatekijöiden ymmärrettävyyttä, hallintaa ja mielekkyyttä samassa yksilössä. Toisin sanoen elämän mielekkyyden kokemus muodostuu niin älyllisistä (kognitiivisista) tekijöistä kuin myös tarpeesta olla vuorovaikutuksessa (lähi) ympäristön ja sen ihmisten kanssa. Vuorovaikutuksessa muihin on toisaalta sekä älyllisesti haastavia että mielekkyyden kokemusta tukevia elementtejä, ja yksilön älylliset valmiudet auttavat häntä saavuttamaan hyvän kommunikaation muiden kanssa ja tukevat mielekkyyden kokemusta.

Koherenssin tunne on käännetty suomeksi käsitteellä ”elämänhallinta”, jota ei kuitenkaan voi pitää erityisen onnistuneena nimityksenä, sillä hallinta on vain yksi koherenssin tunteen osatekijöistä. Lisäksi Antonovskyn alkuperäisessä määritelmässä painottuu pikemminkin luottamuksen tunne eikä hallinnan tai hallittavuuden kokemus. Yleisellä tasolla elämänhallinnan voisi kuitenkin määritellä yksilön valmiudeksi ratkaista ongelmia oman elämänsä kannalta suotuisasti, mutta pitkäaikaisvaikutukset huomioiden. Tuo viimeinen lisäehto on tärkeä: jos esimerkiksi päihteistä riippuvainen ihminen onnistuu lyhyen tähtäimen tavoitteessaan hankkia lisää päihdettä, tämä todistaa hänellä olevan ongelmanratkaisunvalmiutta, mutta se ei vielä kerro mitään todellisesta elämänhallinnasta, jonka tärkeä osatekijä olisi valmius myöntää päihderiippuvuutensa ja hakeutua hoidon pariin.

Koherenssin tunne empiiristen tutkimusten valossa

Koherenssin tunnetta ja erityisesti sen yhteyttä terveyteen on tutkittu empiirisesti tähän mennessä jo melko paljon sekä kansainvälisesti että myös muissa Pohjoismaissa. Tiivistäen voisi sanoa, että useimmat salutogeneenin teoriassa esitetyt oletukset ovat saaneet ainakin jonkin verran tukea. Jari Hakanen ym. (2007) osoittivat, että niillä, joiden koherenssin tunne seurannan alussa oli vahva, se oli myös stabiilimpi toistakymmentä vuotta kestäneessä seurannassa. Taru Feldt ym. (2007) tutkivat 20 000 työikäisen suomalaisen muodostamalla aineistolla viiden vuoden seurannassa koherenssin tunteen mittarin faktorirakennetta ja osoittivat sen pääosin jakautuvan kolmeen osatekijään eli ymmärrettävyyteen, hallintaan ja

mielekkyyteen teoriassa esitettyjen oletusten mukaisesti. Valtaosa 13 kysymyksen sarjan osakysymyksistä todella mittasi sitä osatekijää, jonka sen teoreettisesti esitetään mittaavan. Seuranta-asetelmissä koherenssin tunne on myös ollut suhteellisen vakaa. Näin oli esimerkiksi Mika Kivimäen ym. (2000) tekemässä kolmen vuoden seurannassa.

Vahvan koherenssin tunteen on myös lukuisissa tutkimuksissa osoitettu olevan yhteydessä yhteiskunnalliseen hyväosaisuuteen kuten korkeaan ammatista johdettuun sosioekonomiseen asemaan tai korkeaan koulutustasoon (esim. Suominen 1993; Larsson & Kallenberg 1996).

Poikittaisissa asetelmissä vahvan koherenssin tunteen on osoitettu olevan tilastollisesti merkitsevässä itsenäisessä yhteydessä koettuun hyvään terveyteen (Larsson & Kallenberg 1996; Suominen ym. 1999) sekä ainakin naisilla rekistereistä todettuun vähäisempään sairaudesta johtuvaan poissaoloon työstä (Kivimäki ym. 2000). Seuranta-asetelmissä vahvan koherenssin tunteen on osoitettu ennustavan itsenäisesti mm. koettua terveyttä (Suominen ym. 2001) sekä alle 50-vuotiailla rekisteritiedon perusteella todettua vähäisempää työkyvyttömyyseläkeriskiä (Suominen ym. 2005) sekä alhaisempaa kokonaiskuolleisuutta (Surtees ym. 2003) verrattuna henkilöihin, joiden koherenssin tunne on heikko.

Aikaisemmissa tutkimuksissa sukupuolten välillä ei ole voitu todeta selkeitä eroja koherenssin tunteen tasossa. Joissakin tutkimuksissa se on miehillä ollut jonkin verran naisten tasoa korkeampi (esim. Larsson & Kallenberg 1996; Silventoinen ym. 2014), mutta tätä tulosta ei siis ole saatu kaikissa tutkimuksissa. Todellisissa seuranta-asetelmissä koherenssin tunteen taso tuntuu olevan suhteellisen stabiili, kun samalta henkilöltä sitä ajan kuluessa mitataan useita kertoja, mutta jos tarkastellaan pelkästään vastaajan iän yhteyttä koherenssin tunteeseen poikkeileikkaustilanteessa, koherenssin tunne näyttäisi lievästi voimistuvan iän karttues- sa (Kallenberg & Larsson 1996). Viimeksi mainittu havainto voi kuitenkin myös johtua valikoinnista terveyden suhteen, sillä kuten edellä on todettu, koherenssin tunteen tasolla on osoitettu olevan selkeä itsenäinen yhteys moneen terveyttä mittaavaan muuttujaan. Siten on ajateltavissa, että vanhempi ikäluokka koostuu niistä, joiden terveys on ollut joko lähtötilanteessa tai on edelleen parempi niihin verrattuna, jotka ovat jo kuolleet. Edelleen mitä vanhempaa ikäluokkaa tarkastellaan, sen enemmän terveyteen liittyvä toimintakyky voi valikoida niitä henkilöitä, jotka ylipäänsä ovat halukkaita osallistumaan mihinkään tutkimukseen.

Koherenssin tunteen voi tulkita olevan täysin henkilökohtainen ominaisuus, jonka voimakkuus aikuisiässä pääosin määräytyy yksilöllisten, mahdollisesti perinnöllisten ominaisuuksien perusteella. Syvällisempi perehtyminen antaa kuitenkin myös tilaa tulkinnalle, jonka mukaan koherenssin voimakkuutta säätelee ennen kaikkea yleisten voimavarojen saatavuus psykologisen kehityksen aikana. Siten lähiympäristön ominaisuudet, kuten mahdollisuudet hankkia koulutusta tai edellytykset luoda sosiaalisia verkostoja, sekä erityisesti tässä ympäristössä vaikuttaneet henkilöt ovat myös vaikuttaneet voimavaratilanteeseen ja siten koherens-

sin tunteen tasoon myöhemmin, vaikka henkilökohtaiset ominaisuudetkaan eivät ole merkityksellisiä. Koherenssin tunteen teoria käsittelee siis mielenkiintoisella tavalla ensisijaisesti henkilökohtaiseksi ominaisuudeksi tulkittavissa olevaa valmiutta kohdata arkielämän kuormitusta sosiologisesta näkökulmasta eli siten myös mekanismeja, jotka ohjaavat tämän henkilökohtaisen ominaisuuden jakautumista väestössä. Teoria on siis moniulotteisempi ja poikkitieteellisempi kuin monet muut kuormituksen kohtaamista kuvaavat teoriat, sillä se voidaan lukea perustaltaan sosiologiseksi, mutta samanaikaisesti siinä on sosiaalipsykologiaan tai psykologiaan kuuluvia piirteitä. Useat muut samaa aihepiiriä eli kuormituksen kohtaamista kuvaavat teoriat ovat joko puhtaasti psykologisia kuten esim. Julian Rotterin kehittämä teoria hallinnan sijainnista (locus of control 1966) tai sosiaalipsykologisia kuten esim. Albert Banduran kehittämä teoria itsehokkuudesta (self-efficacy 1977). Teorian laajuudessa ja poikkitieteellisyydessä piilee sen vahvuus, mutta se tekee sen myös kritiikille alttiiksi.

Teoriaan kohdistunut kritiikki

Siegfried Geyer (1997) on esittänyt, että koherenssin tunteen teoria oikeastaan edustaa vain uutta näkökulmaa ennestään tuttuun ilmiöön eli yhteiskunnalliseen hyväosaisuuteen, eikä sen takia tuo mitään uutta tutkimuksen kenttään. Edelleen hän esittää (Geyer 1997), että tapa, jolla koherenssin tunne mitataan, on ymmärrettävissä vain toisena tapana mitata koettua terveydentilaa ja erityisesti psyykkistä toimintakykyä eli mielenterveyden yhtä keskeistä osa-aluetta. Tämän johdosta ei ole yllättävää, että vahvan koherenssin tunteen ja eri tavalla todetun hyvän terveyden välillä on löytynyt tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä empiirisessä tutkimuksessa, sillä kyseessä on loppujen lopuksi kehäpäätelmä. Se mitä selitetään eli vastemuuttuja on jo edustettuna muuttujissa, joilla ilmiötä selitetään. Viimeksi mainittua väitettä vastaan puhuu kuitenkin havainto, että vaikka koherenssin tunteella on monissa väestötutkimuksissa osoitettu olevan selkeä yhteys terveyteen, sen yhteys ikään on, kuten edellä todettiin, erilainen kuin terveyden. Kun terveys säännönmukaisesti keskimäärin heikkenee iän karttuessa, koherenssin tunne joko pysyy muuttumattomana tai saattaa jopa voimistua iän myötä. Siten koherenssin tunteen kiinnittyminen ikään muistuttaa enemmän psyykkisen toimintakyvyn kuin varsinaisen fyysisestä terveydestä kuvaavan muuttujan ikäsidonaisuutta.

Toisaalta teorian vahvuutena voi kuitenkin pitää juuri sen laaja-alaisuutta, mikä mahdollistaa paremmin tosielämän monimutkaisten tapahtumien selittämisen. Jos kuvittelemme esimerkiksi henkilön, joka on yllättäen joutunut työttömäksi ja samanaikaisesti asuntolainalyhennysten luomissa taloudellisissa paineissa, hän tuskin kykenee selviämään tyydyttävästi hyödyntämättä samanaikaisesti sekä henkilökohtaisia että enemmän yhteiskunnallisella tasolla olevia voimavarojaan. Hän voi olla hyvinkin riippuvainen esimerkiksi parisuhdekumppaninsa tai läheisten

ystäviensä suomasta henkisestä tuesta, mutta on yhtä lailla, vaikka täysin eri syystä, riippuvainen ansiosidonnaisesta työttömyysturvasta, joka auttaa hänet akuuteimman tilanteen yli. Nämä molemmat voimavaratyypit tukevat mielekkyyden, hallittavuuden ja ymmärrettävyyden kokemusta kunnes jokin hyvä pitkäaikaisempi ratkaisu löytyy. Työttömyysaikana kyseinen henkilö voi myös hyötyä mahdollisuuksista täydennys- tai jatkokoulukseen. Myös nämä yhteiskunnan tarjoamat voimavarat voivat ratkaisevalla tavalla tukea em. mielekkyyden, hallittavuuden ja ymmärrettävyyden kokemusta, mutta yhtä lailla kyseisen henkilön lähipiirin voimavarat ovat tärkeässä asemassa, eikä näillä kahdella voimavaratasolla ole välttämättä mitään yhteyttä keskenään.

Lopuksi

Koherenssin tunteen vahvistamiseen tähtäävät keinot voitaisiin karkeasti jakaa yhteiskunnallisiin ja yksilön tasolla toteutettaviin. Tieteellisessä puheenvuorossa Monica Eriksson ja Bengt Lindström (2005) käyvät läpi eräitä tutkimuksia, joilla on pyritty arvioimaan koherenssin tunteen vahvistamiseen tähtäävien eri menetelmien vaikuttavuutta. He päätyvät kirjoituksessaan siihen, että Maailman terveysjärjestön WHO:n Ottawan asiakirjalle (WHO 1986) voisi kokonaisuutena antaa salutogeenisen tulkinnan, jolloin koherenssin tunteen teoria kokoaisi kaikki eri politiikkalohkoista peräisin olevat terveyttä edistävät toimet saman viitekehyksen alle.

Vaikuttaminen terveyden rakenteellisiin suoja- ja riskitekijöihin kuten esimerkiksi koulutustasoon edellyttää edelleen, samoin kuin ennenkin, kuitenkin vahvaa poliittisten päätöksentekijöiden sitoutumista. Koherenssin tunteen teoria ei siten tuo tähän keskusteluun tai käytännön toimintaan mitään käänteentekevää, vaan se painottaa yksilön sitouttamista omaehtoiseen voimavarojen hyödyntämiseen terveys- ja hyvinvointivaikutusten aikaansaamiseksi. Siten salutogeenisen näemyksen mukainen terveyspolitiikka painottaa yksilön sitoutumisen merkitystä terveyden edistämiseksi, mutta ilman, että yksilöä silti pidettäisiin vastuullisena kaikista häneen itseensä kohdistuvista terveysseuraamuksista.

Esimerkiksi työttömyysturva voidaan rakentaa kannustavaksi, jolloin se sallisi pieniä sivutuloja ilman, että koko työttömyystuki vaarantuu ja siten kannustaisi tuen saajaa omatoimisuuteen ja uusien työtilaisuuksien hakemiseen, jotka sitten jossakin vaiheessa voivat muodostua kokopäiväisiksi. Toisaalta työttömyysturva voi olla passivoiva, jolloin se ei salli turvan nauttijalle mitään muita tuloja. Tässä tapauksessa siirtyminen pois työttömyydestä edellyttäisi aina uuden toimeentulon takaavan työpaikan löytämistä. Paikallistasolta on myös helppo löytää esimerkkejä. Koulupihat voitaisiin suunnitella siten, että ne kannustaisivat oppilaita omatoimiseen liikkumiseen sekä peleihin ja leikkeihin välitunneilla, mikä samalla voisi lisätä myönteistä vuorovaikutusta oppilaiden välillä (http://info.edu.turku.fi/koululiikkeelle/default_057.html).

Yksilötasolla koherenssin tunteen teoria tuo mukaan uusia käsitteitä, kuten ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys, sekä niitä yhdistävän viitekehyksen asiakkaan tai potilaan kanssa käytävään keskusteluun. Tämä voi helpottaa keskustelua, joka muuten vie helposti hyvin vaikeaselkoiselle ja abstraktille tasolle. Koherenssin tunteen teorian suuntautuminen terveyteen ja voimavaroihin onkin sovellettavissa myös käytännön elämän asiakas- tai potilastyöhön. Esimerkiksi elämänkriisissä oleva henkilö kykenee usein keskittymään vain mahdollisiin elämäntilanteensa puutteisiin ja ongelmiin, eikä tiedosta niitä alueita, joilla tilanne vielä toistaiseksi on hyvä tai joilla se ainakin voisi olla huomattavasti huonompi. Käytännön työssä voi osoittautua hyväksi toimintastrategiaksi kiinnittää asiakkaan tai potilaan huomiota asioihin, joissa tilanne vielä on hyvä, esimerkiksi siihen, että parisuhde on kestänyt vaikeuksista huolimatta tai että suhde lapsiin edelleen on tallella tai että he ovat terveinä.

Edelleen koherenssin tunteen teoria painottaa asiakkaan tai potilaan omaa osuutta ongelmien ratkaisemisessa viemättä silti koko ongelmaa tai siihen joutanutta prosessia pelkästään henkilökohtaiselle tasolle. Siten salutogeenisen näemyksen mukainen terveyspolitiikka painottaa, kuten jo aiemmin on todettu, yksilön oman toiminnan ja sitoutumisen merkitystä terveyden edistämiseksi, mutta ilman, että yksilöä silti pidettäisiin vastuullisena kaikista terveysseuraamuksista. Teoria tarjoaa siis näkökulman asiakkaan tai potilaan aktivointiin ilman samanaikaista syylistämistä. On nimittäin selvää, että asiakkaan tai potilaan oma motivaatio selvittää elämän ongelmia on keskeistä hyvän ratkaisun löytämisessä monimutkaisiin elämänhallinnan ongelmiin, mutta toisaalta on yhtä selvää, ettei häntä voi yksin pitää syyppäänä ongelmiinsa.

Julkisessa keskustelussa on aiemmin käsitelty varsin paljon kuormituksen, erityisesti työssä koetun, yhteyttä terveyteen. Elämänhallinnan eli koherenssin tunteen teorian näkökulmasta ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden vahvistamista esitettiin silloin uutena ratkaisuna monen tyyppiseen ongelmaan, joka vei keskustelun siinä mielessä väärille urille, että se herätti suuren yleisön keskuudessa odotuksia suhteellisen pienimuotoisten mutta vaikuttavien menetelmien mahdollisuudesta. Tälle ei ole saatu tukea tutkimuksesta, vaan pikemminkin voisi sanoa, että moniulotteisiin ja monimutkaisiin elämänhallinnan ongelmiin ei löydy yksinkertaisia ratkaisuja, vaan niiden menestyksellinen hoitaminen edellyttää vastaavalla tavalla moniulotteisia ja mahdollisesti pitkäkestoisia toimenpiteitä. Erityisen tärkeään asemaan nousee asiakkaan tai potilaan oma motivaatio. Jos hän itse on motivoitunut, hän voi onnistua vaikeidenkin elämänhallinnan ongelmien ratkaisussa, mutta motivaation puutetta ulkopuolisen henkilön on vaikeata korjata.

Vaikka aiemmin todettiin (esim. Suominen 1993; Larsson & Kallenberg 1996), että vahva koherenssin tunne on selkeässä yhteydessä yhteiskunnalliseen hyväosaisuuteen, tämän ei voi tulkita tarkoittavan, että ainoastaan hyväosaisten koherenssin tunnetta kannattaisi tukea. Pikemminkin tulisi edistää koherenssin

tunnetta huono-osaisilla, koska he ovat monella tavalla erityisen ”haavoittuvia” ja saattaisivat siten hyötyä eniten korkealuokkaisista interventioista. Samoin vaikka koherenssin tunne tulee sisällöllisesti lähemmäksi psyykkistä toimintakykyä kuin fyysistä terveyttä, tämä ei tarkoita, että interventioita kannattaisi suunnata vain mielenterveyden edistämiseen. Päinvastoin, edellä mainittujen tutkimusten perusteella koherenssin tunne näyttää olevan vahvassa yhteydessä eri tavalla todettuihin terveyden mittareihin, ja siten mitä tahansa terveyden osa-alueita voisi pyrkiä edistämään toimilla, jotka voisivat vahvistaa koherenssin tunnetta.

Lopuksi voisi todeta, että ulkopuolisen ammattiauttajan on hyvä selkeästi tunnistaa oma roolinsa ja rajallisuutensa tehdessään työtä asiakkaiden tai potilaiden elämänhallinnan tukemisessa. Hän ei luonnollisestikaan voi ottaa toisten taakkoja kannettavakseen eikä ratkaista toisen ongelmia, vaan pikemminkin yrittää edistää asiakkaan tai potilaan edellytyksiä auttaa itseään. Silloin yleensä myös luontevimmat ja siksi parhaimmat ratkaisut ovat löydettävissä.

Mitä opimme?

- ◆ Antonovskyn teoria koherenssin tunteesta lukeutuu kuormituksen ja terveyden välisiä yhteyksiä selvittäviin teorioihin. Muista poiketen se kuitenkin käsittelee terveyttä voimavaralähtöisesti ja keskittyy pikemminkin terveyttä edistäviin kuin vaarantaviin tekijöihin.
- ◆ Teorian mukaan terveyttä edistävät tekijät, kuten sosiaalinen tuki, voivat olla peräisin yksilön lähiympäristöstä, mutta niitä voivat myös edustaa yleisemmät voimavarat kuten sosiaaliturvan taloudelliset etuudet. Kaikki voimavaratyytit ovat merkityksellisiä terveyden ylläpitämisessä ja edistämisessä.
- ◆ Teorian keskeinen käsite, koherenssin tunne, edustaa yksilön valmiutta hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti käytettävissä olevia voimavaroja. Koherenssin tunne on suomennettu mm. käsitteellä elämänhallinta.
- ◆ Lukuisissa kansainvälisessä ja kotimaisessa väestötutkimuksissa on osoitettu vahvan koherenssin tunteen olevan yhteydessä hyvään eri tavalla määritettyyn terveyteen niin poikittaistutkimuksissa kuin seuranta-asetelmissä.
- ◆ Keskeisin tulevaisuuden haaste on kehittää tieteellisin menetelmin tehokkaita interventioita koherenssin tunteen vahvistamiseksi.

Lähteet

- Antonovsky, Aaron (1979) Health, stress, and coping. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1983) The sense of coherence: Development of a research instrument. *Newsletter and Research Reports* 1, 1–11.
- Antonovsky, Aaron (1987) *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bandura, Albert (1977) Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2), 191–215.
- Eriksson, Monika & Lindström, Bengt (2005) Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 440–442, doi: 10.1136/jech.2005.034777.
- Feldt, Taru & Lintula, Hanna & Suominen, Sakari & Koskenvuo, Markku & Vahtera, Jussi (2007) Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research* 16, 483–93, DOI 10.1007/s11136-006-9130z.
- Geyer Siegfried (1997) Some conceptual considerations on the concept of sense of coherence. *Social Science & Medicine* 44(12), 1771–9.
- Hakanen, Jari & Feldt, Taru & Leskinen, Esko (2007) Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*, 41, 602–17. http://info.edu.turku.fi/koulutliikkeelle/default_057.html (luettu viimeksi 17.5.2015)
- Kivimäki, Mika & Feldt, Taru & Vahtera, Jussi & Nurmi, Jan-Erik (2000) Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine* 50(4), 583–97.
- Larsson, Gerry & Kallenberg Kjell (1996) Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nationwide Swedish sample. *European Journal of Public Health* 6(3), 175–80.
- Rotter, Julian (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement: *Psychological Monographs: General & Applied* 80(1), 1–28.
- Silventoinen, Karri & Volanen, Salla-Maarit & Vuoksima, Eero & Rose Richard & Suominen, Sakari & Kaprio, Jaakko (2014) A supportive family environment in childhood enhances the level and heritability of sense of coherence in early adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, March aheadofprint DOI:10.1007/s00127-014-0851-y.
- Suominen, Sakari (1993) Perceived health and life control: A theoretical review and empirical study about the connections between health and life control determined according to the strength of the sense of coherence. *Stakes Research reports* 26. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Suominen, Sakari & Blomberg, Helena & Helenius, Hans & Koskenvuo, Markku (1999) Sense of coherence and health—does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychology and Health* 14, 937–48.
- Suominen, Sakari & Helenius, Hans & Blomberg, Helena & Uutela, Antti & Koskenvuo, Markku (2001) Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. *Journal of Psychosomatic Research* 50, 77–86.
- Suominen, Sakari & Gould, Raija & Ahvenainen, Jari & Vahtera, Jussi & Uutela, Antti & Koskenvuo, Markku (2005). Sense of coherence (SOC) and disability pensions: A nation-wide, register-based prospective population study of 2196 adult Finns. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 455–9.
- Surtees, Paul & Wainwright, Nicholas & Luben, Robert & Khaw, Kay-Tee & Day, Nicholas (2003) Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology* 158(12), 202–9.
- WHO (1986) *The Ottawa charter*. Geneva: WHO.

LIITE 1. Koherenssin tunteen voimakkuutta mittaava 13 kysymyksen suomenkielinen sarja

Miltä sinusta tuntuu? Rengasta se vaihtoehto 1–7, joka vastaa parhaiten käsitystäsi.

1. Tähän asti elämäsi on ollut täysin vailla selvää tarkoitusta ja päämäärää	1	2	3	4	5	6	7	sen tarkoitus ja päämäärät ovat olleet täysin selvät
2. Kuinka usein sinulla on tunne, ettet oikeastaan välitä, mitä ympärilläsi tapahtuu? erittäin harvoin tai ei koskaan	1	2	3	4	5	6	7	hyvin usein
3. Kuinka usein olet yllättynyt sellaisten henkilöiden käyttäytymisestä, jotka uskoit tuntevasi hyvin? en koskaan	1	2	3	4	5	6	7	jatkuvasti
4. Oletko joskus pettynyt ihmisiin, joihin luotit? en koskaan	1	2	3	4	5	6	7	jatkuvasti
5. Kuinka usein sinusta tuntuu, että sinua kohdellaan epäoikeudenmukaisesti? hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	erittäin harvoin tai ei koskaan
6. Kuinka usein sinulla on sellainen tunne, että olet oudossa tilanteessa etkä tiedä, mitä tehdä? hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	erittäin harvoin tai ei koskaan
7. Koetko, että päivittäisten tehtäviesi hoitaminen on suuren mielihyvän ja tyydytyksen lähde	1	2	3	4	5	6	7	tuskallista ja ikävää
8. Kuinka usein tunteesi ja ajatuksesi ovat oikein sekaisin? hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	erittäin harvoin tai ei koskaan
9. Kuinka usein koet tunteita, joita et sallisi itsellesi? hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	erittäin harvoin tai en koskaan
10. Monet ihmiset – jopa lujaluontoiset – kokevat tietyissä tilanteissa olevansa toisten tiellä. Kuinka usein olet kokenut näin? en koskaan	1	2	3	4	5	6	7	jatkuvasti
11. Kun jotain on tapahtunut, oletko jälkikäteen yleensä todennut, että olit yli- tai aliarvioinut asian merkityksen	1	2	3	4	5	6	7	näit asian oikeassa
12. Kuinka usein sinulla on tunne, että päivittäiset tekemisesi ovat jokseenkin merkityksettömiä? hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	erittäin harvoin tai ei koskaan
13. Kuinka usein sinulla on tunteita, joita et koe voivasi varmuudella pitää kurissa? hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	erittäin harvoin tai ei koskaan

Terveyskäyttymisen psykososiaaliset muutosteoriat – perusta vaikuttaville interventioille

Tupakointi, alkoholinkäyttö, ruokavalinnat ja liikunta vaikuttavat terveyteen ja terveyseroihin kaikkialla maailmassa (ks. Upton & Thirlaway 2014; Pampel ym. 2010). Näihin elintapoihin voidaan vaikuttaa tehokkaasti muun muassa poliittisilla keinoilla (Melkas 2013). Suomessa on saavutettu runsaassa 40 vuodessa merkittäviä edistysaskelia elintavoissa ja terveydessä. Säätelemällä sitä kuka, milloin, missä ja minkälaisia tupakka- ja alkoholituotteita voi hankkia ja käyttää, vaikuttamalla elintarvikkeiden koostumukseen, parantamalla joukkoruokailun ravitsemuksellista laatua ja kohentamalla liikunta- ja liikenneolosuhteita on luotu paremmat olosuhteet hyvälle valinnoille. Koulujen terveystieto-oppiaine ja terveellisiä elintapoja koskevat valtakunnalliset suositukset ovat myös vaikuttaneet muutokseen. Ihannetilaa ei ole kuitenkaan saavutettu, ja merkittäviä elintapaeroja esiintyy edelleen muun muassa sosiaaliryhmien välillä.

Elintapojen muutoksessa on kysymys paitsi ulkoisista resursseista ja olosuhteista myös yksilön valinnoista ja niiden toimeenpanosta. Mikä käynnistää elintapamuutoksen ja miten yksilöitä voidaan tukea elintapojen muuttamisessa? Terveysneuvonta on ammattitermi, jota Suomessa käytetään, kun tarkoitetaan ”terveyttä edistävien, sairautta ehkäisevien tai hoitoa koskevien kysymysten käsittelyä, ongelman ratkaisun etsimistä ja neuvontaa terveydenhuollon asiakas-/potilaskontaktien yhteydessä vuorovaikutustilanteessa, jossa toisena osapuolena on terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. lääkäri, terveydenhoitaja, työterveyshoitaja jne.) ja toisena osapuolena asiakas/potilas” (Duodecim, lääketieteen sanasto).

Miten tuo kysymysten käsittely, ratkaisun etsintä ja ennen kaikkea neuvonta tulisi parhaiten toteuttaa? Terveyskäyttäytymisen psykososiaaliset muutosteoriat ja -mallit sekä lähestymistavat – kaikkia näitä termejä on käytetty ja käytän seuraavassa – tarjoavat perusteltuja vastauksia näihin kysymyksiin. Susan Michie työtovereineen (2014) löysi 83 tieteellisesti koeteltua yksilöperusteista käyttäytymisen muutosteoriaa. Yleisimmin käytetty näistä oli James Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämä transteoreettinen malli (TTM), joka muun muassa kuvaa muutosta laadullisesti erilaisten vaiheiden kautta. Viisi seuraavaksi suosituinta

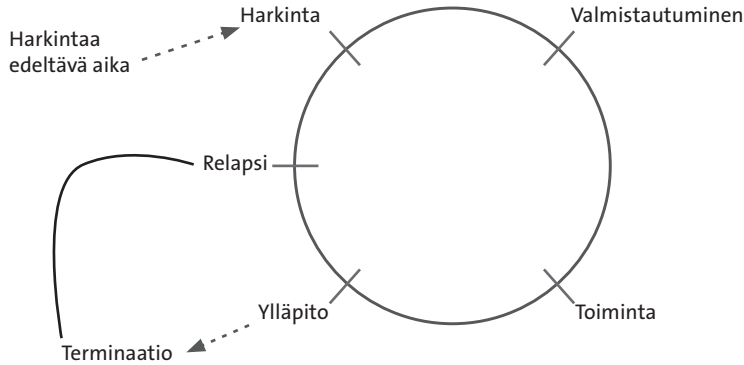
olivat jatkuvan muutoksen teorioita: Icek Ajzenin suunnitellun toiminnan teoria (TPB), Albert Banduran sosiokognitiivinen teoria (SCT), Jeffrey Fisherin ja työtovereiden tarttuvia tauteja koskeva tieto-motivaatio-käyttäytymistaito-malli (jota ei käsitellä tässä artikkelissa), Irwin Rosenstockin ja työtovereiden terveysuskomusmalli (HBM) sekä Edward Decin ja Richard Ryanin itsemääräämisteoria (SDT). Ralf Schwarzerin terveystoiminnan prosessilähestymistapa (HAPA) puolestaan sisältää sekä katkeamattoman muutoksen että vaiheteorian piirteitä.

Esittelen seuraavassa lyhyesti edellä mainitut teoriat ja kuvaan, minkälaisia elintapojen muutostuloksia niihin perustuvilla interventioilla on viime vuosina saavutettu systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyysihin kelpuutetuissa tutkimuksissa (termeistä ks. Mäkelä ym. 1996). Arvioin myös teorioiden keskinäistä paremmuutta teorioiden yleisten laatuksien (Davis ym. 2016) ja käsitteellisen kattavuuden perusteella. Kuten elintapojen muuttamisessa yleensä, interventioissakin tuloksia saavutetaan vähitellen. Eri teoriaperustaiset interventiot eivät yleensä eroa vaikuttavuudeltaan paljoa. Kuitenkin yhtä lukuun ottamatta kaikissa systemaattisissa katsauksissa mikä tahansa esiteltävistä teoriaperusteisista interventioista menestyi kontrolliryhmää – useimmiten vallitsevaa käytäntöä – paremmin.

Tutkimustulokset puhuvat siis sen puolesta, että koetellut interventiot olisi syytä ottaa käyttöön hallitusti ja laajamittaisesti, vaikka lisätutkimusta vielä tarvitaan ja itse käyttöönottoon liittyy omia haasteitaan (ks. Nutbeam & Harris 2009). Päähavainto tuloksista on, että elintapojen muutosta voidaan edesauttaa vahvistamalla toimijan muutosresursseja ja/tai vähentämällä muutosesteitä. Teoriat eroavat toisistaan siinä, miten ne katsovat vahvistamisen parhaiten tapahtuvan. Merkittävä muutosta edistävä tekijä on pystyvyyden tunne, jonka vahvistaminen on elintapamuutoksen ja terveyserojen kaventamisen tärkeä ehto. Pystyvyys eri merkityksissä on mukana myös Schwarzerin HAPA-lähestymistavassa, joka vaikuttaa lupaavimmalta tarjolla olevista malleista.

Transteoreettinen malli eli muutosvaihemalli (TTM)

Transteoreettinen malli (TTM) on Prochaskan ja DiClementen (1982; Prochaska & Velicer 2011) kehittämä vaihe- ja prosessiteoria, joka syntyi yhdisteltäessä tietoa toisaalta psykoterapiatutkimuksen muutosprosesseja kuvaavista malleista, toisaalta erityisesti tupakoinnin lopettamisprosesseista. Viiden muutosvaiheen lisäksi mallissa erotetaan kymmenen muutosprosessia sekä neljä niin sanottuun päätöstageeseen kuuluvaa käsitettä, jotka ovat *myönteiset ja kielteiset tulokset, muutospystyvyys ja sitä vastustavat houkutukset*. Transteoreettisessa mallissa huomio kiinnittyy mm. viiteen vaiheeseen, joiden läpi yksilöiden ajatellaan käyvän muuttaessaan käyttäytymistään (kuvio 1).



KUVIO 1. Transteoreettisen mallin eli muutosvaihemallin (TTM) vaiheet (mukaeltu Prochaskan & DiClementen (1982) kuviosta).

Ensimmäisessä vaiheessa ei vielä ajatella oman toiminnan seurauksia. Toisessa alkaa muutoksen vakava harkinta. Kolmannessa vaiheessa aletaan valmistautua muutokseen ja valmistella myös toisia siihen. Kun yksilö onnistuneesti ja toistuvasti toteuttaa uutta käyttäytymistapaa, hän on neljännessä eli toimintavaiheessa. Merkinä viidennestä eli ylläpitovaiheesta on se, että käyttäytymistä on jatkettu kuusi kuukautta tai enemmän. Yksilö voi myös palata entiseen käyttäytymiseen tilapäisesti (relapsi eli repsahdus) tai pysyvästi (terminaatio eli lopettaminen). Jotta harkintavaihe tuottaisi päätöksen siirtyä uuteen käyttäytymiseen, täytyy uutta toimintaa puoltavien argumenttien painon kasvaa suhteessa sitä vastustaviin argumentteihin. Johdonmukainen päätöksenteko edellyttää käyttäytymisen seurausten positiivisten ja negatiivisten piirteiden erittelyä ja vertailua niin sanotussa päätöstaseessa. Henkilön täytyy myös uskoa, että hän pystyy muutokseen. Kun pystyvyys vahvistuu myös käyttäytyminen voi muuttua pysyvästi, jos henkilö havaitsee kannusteet ja hänellä on toteutuksen edellyttämät taidot.

Muutoksen toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi esitetään kymmenen strategiaa, joita mallissa kutsutaan muutosprosesseiksi. Taulukko 1 kuvaa prosessit muutosvaiheittain. Ensimmäisessä prosessissa on kysymys terveystietoisuuden lisäämisestä. Toisessa tapahtuu dramaattinen huojennus, kun saadaan tietää onnistuneesti käyttäytymistään muuttaneista. Kolmas prosessi on terveellisen käyttäytymisen liittäminen minäkuvaan. Neljännessä arvioidaan, miten henkilön epäterveellinen käyttäytyminen vaikuttaa muihin ja mitä positiivisia muutoksia muille tapahtuu henkilön käyttäytymisen muuttuessa. Viidennessä ymmärretään, että yhteisö tukee terveellistä käyttäytymistä. Kuudes on henkilökohtainen vapautuminen: usko siihen, että pystyy muutokseen. Seitsemäs merkitsee tukea antavien ihmisten löytämistä. Kahdeksas on vastaehdollistus eli epäterveellisten toiminta- ja ajattelutapojen korvaaminen terveellisillä. Yhdeksäs on vahvistuksen hallinta: kyky lisätä

TAULUKKO 1. Transteoreettisen mallin (TTM) eli muutosvaihemallin vaiheet ja niitä eteenpäin liikuttavat strategiset prosessit Prochaskan ja Velicerin (1997) mukaan

Muutosvaihe	Vaiheeseen liittyvät muutosprosessit
Ennen harkintaa	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoisuuden lisääminen • Dramaattinen tunteiden huojennus • Sosiaalisen ympäristön uudelleenarviointi
Harkintavaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Minän uudelleenarviointi • Sosiaalinen vapautuminen • Dramaattinen tunteiden huojennus • Sosiaalisen ympäristön uudelleenarviointi • Tietoisuuden lisääminen
Valmistautumisvaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Minän vapautuminen • Minän uudelleenarviointi • Vastaehdollistuminen (toiminnan korvaaminen) • Auttavat suhteet (tuen anto ja vastaanotto)
Toimintavaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Vastaehdollistuminen (toiminnan korvaaminen) • Ärsykekontrolli (ympäristön muokkaaminen) • Vahvistuksen hallinta (palkinnot oikeista valinnoista) • Auttavat suhteet (tuen anto ja vastaanotto) • Minän vapautuminen (sitoutuminen uuteen)
Ylläpitovaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Auttavat suhteet (tuen anto ja vastaanotto) • Sosiaalisen ympäristön uudelleenarviointi • Minän vapautuminen (sitoutuminen uuteen) • Vahvistuksen hallinta (palkinnot oikeista valinnoista) • Ärsykekontrolli (ympäristön muokkaaminen)

uuden ja vähentää vanhan käyttäytymisen palkitsevuutta. Kymmenes on ärsykekontrolli, muistikikkojen ja vihjeiden käyttäminen terveellisen käyttäytymisen vahvistamiseksi epäterveellisen sijasta.

TTM-malliin perustuvat interventiot näyttävät toimivan usean elintavan muuttamisessa. Tällaisia ovat mm. liikunta (Gourlan ym.2015), syöpäpotilaiden elintavat (Husebø ym. 2009) sekä lyhyen aikavälin ravitsemusinterventiot perusterveydenhuollossa ja pitkän tähtäimen interventiot tupakoinnin lopettamiseksi (Bully ym. 2015). Laura Robinson ja työtoverit (2012) totesivat muutosvaihemalliin perustuvien nuorten tupakoinnin lopettamisinterventioiden olevan tilastollisesti merkittävästi vaikuttavampia, kun niitä verrattiin vaille lopettamisapua jäävän ryhmän (spontaaniin) lopettamiseen. Vaikka näyttöä TTM-mallin vaikuttavuudesta siis on jo kertynyt, malli vaatii edelleen kehittämistä (West 2005). Cristopher Armitage (2009) arvosteli mallia siitä, ettei tutkimuksissa ole riittävästi

kiinnitetty huomiota vaiheprosesseihin ja uskoi teoriasta voivan olla edelleen hyötyä, jos tämä puute korjattaisiin. Äskettäin Stephen Sutton (2015) huomautti, että ajatus laadullisesti erilaisten muutosvaiheiden perättäisestä toistumisesta on itsessään arvokas, vaikka löyhästi määriteltyyn TTM-teoriaan perustuvien interventioiden tekeminen vaatii ”luovuutta”. Tästä syystä eri tutkimusten tulosten arviointi on myös hankalaa.

Suunnitellun käyttäytymisen teoria (TPB)

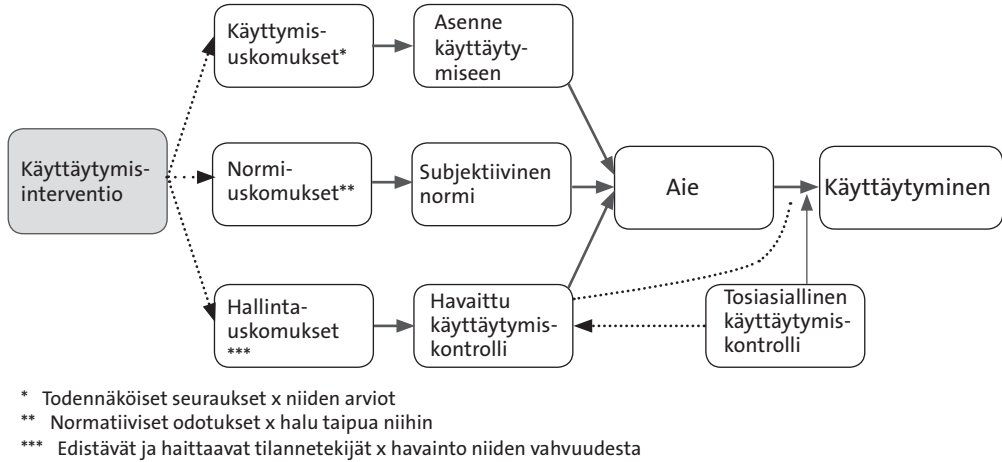
Yksilön asenteet voivat Martin Fishbeinin ja Icek Ajzenin (1975) mukaan ennustaa käyttäytymistä. Ajzenin suunnitellun käyttäytymisen teorian (theory of planned behaviour, TPB, 2006, 2011, 2012) mukaan ihmisen käyttäytymiseen vaikuttaa kolme tekijää (kuvio 2):

- uskomukset käyttäytymisen todennäköisistä seurauksista ja niihin liittyistä arvioinneista (yhdessä ilmaistuina ns. käyttäytymisuskomukset),
- uskomukset toisten käyttäytymiseen liittämistä normatiivista odotuksista ja halusta taipua näihin (ns. normiuskomukset) sekä
- uskomukset tilanteeseen liittyvistä tekijöistä, jotka joko edistävät tai haittaavat käyttäytymisen suorittamista sekä havainto niiden vahvuudesta (ns. hallintauskomukset).

Käyttäytymisuskomuksista syntyy myönteinen tai kielteinen asenne käyttäytymiseen, normiuskomukset heijastavat sosiaalisen paineen koettua sitovuutta ja hallintauskomukset tuottavat havaitun käyttäytymiskontrollin. Näistä kolmesta syntyy yhdessä toiminta-aie, jonka voimakkuus riippuu asenteen, normin ja havaitun hallinnan vahvuuksista. Jos myös käyttäytymisen todellinen hallinta on riittävä, toimija toteuttaa aikeensa tilanteen koittaessa. Teorian mukaan aie siis edeltää välittömästi toimintaa.

Kun interventio TPB:n mukaan kohdistetaan käyttäytymisen, normien tai hallintauskomusten muuttamiseen, saadaan aikaan muutoksia asenteissa, subjektiivisissa normeissa ja havaitussa käyttäytymiskontrollissa. Näin voi muodostua terveelliseen suuntaan motivoivia aikeita. Aikeen ja käyttäytymisen yhteyttä voi olla tarpeen vahvistaa (Conner ym. 2013). Ajzenin (2006, 2012) mukaan apuna voidaan käyttää Gollwitzerin (1999) ajatusta siitä, että henkilön tulee muodostaa toimeenpanoaikeita (implementaatiointentioita), jotta aiotut toiminnot toteutuisivat. Implementaatiointentioilla tarkoitetaan yksinkertaisesti sitä, että valmistaudutaan ajatuksissa etukäteen tilanteisiin (”jos on tämä tilanne”), joissa joudutaan toimimaan (”niin teen x:n”).

Etenevissä seurantatutkimuksissa suunnitellun käyttäytymisen teoria on pysynyt hyvin selittämään erityisesti aikeita, mutta myös käyttäytymistä. Kymmenen viime vuoden aikana teoriaa on myös alettu soveltaa interventioiden toteuttamisessa. Teorian pohjalta suunnitellut interventiot, joiden kohteena on ollut



KUVIO 2. Ajzenin suunnitellun käyttäytymisen teorian (theory of planned behaviour, TPB) interventiosovellus (Ajzen 2011).

2–18-vuotiaiden ravitsemusneuvonta, ovat osoittautuneet vahvoiksi, erityisesti kun mukaan on otettu Ajzenin suosittelemat implementaatiointentiot (Riebl ym. 2015). Suunnitellun käyttäytymisen teoria ja seuraavaksi esiteltävä sosiokognitiivinen teoria ovat olleet vaikuttavia esimerkiksi lasten vihannes- ja hedelmäinterventioissa (Diep ym. 2014). Pystyvyys on osoittautunut tärkeäksi selittäväksi tekijäksi kognitiivisiin malleihin (TPB, SCT ja HBM) perustuvissa interventioissa, joilla on tavoiteltu raskaana olevien liikunnan lisäämistä (Thompson ym. 2015).

Akateemisten tutkijoiden suhde suunnitellun käyttäytymisen teoriaan on ristiriitainen. Falko Sniehotta ja kollegat (2014) ehdottivat jopa teorian ”toimittamista eläkkeelle” Ajzenin (2014) tätä vastustaessa. Sutton (2015) mainitsee kuitenkin useita TPB:n hyviä puolia. Niihin kuuluu käsitteiden ja niiden suhteiden tarkka määrittely, helppo operationalisointi ja laaja käyttöalue. Näiden kaikkien suhteen esimerkiksi edellä kuvattu muutosvaihemalli on selvästi heikompi.

Sosiokognitiivinen teoria (SCT)

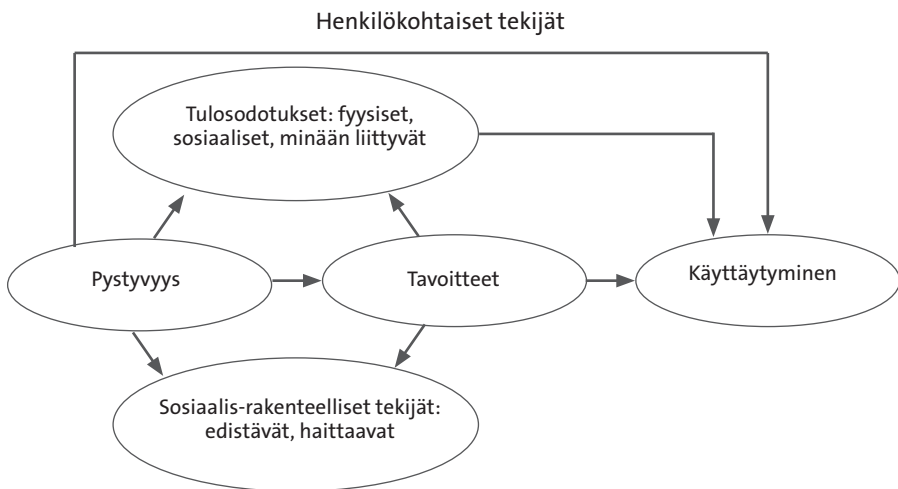
Albert Bandura (2006) on tutkinut ihmisen toimijuutta, sitä miten ihmiset voivat hallita toimintaansa ja elämäänsä vaikuttavia tapahtumia. Toiminta on Banduran mukaan seurausta yksilön sisäisten tekijöiden sekä käyttäytymiseen ja ympäristöön liittyvien määreiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Bandura (2006) tekee neljä perusolettamusta:

- 1) ihmisillä on henkilökohtaisia ja kollektiivisia aikoja sekä niihin liittyviä toimintasuunnitelmia ja strategioita.

- 2) Ihmiset ennakoivat, asettavat tavoitteita ja arvioivat eri toimintojen todennäköisiä seurauksia. Kun ihminen toimii tärkeinä pitämiensä tavoitteiden saavuttamiseksi riittävän pitkän ajan, syntyy myös elämälle suunta, toiminnoille johdonmukaisuutta ja mielekkyyttä.
- 3) Itsesäätely mahdollistaa motivoitumisen kannalta tarkoituksenmukaiset toimintareitit.
- 4) Tarvitaan myös omaan minään kohdistuvaa pohdintaa: voidaanko tarvittava saada aikaan, ovatko ajatukset ja toiminnot terveellä pohjalla ja ovatko ne mielekkäitä – korjauksia tehdään, jos on tarpeen.

Banduran (1986) teorian mukaan käyttäytymiseen vaikuttavat välittömästi tavoitteet ja pystyvyysodotukset ja epäsuorasti puolestaan pystyvyys, tulosodotukset ja sosiokulttuuriset tekijät. Tavoitteet tarkoittavat Banduran teoriassa aikeita, ja ne määrittävät, kuinka paljon pontta pannaan muutosyritykseen. Lisäksi tavoitteet ohjaavat käyttäytymistä. Pystyvyys viittaa henkilön uskoon siitä, että hän kykenee toteuttamaan kyseisen käyttäytymisen tietyssä tilanteessa. Tulosodotukset liittyvät käyttäytymisen toteuttamisen positiivisiin tai negatiivisiin seurauksiin. Osa viimeksi mainituista liittyy suoraan esimerkiksi terveystavoitteisiin. Sosiaaliset tulosodotukset sisältävät odotukset läheisten suhtautumisesta käyttäytymiseen. Itsearviointia koskevat tulosodotukset taas liittyvät tunneodotuksiin siitä, mitä tapahtuu mm. sellaisille sisäisille tekijöille kuten ylpeys, jota voi kokea kun tavoite saavutetaan. SCT-teoria ottaa myös huomioon havaitut mahdollisuudet ja esteet, jotka puolestaan voivat vaikuttaa tavoitteisiin. (Kuvio 3.)

Banduran (1997, 2004) mukaan pystyvyyttä voidaan kohentaa ainakin neljää reittiä: onnistumalla vaikeissa suorituksissa ja saamalla näin kokemus omasta taitavuudesta, havainnoimalla vertaisen onnistumista (sijaisoppiminen), toisten



Kuvio 3. Banduran sosiokognitiivinen teoria (SCT) laajennettuna (Bandura 2004).

ihmisten antamalla sanallisella rohkaisulla, tai tulkitsemalla stressitilanteissa esiintyvät fysiologiset reaktiot elimistön normaalireaktioiksi, eikä heikon pystyvyyden osoittimiksi. Banduran (2006) teorian sovellusten myötä on tullut ilmeiseksi myös viides reitti – itseluottamuksen vähittäinen parantaminen alkaen vaatimattomammista tavoitteista ja edeten vaativampiin.

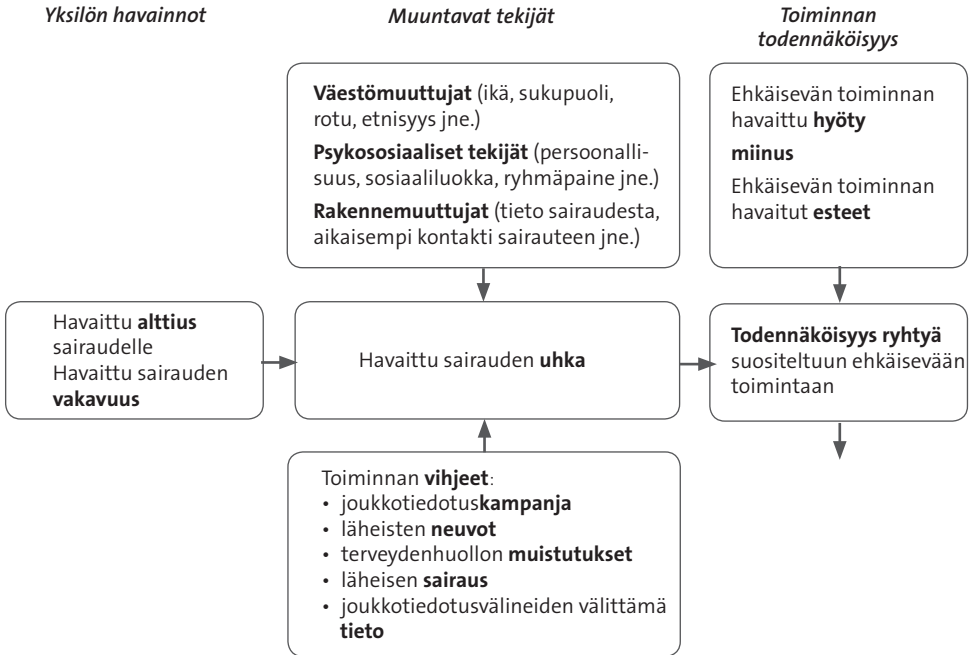
Myles Young ym. (2014) totesivat, että pystyvyys ja tavoiteasettelu ovat melko vahvassa yhteydessä fyysisen aktiivisuuden muutoksen onnistumiseen. Myös Ronald Plotnikoffin ja työtovereiden (2013) mukaan SCT menestyi paremmin kuin muut teoriat nuorten fyysisen aktiivisuuden muuttamista koskevissa interventioissa. Stephen Tierney ym. (2011) katsoivat teorian tarjoavan parhaat edellytykset sydämen vajaatoiminnasta kärsivien potilaiden liikunnan edistämiseksi. Cassandra Diep ym. (2014) havaitsivat, että SCT:hen perustuva interventio tuottaa jossain määrin muita teorioita paremman tuloksen myös pyrittäessä lisäämään hedelmien ja vihannesten syöntiä lapsilla.

Sosiokognitiivinen teoria on yleinen sosiaalipsykologinen käyttäytymisen teoria. Siitä puuttuvat aikaisemmat oppimisteorioiden rajoitteet, eikä siihen ole kohdistettu kovaa kritiikkiä. Teorian vahvuus on siinä, että sen lähtökohtana on täysipainoinen ja empiirisesti uskottava näkemys kypsästä aikuisesta, jolla on kehittynyt käsitys itsestään ja omasta ytimestään (identiteetistä) ja tällä perusteella toimintaansa ohjaavista tavoitteista.

Terveysuskomusmalli (HBM)

Terveysuskomusmalli (health belief model) syntyi, kun sosiaalipsykologit yrittivät selittää, miksi kaikki eivät osallistu terveysseulontoihin (Becker 1974; Sutton 2015). Mallin käsitteistä *havaittu alttius* kuvaa koettua sairastumisriskiä, jos nykyistä toimintatapaa jatketaan. *Koettu vakavuus* taas ilmaisee yksilön tulkintaa nykytoiminnan aiheuttamista seurauksista. *Havaitut hyödyt* kuvaavat muutuneen käyttäytymisen hyötyjä ja *esteet* puolestaan sekä niitä haittoja, joita uudesta käyttäytymisestä aiheutuu, että tekijöitä, jotka voivat haitata muutossyrityksen onnistunutta läpiviemistä. Jos siis henkilö on vakuuttunut nykyisen käyttäytymisen aiheuttamasta suuresta sairastumisalttiudesta, tuloksena olevan sairauden vakavuudesta, tarjolla olevan uuden käyttäytymisen eduista sekä muutoksen matalista esteistä, on erittäin todennäköistä, että hän alkaa toimia uudella tavalla. Myös *toiminnan vihjeet* ovat teorian mukaan tärkeitä, vaikkei niiden merkitystä ole juuri empiirisesti tutkittukaan. Vihjeet voivat olla sisäisiä tai ulkoisia ja ne saattavat kirvoittaa uuden käyttäytymisen, jos vain malliin sisältyvien muiden tekijöiden tila on sopiva. Myös reagointia muuntavat mallin ulkopuoliset tekijät on otettava huomioon. (Kuvio 4.)

Erika Thompsonin ym. (2015) katsauksessa HBM-mallin todetaan toimivan raskaana olevien fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä, kun malliin lisätään pysty-

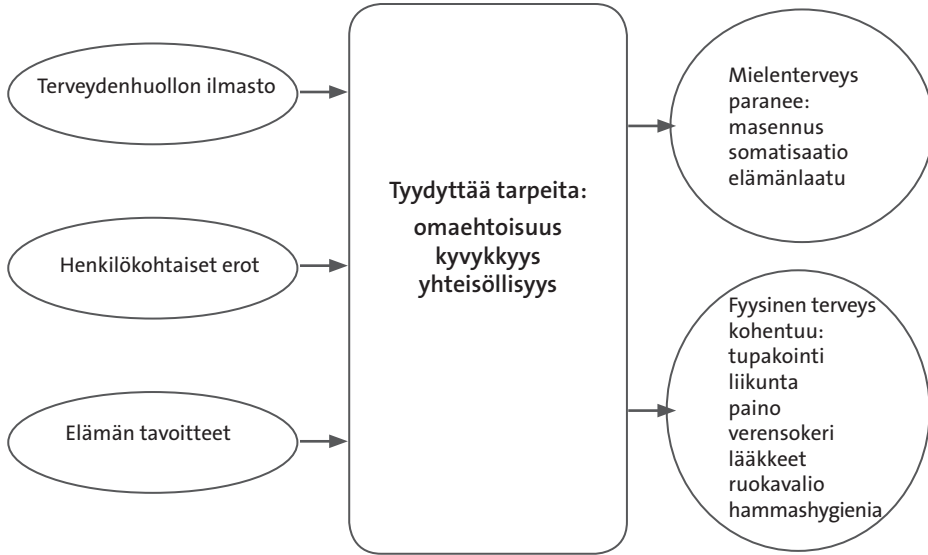


KUVIO 4. Rosenstockin terveysuskomusmalli (health belief model, HBM) Beckerin ym. (1974) mukaan.

vyys. Samoin täydennettynä malli toimii Paschal Sheeranin ym. (2014) katsauksessa, joka käsittelee sellaisia tupakoinnin, alkoholin käytön, ruokavalintojen ja liikunnan muutosinterventioita, joissa tavoiteltiin riskiarvioiden muutoksia. Plotnikoffin ja muiden (2013) katsauksessa HBM oli yksi niistä malleista, jotka selittivät fyysistä aktiiviteettiä. Mark Conner (2010) katsoi terveysuskomusmallin hyväksi puoleksi sen, että se on operationalisoitavissa uskottavasti, mutta huomautti mallin olevan epätäydellinen, koska tilalle oli tarjolla muita terveyskäyttäytymistä paremmin selittäviä uskomuksia kuin malliin kuuluvat. Kun HBM:ään lisättiin käsitteet pystyvyys ja aie, päästiinkin parempiin tuloksiin. Suojelumotivaatioteorian (Rogers ja Prentice-Dunn 1997) tunnettu HBM:n versio on alkuperäistä kehittyneempi ja toimivampi muoto.

Itsemääräämisteoria (SDT)

Decin ja Rayanin sisäistä ja ulkoista motivaatiota koskevat tutkimukset johtivat itsemääräämisteorian (self-determination theory, SDT) syntyyn. Sisäisesti motivoitunut käyttäytyminen on SDT:n mukaan itsessään kiinnostavaa ja palkitsevaa, ulkoisesti motivoitunut käyttäytyminen taas tavoitteen arvon vuoksi (Deci &



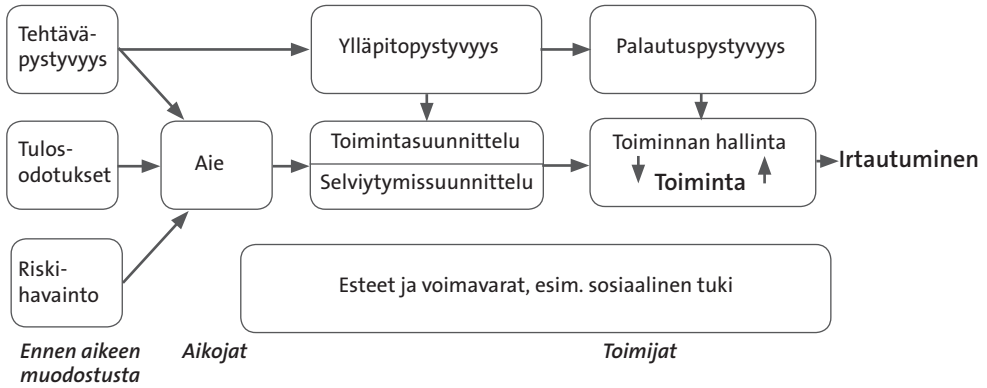
KUVIO 5. Itsemääräämisteorian (self-determination theory, SDT) mukainen terveyskäyttäytymisen muutosmalli (Ng ym. 2012 Ryanin ym. 2008 mukaan).

Ryan 2000). Itsemääräämisteorian mukaan ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle on olennaisia kolme psykologista tarvetta. Ne ovat omaehtoisuus (autonomia), kyvykkyys (kompetenssi) ja yhteisöllisyys (relatedness). Omaehtoisuudella tarkoitetaan tarvetta olla vaikuttava toimija ja toimia sopusoinnussa oman minäkäsityksen kanssa, kyvykkyydellä pyrkimystä hallita toiminnan tuloksia ja tuntea taituruutta sekä yhteisöllisyydellä tarvetta olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa ja heistä huolehtimista.

Itsemääräämisteoriana käytävistä interventiotutkimuksista on vain vähän systemaattisia katsauksia. Pedro Teixeira ym. (2012) mukaan autonominen motivaatio liittyy vahvasti liikuntaan niin pitkällä kuin lyhyelläkin tähtäimellä. Yih Ng ym. (2012, kuvio 5) ja Richard Ryan ym. (2008) havaitsivat terveyteen liittyvän käyttäytymisen muutoksen olevan tehokkaampaa ja säilyvän paremmin, kun se kunnioitti toimijan autonomiaa. Näin ollen autonomisen motivaation tukeminen esimerkiksi terveydenhuollossa voi olla tärkeä vaikuttava tekijä. Teoreettisena ajatuksena itsemääräämisteoriana on vetoava, vaikka sen taustalla on vaativa ihmiskuva.

Terveystoiminnan prosessimalli (HAPA)

Terveystoiminnan prosessimalli (health action process approach, HAPA) (Schwarzer 2008, kuvio 6) on tulkittavissa yhteenvedoksi useasta edellä kuvatusta mallista. HAPA:ssa ovat mukana riskihavainto, tulosodotukset, pystyvyys ja aie. Pystyvyys jaetaan mallissa kolmeen tyyppiin: tehtäväpystyvyyteen (eli toimintapystyvyy-



KUVIO 6. Schwarzerin (Schwarzer ym. 2011) terveystoiminnan prosessilähestymistapa (health action process approach HAPA) ja sen vaiheet.

teen), ylläpitöpystyvyyteen (eli selviytymispystyvyyteen) ja palautuspystyvyyteen. Ainutlaatuinen on mallin toimintasuunnittelun käsite, jota tarvitaan yhdistämään aie siitä seuraavaan käyttäytymiseen. Toimintasuunnittelulla tarkoitetaan yksityiskohtaista suunnitelmaa siitä, milloin, missä ja miten kyseessä olevaa toimintaa aletaan toteuttaa (Sutton 2015).

HAPA-mallia on viime vuosina tutkittu ja kehitetty paljon, mutta systemaattisia katsauksia siihen perustuvien interventioiden vaikutuksista on saatavilla vasta aivan viime vuosilta ja ne kaikki kohdistuvat liikuntatutkimuksiin. Ryan Rhodesin ja Yao Yaon (2015) katsauksen mukaan aikeen ja käyttäytymisen väliin tulevat tekijät selittävät merkittävästi sitä, miksi aiheet eivät toteudu. Ariane Belangér-Gravelin ym. (2015) katsauksen mukaan yksityiskohtaisilla toimeenpanosuunnitelmissa oli pieni, mutta merkittävä vaikutus fyysisen aktiivisuuden kohentamisessa. Natasha Carraro ja Patrick Gaudreau (2013) havaitsivat, että toimintasuunnittelun lisäksi myös selviytymissuunnittelu tuki fyysisen aktiivisuuden muutosta.

Schwarzerin terveystoiminnan prosessimalli on sekamalli, joka sisältää jatkuvan ja vaihemallin piirteitä (Sutton 2015; Schwarzer ym. 2011; Lippke ja Ziegelmann 2008). Lähtökohtana ovat riskit ja tulosodotukset (kuten muutosvaihemallissa ja terveysuskomusmallissa). Pystyvyys yhdistää mallin sosiokognitiiviseen teoriaan. Toiminta-aie on yhteinen suunnitellun käyttäytymisen teorian kanssa, mutta Schwarzerin malli tarjoaa aikeen ja käyttäytymisen epäsuhtaan pienentämiseksi toiminta- ja selviytymissuunnittelun. Toimintaa eli tehtävää ohjaa tämän mallin mukaan hallinta, joka vastaa suunnitellun käyttäytymisen teoriassa käyttäytymisen tosiasiallista kontrollia. Useita teorioita yhdistävänä Schwarzerin malli on lupaava, ennusteisiin ja interventioihin sopiva lähestymistapa, vaikka se ei yksilön monimutkaista psykologista muutosprosessia aivan tarkkaan kuvaakaan (Leventhal ym. 2008).

Psykososiaaliset teoriat terveyden edistämässä: mahdollisuudet ja kehittämistarpeet

Transteoreettiseen malliin, terveysuskomusmalliin ja itsemääräämisteoriaan perustuvia systemaattisia katsauksia on viime vuosilta kaikista neljästä tärkeimmästä elintavasta (taulukko 2). Suunnittelun käyttäytymisen teoriaa ja sosiokognitiivista teoriaa on käytetty sellaisissa liikunnan ja ravitsemuksen kohentamista koskevissa tutkimuksissa, joista on tehty meta-analyysejä. Schwarzerin HAPA-prosessimallia koskevat meta-analyysit käsittävät vain liikunnan edistämisen interventioita.

Systemaattiset katsaukset antavat ymmärtää, ettei mallien välillä ole merkittäviä eroja vaikuttavuudessa. Sen sijaan niihin perustuvat interventiot ovat yhden meta-analyysin (Prestwich ym. 2014a) hankalasti tulkittavia tuloksia lukuun ottamatta olleet vaikuttavampia kuin vertailun kohteena olleet menetelmät. Interventioiden vertailuryhmät ovat vaihdelleet: joskus on vertailtu terveydenhuollossa yleisessä käytössä olevaan interventioon, toisinaan taas spontaaniin muutokseen. Jotta interventiotutkimukset tuottaisivat luotettavaa tietoa, on välttämätöntä, että niiden taustalla olevat teoriat ovat sillä tavoin laadukkaita ja helposti tulkittavia kuin Rachel Davis (2015) tarkoittaa.

Davisin ym. (2015) mukaan teorioiden käsitteiden tulisi olla 1) selkeitä, 2) määriteltyjä suhteessa toisiinsa ja 3) mitattavissa. Itse teorian tulisi 4) olla testattavissa, 5) sen tulisi selittää tapahtumia ja 6) sisältää syyseuraussuhteita. Edelleen teorian tulisi 7) olla ytimekäs, vailla tarpeetonta sisältöä, 8) olla yleistettävissä eri käyttäytymismuotoihin, väestöihin ja olosuhteisiin ja 9) teorialla pitäisi olla tuekseen empiiristä näyttöä.

TAULUKKO 2. Interventiot teoriat ja niitä soveltavista elintapainterventioista tehdyt meta-analyysit elintavoittain

Teoria	Elintavat			
	Liikunta	Ravitsemus	Tupakointi	Alkoholinkäyttö
Transteoreettinen teoria (TTM)	✓	✓	✓	✓
Suunnittelun käyttäytymisen teoria (TPB)*	✓	✓		
Sosiokognitiivinen teoria (SCT)*	✓	✓		
Terveysuskomusmalli (HBM)	✓	✓	✓	✓
Itsemääräämisteoria (SDT)	✓	✓	✓	✓
Terveystoiminnan prosessimalli (HAPA)*	✓			

* Meta-analyyseissä vain nämä, useassa yksittäisessä artikkelissa myös muita

Vaikka muutosvaihemallilla (TTM) on ilmiselvää kehityspotentiaalia, sen nykymuoto ei vielä täytä kaikkia edellä mainittuja kriteerejä vaan puutteita on kohdissa 1–3. Suunnittelun käyttäytymisen teoria (TPB) menestyy laatukriteerejä vasten varsin hyvin lukuun ottamatta kriteeriä 8, sillä sen sovellusala on rajoittunut. Sosiokognitiivinen teoria (SCT) on pätevä, mutta sovellusaltaan sekin on rajoittunut. Terveysuskomusmallia (HBM) on sovellettu laajalti, ja se on useimpien kriteerien mukaan laadukas. Mallin kyvyssä selittää (kriteeri 5) on kuitenkin puutteita, sillä se ei sisällä kaikkia käyttäytymisen muutoksen selittämiseen tarvittavia käsitteitä. Itsemääräämisteorian (SDT) sovellusalaksi on taulukossa merkitty kaikki neljä elintapaa, mutta teoriaa arvioivaa tutkimusta on vielä vähän eikä teoria menesty hyvin suhteessa kriteereihin 1–3 ja 8–9. Terveystoiminnan prosessimallin (HAPA) systemaattisissa katsauksissa käsitelty sovellusala on suppea, mutta muuten se täyttää tässä arvioiduista teorioista parhaiten mainitut laatukriteerit. Sillä on myös laajimmat liittymäkohdat muihin teorioihin. Myös sosiokognitiivinen teoria ja suunnittelun käyttäytymisen teoria menestyvät vertailussa, ja muutosvaihemallilla on sen usein unohdetusta prosessinäkökulmasta huolimatta selvää kehityspotentiaalia.

Pystyvyyden tunteen kehittäminen on tärkeä osa haluttuun elintapamuutokseen johtavaa prosessia. Henkilö voi joko yli- tai aliarvioida pystyvyytensä suhteessa todellisiin hallintamahdollisuuksiinsa. Yliarviointi kuluttaa voimavaroja tarpeettomasti, kun aliarviointi johtaa aiheettoman huonoon tulokseen ja heikentää aloittekykyä. Banduran teoria kuvaa, minkälaisen prosessien kautta pystyvyys voi muuttua tai sitä voidaan muuttaa.

Kaikki edellä käsitellyt lähestymistavat ovat edelleen aktiivisessa kehitysvaiheessa, ja niistä löytyy useita muunnelmia. Kaikista on myös vaihtoehtoja, joissa näkyvät mallin ulkopuolelta vaikuttavat tekijät. Ulkopuolisia tekijöitä käsitellään psykososiaalisten mallien tulosanalyseissä muuntavina tekijöinä, vaikka todellisuudessa ne saattavat olla syynä esimerkiksi tiettyyn elintapaan. Psykososiaalisten mallien tutkijoiden tekemä ratkaisu on ymmärrettävä, sillä mallien ulkopuolisten tekijöiden ottaminen mukaan vahvaan koeasetelmaan on käytännöllisesti katsoen mahdotonta.

Psykososiaaliset mallit ovat suppeita ja oppiainelähtöisiä, kun taas terveyden edistämisen tulee toimintana lähteä ongelmista. Pääosa malleista on myös psykologisesti kapeita: ne pyrkivät hahmottamaan ennakointiin kelpaavan muutostehdävän. Suppeus, joka ei koske itsemääräämisteoriam tai sosiaalisen kognition teoriaa, jättää helposti huomiotta sen tosiseikan, että menneisyydellä on ratkaiseva merkitys siihen, minkälaiset psyykkiset resurssit yksilöllä on tällä hetkellä käytössä tai minkälaiset hänen elintapansa ovat.

Tässä käsitellyt psykososiaaliset mallit kohtelevat ihmistä yksilönä, mutta onko niillä merkitystä pyrittäessä kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja muuttamalla elintapoja? Riippuu näkökulmasta: yksilöille ja heidän läheisilleen on merkitystä sillä, kuka muutokseen kykenee. Pystyvyyden tunne on psykososiaalisissa malleissa olennainen osa toiminnan hallintaa, vaikka se ei käsitettä tyhjennäkään (hallinnan käsitteestä ks. Skinner 1996). Pystyvyyden tunteen kehittäminen on siksi merkittävä osa haluttuun elintapamuutokseen johtavaa prosessia. Banduran teoria ilmaisee, minkälaisen prosessien kautta pystyvyys voi periaatteessa muuttua, tai minkä kautta sitä voidaan muuttaa. Käytännön esimerkkejä muutoksen toteuttamisesta on olemassa (Ashford ym. 2010, Prestwich ym. 2014a, Warner ym. 2014).

Toistaiseksi laajimmassa asiaa koskevassa meta-analyysissä (Vasiljevic ym. 2016) ei – vastoin usein esitettyjä käsityksiä (Conner ym. 2013) – havaittu selvää eroa sosiaaliryhmien välillä aikeen ja käyttäytymisen korrelaatiossa tarkasteltaessa liikuntaa, ravitsemusta ja tupakastavieroituslääkkeiden säännöllistä käyttöä. Pitää tämä tulos sitten lopulta paikkansa tai ei, terveyserojen kaventamisesta tarvitaan joka tapauksessa sellaisia tarpeen mukaan kohdistettuja interventioita, joissa lisätään muutoksen tarvitsemia resursseja (pystyvyyttä) ja vähennetään sitä haittaavia esteitä (materiaalisten, kulttuuristen ja sosiaalisten resurssien puutetta). Tällaisten kansanterveysinterventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa – ja myös kliinisessä työssä – olisi hyödyllistä ottaa huomioon vaikuttaviksi osoitetut psykososiaaliset mallit ja niiden osoittamat muutoskeinot (Glanz & Bishop 2010).

Mitä opimme?

- ◆ Terveysneuvonnassa, joka auttaa elintapojen muuttamisessa, on kysymys paitsi tiedon jakamisesta myös osallistujan muunlaisesta valmistamisesta muutokseen ja sen ylläpidon tukemisesta.
- ◆ Tässä artikkelissa tarkastellaan kuutta sellaista tietoiseen päätöksentekoon perustuvaa pääteoriaa/mallia, jotka voivat toimia terveysneuvonnan tukena ja joiden vaikutuksia terveyskäyttäytymisen muutokseen on arvioitu systemaattisissa katsauksissa.
- ◆ Käytännöllisesti katsoen kaikki systemaattisten katsausten tutkimukset näyttävät, että mikä tahansa esiteltyistä malleista on tehokkaampi kuin vertailukohteena oleva terveysneuvonta – tavallisesti vallitseva käytäntö. Lupaavimmaksi teorioista arvioitiin Schwarzerin terveystoiminnan prosessimalli (HAPA-malli), mutta muillakin on arvonsa.
- ◆ Terveysneuvonnan pohjaksi tarjoutuvia teorioita kannattaa siksi tarkastella kriittisesti ja tarvittaessa käyttää asiantuntija-apua neuvonnan ja interventioiden kehittämiseen.

Lähteet

- Ajzen, Icek (2006) Behavioral interventions based on the Theory of Planned Behavior. https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb_intervention.pdf.
- Ajzen, Icek (2011) Behavioral interventions. Design and evaluation guided by the theory of Planned Behavior. Teoksessa Mark, Melvin M. & Donaldson, Stuart I. & Campbell, Bernadette C. (toim.): *Social psychology for program and policy evaluation*, 74–100. New York: Guilford.
- Ajzen, Icek (2012) Attitudes and persuasion. Teoksessa Deaux, Kay & Snyder, Mark (toim.) *The Oxford Handbook of Personality and Social Psychology*, 367–93. New York: Oxford University Press.
- Ajzen, Icek (2014) The Theory of Planned Behaviour is alive and well, and not ready to retire: a commentary on Sniehotta, Pressau, and Araújo-Soares. *Health Psychology Review* 9(2), 131–7.
- Ashford, Stefanie & Edmunds, Jemma & French, David P (2010) What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity: A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology* 15, 265–88.
- Armitage, Christopher J (2009) Is there utility in the transtheoretical model. *British Journal of Health Psychology* 14(2), 195–210.
- Bandura, Albert (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, Albert (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, Albert (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior* 31, 143–64.
- Bandura, Albert (2006) Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science* 1(2), 164–80.
- Becker, Marshall H & Drachman Robert H & Kirscht John P (1974) A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health* 64, 205–16.
- Bélanger-Gravel, Ariane & Godin, Gaston & Amireault, Steve (2013) A meta-analytic review of the effect of implementation intentions on physical activity. *Health Psychology Review* 7(1), 23–54.
- Bully, Paola & Sánchez, Alvaro & Zabaletadel-Olmo, Edurne & Pombo, Haizea & Grandes, Gonzalo (2015) Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. *Preventive Medicine* 76, S76–S93.
- Carraro, Natasha & Gaudreau, Patrick (2013) Spontaneous and experimentally induced action planning and coping planning for physical activity: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise* 14, 238–48.
- Conner, Mark (2010) Cognitive determinants of health behavior. Teoksessa Steptoe, Andrew (toim.) *Handbook of Behavioral Medicine*, 19–30. New York: Springer.
- Conner, Mark & McEachern, Rosemary & Jackson, Cath & McMillan, Brian & Woolridge, Mike & Lawton, Rebecca (2013) Moderating effect of socioeconomic status on the relationship between health cognitions and behaviors. *Annals of Behavioral Medicine* 46, 19–30.
- Davis, Rachel & Campbell, Rona & Hildon, Zoe & Hobbs, Lorna & Michie, Susan (2015) Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping preview. *Health Psychology Review* 9(3), 323–44.
- Deci, Edward L & Ryan Robert M (2000) The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* 11(4), 227–68.
- Diep, Cassandra S & Chen, Tzu-An & Davies, Vanessa F & Baranowski Janice C & Baranowski Tom (2014) Influence of behavioral theory on fruit and vegetable intervention effectiveness among children: A meta-analysis. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 46(6), 506–46.
- Fishbein, Martin & Ajzen, Icek (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Boston: Addison-Wesley.
- Glanz, Karen & Bishop, Donald B (2010) The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health* 31, 399–418.
- Gollwitzer, Peter M (1999) Implementation intentions Strong effects of simple plans. *American Psychologist* 54, 493–503.
- Gourlan, Mathieu & Bernard, Paquito & Bortolon, Cathrine & Romain, Ahmed Jérôme & Lareyre, Oliver & Carayol, Marion & Ninot,

- Grégory & Boiché, Julie (2015) Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Psychology Review*, DOI:10.1080/17437199.2014.981777.
- Husebø, Anne ML & Dyrstad, Sindre M & Søreide, Jon A & Bru, Edvin (2012) Predicting exercise adherence in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of motivational and behavioural factors. *Journal of Clinical Nursing* 22, 4–21.
- Leventhal, Howard & Mora, Pablo A (2008) Predicting outcomes of modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: An International Review* 57(1), 51–65.
- Lippke, Sonia & Ziegelmann, Jochen P (2008) Theory-based health behavior change: Developing, testing, and applying theories for evidence-based interventions. *Applied Psychology: An International Review* 57(4), 698–716.
- Melkas, Tapani (2013) Terveys kaikissa politiikoissa –periaate Suomen terveystoimintakassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78(2), 181–96.
- Michie, Susan & West, Robert & Campbell, Rona & Brown, Jamie & Gainforth, Heather (2014) *ABC of behavior change theories*. Great Britain: Silverback Publishing.
- Mäkelä, Marjukka & Varonen, Helena & Teperi, Juha (1996) *Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä*. *Duodecim* 112(21), 1999.
- Nutbeam, Don & Bauman, Adrian (2009) *Evaluation in a nutshell*. Sydney: McGraw-Hill.
- Ng, Johan YY & Ntoumanis, Nikos & Thøgersen-Ntoumani, Cecilie & Deci, Edward L & Ryan, Richard M & Duda, Joan L & Williams, Geoffrey C (2012) Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives of Psychological Science* 7(4), 325–40.
- Pampel, Fed C & Krueger, Patrick M & Denney, Justin T (2010) Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology* 36, 349–70.
- Plotnikoff, Ronald C & Costigan, Sarah A & Karunamuni, Nandini & Lubans, David R (2013) Social cognitive theories used to explain physical activity behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 56, 245–53.
- Prestwich, Andrew & Sniehotta, Falko F & Whittington, Craig & Dombrowski, Stephan U & Rogers, Lizzie & Michie, Susan (2014a) Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? A meta-analysis. *Health Psychology* 33(5), 465–74.
- Prestwich, Andrew & Kellar, Ian & Parker, Richard & MacRae, Siobhan & Learmonth, Matthew & Sykes, Bianca & Taylor, Natalie & Castle Holly (2014b) How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health Psychology Review* 8(3), 270–85.
- Prochaska, James O & DiClemente, Carlo C (1982) *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276–88.
- Prochaska, James O & Velicer, Wayne F (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12(1), 38–48.
- Riebl, Shaun K & Estabrooks, Paul A & Dunsmore, Julie C & Savla, Jyoti & Frisard, Madlyn I & Dietrich, Andrea M & Peng, Yiming & Zhang, Xiang & Davy, Brenda M (2015) A systematic literature review and meta-analysis: The Theory of Planned Behavior's application to understand and predict nutrition-related behavior in youth. *Eating Behaviors* 18, 160–78.
- Rhodes, Ryan E & Yao, Christopher A (2015) Models accounting for intention-behavior discordance in the physical activity domain: a user's guide, content overview. And review of current evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12, 9, DOI 10.1186/s12966-015-0168-6.
- Robinson, Lisa M & Vail, Sara R (2012) An integrative review of adolescent smoking cessation using the Transtheoretical Model of Change. *Journal of Pediatric Health Care* 26, 336–45.
- Rogers, Ronald W & Prentice-Dunn, Steven (1997) *Protection motivation theory*. Teoksessa Gochman, David (toim.) *Handbook of health behavior research*, Vol. 1 Determinants of health behavior: Personal and social, 113–32. New York: Plenum.
- Ryan, Richard M & Patrick, Heather & Deci, Edward L & Williams, Geoffrey C (2008) Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *European Health Psychologist* 10, 1–5.
- Schwarzer, Ralf (2008) *Modeling health behavior change: How to predict and modify the*

- adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review* 57(1), 1–29.
- Schwarzer, Ralf & Lippke, Sonia & Luszczynska, Aleksandra (2011) Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology* 56(3), 161–70.
- Sheeran, Pashal & Harris, Peter R & Epton, Tracy (2014) Does heightening risk appraisal change people’s intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychological Bulletin* 140(2), 511–43.
- Skinner, Ellen A (1996) A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology* 71(3), 549–70.
- Sniehotta, Falko F & Pressau, Justin & Araújo-Soares, Vera (2014) Time to retire the theory of planned behavior. *Health Psychology Review* 8(1), 1–7.
- Sutton, Stephen (2015) Health behavior, psychosocial theories of. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* 10, 577–81. Amsterdam: Elsevier.
- Teixeira, Pedro J & Carraça, Eliana V & Markland, David & Silva, Marlene N & Ryan, Richard M (2012) Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review 9:78, <http://www.ijbnpa.org/content/9/1/78>.
- Thompson, Erika L & Vamos, Cheryl A & Daley, Ellen M (2015) Physical activity during pregnancy and the role of theory in promoting positive behavior change: A systematic review. *Journal of Sport and Health Science*, doi: 10.1016/j.shs.2015.08.001.
- Tierney, Stephanie & Mamas, Mamas & Skelton, Dawn & Woods, Stephen & Rutter, Martin K & Gibson, Martin & Neyes, Ludwig & Deaton, Christi (2011) What can we learn from patients with heart failure about exercise adherence? A systematic review of qualitative papers. *Health Psychology* 30(4), 401–10.
- Upton, Dominic & Thirlaway, Katie (2014) *Promoting health behavior, a practical guide*. London: Routledge.
- Vasiljevic, Milica & Ng, Yin-Lam & Griffin, Simon J & Sutton, Stephen & Marteau, Theresa M (2016) Is the intention-behaviour gap greater amongst the more deprived? A meta-analysis of five studies on physical activity, diet, and medication adherence in smoking cessation. *British Journal of Health Psychology* 21, 11–30.
- Warner, Lisa M & Schütz, Benjamin & Wolff, Julia K & Parschau, Linda & Wurm, Susanne & Schwarzer, Ralf (2014) Sources of self-efficacy for physical activity. *Health Psychology* 33(11), 98–108.
- West, Robert T (2005) Editorial Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* 100, 1036–9.
- Young, Myles D & Plotnikoff, Ronald C & Collins, Clare E & Callister, Robin & Morgan, Philip J (2014) Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 15, 983–95.

LOPUKSI

Terveyden edistämisen tulevaisuuksia

Terveyden edistäminen on klassisen määritelmän mukaan toimintaa, jolla parannetaan ihmisten mahdollisuuksia huolehtia, ei vain omasta, vaan myös ympäristönsä terveydestä. Terveyden edellytyksiä esiintyy niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnan tasolla. Tämä kirjan näkökulmana on ollut eritellä yksilöiden mahdollisuuksia niin, että yksilö ymmärretään yhteisöjensä ja yhteiskuntansa jäsenenä. Tarkastelussa ovat olleet erityisesti ne yksilön ylä- ja ulkopuolella sijaitsevat olosuhteet, joita luonnehtii eriarvoisuus.

Eriarvoisuus-näkökulma johtaa kiinnittämään huomiota etenkin väestöryhmiin, jotka ovat tavalla tai toisella muita heikommassa tai haavoittuvammassa sosiaalisessa asemassa. Yhteiskuntafilosofisessa mielessä eriarvoinen asema voi ilmetä kolmella ulottuvuudella. Se voi liittyä ihmisarvoon, käytettävissä oleviin voimavaroihin tai elämänehtoihin, jolla tarkoitetaan terveydessä, kuolleisuudessa, ravitsemuksessa ja vastaavissa ilmiöissä esiintyviä sosiaalisesti rakentuneita eroja. Vaikka ulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, käsitteellisesti ne on syytä pitää erillään. Kuitenkin elämänehtoihin perustuvaan eriarvoisuuteen vaikuttavat merkittävästi erot voimavaroissa ja ihmisarvossa. (Therborn 2014, 62–66; ks. myös Sennett 2004.) Yhteiskunnassa ilmenevän eriarvoisuuden taustalla on useita mekanismeja ja monimutkainen dynamiikka, jota ei ole tilaa analysoida tässä kirjoituksessa pidemmälle, mutta olennaista on havaita, että eriarvoisuutta esiintyy myös hierarkkisenä ja kerrostuneena, ei vain kaksiluokkaisena ilmiönä, esimerkiksi huono- ja hyväosaisten välillä.

Terveyden edistäminen nämä lähtökohdat huomioiden edellyttää otetta, joka poikkeaa toisaalta perinteisestä terveystasvatuksesta ja toisaalta johtaa kehittämään käytäntöjä ja lähestymistapoja, joista hyötyvät erityisesti huono-osaiset. Tätä näkökulmaa Marita Sihto (tässä kirjassa) nimittää ”kolmanneksi tieksi” painottaen toimintoja, jotka jättävät tilaa ihmisten omalle aktiivisuudelle, arvostuksille ja merkityksenannolle kuitenkin huomioiden ne (yhteiskunta)rakenteelliset rajoitteet ja reunaehdot, joissa nämä voivat toteutua. Näkökulma on uusi siinä mielessä, että sen taustalla olevaa kansainvälistä keskustelua ei juuri Suomessa tunneta. Sillä on kuitenkin juurensa kotimaisessakin terveystieteellisessä kehittämistyössä. Esimerkiksi Valtion lääketieteellisen toimikunnan työryhmäraportis-

sa *Elämäntavan terveystutkimuksen tutkimusohjelma* (1989) arvioitiin kriittisesti sekä terveystutkimuksen mahdollisuuksia että ”taloudellisia määreitä painottavaa” tutkimusta, jota syytettiin ”kireän ylideterministiseksi” eli tulkinnaiseksi, jossa ihmisten arkielämä nähdään yhteiskunnan makrorakenteiden määräämäksi. Jo tuolloin tuotiin esiin kulturalistisia näkemyksiä, joihin viitattiin elämäntavan käsitteellä. ”Elämäntavan terveystutkimus” ei kuitenkaan juurikaan vakiintunut tuolloin hahmotellussa muodossa suomalaisen terveystutkimuksen malliksi eikä sitä soveltaneita käytäntöjä ole juuri kehittynyt.

Eriarvoisuudesta tietoisella terveyden edistämistoiminnalla on kuitenkin jo verraten vakiintuneita sisarkäytäntöjä, joista ilmeisin on rakenteellinen sosiaalityö. Rakenteellisella sosiaalityöllä tarkoitetaan ”asiakkaiden arjesta tuotetun tiedon välittämistä” yhteiskunnallisen päätöksenteon pohjaksi (Karjalainen ja Sarvimäki 2005). Tätä tietoa kootaan esimerkiksi arvioimalla päätösten sosiaalisia vaikutuksia, sosiaalisen raportoinnin keinoin, vaikuttamalla verkostomaisesti ja yhä enemmän sosiaalisen median kautta. Myös yhteisösosiaalityönä tunnettu sosiaalityön osa-alue sisältää elementtejä, joiden omaksuminen hyödyttäisi terveyden edistämistä. Sosiaalityö ja terveyden edistämisen käytännöt ovat kuitenkin toistaiseksi olleet sekä organisatorisesti että oppihistoriallisesti niin erillään, että ne eivät ole juurikaan voineet olla vuorovaikutuksessa (ks myös Kananoja ja Karjalainen 2016). Tämä siitä huolimatta, että molemmilla on esimerkiksi asianajon (advocacy) käsitteen kautta ideologinen toiminnallinen pyrkimys.

Kolmannen tien mukainen terveyden edistäminen on käsitteiden tasolla paljon velkaa sosiaalitieteille. Esimerkiksi kyvykkyys, toimintamahdollisuudet ja valtaistaminen ovat alkujaan yhteiskuntafilosofisten teorioiden käsitteitä. Niiden käytännön sovelluksia on kansainvälisesti kehitelty sosiaalisen markkinoinnin avulla. Sanna Aaltonen (2016) määrittelee sosiaalisen markkinoinnin toiminnaksi, joka tähtää yksilön tai yhteisön hyvinvointia lisääviin käyttäytymismuutoksiin markkinoinnin kanavia ja työkaluja soveltaen. Niiden ideana on toimia (toivotun) muutoksen tai omien toimintamahdollisuuksien havaitsemisen ajureina tai kannustajina, mitä kutsutaan ”tuuppaamiseksi” (nudge). Australiassa nuorten hyvinvointia tukeva sosiaalinen markkinointi on kehittynyt digitaalisissa ympäristöissä, ja olennaista on ollut kehitystyön läpileikkaava nuorisolähtöisyys. Sikäläisessä toiminnassa nuorisolähtöisyys on tarkoittanut muun muassa nuorten mukaan ottamista interventtioiden suunnitteluun, kielellistä herkkyyttä nuorten tavoille ilmaista itseään ja vaikkapa nuorten asiantuntijaraateja, jotka takaavat, että nuorille suunnatut virtuaalitulat ja viestintä ovat heidän näkökulmastaan luontevia, uskottavia ja aidontuntuksia.

Nuorisoesimerkki osoittaa, että mallien ja käytäntöjen soveltaminen on tehtävä harkiten, sillä se mikä toimii esimerkiksi nuorisotyössä, sosiaalisten ongelmien tai haittojen poistamisessa ei välttämättä sovi sellaisenaan terveyden alalle. Esimerkiksi terveyden lukutaito on käsitteellinen malli, joka tavoittaa vain osin terveyteen liittyvää osaamista ja ohittaa siihen liittyvän emotionaalisen elementin,

kuten Karoliina Kaasalainen (tässä kirjassa) osoittaa. Korostaessaan kognitiivisia kykyjä terveyden lukutaidon korostaminen voi peräti kääntyä itseään vastaan, sillä nämä kyvyt voivat vaihdella väestöryhmittäin.

Terveyden sosiaaliryhmittäiset erot – ainakin sikäli kuin ne ovat ”tarpeettomia, vältettävissä, kohtuuttomia ja epäoikeudenmukaisia” (Whitehead 1992) – ovat myös eettinen kysymys. Tässä mielessä terveyden edistämiseen terveyserojen poistamiseksi on jopa eettinen velvollisuus, mikä ei kuitenkaan merkitse, että terveys sinänsä olisi ylitse käyvä, perimmäinen arvo. Jo nyt on merkkejä siitä, että terveellisyydestä on muodostumassa moraalinen velvoite, jota käytetään normatiivisesti arvioitaessa yksilöiden käyttäytymistä tai määritettäessä eri väestöryhmien arvo yhteiskunnassa. Mitä voimakkaammin terveys yhdistyy kansalaisuuteen, sitä vahemmiksi nousevat tällaiset äänenpainot (terveyskansalaisuudesta ks. Helén ja Jauho 2003).

On myös toisinpäin. Kolmannen tien terveyden edistämässä on kriittisesti pohdittava, kenen arvoja ja arvostuksia toiminta noudattaa. Eri väestöryhmät voivat esimerkiksi ymmärtää terveydellä ja terveydelle merkityksellisillä tekijöillä eri asioita. Edelleen terveyden saama merkitys vaihtelee yksittäisten henkilöidenkin elämänkulussa, joten abstrakti *terveyslähtöisyys* ei voi olla itsestään selvä toiminnan oikeutus. Sen sijaan tarvitaan *kulttuurisesti ja sosiaalisesti herkistynyttä* terveyden edistämistä, joka tunnistaa ihmisten arvostusten ja prioriteettien erot sekä ottaa lähtökohdaksi näistä eroista tietoiset käytännöt, joita kehitetään väestölähtöisesti yhdessä toimijoiden itsensä kanssa.

Tässä kirjassa on hahmoteltu joitakin niistä mahdollisuuksista ja lähestymistavoista, joiden avulla tämä voisi toteutua. Kehittämistyö on kuitenkin vasta alussa, sillä yhtä hyvin kansainvälisesti kuin Suomessa tarjolla on vain niukasti valmiita, koeteltuja malleja ja toimintamuotoja, joiden vaikuttavuudesta on riittävä näyttöä. Myös käytäntöön orientoiva teoria on lapsenkengissään, vaikka teoreettista keskustelua käydäänkin jonkin verran (esim. Abel ja Frohlich 2012; McQueen ym. 2007).

Yhdistyneet Kansakunnat asetti syyskuussa 2015 kestävän kehityksen tavoitteet, jotka velvoittavat kaikkia jäsenmaita seuraamaan ja raportoimaan tavoitteiden saavuttamista. Vuoteen 2030 ulottuvien 17 päätavoitteen osana luvataan taata terveellinen elämä ja hyvinvointi kaiken ikäisille (Tavoite 3) sekä vähentää eriarvoisuutta eri maiden välillä ja niiden sisällä (Tavoite 10). Nämä sitoumukset antavat selvän toimeksiannon myös kolmannen tien terveyden edistämiseksi. Samaan aikaan kehittyvät käytännöt ja niitä tukeva teorianmuodostus lupaavat myös rohkaisevaa tulevaisuutta väestölähtöiselle näkökulmalle.

Lähteet

- Aaltonen, Sanna (2016) Nuorten hyvinvoinnin tukemiseen tarvitaan monta kanavaa. Näkökulma 26. Nuorisotutkimusverkosto: <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/nakokulma26>. [luettu 11.10.2016].
- Abel, Thomas & Frohlich, Katherine (2012): Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine* 74 (2), 236–44.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2013) (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.
- Kananoja, Aulikki & Karjalainen, Pekka (2016) Hyvinvoinnin edistäminen ja yhteisötyö sosiaalipolitiikan uusissa rakenteissa. Teoksessa: Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki Pirjo (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma, s. 156–169.
- Karjalainen, Pekka & Sarvimäki, Pirjo (2005) (toim.) *Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015-toimenpideohjelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. Helsinki: STM.
- McQueen, David & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Juergen M. & Balbo, Laura & Abel, Thomas (2007) *Health & Modernity*. New York: Springer.
- Sennett, Richard (2004) *Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa*. Tampere: Vastapaino.
- Therborn, Göran (2014) *Eriarvoisuus tappaa*. Helsinki: Vastapaino.
- Whitehead, Margaret (1992) The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services* 22(3): 429–45.

KIRJOITTAJAT

Toimittajat:

MARITA SIHTO,
VTT, erikoistutkija, Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

SAKARI KARVONEN,
VTT, tutkimusprofessori, Terveyden
ja hyvinvoinnin laitos;
dosentti, Helsingin yliopisto

Muut kirjoittajat:

MARJA HOLMILA,
VTT, tutkimusprofessori,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

KAROLIINA KAASALAINEN,
TtM, tohtorikoulutettava,
Jyväskylän yliopisto

MERI KOIVUSALO,
LKT, MSc, erikoistutkija,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos;
dosentti, Tampereen yliopisto

TOMI MÄKI-OPAS,
dosentti, FT, tutkimusjohtaja,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
ja Itä-Suomen yliopisto

EVA NYKÄNEN,
OTT, johtava asiantuntija,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

HANNELE PALOSUO,
VTT, vieraileva tutkija,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TUULI RANTALA,
DI, erityisasiantuntija, WSP Finland
Oy; jatko-opiskelija,
Tampereen teknillinen yliopisto

PÄIVI RAUTAVA,
EL, LKT, tutkimusylilääkäri,
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/
Tutkimuspalvelut; ehkäisevän
terveydenhuollon professori,
Turun yliopisto, kansanterveystiede

SIRPA SARLIO-LÄHTEENKORVA,
FT, neuvotteleva virkamies, STM;
dosentti, Helsingin yliopisto

SAKARI SUOMINEN,
LT, professori, Höögskolan i Skövde
University of Skövde;
kliininen opettaja, Turun yliopisto,
kansanterveystiede

ANTTI UUTELA,
VTT, professori emeritus,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos;
dosentti, Helsingin yliopisto

KALLE VAISMAA,
TkT, TM, yksikön päällikkö,
WSP Finland Oy