

TUULIA ROTKO, MARITA SIHTO, HANNELE PALOSUO

Katsaus terveystieteiden arviointiin terveyserojen näkökulmasta



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

TYÖPAPEREITA 24/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo

Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveystietojen näkökulmasta



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2008

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto: Seija Puro

ISBN 978-951-33-2192-5 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2193-2 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy
Helsinki 2008

TIIVISTELMÄ

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta. Stakes, Työpapereita 24/2008, 52 sivua, hinta 16 euroa. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2192-5 (nid.), ISBN 978-951-33-2193-2 (PDF)

Terveyspolitiikan päätavoitteisiin on Suomessa jo parinkymmenen vuoden ajan kuulunut sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Suomen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (STM 2001) on ehdotettu ja edellytetty terveysvaikutusten arvioinnin ulottamista kaikkien politiikkojen ja toimien valmisteluun ja uudelleenarvioimiseen. Terveysvaikutusten arviointimenetelmä (TVA) on suunnittelun ja päätöksenteon apuväline, jonka avulla voidaan järjestelmällisesti arvioida ja tehdä tunnetuksi erilaisten toimien, ohjelmien ja hankkeiden toteuttamisesta aiheutuvia vaikutuksia väestön terveyteen. Muun muassa WHO:ssa terveysvaikutusten arvioinnin nähdään pitävän sisällään menetelmiä ja työvälineitä, joilla arvioidaan erilaisten toimien ja politiikkojen vaikutuksia sekä väestön terveyteen että myös niiden jakautumiseen väestöryhmien välillä (WHO 2001).

Tässä katsauksessa kerrotaan terveysvaikutusten arvioinnin historiasta, kehittämisestä ja nykykäytännöistä Suomessa ja muissa maissa. Näkökulmana on kauttaaltaan terveyden epätasaisen jakautumisen vähentäminen. Katsausta on koottu samaan aikaan, kun Suomessa on valmisteltu kansallista terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa.

Terveysvaikutusten arviointimenetelmän juuret ovat yhtäältä kehitysmaaprojektien yhteydessä aloitetuissa ympäristö- ja terveysvaikutusten arvioinneissa ja toisaalta ehkäisevän sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön piirissä syntyneessä sosiaalisten vaikutusten arvioinnissa, mutta nykyiset käytännöt ovat lähempänä terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan ('healthy public policy') ja politiikan tutkimuksen lähestymistapoja. Terveysvaikutusten arvioinnissa on olennaista, että terveyteen vaikutetaan useiden hallinnonalojen toimilla ja hallinnon eri tasoilla.

Katsauksessa esitellään terveysvaikutusten arvioinnin toteuttamisen vaiheita ja esitellään eri maiden kokemuksia (mm. Ruotsi, Hollanti, Englanti, Australia) terveyserot huomioon ottavista vaikutusten arvioinneista. Katsauksessa käydään läpi myös Suomessa tehtyjä terveyserot tai terveyden sosiaalisten syytekijöiden erot huomioon ottavia ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointeja ja terveys- ja sosiaalisten vaikutusten arviointeja. Lopuksi arvioidaan TVA -menetelmän käyttökelpoisuutta, kehittämisen- ja koulutustarpeita Suomessa. Katsauksen toivotaan osaltaan edistävän terveysvaikutusten arvioinnin kehittämistä ja käyttöä Suomessa yhtenä terveyserojen kaventamisen apuvälineenä.

Avainsanat: arviointimenetelmät, arviointitutkimus, terveyserot, terveysvaikutukset, eriarvoisuus, terveyspolitiikka

SISÄLLYSLUETTELO

1	Johdanto	7
2	Terveyttä määrittävät tekijät ja terveyserot	8
3	Terveyserot suomalaisessa terveyspolitiikassa	10
4	Terveysvaikutusten arvioinnin juuret	13
	4.1 Ympäristövaikutusten arvioinnista terveysvaikutusten arviointiin	13
	4.2 Arviointi – ja vaikuttavuusyhteiskunnan vahvistuminen	14
	4.3 Terveysvaikutusten arviointi ja terveyserot	15
5	Mitä terveysvaikutusten arvioinnilla tarkoitetaan?	17
6	Miten terveysvaikutusten arviointi (TVA) tehdään?	19
	6.1 Arviointiprosessin vaiheet ja toteutus	19
	6.2 Miten huomio kohdistetaan terveyseroihin?	22
7	Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen ja käyttö	24
	7.1 TVA:n kehittäminen WHO:ssa ja EU:ssa	24
	7.2 Maakohtaisia kokemuksia terveysvaikutusten arvioinnista	27
	7.3 Terveysvaikutusten arviointi Suomessa	34
8	Yhteenvetoa ja päätelmiä terveysvaikutusten arvioinnista	39
9	Terveysvaikutusten arvioinnin kehittämistarpeet Suomessa	42
	Lähteet	43
	Liitteet 1–4	

LYHENTEET

- EFHIA** _____ Equity Focused Health Impact Assessment (Australia), tasa-arvoon kohdistuva terveysvaikutusten arviointi
- EPHIA** _____ European Policy Health Impact Assessment (EU)
- HIA** _____ Health Impact Assessment, terveysvaikutusten arviointi, ks. myös TVA ja HKB
- HIIA** _____ Health Inequality Impact Assessment, terveyseroihin kohdistuva terveysvaikutusten arviointi, ks. myös TEVA
- HiAP** _____ Health in All Policies, Terveys kaikissa politiikoissa -periaate
- HSIA** _____ Health Systems Impact Assessment (EU), terveystalvvelujärjestelmän vaikutusten arviointi
- HKB** _____ Hälsokonsekvensbeskrivning, terveysvaikutusten arviointi, ks. myös TVA ja HIA
- IVA** _____ Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (sis. TVA:n ja SVA:n)
- LAVA** _____ Lapsivaikutusten arviointi
- RIA** _____ Regulatory Impact Assessment (Englanti), säädösten vaikutusten arviointia
- SOVA** _____ Suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arviointi
- SUVA** _____ Sukupuolivaikutusten arviointi
- SVA** _____ Sosiaalisten vaikutusten arviointi
- TEVA** _____ Sosioekonomiset terveyserot huomioon ottava terveysvaikutusten arviointi
- TVA** _____ Terveysvaikutusten arviointi, ks. myös HIA ja HKB
- YVA** _____ Ympäristövaikutusten arviointi

1 Johdanto

Terveysvaikutusten arviointimenetelmä (TVA) on suunnittelun ja päätöksenteon apuväline. Terveysvaikutusten arvioinnin avulla voidaan järjestelmällisesti arvioida ja tehdä tunnetuksi erilaisten toimien, politiikkojen, ohjelmien tai hankkeiden toteuttamisesta aiheutuvia merkittäviä vaikutuksia, jotka kohdistuvat väestön ja sen osaryhmien terveyteen ja terveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Terveysvaikutusten arviointi tekee terveyteen vaikuttavat tekijät ja terveyden jakautumisen näkyviksi, ja se voi tarjota päätösten pohjaksi vaihtoehtoja ja lievennysehdotuksia arvioitavista toimista mahdollisesti aiheutuville haitallisille vaikutuksille. Terveysvaikutusten arviointi (TVA), sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA) sekä näitä molempia tarkastelemaan pyrkivä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on kehitetty työkaluiksi hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien tekijöiden huomioon ottamiseksi eri hallinnonaloilla niin kansallisessa, alueellisessa kuin kunnallisessakin päätöksenteossa.

Tässä katsauksessa luodaan silmäys terveysvaikutusten arvioinnin historiaan, kehitykseen ja nykykäyttöön Suomessa ja muissa maissa. TVA-menetelmää tarkastellaan tässä erityisesti terveyden epätasaisen jakautumisen kannalta. Näkökulman kohdistaminen terveyseroihin on ajankohtainen Suomessa, koska terveyden edistämistä ja terveyserojen kaventamista painotetaan hallitusohjelmassa ja valmisteilla on myös kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. Terveyserojen kaventaminen on Terveys 2015 – kansanterveysohjelman (STM 2001) keskeinen tavoite ja siinä edellytetään myös terveysvaikutusten arvioinnin laajentamista kaikkien politiikkojen ja toimintojen valmisteluun ja uudelleenarviointiin.

Raportissa käydään ensin läpi terveyteen ja terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä sekä terveyspolitiikkaa taustaksi terveysvaikutusten arviointimenetelmän käytölle (luvut 2 ja 3). Luvussa 4 tarkastellaan terveysvaikutusten arvioinnin historiaa. Terveysvaikutusten arvioinnin määrittelyä ja periaatteita käydään läpi luvussa 5. Luvussa 6 kuvataan, miten arviointia tehdään sekä miten terveyserot voidaan ottaa huomioon. Luvussa 7 tarkastellaan TVA:n kehittämistä WHO:ssa, EU:ssa, muutamissa esimerkkimaissa ja Suomessa sekä kuvataan terveysvaikutusten arvioinnin käytön laajuutta Euroopan maissa. Lopuksi (luvut 8 ja 9) pohditaan, mitä terveysvaikutusten arvioinnista on opittu ja miten sen käyttöä voitaisiin edistää Suomessa siten, että myös terveyspolitiikan asiakirjoissa hyväksytyt terveyden tasa-arvotavoitteet otetaan huomioon.

2 Terveyttä määrittävät tekijät ja terveyserot

Maaailman terveysjärjestön WHO:n laaja hyvinvointipainotteinen terveystermi määrittää fyysisen terveyden lisäksi terveyden sosiaalisia ja psykologisia ulottuvuuksia (Preamble to the Constitution of the WHO 1946). Siinä viitataan epäsuorasti myös terveyden moninaisiin määrittäjiin, jotka on otettava huomioon, kun erilaisten toimien terveysvaikutuksia arvioidaan. Hyvinvointitutkimuksessa terveys nähdään usein voimavarana, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua (Allardt 1976; Nutbeam 1986; Lahelma ym. 2007). Terveydellä nähdään siten olevan yhtäältä hyvinvointia olennaisesti määrittävä itseisarvoinen luonne ja toisaalta se on keskeinen resurssi sekä yksilön elämässä että yhteiskunnassa.

Terveyttä määrittävillä tekijöillä eli terveyden determinanteilla tarkoitetaan tekijöitä, jotka tavalla tai toisella joko parantavat tai huonontavat yksilöiden ja väestöryhmien terveyttä. Yleisiä terveyden määrittäjiä ovat yhtäältä sosiaalinen, taloudellinen ja fyysinen ympäristö ja niihin liittyvät rakenteet ja politiikka, ja toisaalta yksilön ominaisuudet (esimerkiksi perintötekijät ja biologiset ominaisuudet) sekä käyttäytyminen (mm. elintavat ja riskikäyttäytyminen) (Health Impact Assessment / WHO, 2006). Kun puhutaan terveyden sosiaalisista determinanteista, tarkoitetaan puolestaan yleisesti niitä sosiaalisia olosuhteita, joissa ihmiset elävät ja työskentelevät. Sosiaaliset määrittäjät viittaavat sekä sosiaalisen ympäristön ominaisuuksiin että niihin tapahtumaketjuihin, joiden kautta väestöryhmien väliset terveyserot muodostuvat (WHO Commission on Social Determinants of Health, luonnos 2005; ks. myös Lahelma ym. 2007). Väestöryhmien välisiä terveyseroja tuottavia sosiaalisia ja taloudellisia olosuhteita ovat mm. köyhyys, työttömyys ja huonot asuinolot. Näiden taustatekijöiden ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvien prosessien kautta määritty osaltaan terveyden eriarvoisuus eli pelkistetysti sanoen se, miksi köyhyydessä elävät kuolevat aikaisemmin ja sairastavat useammin kuin ne, jotka elävät paremmissa olosuhteissa (Socioeconomic determinants of health, WHO/Euro, 2007).

Terveyseroilla, ja erityisesti terveyden eriarvoisuudella, tarkoitetaan siten yleensä terveydessä ilmeneviä *systemaattisia eroja*, jotka liittyvät *ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa* (Graham 2004). Tällöin viitataan nimenomaan sosioekonomisiin terveyseroihin, joiden määrittämisessä käytetään tavallisimmin ammattiasemaa, koulutusta tai tulotasausta. Eräät muut suuret väestöryhmien väliset terveyserot, kuten sukupuolten, etnisten ryhmien, siviilisäätyryhmien ja eri alueilla asuvien väestöjen väliset terveyserot, menevät osin päällekkäin sosioekonomisten terveyserojen kanssa.

Terveyteen vaikuttavat yleiset tekijät voivat kohdistua eri tavalla ja eri voimakkuudella eri väestöryhmiin (Dahlgren & Whitehead 2006). Esimerkiksi poliittiset päätökset kasvattavat tai pienentävät terveyseroja, jos niiden vaikutus on rajoittunut tiettyihin terveyden determinanteihin tai on voimakkaampi joissakin sosioekonomisissa ryhmissä (Mackenbach ym. 2004). Sen vuoksi terveyteen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden vaikutuksia tulisi tarkastella aina terveyden tason tai merkittävyyden lisäksi myös terveyden jakautumisen eli eri väestöryhmiin eri tavalla kohdistuvien vaikutuksien kannalta. Esimerkiksi fyysiset työolosuhteet ovat usein merkittävä riskitekijä työntekijöille vähän koulutusta vaativissa erikoistumattomissa työntekijäammateissa,

mutta työn fyysiset ominaisuudet eivät ole merkittävä riskitekijä toimistoympäristöissä työskenteleville virkamiehille tai koko väestölle (Lundberg 1991).

Sosioekonomisia terveyseroja on raportoitu olevan kaikissa Euroopan maissa (Mackenbach 2005). Esimerkiksi korkeakoulututkinnon suorittaneet tai suurituloisimpaan kymmenesosaan kuuluvat ovat keskimäärin terveempiä, heillä on parempi toimintakyky ja he elävät pitempään kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneet tai pienituloisimpaan kymmenesosaan kuuluvat kansalaiset. Lisäksi keskimääräinen terveydentila kohenee asteittain sosiaalisen aseman myötä, eikä kyse ole pelkästään parhaimman ja heikoimman ryhmän välisestä erosta. Euroopan ulkopuolella, erityisesti köyhissä maissa, terveyserot ovat vielä huomattavasti suurempia kuin Euroopassa (The World Health Report 2006).

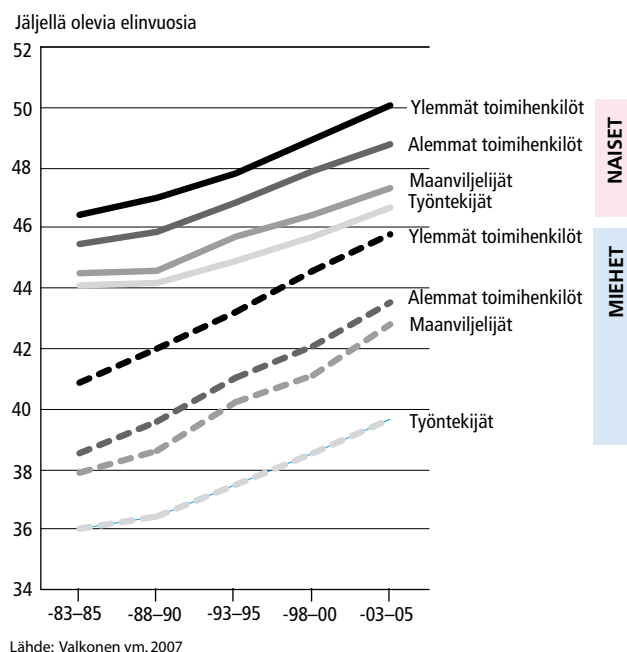
3 Terveyserot suomalaisessa terveystaloudessa

Terveyserojen kaventaminen on ollut keskeinen tavoite Suomen kaikissa terveystaloudellisissa ohjelmissa vuodesta 1986 lähtien. Suomalaisen terveystalouden tavoitteeksi mainitaan usein kaksi päätavoitetta: 1) mahdollisimman hyvä terveyden taso väestössä keskimäärin (tasotavoite) ja 2) väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen (jakaumatavoite) (STM 2001). Tasotavoitteen osalta terveystalouden voidaan sanoa onnistuneen varsin hyvin, sillä väestön terveydentila on monien osoittimien mukaan kohentunut ja väestön elinikä on pidentynyt (Aromaa ym. toim. 2005). Sen sijaan jakaumatavoitetta ei ole lähestytty, vaan sairastavuuserot ovat säilyneet suurina ja kuolleisuuserot ovat viime aikoihin asti kasvaneet (Valkonen ym. 2003; Valkonen ym. 2007; Koskinen ym. 2007).

Suomessa 35-vuotias työntekijämies elää keskimäärin 74-vuotiaaksi, mutta ylempi toimihenkilö elää keskimäärin 6 vuotta pitempään – 80-vuotiaaksi (Kuvio 1). Tämä elinajan ero on nykyisin lähes 1,5 vuotta suurempi kuin 1980-luvun alussa. Erot ovat huomattavia myös naisilla. Elinaika on pidentynyt kaikissa sosiaaliryhmissä, mutta kehitys on ollut hitaampaa työntekijäammateissa toimivilla kuin ylempillä toimihenkilöillä. Suomessa erityisesti työikäisten miesten kuolleisuuserot ovat olleet suuremmat kuin muissa Länsi-Euroopan maissa (Mackenbach ym. 2003; Valkonen ym. 2007). Sosioekonomisia eroja on kuolleisuuden ja sairastavuuden lisäksi myös koetussa terveydessä, toimintakyvyssä ja mielenterveydessä sekä sairauksien riskitekijöissä ja terveyteen vaikuttavissa elintavoissa kuten tupakoinnissa, alkoholinkäytössä, ruokatottumuksissa ja liikunnassa (ks. Palosuo ym. toim. 2007, www.teroka.fi).

Sosioekonomisia terveyseroja ei voida pitää väistämättöminä, kun otetaan huomioon niiden taustalla vaikuttavat sosiaaliset syyt. Niitä ei myöskään voi pitää eettisesti hyväksyttävänä tasa-arvotavoitteita painottavassa hyvinvointiyhteiskunnassa. Parhaimmassa asemassa olevien ryhmien saavuttamaa terveyden tasoa voidaan pitää eräänlaisena tavoitetasona ja osoituksena siitä, mihin suotuisissa olosuhteissa on mahdollista päästä. Suurten väestöryhmien huono terveys heikentää myös koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa. Huono terveys aiheuttaa ennenaikaista työkyvyn menetystä ja lisää palvelujen tarvetta sekä heijastuu myös sosiaalisena syrjäytymisenä. Terveyserot tulevat myös yhteiskunnalle kalliiksi. (Koskinen 2006)

Terveyteen vaikuttavia päätöksiä tehdään koko ajan yhteiskunnan eri areenoilla, sillä esimerkiksi asumisolot, fyysisen ympäristön ominaisuudet, liikennejärjestelyt, koulutus, työolot ja työllisyys vaikuttavat monin eri tavoin terveyteen. Terveyden tasoon ja myös väestöryhmien väliseen terveyden jakautumiseen vaikuttavia päätöksiä tehdään siten koko yhteiskuntapolitiikan kentällä. Muiden hallinnonalojen rooli terveystaloudessa nostettiin esiin jo 1970-luvulla (mm. Alma Atan kokous, WHO 1978). Esimerkiksi terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka (*healthy public policy*) -käsitteellä viitataan terveyden ja tasa-arvon edistämiseen kaikilla politiikan alueilla ja siinä edellytetään mm. päätösten terveysvaikutuksien arvioimista (Adelaiden julistus, Healthy Public Policy 1988). Terveys kaikissa politiikoissa (*Health in All Policies* – HiAP) -ajattelutavan ydin on puolestaan tarkastella niitä terveyden determinantteja, joihin voidaan vaikuttaa eri hallinnonalojen poliittisilla päätöksillä väestön terveyden parantamiseksi. Myös terveyssektorin rooli on luonnollisesti tärkeä: paitsi kiinnittämällä huomiota terveyden edistämiseen ja terveys-



KUVIO 1. Terveyserot Suomessa: 35-vuotiaan jäljellä oleva elinaika eri sosiaaliryhmissä.

erojen kaventamiseen omalla hallinnonalallaan se voi myös toimia terveyden puolestapuhujana ja välittäjänä yhteistyössä muiden hallinnonalojen kanssa (STM 2006a).

Näkökulman kohdistaminen terveyseroihin on ajankohtainen Suomessa kuten myös muualla maailmassa (esim. Judge ym. 2005; WHO 2005). Suomen kahdessa viimeisimmässä hallitusohjelmassa terveyden edistäminen ja terveyserojen vähentäminen on nostettu vahvasti esiin. Valmisteltavana on myös kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. Nämä painotukset ovat Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden mukaisia. Terveys 2015 -ohjelman 8. tavoite edellyttää, että kaikkiin ohjelmassa ilmaistuihin terveyden edistämisen tavoitteisiin ”pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat”. Ohjelmassa on myös asetettu määrällinen tavoite, jonka mukaan sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen olisi pienennettävä viidenneksellä vuoteen 2015 (STM 2001). Lisäksi uudistettu kansanterveyslaki velvoittaa mm. kuntia ottamaan terveyserot huomioon¹.

Se, että sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot eivät ole terveystalouden tavoitteiden mukaisesti toistaiseksi kaventuneet, johtuneekin ainakin osittain siitä, että strategioihin ja ohjelmiin kirjatut tavoitteet eivät ole riittävästi heijastuneet toimintasuunnitelmiin ja väestön terveyden edistämisen käytäntöön (Koskinen 2006; Prättälä ym. 1999). Toinen syy saattaa olla se, ettei muita hallinnonaloja ole saatu riittävästi ottamaan huomioon terveyteen vaikuttavia taustatekijöitä omilla päätöksissään. Koska terveyden taustatekijöihin ja edellytyksiin, jotka puolestaan kohdistuvat eri väestöryhmiin eri tavoin, vaikutetaan laajasti kaikilla hallinnonaloilla, ei terveyssektori yksin pysty edistämään ja saavuttamaan terveyserojen kaventumisen tavoitetta.

Terveysvaikutusten arviointi on väline, joka auttaa päättäjiä eri hallinnonaloilla ennakoimaan, miten erilaiset vaihtoehdot voivat vaikuttaa terveyteen, ja joka siten auttaa arvioimaan

1 ”Kunnan tulee seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin” sekä ”huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa”. (Kansanterveyslain muutos (1.1.2006 14 §))

myös vaihtoehtoisia terveysseurauksia. TVA pyrkii vähentämään yllätysten todennäköisyyttä, välttämään epätoivottuja negatiivisia terveysvaikutuksia ja saavuttamaan mahdollisimman suuret positiiviset terveysvaikutukset valittua politiikkaa toteutettaessa (Kemmm 2006). Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaisesti ”*terveysvaikutusten arviointi tulee laajentaa kaikkien politiikkojen ja toimintojen valmisteluun ja uudelleenarviointiin*” (STM 2001). Terveysvaikutusten arvioinnissa tulisi myös aina kiinnittää huomiota terveyden jakautumiseen eri väestöryhmien välillä ja tehdä näin terveyseroihin vaikuttavat tekijät näkyviksi (Douglas & Scott-Samuel 200; Quigley ym. 2005; Kemmm 2006).

4 Terveysvaikutusten arvioinnin juuret

4.1 Ympäristövaikutusten arvioinnista terveysvaikutusten arviointiin

Maailmanpankki kehitysmaaprojektien suurena rahoittajana kiinnitti huomiota 1970-luvulla siihen, miten kehitysprojektien vaikutuksia luonnon ympäristöön voitaisiin ennakoida (World Development Report 1993 ja 2001). Näillä hankkeilla oli myös merkittäviä vaikutuksia ihmisiin (Kemm & Parry 2004). Maailmanpankin kiinnostus on kohdistunut kuitenkin lähinnä ympäristövaikutusten arviointiin (YVA) ja terveysnäkökohtien huomioon ottamiseen osana ympäristövaikutusten arviointia. Globaalilla tasolla myös Maailman terveysjärjestön toiminta terveysvaikutusten arvioinnin kehittämiseksi juontuu ympäristövaikutusten arvioinnista ja kehitysyhteistyöhankkeista (Intersectoral decision-making... 2000). Myös Yhdistyneiden kansakuntien piirissä on tarkasteltu terveysvaikutuksia, erityisesti terveys- ja kehityskuilun kaventamisen näkökulmasta (Ritsatakis 2004). Tämä on liittynyt kestävän kehityksen¹ tarkasteluihin, joista tunnettuna esimerkkinä on Rio de Janeiron konferenssi 1992. Tässä konferenssissa kestävä kehitys määriteltiin siten, että taloudellinen ja sosiaalinen kehitys sovitetaan luonnonvarojen määräämiin puitteisiin niin että inhimillisen elämän edellytykset tulee turvata nykyisille ja tuleville sukupolville (<http://www.ykliitto.fi/yktieto/rio.htm>).

Terveysvaikutusten arvioinnin kehityksen voi katsoa alkaneen siis suurista kehitysmaaprojekteista, joista aiheutuu merkittäviä terveysvaikutuksia ihmisille ja ympäristölle (Birley 1995). Kiinnostus ympäristö- ja terveysvaikutusten arviointiin kasvoi myös kehittyneissä maissa. Lakisääteinen velvollisuus arvioida eri toimenpiteiden vaikutuksia ympäristöön osana yleistä (luonnon)ympäristövaikutusten arviointia (YVA) toteutui Yhdysvalloissa vuonna 1969 (Burney 1998). Samoin sosiaalisten vaikutusten arvioinnin (SVA) käsite syntyi Yhdysvalloissa ympäristölainsäädännön myötä 1970-luvulla. Sosiaalisten vaikutusten arvioinnin tausta on ehkäisevän sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön traditioissa. Terveysvaikutusten arvioinnilla ja sosiaalisten vaikutusten arvioinnilla on paljon yhteistä, ja rajaa näiden kahden välille on joskus vaikea vetää (Hendley ym. 1999).

Uuden-Seelannin luonnonvarojen hallintalaissa vuodelta 1991 edellytettiin ympäristövaikutusten arviointia siten, että myös vaikutukset lähiympäristöön ja laajemmin sosioekonomiset ja kulttuurivaikutukset arvioidaan. Tätä varten laadittiin opas terveysvaikutusten arvioinnista vuonna 1995 (Public health commission 1995). Saksassa terveysvaikutuksia käsiteltiin osana ympäristövaikutusten arviointia (Fehr 1999). Isossa-Britanniassa julkaistiin opas yhdistetystä terveys- ja ympäristövaikutusten arvioinnista vuonna 1999 (British Medical Association 1999).

¹ Rio de Janeirossa järjestettiin vuonna 1992 YK:n ympäristö- ja kehityskonferenssi (UNCED), jossa kestävään kehitykseen nähtiin kuuluvan ekologinen, sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys. Tämä tarkoittaa, että ympäristö, ihminen ja talous otetaan tasavertaisesti huomioon päätöksenteossa ja toiminnassa. Kestävän kehityksen käsitteistössä sosiaalinen kestävyys tarkoittaa globaalista yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa yhteiskunnan jäsenten kesken. Paikallisella tasolla se käsittää myös kaikkien terveydestä ja työturvallisuudesta huolehtimisen. (<http://www.ykliitto.fi/yktieto/rio.htm>, luettu 13.11.2007)

Terveyspoliittisessa keskustelussa on 1970-luvulta lähtien ollut esillä tavoite edistää ja suojella terveyttä myös muiden kuin terveyssektorin toimin. Suomessa Talousneuvoston terveyspolitiikan jaoston mietinnössä vuonna 1972 nähtiin muiden hallinnonalojen tärkeä merkitys hyvän terveyden tason saavuttamisessa ja terveyden jakautumiseen vaikuttamisessa (Talousneuvosto 1972).

Maailman terveysjärjestön (WHO) vuoden 1977 yleiskokouksen (World Health Assembly) jatkumona WHO:n Euroopan alueen ”Health for All” -strategiassa 1982 (Regional Strategy... 1982) kiinnitettiin huomiota muiden hallinnonalojen rooliin terveyden edistämässä ja terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöön. WHO:ssa terveysvaikutusten arviointia onkin 1980-luvulta lähtien kehitetty yhdeksi käytännön välineeksi eri sektoreiden välisen yhteistyön tukemiseen (Ritsatakis 2004). Terveysvaikutusten arviointia on pidetty hyvänä keinona edistää Ottawan terveyden edistämisen julistuksen (1986) tavoitteita, joiden mukaan myös muiden kuin terveyssektorin tulisi ottaa vastuuta päätöstensä terveysvaikutuksista (Kemm & Parry 2004). 1980-luvulla terveyden edistämistä koskevassa keskustelussa oli esillä 'healthy public policy' (terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka) -lähestymistapa (Milio 1986, WHO 1986), jossa viitataan poliittisiin päätöksiin kohdistuvien terveysvaikutusten arviointiin. Suuri osa TVA:n käytännöistä ja teoriasta pohjautuukin pikemmin 'healthy public policy' -lähestymistapaan ja politiikan tutkimukseen kuin puhtaasti ympäristövaikutusten arviointiin (Kemm 2006). Kiinnostus terveysvaikutusten arviointia kohtaan on viime vuosina lisääntynyt huomattavasti ja menetelmän kehittäminen jatkuu (Kemm & Parry 2004). Terveysvaikutusten arviointia alettiin kehittää systemaatisemmin 1980- ja 1990-luvuilla akateemisissa piireissä erityisesti Isossa-Britanniassa mm. Liverpoolissa (ks. Scott-Samuel 1996). Hollannissa perustettiin terveysvaikutusten arvioinnin yksikkö tutkimaan kansallisen tason poliittisia päätöksiä terveysvaikutusten kannalta. Tämän seurauksena on toteutettu lukuisia terveysvaikutusten arviointeja (Bowen 2004; Kemm 2006).

4.2 Arviointi – ja vaikuttavuusyhteiskunnan vahvistuminen

Terveysvaikutusten arvioinnin kehittyminen liittyy myös arviointitutkimuksen lisääntymiseen yleensä. Kokeellista arviointitutkimusta tehtiin jo 1960-luvulla. 1980-luvulla arviointitutkimuksessa korostuivat ympäristöajattelu sekä sosio-kulttuuristen merkitysten ja prosessien nousu politiikan vaikutusten tarkastelun rinnalle. 1990-luvulla arviointitutkimuksen lisääntymiseen vaikuttivat yhteiskunnallisen rakennemuutoksen nopeutuminen ja monimutkaistuminen sekä tarve hallita muutoksia ja globalisaatiokehityksen tuomaa kasvavaa epävarmuutta 2000-luvulla. (Roininen 2007; Chelimsky & Shadish 1997; Sairinen 2008)

On puhuttu jopa ”arviointiyhteiskunnan” syntymisestä, millä tarkoitetaan yhteiskunnan ohjauksen siirtymää normiohjauksesta evaluointiohjaukseen. Myös tiedeyhteisö kiinnostui kehittämään arvioinnin menettelytapoja ja metodeja (Sairinen 2008). 1980-luvun lopulla alkaneessa hyvinvointivaltion suunnanmuutoksessa palvelujen markkinaehtoisuutta alettiin lisätä, julkisia hyvinvointitehtäviä ryhdyttiin kaventamaan ja uuden julkisjohtamisen (New Public Management) toimintamallit tulivat käyttöön. Muutokset merkitsivät *vaikuttavuuden* käsitteen läpimurtoa sekä uusien tilivelvollisuuden käytäntöjen eli tuloksellisuuden ja auditoinnin sekä näyttöperusteisen vaikutusten arvioinnin voimistumista hallinnoinnissa (Rajavaara 2007).

Rajavaaran (2007) mukaan lähes kaikkea julkista toimintaa tarkastellaan nykyisin vaikuttavuuden näkökulmasta. Arviointimenettelyjen laajaa levinneisyyttä hyvinvointipalveluihin ovat edistäneet lukuisat lainsäädäntöön pohjautuvat arvioimisen velvoitteet. Suomen lainsäädännössä on ainakin 80 arviointiin velvoittavaa säädöstä, joista useimmat ovat syntyneet 1990-luvulla. Yhteiskuntapolitiikkaa ohjataan yhä enemmän vaikuttavuustiedon avulla. Näyttöperusteinen vaikuttavuuden ja vaikutusten arviointi alkoi kehittyä 1990-luvulta alkaen. Rajavaaran mukaan on perusteltua puhua ”vaikuttavuusyhteiskunnasta”, jossa vaikutustieto on tullut keskeiseksi vaa-

timukseksi ja vaikutuksia arvioivien tietokäytäntöjen merkitys on lisääntynyt. Samalla on myös arvioitu, että pitkäjänteisen hyvinvointipolitiikan pirstoutuminen ja laaja-alaiseksi muodostunut projektihallintomalli heikentävät olennaisesti vaikuttavuusarvioinnin metodisia mahdollisuuksia (Warpenius 2006).

4.3 Terveysvaikutusten arviointi ja terveyserot

Terveysvaikutusten arviointi ei alun pitäen kohdistunut sosiaaliseen eriarvoisuuteen vaan pikemmin ympäristönmuutosten aiheuttamiin terveysvaikutuksiin, mutta metodin todettiin soveltuvan myös sosioekonomisten terveysvaikutusten arviointiin (Ritsatakis ym. 2002). Sittemmin terveysvaikutusten arviointia on korostettu välineenä, jonka avulla voidaan ehkäistä ja korjata terveyden eriarvoisuutta, ja tämä onkin todennäköisesti viime vuosina ollut tärkein tekijä sen käytön yleistyemisessä (WHO 1997; WHO 2006; Acheson 1998). Kaksituhatluvun vaihteessa monissa Euroopan maissa (esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Ruotsissa) julkaistiin terveystaloudellisia ohjelmia ja strategioita sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta. Näissä ohjelmissa ja kannanotoissa painotetaan, että interventiot ja poliittiset päätökset, joiden uskotaan kaventavan terveyseroja, ovat pääasiassa terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella. Terveyseroihin vaikuttaviin tekijöihin voidaan näin ollen puuttua monien eri hallinnonalojen toimilla ja yhteistyöllä. Tässä yhteydessä nostettiin esiin terveysvaikutusten arviointimenetelmä. Englantilaiset, ruotsalaiset ja hollantilaiset kansallisten ohjelmien ja strategioiden valmisteluun osallistuneet asiantuntijat ovat suositelleet terveysvaikutusten arviointimenetelmää päätöksentekoa tukevana keinona eri hallinnonaloilla. (Acheson 1998; Östlin & Diderichsen 2001; Mackenbach ja Stronks 2002)

Terveyden oikeudenmukaisuus (equity) on terveysvaikutusten arvioinnin taustalla oleva perusarvo (Ritsatakis ym. 2002; Douglas & Scott-Samuel 2001; Douglas ym. 2001; European Centre for Health Policy 1999; Health Development Agency 2001; Kemm 2001.) Simpsonin ym. (2005) mukaan terveysvaikutusten arvioinnin puolestapuhujat korostivat 1990-luvun puolivälissä menetelmän käyttöä arvioitaessa erityisesti politiikkojen mahdollisia vaikutuksia tasa-arvon kannalta – ja tästä käytettiin nimitystä Health Inequality Impact Assessment HIIA (Acheson ym. 1998. Acheson 2000, WHO 1997) eli terveyserovaikutusten arviointi. Terveyserovaikutusten arvioinnissa tähdennetään nimenomaan sosioekonomisten terveyserojen ja yleensä eriarvoisuuden huomioon ottamista. Varsinaista erillistä terveyserovaikutusten arviointimetodologiaa ei kuitenkaan ole olemassa. Sen sijaan on olemassa esimerkkejä työkaluista sekä erillisiä ohjeita, tarkistuslistoja jne. terveyserojen huomioon ottamiseksi osana terveysvaikutusten arviointia (esim. Med focus på hälsan 1998; Douglas 2002; NHS for Wales 2004; Mackenbach ym. 2004; Mahoney ym. 2004; Quigley ym. 2005).

Terveyseroja (inequalities in health) ja terveyden eriarvoisuutta (inequity)² käytetään usein rinnakkaiskäsitteinä (esim. Whitehead & Dahlgren 2006). Eriarvoisuustermiin sisältyy aina myös eettinen kannanotto: terveyden eriarvoisuudesta puhutaan silloin, kun tarkasteltavia terveyseroja ei voida pitää hyväksyttävänä ja kun niitä on mahdollista vähentää terveys- ja yhteiskuntapolitiikan toimin (Palosuo & Koskinen 2005). Australiassa ja Uudessa-Seelannissa otettiin käyttöön termi *Equity Focused Health Impact Assessment* (EFHIA), jolla viitataan laajasti oikeudenmukaisuuden huomioon ottamiseen (sisältäen sukupuolten, asuinalueiden, etnisen taustan ja sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot) osana terveysvaikutusten arviointimenetelmää. Australialaisten tutkijoiden hankkeessa toteutettiin systemaattinen katsaus tasa-arvon huomioimisesta vaikutusarvioinnissa yleensä ja erityisesti terveysvaikutusten arvioinnissa (Harris-Roxas ym. 2004). Katsaukseen

2 Terveyseroista käytetään eri perinteissä ja eri maissa vaihtelevia käsitteitä: disparities, inequalities, inequity. Neutraalein termi on difference (ero), jossa ei oteta kantaa terveyserojen ”oikeudenmukaisuuteen” (ks. termeistä esim. Whitehead & Dahlgren 2006; Dahlgren & Whitehead 2006; Graham & Kelly 2004; Braveman 2006).

kerättiin raportoitua tietoa eri menetelmillä tehdyistä terveysvaikutusten arvioinneista. Noin 600:n mukaan kelpuutetun raportin aineistosta (n = 579) löytyi 42 raporttia, joissa käsiteltiin tasa-arvokysymyksiä. Näistä 57 % oli Britanniassa tehtyjä terveysvaikutusten arviointeja ja 79 % oli julkaistu kolmen edeltäneen vuoden sisällä. Vaikka terveysvaikutusten arvioinnin puolestapuhujat yleensä korostavat tasa-arvon huomioimista (Kasperson 1983, Banken 1999, Acheson 2000), Australiassa tehty TVA -julkaisu koskeva katsaus osoitti, että erilaisten tasa-arvovaikutusten nimenomainen käsittely on käytännössä harvinaista (Harris-Roxas ym. 2004).

5 Mitä terveysvaikutusten arvioinnilla tarkoitetaan?

Terveysvaikutusten arvioinnin (TVA, englanniksi Health Impact Assessment HIA) tarkoituksena on tarjota tietoa ja vaihtoehtoja päätöksenteon tueksi. Terveysvaikutusten arvioinnin avulla pyritään varmistamaan, että päätöksenteko aktiivisesti edistää terveyttä ja vähentää terveyseroja, tai vähintäänkin, etteivät päätökset tahattomasti huononna terveyden edellytyksiä (Arderin 2004). Terveysvaikutusten arvioinnin avulla päätöksentekoa voidaan kehittää vaikutustietoisempaan, läpinäkyvämpään ja osallistavampaan suuntaan; se tuo systemaattisuutta valmisteluun ja selkiyttää päätöksen perusteluja. (Metcalf ym. 2006; Nelimarkka & Kauppinen 2007)

Terveysvaikutusten arvioinnille on esitetty monenlaisia määritelmiä. Niillä kaikilla on kuitenkin yhteisiä piirteitä, jotka kiteytyvät hyvin paljon käytetyssä Maailman terveysjärjestön määritelmässä. **WHO:n määritelmän** (WHO 2001) mukaan terveysvaikutusten arviointi on ”yhdistelmä toimintatapoja, menetelmiä ja työvälineitä, joilla arvioidaan politiikkojen, ohjelmien tai hankkeiden mahdollisia vaikutuksia väestön terveyteen ja näiden vaikutusten jakautumista väestöryhmien välillä”.

Terveysvaikutusten arvioinnissa siis pyritään ottamaan huomioon, miten päätökset ja niiden toimeenpano saattavat vaikuttaa ihmisten terveyteen ja sen jakautumiseen, sillä kukin päätös saattaa vaikuttaa erilaisilla eri väestöryhmiin. Vaikutuksella tarkoitetaan tässä päätöksestä aiheutuvan muutoksen seurauksia eri ihmisryhmille. Esimerkiksi alkoholin hinnan alentamisesta aiheutuu todennäköisesti alkoholin kulutuksen kasvu, joka voi olla erisuuruinen eri väestöryhmissä ja jonka haittavaikutukset kohdistuvat eri tavoin eri väestöryhmiin. Vaikutusten arvioinnissa on usein kyse enemmän prosessista kuin varsinaisesta metodista, koska se ei ole yksittäinen menetelmä vaan tilanteesta riippuva kokoelma eri menetelmiä, joita prosessiin osallistuvat oppivat käsittelyn edetessä (Sairinen 2008).

Terveysvaikutusten arvioinnin tuloksia voidaan soveltaa niin ylikansalliseen, kansalliseen, alueelliseen kuin kunnalliseen tai paikalliseenkin päätöksentekoon. Terveysvaikutusten arviointi on alun perin kehitetty tunnistamaan terveysvaikutuksia hankkeissa, ohjelmissa ja politiikoissa, jotka ovat epäsuorasti yhteydessä terveyteen. Terveysvaikutusten arviointi selvittää siis erityisesti *eri hallinnonaloilla* tehtävien päätösten vaikutuksia ihmisten terveyteen (Ritsatakis ym. 2002). TVA:ta käytetään myös suoraan terveyteen liittyvissä hankkeissa (Statens Folkhälsoinstitut 2004; Mathers ym. 2004; Roscam Abbing 2004; Blau ym. 2006).

Terveysvaikutusten arviointiprosessi eroaa perinteisestä arviointitutkimuksesta siinä, että sen avulla pyritään ennakoimaan tulevien päätösten seurauksia. Terveysvaikutusten arviointi on metodisesti enemmän kiinni historiallisessa kontekstissaan kuin varsinainen arviointitutkimus, joka on periaatteessa toistettavissa olevaa (Scott-Samuel 1996). TVA ei summaa vaikutuksia keskenään eikä yksilöi parasta vaihtoehtoa (kuten esimerkiksi riskinarviointi tai kustannus-hyöty -analyysi pyrkii tekemään), vaan päätökset ja arvovalinnat jäävät päättäjien tehtäväksi (Kemmi 2006).

Terveysvaikutusten arviointia käsittelevässä kirjallisuudessa puhuttiin alkuun *ennakoarvioinnista* (prospective HIA), *samanaikaisesta* tai *rinnakkaisarvioinnista* (concurrent HIA) ja

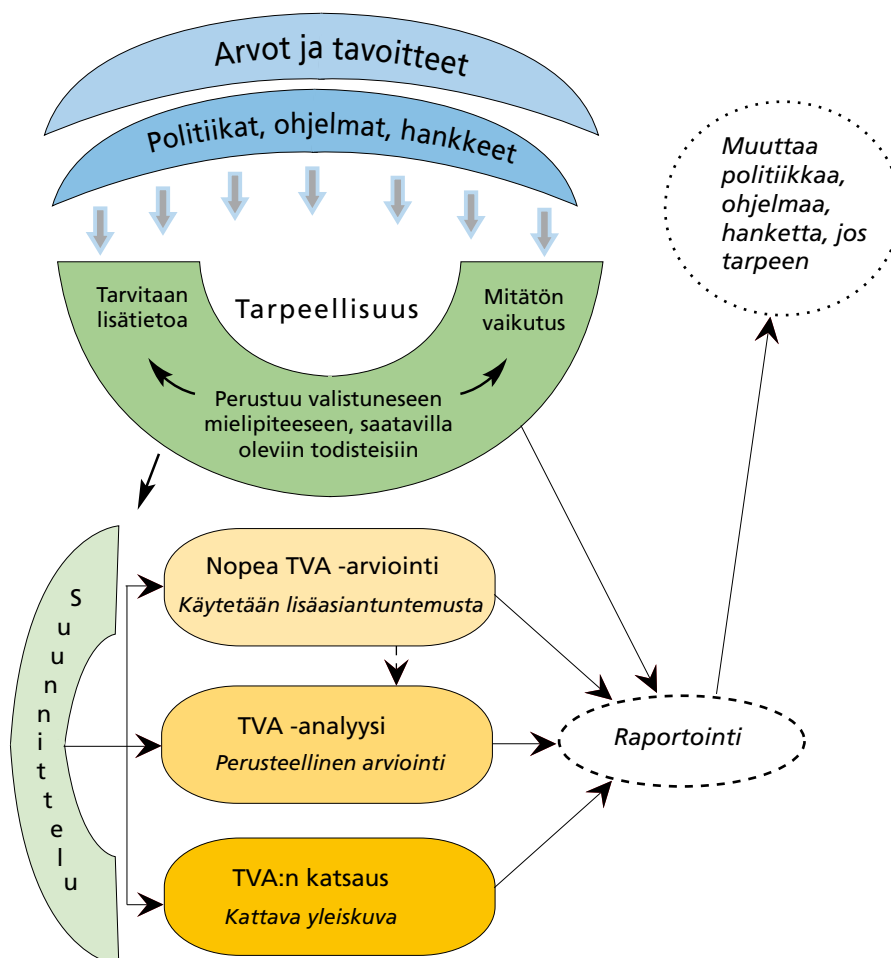
taaksepäin suuntautuvasta *jälkikäteisarviointista* (retrospective HIA). Morganin (2003) mukaan taaksepäin suuntautuva arviointi ei ole muuta kuin *evaluointia*, ja samanaikainen arviointi on yhtä kuin *seuranta*, minkä vuoksi näitä termejä ei hänen mielestään tulisi enää käyttää terveysvaikutusten arvioinnista. Terveysvaikutusten arvioinnin yhteydessä jälkikäteisarviointilla tarkoitetaan yleensä tehdyn vaikutusten arvioinnin *prosessiarviointia* (joka voi olla laadun arviointia) tai sen tarkastelua, vaikuttiko tehty TVA lopulliseen päätökseen. Näiden avulla voidaan tarkastella terveysvaikutusten arvioinnin hyödyllisyyttä. (Kemmm 2007) *Tulosarvioinnissa* tarkastellaan ohjelman toteutumista sekä sitä, millaisia vaikutuksia ohjelmasta aiheutui (Scriven 1967). Tuloksiin kohdistuvaa terveysvaikutusten jälkikäteisarviointia tarvitaan kuitenkin sen tietopohjan kartoittamiseen, mihin ennakoarviointi voi perustua. Tällaisen jälkikäteisarviointin avulla voidaan siis tukea ja koota tietoa seuraaville ennakoarvioinneille.

Terveysvaikutusten arvioinnissa pyritään hyödyntämään mahdollisimman laajasti saatavilla olevaa tutkimusta ja asiantuntemusta, jonka avulla vaikutuksia voidaan ennustaa. Arvioinnin yhteydessä tulisi mahdollisuuksien mukaan kuulla myös asianomaisia (Metcalf ym. 2006). Silti TVA:n johtopäätöksiä ei voida aina perustella eksaktisti olemassa olevalla tutkimustiedolla. Esimerkiksi joidenkin tekijöiden suhteen syy-seuraussuhteet ovat hyvin dokumentoituja ja ymmärrettäviä helposti, kuten tupakoinnin ja siitä johtuvien sairauksien yhteys. Joidenkin tekijöiden kohdalla on havaintoihin perustavaa näyttöä, mutta yhteyden luonnetta ei täysin tunneta ja eri tekijöiden osuudesta ei ole tietoa, kuten esimerkiksi työllisyyden ja terveyden välinen yhteys. Joidenkin tekijöiden kohdalla puolestaan voidaan vain karkeasti kuvata mahdollisia kausaaliyhteyksiä, kuten sosiaaliseen pääomaan liittyvien tekijöiden yhteyttä asuinolosuhteiden laatuun (Kemmm 2006). Lisäksi kaikki vaikutukset eivät ole muunnettavissa numeroiksi. Laskettavissa olevia vaikutuksia ei tulisikaan pitää tärkeämpinä kuin esim. sanallisesti ilmaistuja (Scott-Samuel ym. 2001). Onkin todettu, että arvioinnin mahdollinen epävarmuus täytyy vain hyväksyä. Terveysvaikutusten arviointi ei siten voi korvata harkintaa päätöksenteossa (Kemmm ja Parry 2004).

6 Miten terveysvaikutusten arviointi (TVA) tehdään?

6.1 Arviointiprosessin vaiheet ja toteutus

Terveysvaikutusten arviointiprosessista on esitetty erilaisia malleja. Kuviossa 2 on kuvattu WHO:n malli terveysvaikutusten arvioinnista. Kaikissa arviointiprosessin kuvauksissa on esitetty useita vaikutusten arvioinnin etenemisvaiheita. Pääpiirteissään vaikutusten arviointi etenee eri malleissa samankaltaisesti, vain eri vaiheiden jaottelu, nimitykset ja numeroinnit vaihtelevat. Taulukossa A (ks. liite 1) joidenkin eri mallien vaiheita on vertailtu keskenään.



KUVIO 2. WHO:n malli terveysvaikutusten arvioinnista, mukaillen (WHO 2001).

Vaikutusten ennakoarviointiprosessin vaiheet IVA -käsikirjan mukaan

Seuraavassa esitellään IVA -käsikirjan (Kauppinen ja Tähtinen 2003) mukaiset ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin vaiheet, joita on sovellettu eri kunnissa Suomessa. Esimerkkejä IVA:n käytöstä annetaan tuonnempana (s. 49). Mainitussa käsikirjassa (Kauppinen ja Tähtinen 2003) annetaan lisätietoa IVA:n (ja TVA:n) toteuttamisesta ja eri menetelmistä. Esimerkkejä tehdyistä arvioinneista löytyy myös internetosoitteesta <<http://info.stakes.fi/iva/FI>>.

1. Tarpeellisuus ja suunnittelu

Vaikutusten arvioinnin tarpeellisuutta pohdittaessa voidaan alustavasti selvittää mahdollisia vaikutuksia, niiden merkittävyyttä sekä ristiriitoja. Merkittävyys määritellään esimerkiksi vaikutuksen vakavuuden, laajuuden, keston tai peruuttamattomuuden perusteella. Jos päätöksestä ja sen toimeenpanosta saattaa aiheutua merkittäviä vaikutuksia väestöön tai sen osaryhmiin, on hyvä perustaa työryhmä suunnittelemaan ja toteuttamaan ennakoarviointia. Vaikutusten arvioinnin tekijänä voi olla päätöstä valmisteleva yksittäinen viranhaltija tai ohjelmaa valmisteleva työryhmä. On tärkeää, että eri hallinnonalat ja vaikutusten kohteet (asiakkaat, henkilökunta, kuntalaiset, eri väestöryhmät) voivat osallistua arviointiin. Päätöksentekijän on hyvä olla vähintään tietoinen vaikutusten arvioinnin tekemisestä. Parhaimmillaan hän osallistuu prosessiin työryhmätyöskentelyä kautta.

2. Tietojen hankinta ja täydentäminen (lähtötiedot)

Vaikutusten arvioinnin eri vaiheissa tarvitaan tietoa nykytilasta, vaihtoehtoista ja vaikutuksista. Tiedonkeruu painottuu yleensä arvioinnin alkuun. Lisää tietoa tulee koko arvioinnin ajan sekä erikseen kerättyä että esimerkiksi palautteina yleisötilaisuuksissa tai lausunnoissa. Arvioinnissa voidaan hyödyntää myös aiemmin kerättyä materiaalia.

3. Vaihtoehtojen kuvaaminen (muodostaminen)

Vaikutusten ennakoarvioinnissa on hyvä olla vaihtoehtoisia ratkaisumalleja. Vaihtoehtojen käsittely selkiyttää osallisten tavoitteita ja konkretisoi sitä, kuinka tavoitteet voidaan saavuttaa sekä antaa rakentavan tavan käsitellä ristiriitoja. Vaihtoehdot on kuvattava tasapuolisesti. Yhtenä vaihtoehtona on hyvä olla ns. nollavaihtoehto. Nollavaihtoehdossa kuvitellaan nykyisen kehityksen jatkuvan.

4. Vaikutusten tunnistaminen

Tunnistamisen apuna voidaan käyttää esimerkiksi tarkistuslistoja sekä asiakkaiden, työntekijöiden tai tutkijoiden näkemyksiä todennäköisimmistä vaikutuksista. Yhteistyö ja keskustelu ovat tärkeitä vaikutusten tunnistamisessa. Tavoitteita on syytä käsitellä riittävän yksityiskohtaisesti, jotta osallistujilla on samanlainen mielikuva tavoitteiden sisällöstä.

5. Vaikutusten arviointi ja vaihtoehtojen vertailu

Ensin kuvataan merkittäväksi rajatut vaikutukset vaihtoehdoittain. Kun vaikutukset on kuvattu, vaihtoehtoja vertaillaan keskenään. Haastatteluilla, yhteistyöryhmien käytöllä ja lausunnoilla voidaan varmistaa erilaisten mielipiteiden esiintulo ja arvioinnin laadukkuus. Hyvästä arvioinnista selviää, kuka arvioinnin on tehnyt, miten se on tehty ja kuinka osallistuminen on vaikuttanut arviointiin. Arviointiryhmän ei tarvitse esittää lopullista vaihtoehtojen paremmuutta, eikä yhtä yhteistä suositeltavaa vaihtoehtoa.

6. Arvioinnin raportointi

Arviointiryhmä kokoaa tehdyn työn raportiksi. Samalla kuvataan, kuinka kyseiseen vertailutulosluokseen on päädytty. Raportin perusteella päättäjät voivat tehdä omat johtopäätöksensä ratkaisuvaihtoehtojen paremmuudesta. Raportointia on myös arviointiprosessin aikana tapahtuva tiedon jakaminen eri tahoille.

7. Seuranta (tiedonkeruu vaikutuksista)

Seuranta aloitetaan päätöksen toteuttamisen jälkeen. Seurannassa tarkastellaan ennakoitujen vaikutusten toteutumista ja tunnistetaan ennakoimattomia vaikutuksia. Seurannassa tulee huomioida kumulatiiviset ja epäsuorat vaikutukset, joita ei itse arvioinnissa välttämättä pystytty ennakoimaan. Seuranta parantaa tulevien ennakoarviointien laatua ja mahdollistaa ennakoarvioinnin kehittymisen lisäämällä arvioijan osaamista ja tuomalla esille tekijöitä, joihin arviointiprosessissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Terveysvaikutusten arvioinnin toteutus

Terveysvaikutusten arvioinnin laajuus riippuu käsiteltävästä asiasta, käytettävissä olevista resursseista ja aikatauluista. WHO:n TVA -määritelmän mukaan ei ole yhtä standardimenetelmää toteuttaa terveysvaikutusten arviointia. Käytettävien toimintatapojen, menetelmien ja työkalujen yhdistelmä riippuu päätöksentekorakenteista ja kyseessä olevan päätöksen luonteesta. Erilaiset toimintaympäristöt vaativat erilaisia menetelmiä (Kemmm ja Parry 2004).

Monesti voimavarojen niukkuus ja aikataulun tiukkuus johtaa ns. nopean terveysvaikutusten arvioinnin valitsemiseen. *Nopeassa TVAssa* (josta käytetään nimityksiä nopea ehdotuksen terveysvaikutusten tarkastelu, mini/desktop HIA, Health impact screening HIS) käytetään yleensä olemassa olevaa tietoa ja asiantuntemusta hyväksi ja aiempien TVA-arviointien kokemusta ja tuloksia. Tiedon kokoaminen kestää yleensä pari päivää. Nopea TVA -prosessi sopii nopeaa reagointia vaativiin tilanteisiin, joissa arviointi täytyy tehdä esimerkiksi yhden työkokouksen aikana ja vaikutukset eivät ole kovin merkittäviä. Arvioinnin voi tehdä asiantuntija yksin tai esimerkiksi asian esittelijä ja sisältöasiantuntija yhdessä. Esittelijän on hallittava terveysvaikutusten arvioinnin metodiikka ja sisältöasiantuntijan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida vaikutukset. Nopea arviointi toimii sellaisenaan tai se voi osoittaa, että on tarpeen käynnistää laaja arviointi. Nopean arvioinnin työlista voi olla esimerkiksi seuraavanlainen: a) vaikutusten tunnistaminen, b) vaihtoehtojen kuvaaminen ja c) vaikutusten ja vaihtoehtojen arviointi. (Ideakortti: 1/06 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi).

Sitä vastoin *laaja TVA* kerää uutta tietoa ja aineistoja, jotka vaativat enemmän panostusta, rahaa ja aikaa. Se tuottaa tarkempia ennusteita, mutta vaatii enemmän voimavaroja. (Blau ym. 2006) Laaja arviointi (standardi tai maxi) on hyvä tehdä, jos päätöksestä aiheutuu merkittäviä vaikutuksia ihmisten ja yhteisöjen hyvinvointiin ja terveyteen. Lisäksi tilanteet, joihin liittyy merkittäviä ristiriitoja, edellyttävät usein laajaa arviointia.

Tavanomaisella TVAlla (standardi, intermediate tai maxi HIA) tarkoitetaan terveysvaikutusten yksityiskohtaisempaa tarkastelua, jossa yleensä kartoitetaan olemassa oleva näyttö sekä erilaiset mielipiteet, kokemukset ja odotukset. Lisäksi siihen sisältyy uuden tiedon hankinta ja analyysi.

Terveysvaikutusten arvioinnin toteutuksen eri vaiheisiin voidaan soveltaa lukuisia eri menetelmiä, työtapoja ja työkaluja (Kauppinen & Tähtinen 2003, Merseyside 2001). Sama menetelmä voi soveltaa arvioinnin eri vaiheisiin ja yhdellä kertaa voidaan saada tietoa useaa arviointivaihetta varten. Esimerkiksi vaikutuksia tunnistettaessa voidaan saada tietoa myös vaikutusten merkittävyydestä, vaihtoehtoista tai haitallisten vaikutusten lieventämisestä. Tällaisia menetelmiä ja apuvälineitä ovat esimerkiksi indikaattorit, barometrit ja kertomukset, toimintapolitiikan kuvaus,

väestön osaryhmien profilointi, erilaiset ryhmätyömenetelmät ja SWOT-analyysi (sanoista *strengths* – vahvuudet, *weaknesses* – heikkoudet, *opportunities* – mahdollisuudet ja *threats* - uhkat), kysely ja haastattelu tai vaikkapa ohjattu kävelyretki, tarkistuslistat sekä yhteenvetotaulukointi.

6.2 Miten huomio kohdistetaan terveyseroihin?

Periaatteessa kaikilla päätöksillä voi sanoa olevan voittajansa ja häviäjensä. Ainakin yleensä voidaan tunnistaa ne, jotka hyötyvät päätöksien seurauksista muita vähemmän. Mackenbachin ym. (2004) mukaan poliittiset päätökset kaikilla hallinnonaloilla vaikuttavat terveyserojen kasvamiseen tai pienentymiseen vain, jos niiden vaikutus on rajoittunut joihinkin terveyteen vaikuttaviin tekijöihin tai jos vaikutus on voimakkaampi joissakin sosioekonomisissa ryhmissä. Sen vuoksi olisi tarpeen ensin a) arvioida ne terveyteen vaikuttavat tekijät, joihin kyseessä olevalla päätöksellä mahdollisesti vaikutetaan (tämä kohta yleensä kuuluu kaikkiin terveysvaikutusten arviointeihin). Seuraavaksi tulisi b) tarkastaa näiden taustatekijöiden sosioekonominen jakauma ja niiden vaikutus olemassa oleviin sosioekonomisiin terveyseroihin ja lopuksi c) arvioida, onko päätöksellä erilainen vaikutus näiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden esiintymiseen eri sosioekonomisissa ryhmissä (kohdat b ja c ovat erityisiä terveyserojen arvioimisen kannalta).

Quigley ym. (2005) on artikkelissaan ”Practical lessons for dealing with inequalities in health impact assessment” tarkastellut erityisesti sosioekonomisten terveyserojen huomioon ottamista vaihe vaiheelta terveysvaikutusten arvioinnissa. Artikkelin koskee neljää julkaisua (Mackenbach ym. 2004; Lester ym. 2001; Parry ja Scully 2003; Taylor ym. 2003), joissa on käsitelty terveyserojen huomioon ottamista käsitteellisesti osana terveysvaikutusten arviointia, ja lisäksi siinä valotetaan kahden tapaustutkimuksen avulla, miten terveyserojen huomioiminen näkyy käytännössä ja miten terveyserojen näkökulma otetaan huomioon vaikutusten arviointimenettelyn kaikissa vaiheissa. Seuraavassa muutamia esimerkkejä näistä ohjeista:

- 'Arvioinnin tarpeellisuuden määrittely ja suunnittelu' -vaihe: millä tekijöillä on suurimmat vaikutukset oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon?
- 'Vaikutusten tunnistaminen ja rajaaminen' -vaihe: mihin väestön alaryhmiin ehdotuksen vaikutukset erityisesti kohdistuvat (nämä alaryhmät tulee määritellä tarkasti mm. sosioekonomisen aseman mukaan)? Yksilöidään, mitkä terveyseroihin vaikuttavat tekijät erityisesti ovat yhteydessä ko. ehdotukseen.
- 'Vaihtoehtojen muodostaminen ja kuvaaminen' -vaihe: arvioidaan terveyseroja systemaattisesti. Tarkastellaan, miten terveyden taustatekijät vaikuttavat nykyisiin terveyseroihin, ja arvioidaan, miten muutokset terveyteen vaikuttavien tekijöiden esiintyvyydessä saattavat vaikuttaa terveyseroihin sosioekonomisten ryhmien välillä.
- 'Raportointi ja suositusten antaminen' -vaihe: kirjataan, miten terveyserot otettiin arvioinnissa huomioon.

Terveyserot huomioon ottavan terveysvaikutusten arvioinnin (TEVA) ohjeita, tarkistuslistoja ja työkaluja on muitakin (esim. Med fokus på hälsan 1998; Douglas 2002; NHS for Wales 2004; Mahoney ym. 2004). Esimerkiksi Australiassa tehty TVA -julkaisu koskeva katsaus osoitti, että tasa-arvovaikutusten käytännön ohjeita tarvitaan (Harris-Roxas ym. 2004). Australiassa on päädytty kehittämään ja testaamaan Equity Focused Health Impact Assessment- eli EFHIA-ohjeistusta, jossa tarkastellaan, kuinka tasa-arvokysymykset voidaan ottaa järjestelmällisesti huomioon kussakin vaikutusarvioinnin vaiheessa (Mahoney ym. 2004; ks. liite 2, taulukko D).

Ruotsissa on kehitetty Ruotsin kuntaliiton ja maakäräjäliiton yhteistyönä oma kansallinen malli myös terveysterot huomioon ottavaan terveysvaikutusten arviointiin (Med fokus på hälsa 1998). Tämä ohjeistus koostuu kolmesta osasta:

- 1) Ensinnä esitetään yksinkertaiset 'terveyskysymykset':
 - edistääkö toimenpide-ehdotus tai päätös erilaisten huono-osaisten ryhmien/väestön terveyttä kun tarkastellaan sen sosiaaliseen ympäristöön kohdistuvia vaikutuksia?
 - edistääkö ehdotus huono-osaisten ryhmien/väestön terveyttä kun tarkastellaan sen vaikutuksia tiettyihin riskitekijöihin?
 - onko ehdotus yhdensuuntainen kunnan/läänin yleisen tavoitteen kanssa?
- 2) Toinen osa on terveismatriisi (taulukko 1), jossa tarkastellaan pitkän ja lyhyen aikavälin vaikutuksia eri terveyden taustatekijöiden osalta sekä jonkin priorisoidun ryhmän että koko väestön kannalta. Kehityksen suunnat voidaan ilmaista yksinkertaisesti plussilla, miinuksilla ja nolilla. Terveismatriisia voidaan paikallisten tarpeiden mukaan supistaa ja laajentaa lisäämällä tai jättämällä pois asiayhteyteen sopivia/sopimattomia alakohtia.

TAULUKKO 1. Ruotsissa kehitetty terveismatriisi terveysvaikutusten arviointiin (Med fokus på hälsa n1998).

Terveiden determinanttilueet	Priorisoitu ryhmä		Koko väestö	
	Pitkä ikäväli	Lyhyt aikaväli	Pitkä aikaväli	Lyhyt aikaväli
Demokratia/ mahdollisuus vaikuttaa/ tasa-arvo				
Taloudellinen turvallisuus				
Työ/ työllisyys/ mielekäs toiminta/ koulutus				
Sosiaaliset verkostot				
Hoito- ja hoivapalvelujen saatavuus				
Tulevaisuudenusko/ päämäärät ja merkitykset				
Fyysinen ympäristö				
Elintavat				

- 3) Kolmas osa on TVA:n yhteenveto, terveysanalyysi, jossa arvioidaan yksityiskohtaisesti toimien terveysseuraamuksia. Se tehdään yleisesti sen mukaan, mitä tiedetään paikallisista eri ryhmiä koskevista terveydellisistä olosuhteista ja mahdollisista terveystavoitteista. Lisäksi kehoitetaan arvioimaan, onko vaihtoehtoja olemassa.

Tämä terveysvaikutusten arvioinnin malli ja ohjeistus on internetin kautta kaikkien saatavilla ja ladattavissa omien sovellutusten pohjaksi (<http://www.skl.se> → HKB-verktyg, Sveriges Kommuner och Landsting; Berensson 2004; Palosuo ym. 2004).

7 Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen ja käyttö

7.1 TVA:n kehittäminen WHO:ssa ja EU:ssa

WHO:n toiminta terveysvaikutusten arvioinnin kehittämiseksi, kuten edellä todettiin, juontaa juurensa ympäristövaikutusten arvioinnista 1980-luvulla. WHO:ssa on pyritty koordinoimaan terveysvaikutusten arviointia (WHO 2001) ja esitetty ohjeistusta terveysvaikutusten arvioinnista. Samalla on keskusteltu siitä, halutaanko terveysvaikutusten arviointi pitää itsenäisenä vai integroida se muihin vaikutusten arviointeihin kuten ympäristövaikutusten (YVA), suunnitelmien ja ohjelmien (SOVA) tai sosiaalisten vaikutusten arviointeihin (SVA). Euroopan alueella katsottiin ensin olevan järkevää tukea terveyden sisällyttämistä YVAan ja SOVAan.

Terveysvaikutusten arviointia alettiin aktiivisesti kehittää vuonna 1999 WHO:n Euroopan aluetoimiston alaisuudessa toimivassa European Centre for Health Policy -keskuksessa (Ritsatakis 2000). Keskuksen aloitteesta syntyi TVA -verkosto (260 jäsentä 46 maasta) ja terveysvaikutusten arvioinnista järjestettiin asiantuntijakokous Göteborgissa vuonna 1999. Tässä kokouksessa hyväksyttiin terveysvaikutusten arvioinnin sisältöä ja periaatteita koskeva asiakirja, jota nimitetään Göteborgin konsensuspaperiksi (Ritsatakis 2004). WHO:n rooli TVA:n kehittämisessä on liittynyt tietoperustan tuottamiseen sekä kansainvälisen yhteistyön ylläpitämiseen ja välittäjänä toimimiseen. WHO:n Euroopan toimisto koordinoi ja kokoaa TVA -tietoa sekä ylläpitää verkkosivuja (<http://www.euro.who.int/healthimpact> ja <http://www.who.int/hia/en/>). WHO on järjestänyt monia erilaisia kokouksia ja tuottanut TVA -menetelmää koskevia julkaisuja (esim. Equity focus in HIA -kokous 2001, WHO Bulletin- sarjassa 2000 ja 2003).

EU:n Amsterdamin sopimus (EC 1997) kirjaa periaatteen terveyden huomioonottamisesta kaikissa yhteisön politiikoissa. Se näkyy myös yhteisön kansanterveysstrategioissa. Vaikutusten arviointi on yksi mahdollinen väline arvioida säännösten ja toimenpiteiden terveysvaikutuksia sekä EU:n perustamissopimuksen artiklan 152 toimeenpanoa. Tämän artiklan mukaan Unionin kaikkien toimialueiden toiminnassa otetaan huomioon kansalaisten terveyden suojelemisen vaatimukset.

Joidenkin jäsenmaiden kriittinen terveysvaikutusten arviointia koskeva työ on tuonut paineita komissiolle arvioida yhteisön omia päätöksiä ja politiikka-alueita. Esimerkiksi Ruotsissa julkaistu raportti EU:n maatalouspolitiikasta (Dahlgren ym. toim. 1996) herätti keskustelua (Ritsatakis 2004) (ks. oheinen esimerkki 1)

Esimerkki 1. Terveysvaikutusten arviointi hedelmiä ja kasviksia koskevasta EU:n maatalouspolitiikan päätöksestä (NIPH 1996, Ritsatakis 2004).

Tehtiin ns. nopea TVA -tarkastelu (screening) EU:n maatalouspolitiikan hedelmiä ja kasviksia koskevasta päätöksestä. Käytettiin olemassa olevaa tietoa, jonka pohjana oli suppea kirjallisuuskatsaus. Johtopäätöksenä oli, että jos hedelmien ja kasvien hinnat pidetään korkeana, se vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin. (NIPH 1996)

Kommentti (Ritsatakis 2004):

- Terveiden taustatekijä, johon päätöksellä on vaikutuksia, on tässä kasvien ja hedelmien kulutus
- Tarkasteltiin tämän determinantin sosioekonomista jakaumaa ja sen vaikutuksia nykyisiin terveyseroihin
- Arviointi osoittaa mekanismin (hinta), jonka välityksellä päätös saattaa vaikuttaa determinantin sosioekonomiseen jakaumaan
- Arvio pääasiassa laadullinen, ei edes yritetä arvioida vaikutusten suuruutta

Euroopan Unionin komissio julkaisi selvityksen terveysvaikutusten arvioinnista vuonna 2002 (EC Commission 2002), joka perustui pitkälti Hollannin kokemusten ja siellä kehitettyjen työkalujen varaan. Hollannin TVA -työkaluun sisältyy haavoittuviin ryhmiin kohdistuvien vaikutusten arviointi ja sitä kautta terveyserojen arviointi otettiin myös EU:n terveysstrategioihin (Hübel ja Hedin 2003). Muutama vuosi myöhemmin julkaistiin European Policy HIA -opas (EPHIA 2004), joka on tarkoitettu EU-strategioiden arviointiin. EPHIA-opas pohjautuu pitkälti Merseyside -ohjeisiin sekä Dahlgrenin ja Whiteheadin (1991) malliin terveyteen laajasti vaikuttavista tekijöistä ja sitä oli laatimassa tutkijoita ja ammattilaisia Englannista, Irlannista, Hollannista ja Saksasta. EPHIA -oppaan mukaan terveyseroja tulee tarkastella arvioinnin kaikissa eri vaiheissa ja käyttää menetelmiä ja työkaluja, jotka ottavat huomioon myös terveyden jakautumisen eri väestöryhmissä. Tietoa tulee kerätä haavoittuvista ryhmistä (vulnerable groups) ja heidän tulisi voida osallistua itseään koskevaan arviointiprosessiin.

Komissio pilotoi TVA -menetelmää osana yhdistettyä vaikutusten arviointia (EC 2002). Kukin neljästä pilottiin osallistuneesta EU-maasta toteutti omassa maassaan terveysvaikutusten arviointipilotteja ja lisäksi koko EU:ta koskevan vaikutusarvioinnin EPHIA-menetelmän testaamiseksi (ks. Esimerkki 2). Pilottiarvioinneissa käytettiin samoja menettelytapoja ja joitakin kaikille yhteisiä menetelmiä, kuten esimerkiksi politiikka-analyysia ja profilointia. EPHIA kuitenkin mahdollisti joustavan tiedonkeruun ja osallistujat kokeilivat myös eri menetelmiä, kuten matemaattista mallintamista, syvähaastatteluja ja sidosryhmiä. (Abrahams 2008)

Esimerkki 2. EPHIA pilotti: Euroopan työllisyysstrategian terveysvaikutusten arviointi Englannissa, Irlannissa, Hollannissa ja Saksassa sekä koko EU:n alueella (Abrahams et al. 2004; www.ihia.org.uk/ephia/reports/hia-oftheeseu.pdf).

Euroopan työllisyysstrategian terveysvaikutusten arviointi

Työllisyysstrategia on Lissabonin strategian olennainen osa, jonka mukaisesti strategisena tavoitteena on saada aikaan "maailman kilpailukykyisin ja dynaamisin tietoon perustuva talous, joka kykenee ylläpitämään kestäväää talouskasvua, luomaan uusia ja parempia työpaikkoja, lisäämään sosiaalista yhteenkuuluvuutta sekä huolehtimaan ympäristöstä". Vuoteen 2010 mennessä saavutettaviin erityistavoitteisiin kuuluvat seuraavat tavoitteet:

- EU:n työllisyysasteen nostaminen 70 prosenttiin (67 prosenttiin vuoteen 2005 mennessä)
- Työssäkäyvien naisten osuuden nostaminen yli 60 prosenttiin (57 prosenttiin vuoteen 2005 mennessä)
- Työssäkäyvien ikääntyvien työntekijöiden osuuden nostaminen 50 prosenttiin

Kolmeksi vuodeksi laadituissa työllisyyden suuntaviivoissa määriteltiin jäsenvaltioiden laajat toiminta-alueet, ja kukin jäsenvaltio laati kansallisen toimintasuunnitelman, jossa kuvataan suuntaviivojen toteutumista ko. maassa. Vuosien 2003–2006 suuntaviivoissa määriteltiin 10 ensisijaisen toiminnan aluetta.

Vaikka eri jäsenmaiden vaikutusarvioinneista saatiin niille kullekin erityisiä tuloksia, oltiin yksimielisiä siitä, että työllisyysstrategia auttaisi parantamaan työllisyyttä ja vaikuttaisi positiivisesti väestön terveyteen kansallisesti sekä mahdollisesti vähentäisi kokonaisuolleisuutta BKT-työllisyysennusteen parantuessa. Esille tuli kuitenkin myös näyttöä, että työllisyyden kasvulla ei aina ole edullista vaikutusta terveyteen. Matalapalkkaisilla ja muilla vähän arvostetuilla työpaikoilla ja epävarmoilla työsuhteilla on samanlaisia terveysvaikutuksia kuin työttömyydellä. Huolestuttavaa oli myös työllisyyden ja positiivisten terveysvaikutusten epätasainen jakautuminen jäsenmaiden sisällä ja välillä, mikä saattaa johtaa epätasa-arvon lisääntymiseen, ja korostaa siten tarvetta kiinnittää enemmän huomiota työllisyysstrategian sosiaalisiin ulottuvuuksiin.

Pilottihankkeiden toteuttamisen jälkeen EPHIA:a arvioitiin tehokkuutta, oikeudenmukaisuutta, käyttökelpoisuutta ja avoimuutta koskevien kriteerien avulla, kehitettiin edelleen sen yleistä käytettävyyttä, joustavuutta ja helppokäyttöisyyttä sekä pyrittiin varmistamaan, että sen avulla voidaan selkeästi arvioida monimutkaisia eurooppalaisia toimintapolitiikkoja. EPHIA on julkaistu sähköisessä muodossa (www.ihia.org.uk) ja Eurooppa-internetsivustolla (<http://ec.europa.eu/health>). EU:n kansanterveyden alan tarjouspyyntöihin on viime aikoina sisällynyt yhteisön politiikkojen terveysvaikutusten arviointi EPHIA-menetelmän avulla. (Abrahams 2007)

Euroopan Unionin Komissiossa on käytössä myös HSIA (Health Systems Impact Assessment), joka kohdistuu terveystalouden järjestelmän aiheuttamiin terveysvaikutuksiin (EC 2002, luettu 2007).

7.2 Maakohtaisia kokemuksia terveysvaikutusten arvioinnista

Seuraavassa on esitelty terveyserojen arvioinnin käyttöä. Esimerkkimaiksi on valittu Iso-Britannia, Ruotsi, Hollanti ja Australia joissa on arvioitu olevan eniten kokemusta terveysvaikutusten arviointimenetelmän soveltamisesta.

Iso-Britannia

Sir Donald Achesonin johdolla tehdyn Englannin terveyspolitiikkaa pohjustavan asiantuntijaraportin (Acheson 1998) ensimmäinen suositus koski terveysvaikutusten arviointia: ”*Suosittellemme, että osana terveysvaikutusten arviointia kaikkia politiikan toimia, joilla on todennäköisesti suoraa tai epäsuoraa vaikutusta terveyteen, arvioidaan niiden terveyden eriarvoisuuteen kohdistuvien vaikutusten kannalta, ja politiikka pitäisi muotoilla siten, että suosimalla heikommassa asemassa olevia se vähentää tällaista eriarvoisuutta*”. Samaan aikaan valmistellun Englannin kansanterveysohjelman mukaan (DH 1999a) terveysvaikutusten arvioinnista pyrittiin tekemään vakiintunut käytäntö päätöksenteon tueksi, ja terveyserojen kaventamiselle asetettiin ohjelmassa erityistä painoa (DH 1999b).

Englannissa terveysministeriö tukee ja pyrkii edistämään terveysvaikutusten arviointia kehittämällä ja tuottamalla välineistöä TVA -metodologiaan (Radford/Sihto 2002). Vuonna 2000 perustettu National Health Servicen alainen Health Development Agency (HDA) aloitti HIA:n käytön arvioinnin ja on julkaissut joukon käytännön sovellusohjeita Learning from practice bulletin-sarjassaan. Ohjeet perustuvat käytännön kokemuksiin ja niistä annetaan esimerkkejä. Tietoa ja kokemuksia TVA:n käytöstä on koottu erityiseen internetosoitteeseen (www.hiagateway.org.uk) (Palosuo ym. 2004). Vuonna 2005 HDA:n toiminnot siirrettiin NICE:n (National Institute for Health and Clinical Excellence) alaisuuteen, joka jatkaa TVA -tiedon välittämistä.

Englannin hallitus on myös sitoutunut sisällyttämään terveystarkastukset osaksi säästöjen vaikutusten arviointia (regulatory impact assessment, RIA) kaikkien uusien lakien valmistelussa (White Paper 'Choosing Health' 2004). Tämä tarkoittaa sitä, että vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointia arvioidaan osana muuta kansallista politiikkaa. Terveysministeriöstä annetaan käytännön ohjeita terveysvaikutusten arvioimiseen, mihin kuuluu mm. kolme kysymystä terveys- ja hyvinvointivaikutusten arvioinnin tarpeellisuudesta. Näissä kehoitetaan kiinnittämään huomiota sekä laajasti terveyteen vaikuttaviin taustatekijöihin (koulutus, asuminen, työllisyys, ympäristö, rikollisuus ja liikenne) että ihmisten elämäntapaan vaikuttaviin tekijöihin ja mahdollisiin terveys- ja sosiaalipalveluihin kohdistuviin vaikutuksiin. Terveysministeriön internetsivuilta ohjataan myös yksityiskohtaisempiin vaikutusarviointia koskeviin ohjeisiin HIA -gatewayn sivuille ja todetaan, että kaikilla päätöksillä saattaa olla vaikutuksia terveyteen tai terveyseroihin. (Department of Health, UK, luettu 2007)

Terveysvaikutusten arviointia on Englannissa kehitetty jo parin vuosikymmenen ajan ja menetelmän kehittämiseen ja käyttöön on osoitettu resursseja ja poliittista tukea. Menetelmästä on kirjoitettu lukuisia oppaita ja ohjeita sekä kehitetty käytännön työkaluja (taulukot, tarkistuslistat). Terveysvaikutusten arvioinnin tueksi on perustettu myös tutkimusta tekeviä tukiyksiköitä (esim. International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT), University of Liverpool, <http://www.ihia.org.uk/> sekä Health Impact Assessment Research Unit (HIARU), University of Birmingham). Näiden ponnistelujen seurauksena menetelmästä on kertynyt jonkin verran kokemuksia ja Englannissa on sekä käytännön osajia että heidän muodostamiaan verkostoja.

Osana WHO:n Health and Environment Linkages Initiative -hanketta tehty kirjallisuushaku osoittaa, että Isossa-Britanniassa terveysvaikutusten arviointia on myös sovellettu päätöksenteon eri tasoilla. Arviointeja on tehty eniten paikallisella ja jonkun verran aluetasolla, mutta myös joku-nen kansallisen tason arviointi on tehty. TVA:ta on sovellettu myös eri hallinnonaloilla (erityisesti liikenne-, asumis-, terveys- ja ympäristösektoreilla sekä alueellisissa uudistus- ja elvytyshankkeis-

sa). Muihin Euroopan maihin verrattuna Isossa-Britanniassa terveysvaikutusten arviointia on tehty aiemmin ja esimerkkejä on raportoitu muita maita enemmän. (Mathers ym. 2004)

Esimerkki 3. Perusterveydenhuollon palveluihin investoimisen toimintasuunnitelma, Plymouth, Englanti (Elliston, 2003)

Plymouthin perusterveydenhuollon yhtiö (PCT primary care trust) otti tehtäväkseen tutkia, miten sen tärkeimmät hankkeet vaikuttivat väestön terveyteen ja halusi toimia esimerkkinä muille päätöksenteko-organisaatioille Plymouthissa sekä rohkaista niitä ottamaan käyttöön TVA -menetelmän. Hanke sai kansallista tukea hallitukselta.

Ennen TVA:n käynnistämistä varmistettiin, että se otetaan huomioon päätöksenteossa. Tätä terveysvaikutusten arviointia tarkasteltiin erityisesti terveyserojen näkökulmasta. Quigleyn ym. (2005) artikkelin mukaan TVA onnistui vaikuttamaan paikalliseen politiikkaan. Erityisenä kohteena olivat huono-osaisimmiksi arvioidut väestöryhmät (mm. lapsiperheet, lapset ja nuoret, fyysisesti ja psyykkisesti vajaakuntoiset, heikkokuntoiset vanhukset, etniset vähemmistöt).

- Asetettiin selkeät tavoitteet ja päämäärät kattamaan TVA:n rooli terveyserojen huomiomisessa
- Tavoitteena oli vähentää vallankäytön epätasa-arvoa sisällyttämällä asukkaiden näkemyksiä ja kokemusperäistä tietoa TVA -prosessiin
- Saatiin huono-osaisimmat väestöryhmät osallistumaan päätöksentekoprosessiin TVA:n kautta (edustajia Social Inclusion Partnership -yhteisöstä, johon osallistuu sata organisaatiota asukasryhmistä, vapaaehtoiselta ja lakisääteisistä palveluntarjoajista)
- TVA:sa myös yksilöitiin toimintamahdollisuuksia ja kehitettiin suosituksia 16 politiikan arviointikysymyksen avulla. Ne kohdistuivat erityisesti terveyseroihin (esim. mikä osuus väestöstä on julkisen liikenteen varassa (ja siksi potentiaalisesti haavoittuvassa asemassa) päästäkseen palvelukeskuksiin tai miten varmistetaan koordinaatio ja uusien palvelujen kehittäminen Plymouthin useiden keskusten välillä, jotta haavoittuville väestöryhmille ei koidu terveyshaittaa).

Esimerkki 4. Fittingly Airport, Doncaster, Englanti

Suunnitellun lentokentän lähialueella on runsaasti työttömiä hiilikaivostyöläisiä. Tärkeimmäksi lentokentän rakentamisesta aiheutuvaksi positiiviseksi terveysvaikutukseksi arvioitiin työllisyyden paraneminen. Tällä arvioidaan olevan erityinen vaikutus terveyseroihin, mikäli onnistutaan työllistämään lähialueiden asukkaita uudelleen koulutuksen avulla ja varmistamaan hyvät liikenneyhteydet asuinalueiden ja lentokentän välillä. (Abdel Aziz ym. 2000)

Esimerkki 5. Manchester Airport, Englanti

Terveysvaikutusten arviointi Manchesterin lentokentän toisen kiitotien rakentamisesta (Will ym. 1994). Terveysvaikutusten arvioinnin tuloksena syntyi mm. seuraavia terveyserojen kannalta tärkeitä suosituksia (Metcalfe ym. 2006):

- Tarjotaan sellaisia työmahdollisuuksia (osa-aikatyötä sopivin työajoin), jotka sopivat myös yksinhuoltajille ja asetetaan kiintiö, jossa varataan työpaikkoja vammaisille henkilöille
- Mainostetaan näitä työpaikkoja yksinhuoltajille, vammaisille, työttömille ja taantuneiden alueiden asukkaille. Asetetaan paikalliset työnhakijat etusijalle.

Oheisista esimerkeistä käy ilmi, että erilaisista hankkeista voidaan identifioida sekä kielteisiä että myönteisiä terveysvaikutuksia. On myös selvää, että vaikutusten arvioinnissa taloudellisten ja terveysvaikutusten välillä voi olla ilmeisiä ristiriitoja, joiden ratkaiseminen ja tasapainottaminen ei ole itsestään selvää. Vaikka kukaan ei tietoisesti pyrkisikään vahingoittamaan väestön ja eri väestöryhmien terveyttä, poliittisilla päättäjillä voi olla hyvin erilaisia arvolähtökohtia, joissa terveyteen kohdistuvat vaikutukset eivät aina välttämättä ole tärkeimpiä.

Vuonna 1999 perustetun Walesin uuden hallintojärjestelmän (The National Assembly for Wales) poliittisessa päätöksenteossa otettiin käyttöön terveysvaikutusten arviointi sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Terveyserojen kaventaminen on yksi terveyspolitiikan strategisista tavoitteista. Breezen (2004) mukaan terveysvaikutusten arvioinnista on tullut myös keskeinen keino puuttua eriarvoisuuteen. Walesissa perustettiin TVA -tukiyksikkö WHIASU Cardiffin yliopistoon, jossa tehdään tutkimusta, kehitetään menetelmää ja ylläpidetään verkkosivuja TVA -ohjeista ja muusta materiaalista (www.whiasu.cardiff.ac.uk). Walesissä sovelletaan yleisesti Bro Taf -menetelmää (ks. liite 2, taulukko C ja Esimerkki 6) ja keskitytään pääasiassa terveyteen ja terveyseroihin vaikuttaviin taustatekijöihin. Tämän Merseyside -ohjeisiin perustuvan menetelmän kehittivät Bro Tafin terveysviranomaiset Walesissä ja sitä on hieman laajennettu ja jatkokehitelty Walesin kansallisen TVA:n oppaan osaksi (NHS for Wales 2004). (Breeze 2004)

Esimerkki 6. Terveyserojen vaikutusten arviointi moottoritien kunnostushankkeessa, Wales (Lester & Temple 2004)

Terveysvaikutusten arviointi käynnistettiin analysoimaan Cardiffin ja Lontoon välisen moottoritien kunnostushankkeen vaikutuksia. Tie tulisi sijoittumaan lähelle asuinalueita, jossa on pääasiassa sosiaalisin perustein jaettuja vuokra-asuntoja. Alueella oli korkea työttömyysaste ja asukkaat olivat hyvin matalatuloisia. Paikallisen asukasyhdistyksen alkuun saama nopea TVA toteutettiin Bro Taf -menetelmää käyttäen.

Yksi TVA:n tärkeimmistä tehtävistä oli dokumentoida terveysvaikutukset, jotka kohdistuivat jo lähtökohtaisesti ns. haavoittuvaan ryhmään. Arvioinnissa otettiin huomioon mm. saasteiden, melun ja fyysisen aktiivisuuden muutoksen aiheuttamat terveysvaikutukset. Kootun aineiston valossa johtopäätös oli, että tiehankkeella tulisi olemaan negatiivisia terveysvaikutuksia paikalliseen väestöön. TVA:n vaikutus oli positiivinen siinä mielessä, että tämä ns. haavoittuva ryhmä osallistui arviointiin ja nosti esiin omat huolenaiheensa ja suunnittelijat tulivat näistä (ja toimiensa terveysvaikutuksista yleensä) tietoisiksi. Tietä ei ole rakennettu, vaikkakin on epäselvää, kuinka paljon tehty TVA -arvio vaikutti päätökseen. (Golby 2008)

Ruotsi

Terveysvaikutusten arviointia on kehitetty Ruotsissa 1990-luvun puolesta välistä lähtien. Ruotsissa kunnilla ja aluetasolla on vastuu monista kansanterveyden osa-alueista. Maakäräjät (landsting) vastaavat alueidensa terveydenhuollosta, kuntien vastuulla ovat koulut, sosiaalihuolto, vanhusten huolto, ympäristö, julkinen liikenne ja aluekehitys. Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen aloitettiin ensin paikallisella tasolla. Tavoitteena oli saada kansanterveyskysymyksille suurempi painoarvo poliittisessa päätöksenteossa erityisesti kunnissa ja lääneissä (Finer ym. 2001). Terveysvaikutusten arvioinnin tuli myös auttaa terveyserojen vähentämisessä ja lisäksi toimia yleensäkin paikallisen politiikan stimuloijana (Berensson 2002). Kansanterveyspolitiikan linjaukset, joissa painotetaan vahvasti tasa-arvonäkökulmaa, hyväksyttiin valtiopäivillä vuonna 2003. Kansanter-

veysohjelmassa todetaan terveysvaikutusten arvioinnin olevan tärkeä kansanterveyspolitiikan väline, jonka kehittämistyötä edellytetään Ruotsin kansanterveyslaitokselta, Kuntaliitolta ja maakäräjäläitöltä (Regeringens proposition 2002/03:35: Mål för folkhälsan, 93).

Ruotsin maakäräjäläitto (Landstingsförbundet) ja Kuntaliitto (Svenska Kommunförbundet) ryhtyivät oman kansanterveysohjelmansa työstämisen yhteydessä 1990-luvun puolivälissä kehittämään terveysvaikutusten arvioimisen välinettä (hälsokonsekvensbeskriving, HKB). Ensin koottiin kirjallisuuskatsaus aiheesta, haastateltiin kunnallisia päättäjiä ja järjestettiin seminaari kokemusten kartoittamiseksi. Osoittautui, että olemassa olevia kokemuksia ja tietoa oli Ruotsissa vaikea soveltaa suoraan, mutta kiinnostusta menetelmää kohtaan oli runsaasti. Paikallisen tason johtavat poliitikot tukivat terveysvaikutusten arvioinnin kehittämistä. Tarkoituksena oli saada aikaan työkalu paikallistason päätösten arviointiin edistämään toivottavan ja tasa-arvoisen terveyden kehittymistä (Berensson 2004).

TVA -työkalun kehittämisessä havaittiin kaksi tärkeää seikkaa. Ongelmaksi koettiin ensinnäkin terveyden vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja toiseksi ongelmana oli perustella poliitikoille TVA -työkalun käyttökelpoisuus. Poliitikot asettivat menetelmälle erityisiä vaatimuksia jo alkuvaiheessa: sen tuli kattaa sosiaaliset vaikutukset, vaikutukset ympäristöön ja tasa-arvoon. Tärkeiksi osatekijöiksi terveyttä määrittävien tekijöiden tunnistamisen lisäksi nähtiin päätösten/ehdotusten vaikutukset eri väestöryhmiin, ja päätösten lyhyen ja pitkän tähtäimen vaikutukset sekä ehdotuksen vaihtoehtoiset ratkaisut. Poliitikojen mielestä menetelmän tuli olla myös helppokäyttöinen ja yhteensopiva kunnan ja aluehallinnon strategisten tavoitteiden kanssa. He myös uskoivat, että päätösten terveysvaikutuksia pitäisi pohtia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta terveyseroihin voitaisiin todella vaikuttaa (Berensson 2004). Kolmivaiheiset ohjeet terveysvaikutusten arvioimiseen (TVA -työkalu, ks. s. 23) julkaistiin keväällä 1998 (Med fokus på hälsan) ja ne ovat saatavilla internetissä (<http://www.skl.se>).

Tukholman lounainen sairaanhoitopiiri (360 000 asukasta) oli mukana TVA -työkalujen kehittämisessä ensimmäisten joukossa. Syksyllä 1998 järjestettiin koulutusta, pidettiin aloitusseminaari ja aloitettiin TVA -menetelmän soveltaminen neljällä osa-alueella, joita olivat terveyden edistäminen, sairauksien ennalta ehkäiseminen sekä terveydenhuolto ja kuntoutus. Syksyllä 1999 TVA otettiin käyttöön kaikissa sairaanhoitopiiriä koskevissa päätöksissä. Puolentoista vuoden aikana (vuoden 2000 loppuun mennessä) sairaanhoitopiirin johtokunta (yhdeksän luottamushenkilöä ja yhdeksän eri puolueiden edustajaa) käsitteli yhteensä 201 päätösehdotusta, joista 80 kohdalla tehtiin päätös, ja näistä 67:ssä arvioitiin olevan terveysvaikutuksia ja 53:een sovellettiin TVA -työkaluja (lopuissa 14:ssä oli selitykset, miksi menetelmää ei pidetty käyttökelpoisena). Päätösehdotukset koskivat budjettia tai lisämäärärahoja (n=3), strategiaa tai ohjeita (n=4), avustavia järjestelmiä koskevia sopimuksia esim. tietotekniikkaa tai tutkimus- ja kehittämistoimintaa (n=3), sopimuksia terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä läänien sisällä ja kuntien kanssa (n=20) sekä sopimuksia ulkoisten terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä (n=23). Viisitoista virkamiestä oli osallistunut päätösesitysten valmisteluun soveltaen TVA:ta. (Berensson 2004)

Karoliininen instituutti teki kehittäelytoiminnasta arvioinnin, joka perustui 12 virkamiehen ja poliitikon haastatteluun. Tämän arvioinnin mukaan tärkein tekijä menetelmän menestyksellisessä käyttöönotossa oli poliittisella ja hallinnollisella tasolla saavutettu menetelmää koskeva yksimielisyys ja päätös TVA -menetelmän käyttöönotosta. Tämä on edellyttänyt TVA -prosessissa mukana olemista, koulutusta ja mahdollisuutta vaikuttaa siihen (Berensson 2004). Arvioinnin opetuksia oli mm., että terveysvaikutusten arviointimenetelmää ja työkaluja tulee kehittää vaiheittain ja tiiviissä yhteistyössä päättäjien ja virkamiesten kanssa. TVA -menetelmän koko toimeenpanoprosessi nosti kansanterveyskysymyksiä näkyvämmiksi päätöksenteossa, elävöitti keskustelua ja antoi poliitikoille tietoa, jonka pohjalta he voivat vaatia TVA:ta päätösten tueksi. Riskinä esitettiin se, ettei terveysvaikutusten arviointia tehdä huolellisesti vaan kopioidaan jo tehtyjä TVA -lausumia. TVA -työkalut tulisikin muokata paikallisiin tarpeisiin sopiviksi. Menetelmän toimeenpanoa tulee

TAULUKKO 2. Eri hallinnonalojen päätösten vaikutukset kansanterveyteen (Statens Folkhälsoinstitut 2004)

Hallinnonala (ministeriö)	Mahdollisia terveysvaikutuksia	Kansanterveysohjelman tavoitteisiin kohdistuva
Valtiovarainministeriö	15	5
Puolustusministeriö	12	0
Oikeusministeriö	16	6
Maatalousministeriö	6	1
Kulttuuriministeriö	8	1
Ympäristöministeriö	7	5
Teollisuus, työllisyys, viestintä	23	10
Terveys- ja sosiaaliministeriö	18	14
Opetusministeriö	8	4
Ulkoministeriö	6	1
Yhteensä	119	47

tukea riittäväällä eri kohderyhmille tarjottavalla koulutuksella (sisältäen myös jatkuvan palautteen ja työkalun edelleen kehittämisen). Virkamiehet eivät kokeneet menetelmää työläänä, vaan keinona paremmin perusteltuihin esityksiin. Päätelmänä oli, että terveysnäkökohdat tulevat paremmin huomioituiksi päätöksenteon kaikissa eri vaiheissa. (Finer ym. 2005)

Vuonna 2001 tehdyn terveysvaikutusten arvioinnin käyttöönottoa koskeneen kyselyn mukaan 10 % kunnista eri puolilla Ruotsia oli päättänyt käyttää TVA:ta, 22 % oli aloittanut menetelmän esittelyn ja 4 prosenttia kunnista käytti jo menetelmää (Berensson 2004).

Paikallisten kokeilujen jälkeen huomio kohdistettiin kansalliseen päätöksentekoon ja tehtiin arvio terveysvaikutusten arvioinnin tarpeesta kansallisessa politiikassa (Statens Folkhälsoinstitut 2004). Hallituksen menettelytapaohjeita kaikissa ministeriöissä käytiin läpi vuosina 2001 ja 2002 mahdollisten kansanterveyteen vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta. Selvitystä varten oli kehitetty arviointiväline, joka kohdistui terveyden determinantteihin kansanterveysohjelman määrittelemillä 11 tavoitealueella. Yhteensä 119 eri ministeriöiden virallista raporttia käytiin läpi (taulukko 2).

Tuloksena oli, että 39 prosenttia ministeriöiden päätöksistä kohdistui toimiin, joilla oletetaan olevan terveysvaikutuksia. Osassa näistä raporteista (n = 21) oli jo mietitty terveysvaikutusten arviointia. Näistä 14 oli terveys- ja sosiaaliministeriön hallinnonalaan kuuluvia toimia. Johtopäätöksenä voitiin todeta, että terveysvaikutusten arviointia tarvitaan myös eri ministeriöiden päätösvalmistelussa, jotta päästään kansanterveystavoitteeseen (Statens Folkhälsoinstitut 2004).

Hollanti

Hollannissa sosioekonomisia terveyseroja koskeva tutkimus ja vuonna 1986 julkaistu kansanterveysennuste johdattivat terveyden ja terveyspolitiikan tutkijoita kiinnostumaan muiden hallinnonalojen kuin terveyssektorin päätösten vaikutuksista terveyteen (Nota 2000). Kansanterveysennuste esiteltiin parlamentille 1992 (State Secretary... 1992). Tässä asiakirjassa painotettiin eri hallinnonalojen yhteisiä toimia ja terveysvaikutusten arviointia ehdotettiin käytettäväksi erityisesti sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttaessa. Terveysministeriön asiantuntijaraportti vuonna 1993 suositteli, että olisi tarpeen aloittaa terveysvaikutusten arviointi kokeiluluonteisesti kansallisella tasolla. Vuonna 1994 pidettiin suunnittelutyöpaja, johon kutsuttiin vaikutusten arvioinnin tutkijoita ja asiasta kiinnostuneita poliitikkoja. Terveysvaikutusten arviointimenetelmää

pidettiin kehittämisen arvoisena, vaikka siihen koettiin sisältyvän paljon epävarmuuksia. Sen lakisääteistämistä ei pidetty tuolloin mahdollisena.

Terveysvaikutusten arvioinnin kehittämiseksi käynnistettiin ohjelma, joka esiteltiin parlamentille vuonna 1995. Ohjelmaan sisältyi viisi toimintalinjaa: katsaus menetelmiin ja työkaluihin, joita on käytetty vaikutusten arviointiin sekä Hollannissa että ulkomailla, menetelmien kehittäminen terveysvaikutusten merkityksen arvioimiseksi poliittisissa päätöksissä, TVA -toimintatapojen kehittäminen, terveysvaikutusarviointien käynnistäminen kansallisessa politiikassa kokemusten keräämiseksi ja arviointi siitä voitaisiinko TVA vakiinnuttaa käyttöön Hollannissa. (Roscam Abbing 2004)

Vuonna 1996 perustettiin Intersectoral Policy Office (IPO), jonka päätehtävänä on auttaa terveysministeriötä kehittämään terveysvaikutusten arviointia. Vuonna 2001 siinä työskenteli kuusi työntekijää. Vuonna 2003 IPO siirtyi Hollannin kansanterveyslaitokseen (RIVM). Hollannissa terveysvaikutusten arviointia on tehty terveyssektorin, koulutus-, rahoitus-, puolustus-, ympäristö- ja sosiaalisektorin organisaatioissa. Vuosina 1996 - 2003 oli tehty yhteensä 25 terveysvaikutusten arviointia (21 nopeaa TVA:ta ja neljä TVA:ta). Näistä noin kolmasosa kuului terveysministeriön hallinnonalalle ja kaksi kolmasosaa muille hallinnonaloille. Suuntaus on ollut tehdä arviointeja enemmän muilla hallinnonaloilla kuin terveyden hallinnonalalla ja tehdä perusteellisempia vaikutusten arviointeja nopeiden kartoitusten sijaan. Kansallinen budjetti käydään läpi systemaattisesti terveysvaikutusten kannalta, koska se ohjaa tulevia poliittisia päätöksiä. Tämä arviointi on päätetty toteuttaa joka toinen vuosi. Puolet ministeriöistä käydään läpi nopealla arvioinnilla joka vuosi. Tämä malli on tarkoitettu käytettäväksi terveysministeriössä, terveysministeriön ja muiden ministeriöiden yhteistyössä ja myös osana parlamentin työtä. (Roscam Abbing 2004)

Roscam Abbingin (2004) mukaan terveyserot eivät ole viime vuosiin asti olleet järjestelmällisesti ja näkyvästi kansallisen tason terveysvaikutusten arviointien sisältönä, vaikka arvioinnin alkuvaiheen tarkistuslistassa esillä on ollut myös terveyseroihin ja ns. haavoittuviin väestöryhmiin liittyviä seikkoja ja terveysvaikutusten arviointityöskentelyssä on keskusteltu myös terveyseroista, mutta niitä ei ole kirjattu. Tosin IPO on yrittänyt saada oikeudenmukaisuusnäkökulman (equity-focused impact assessment) otettavaksi arviointiin mukaan. Tätä tavoitetta tukee se, että nykyisin sekä kansallisessa että paikallisessa terveyspolitiikassa sosioekonomisten terveyserojen kaventamista pidetään tärkeänä. Esimerkkinä voi mainita, että energiaveroa koskevaa säädöstä muutettiin terveysvaikutusten arviointiin pohjautuen siten, että verolakiin tuli ylimääräinen kroonisesti sairaille ja vammaisille suunnattu tulotasoon perustuva vähennysoikeus

Hollannissa tehdyissä arvioinneissa on keskitytty sekä terveyden kannalta merkittävien päätösten tunnistamiseen että mahdollisten terveysvaikutusten arvioimiseen, mutta kaikissa arvioinneissa ei ole ollut selkeänä tavoitteena vaikuttaa päätökseen. Kansallisen tason kokemukset terveysvaikutusten arvioinneista Hollannissa ovat ristiriitaisia; vastuun tulisi olla ministeriössä eikä IPO:lla, jos menetelmä halutaan todella integroida ministeriön päivittäiseen työhön. Ongelma on myös terveysministeriön rooli muihin ministeriöihin verrattuna ja yhteistyön muoto. (Varela Put ym. 2001, den Broeder ym. 2003) Terveysministeriö on vastuussa TVA:n käynnistämisestä kansallisen tason politiikoissa myös muissa kuin suoraan terveyskysymyksissä. Arvioiden mukaan ministeriössä ei ilmeisesti kuitenkaan ole oltu vakuuttuneita menetelmän hyödyistä, ainakaan siltä osin, että terveysministeriö tekisi terveysvaikutusten arviointia muiden ministeriöiden päätöksistä. Muiden hallinnonalojen mukaan saamiseen ja terveyteen vaikuttavien tekijöiden laaja-alaiseen tarkasteluun pitäisi kuitenkin hollantilaisen arvion mukaan panostaa nykyistä enemmän. On ehdotettu, että muut ministeriöt voisivat tehdä 'tapausten etsinnän' myös omatoimisesti, kuten he nyt jo tekevät sukupuolivaikutusten arvioinnin osalta. Terveysministeriö myös edellyttää terveysvaikutusten arviointia tehtävän paikallisella tasolla (National contract for PH 2001; Roscam Abbing 2004).

Australia

Australian New South Walesin osavaltiossa, johon kuuluu Sydney ympäristöineen (6,8 miljoonaa asukasta), julkaistiin vuonna 2004 terveyden tasa-arvoa käsittelevä asiakirja (*New South Wales Health and Equity Statement*), jossa vaadittiin kehittämään käytäntöjä hallituksen politiikka-hankkeiden arvioimiseksi sekä nopean että kattavamman terveysvaikutusten arvioinnin avulla (NSW Health 2004). Tavoitteena oli kehittää erilaisia menettelytapoja sen arvioimiseksi, missä määrin ehdotetut hankkeet auttaisivat korjaamaan terveyden eriarvoisuutta. New South Walesin terveysministeriö pyysi New South Walesin yliopistoa toteuttamaan terveysvaikutusten arvioinnin toimintaedellytysten parantamiseen tähtäävän ohjelman (New South Walesin TVA -projekti). Tämä liittyi osaksi edellä mainitussa New South Walesin terveyden tasa-arvoasiakirjassa annettuihin terveysvaikutusten arviointisuosituksiin. (Harris-Roxas 2008)

Samoihin aikoihin New South Walesin TVA-projektin aloittamisen kanssa, Newcastle, Deakinin ja New South Walesin yliopistot perustivat konsortion, jonka tarkoituksena oli nimenomaan terveyserojen tarkastelu terveysvaikutusten arvioinnin osana (Stewart Williams ym. 2004). Tähän hankkeeseen kuului myös ohjeistuksen kehittäminen siihen, kuinka tasa-arvokysymykset voidaan ottaa järjestelmällisesti huomioon kussakin vaikutusarvioinnin vaiheessa, sekä ohjeistuksen käytön testaaminen kuudessa yksittäisessä vaikutusarvioinnissa (Mahoney ym. 2004). Australiassa ja Uudessa-Seelannissa menetelmästä käytetään nimitystä Equity Focused Health Impact Assessment (EFHIA), jolla viitataan tasa-arvon huomioon ottamiseen terveysvaikutusten arvioinnissa. Hankkeessa tehtiin systemaattinen katsaus tasa-arvon huomioimisesta vaikutusarvioinnissa yleensä ja erityisesti terveysvaikutusten arvioinnissa. (Harris-Roxas ym. 2004)

Koska organisaatioiden sisällä muutoksen katsotaan yleensä tapahtuvan vaiheittain (NSW Health 2001), terveysvaikutuksen arvioinnin edistämiseksi päätettiin soveltaa työtappaa, jossa käytetään tutkimustietoa pohjana ja siirrytään vaiheittaisesti terveysvaikutusarvioinnin eri jaksoihin: tiedostamiseen, omaksumiseen, toteuttamiseen ja vakiinnuttamiseen (Harris-Roxas & Simpson 2004). Työn kulmakivenä on ollut joukko ”kehityskohteita” – tähän mennessä kuusitoista terveysvaikutusten arviointia. Lisäksi tarjoutui tilaisuus tehdä nopea terveyden tasa-arvoa korostava vaikutusarviointi kahdesta terveystaloudellisesta aloitteesta (Harris ym. 2006).

Terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä on pyritty laajentamaan sisällyttämällä siihen nopeita tasa-arvoa korostavia arviointitapoja, joiden toteuttamisesta selviää vähimmillään neljän työpäivän työllä (Harris ym. 2006). Vaikka näillä työtavoilla on omat puutteensa, niiden avulla pystytään arvioimaan mielekkäästi mahdollisten vaikutusten jakautumista viidellä eri ulottuvuudella (ikä, sukupuoli, epäedullinen sijainti, etniseen ryhmään kuuluminen ja sosiaalis-taloudellinen asema), joilla arvioidaan olevan eroja terveydessä tai joilla niiden kehittyminen on mahdollista. Tällaisen etenemistavan etuna on, että sen avulla tasa-arvonäkökohtia voidaan pohtia järjestelmällisesti päätöksentekoprosesseissa, joissa ne muutoin saattaisivat jäädä tutkimatta. Työtavan suurimmat heikkoudet ovat siinä, että aikaa ei ole riittävästi tutkimustiedon käyttämiseen ja että vaikutusten erilaisuuden pohtiminen saattaa jäädä pinnalliseksi, vaikka nopeiden arviointien rajoitusten avoin myöntäminen osittain lievittääkin näitä puutteita.

Vaikka terveysvaikutusten arvioinnin puolestapuhujat korostavat usein kiinnittävänsä huomiota tasa-arvoon (Kasperson 1983, Banken 1999, Acheson 2000), Australiassa tehty TVA-julkaisuja koskeva katsaus osoitti, että erilaisten tasa-arvoaikutusten nimenomainen käsittely on harvinaista. Terveyserojen huomioimisen periaatteesta on vielä pitkä matka varsinaiseen terveyden tasa-arvon tarkasteluun (Harris-Roxas ym. 2004). Tasa-arvonäkökohdat huomioonottavassa terveysvaikutusten arviointihankkeessa merkittäväksi haasteeksi osoittautui se, että monille muiden hallinnonalojen ammattilaisille oli epäselvää, mitä terveyden tasa-arvo on ja mitä heidän pitäisi tehdä terveyden tasa-arvoon liittyvien vaikutusten suhteen. Teorian ja käytännön välisen kuilun ylittämisessä on osoittautunut hyödylliseksi tasa-arvoa korostava terveysvaikutusten arviointikehikko (*Equity Focused HIA Framework*) (Mahoney ym. 2004, Simpson ym. 2005). Sen avulla

käytännön työssä toimivat ovat voineet konkreettisesti pohtia tasa-arvonäkökohtia terveysvaikutusten arvioinnin eri vaiheissa. Lisäksi se on tehnyt tasa-arvon käsitteen ymmärrettävämmäksi monille sitä työssään käyttäville ammattilaisille. (Harris-Roxas 2008)

7.3 Terveysvaikutusten arviointi Suomessa

Suomessa ympäristövaikutuksiltaan merkittävien hankkeiden, suunnitelmien ja ohjelmien vaikutusten ennakoarviointi on lakisääteistä. Siihen velvoittavat *laki ympäristövaikutusten arvioinnin menetelmästä* (ns. YVA -laki), *maankäyttö- ja rakennuslaki* ja *laki viranomaisien suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arvioinnista* (ns. SOVA -laki). Näihin lakisääteisiin vaikutusten arviointeihin sisältyy myös terveysvaikutusten arviointi, mutta terveyttä tarkastellaan usein suppeasta ympäristön aiheuttamien tai ympäristön kautta välittyvien terveysriskien näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan rooli näissä prosesseissa on toimia asiantuntijatahona, lausunnonantajana tai arviointitarpeen tunnistajana ja käynnistämisen tarpeen muistuttajana. Lakisääteisten ennakoarviointien laatu on ihmisiin kohdistuvien hyvinvointi- ja terveysvaikutusten osalta ollut vaihteleva ja alisteinen ekologiselle näkökulmalle; usein terveysvaikutukset on arvioitu puutteellisesti tai ne ovat jääneet kokonaan arvioimatta (Välimäki ja Kauppinen 2000).

Viime vuosina monissa sosiaali- ja terveystalouden asiakirjoissa on korostettu terveysvaikutusten arvioinnin tärkeyttä. Esimerkiksi *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmassa (STM 2001) edellytetään terveysvaikutusten arvioinnin laajentamista kaikkien politiikkojen ja toimintojen valmisteluun ja uudelleen arviointiin. *Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015* -julkaisun (STM 2006b) mukaan ”päätöksenteossa arvioidaan ennakolta vaikutuksia ihmisten terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin” ja todetaan, että päätösten sosiaalisten ja terveydellisten vaikutusten ennakoarviointia on tarpeen lisätä kaikilla yhteiskuntapolitiikan lohkoilla. *Hyvinvointi 2015* -ohjelman (STM 2007) mukaan ehkäisevän politiikan kehittämiseen kuuluu ennakoivan ja ihmisten osallisuuden perustuvan sosiaalisten vaikutusten arvioinnin kehittäminen. Lisäksi kunnille tarkoitettussa *Terveyden edistämisen laatusuosituksessa* (STM 2006c) ennakoarviointi sisältyy terveyttä ja hyvinvointia edistävän toimintapolitiikan rakentamista sekä sosiaalipalvelujen toimintaan liittyviin suosituksiin.

On kuitenkin huomattava, että vaikutusarvioinnin tuloksia ei välttämättä oteta huomioon yhteiskuntapolitiisissa päätöksenteossa, kuten Suomen alkoholipolitiikka koskeva esimerkki osoittaa. Vuonna 2004 matkustajien verovapaata alkoholintuontia muista EU:n jäsenmaista rajoittaneet kiintiöt poistuivat Suomessa ja alhaisempaa alkoholin hintatasoa noudattanut Viro liittyi Euroopan Unioniin. Jotta matkustajien EU-maista tuoma alkoholimäärä ei olisi hintaerojen takia kasvanut huomattavasti, Suomessa alennettiin alkoholiveroja merkittävästi maaliskuussa 2004 (Österberg 2005). Veronalennuksista johtuvan alkoholin kulutuksen kasvun aiheuttamia välittömiä terveysseuraamuksia arvioitiin ennakkoon huolellisesti (Österberg ym. 1998). Kuitenkin fiskaalisten ja elinkeinopoliittisten intressien paino oli suurempi kuin terveysvaikutusten päätettäessä kansallisesta alkoholipolitiikasta. Alkoholin kulutus haittoineen odotetusti kasvoi ja aiheutuneet terveyshaitat ovat kohdistuneet eniten huono-osaisempiin väestöryhmiin (Pehkonen & Österberg 1996; Mäkelä 1999; Palosuo ym. 2004; Mäkelä & Österberg 2006; Herttua ym. 2007).

Käytännön TVA -työssä on käyty rajanvetoa sosiaalisten vaikutusten ja terveysvaikutusten välillä ja joskus laaja-alaista arviointia ovat rajoittaneet eri hallinnonalat (Nelimarkka & Kauppinen 2007). Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1999 julkaiseman oppaan myötä on alettu puhua ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnista IVA:sta (STM 1999). Termi on otettu käyttöön, jotta välttyttäisiin rajanvedolta eri sektoreiden välillä ja saataisiin kokonaiskuva ihmisiin kohdistuvista vaikutuksista. IVA sisältää yksilöihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan kohdistuvat niin objektiiviset kuin subjektiivisetkin koetut vaikutukset (Haverinen 2000). Muita Suomessa

tehtäviä vaikutusten arviointeja, joihin sisältyvät myös osittain terveysvaikutukset ovat mm. sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA), lapsivaikutusten arviointi (LAVA), sukupuolivaikutusten arviointi (SUVA) sekä mielenterveysvaikutusten arviointi.

IVA:n käyttö kunnissa

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA) käytetään useissa kunnissa esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan strategioita laadittaessa. Kunnan hyvinvointikertomuksessa ilmaistuun negatiiviseksi koettuun asiantilaan voidaan etsiä ennakoarvioinnin avulla vaihtoehtoja haluttuun tulevaisuuteen pääsemiseksi. Ennakoarvioinnin suomalaisina erityispiirteinä voidaan pitää sitä, että ennakoarviointi on sisällytetty jo suunnitteluun, eikä erillisiä suosituksia arvioinnista yleensä anneta. Vaihtoehtoja kuvataan ja tarkastellaan aktiivisesti ja verrataan niitä ns. nolla-vaihtoehtoon, jossa nykyinen kehitys jatkuisi sellaisenaan. Menetelmänä käytetään yleisesti taulukointia.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) *Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)* -hanke on edistänyt terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöönottoa kuntien päätöksentekoprosesseissa. Stakesissa ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointia on kehitetty vuodesta 1993 lähtien hankerahoitusten turvin. IVA:n soveltamista kuntiin on kehitetty mm. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kunnalliseen toimeenpanoon liittyvien hankkeiden yhteydessä. Yhteistyökumppaneina ovat toimineet esimerkiksi *Terve Kunta* -verkoston kunnat, joissa kehitettiin ennakoarvioinnin menetelmiä erilaisissa suunnittelu- ja päätöksentekotilanteissa. Kunnat valitsivat itselleen ajankohtaisen suunnitelman tai päätöksen, johon vaikutusten ennakoarviointia sovellettiin vuoden 2003 aikana.

Terveiden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -hankkeessa on myös käytetty IVA -menetelmää. TEJO -hankkeessa on tutkittu ja kehitetty yhdessä kuntien ja alueiden kanssa terveyden edistämisen rakenteita ja johtamiskäytäntöjä. Tavoitteena on ollut tuottaa suunnittelun, seurannan ja arvioinnin työvälineitä ja vahvistaa kuntien strategista ja ammatillista hyvinvointiin liittyvää työtä. Kuntia koskeva kehittämishanke terveyden edistämisen johtamisesta käynnistyi vuonna 2004 yhteistyössä pilottikuntien, ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten kanssa. Tarkoituksena oli kehittää työvälineitä ja edistää niiden käyttöönottoa mm. ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi-menetelmää soveltaen. TEJO -projektin kunnat valitsivat itselleen ajankohtaisen suunnitelman tai valmistelussa olevan lautakuntapäätöksen, johon IVA:a käytettiin. Lisäksi Stakesin IVA-työryhmä on tuottanut lukuisia oppaita, ohjeita ja julkaisuja sekä järjestänyt koulutusta ja aihetta käsitteleviä seminaareja (<http://info.stakes.fi/iva/FI/index.htm>).

Joidenkin kuntien sosiaali- ja terveystoimessa on sovellettu vaikutusten ennakoarviointia, vaikka laki ei sitä edellytäkään. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin koulutusta ei ole systemaattisesti järjestetty. IVA:n koulutus sisältyy kuitenkin joidenkin ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan opetukseen (esim. Jyväskylän ammattikorkeakoulu). Kaikkiaan ennakoarvioinnin käyttö on kuitenkin edelleen varsin vähäistä. Kunnanjohtajille suunnatun kyselyn mukaan ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia käytettiin kuntastrategian valmistelussa säännöllisesti 5 %:ssa vastanneista kunnista, 70 %:ssa kunnista ennakoarviointia ei ollut käytetty koskaan (Poikajärvi & Perttilä 2006).

Esimerkkejä TVA:sta, IVA:sta ja SVA:sta Suomesta

Erityisesti terveyseroja huomioonottavia vaikutusten arviointeja ei Suomessa ole juuri tehty. Oheisissa esimerkeissä 7–10 on arviointeja, jotka periaatteessa mahdollistavat myös terveyserojen huomioon ottamisen tai jotka liittyvät terveyden eriarvoisuuteen koskien niiden determinantteja.

Esimerkki 7. Helsingin kaupunki, terveyskeskus (TVA) (Simoila 2008)

Helsingin kaupungilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa helsinkiläisten terveyden edellytyksiin eri toimialojensa kautta. Helsingin kaupunginhallituksen esityksen (27.2.2006) mukaan ”Terveyden edistämistä korostetaan kaikessa kaupungin toiminnassa”. Terveyskeskuksen rooli on keskeinen muiden hallintokuntien saamisessa mukaan terveyden edistämistoimintaan. ”Terveyskeskus lisää helsinkiläisten terveyden edellytyksiä vaikuttamalla siihen, että Helsingin kaupungin hallintokunnat ottavat toiminnassaan huomioon päätöksensä terveysvaikutukset.”

1. Helsingin terveyskeskus teki kokousasiakirjoihin perustuvan selvityksen vuonna 2005 siitä, *miten Helsingin kaupungin muut kuin terveydenhuollon päätöksentekijät ottavat huomioon päätöksensä terveysvaikutukset*. Selvitykseen kerättiin 568 asiakirjaa ajalta 1.1.2002–31.10.2004. Selvityksessä löydettiin 562 terveysvaikutteista asiakohtaa, joista 25 % kuului sosiaalilautakunnan, 18 % ympäristölautakunnan, 16 % kaupunkisuunnittelulautakunnan ja 16 % kaupunginhallituksen käsittelemiin asioihin. 54 % asioista käsitteli elinympäristöä, 12 % elinoloja ja 12 % elämäntapoja. Kaikkiaan terveysvaikutusten arviointia oli havaittavissa 3 %:ssa käsitellyistä asiakohdista. Tämän selvityksen johtopäätös oli, että terveysvaikutusten arviointia tulee lisätä ja käyttää päätöksenteon pohjana.

2. Vuonna 2006 opetusviraston kanssa tehdyllä pilottihankkeella selvitettiin, *miten Helsingin opetusviraston päätösesityksissä otetaan huomioon terveysvaikutukset*. Tarkastelun kohteena oli myös se, millaisissa asioissa terveysvaikutuksia on otettu huomioon ja mihin terveyteen liittyviin tekijöihin vaikutusten arviointi on kohdistunut. Hanke aloitettiin kouluttamalla ensin opetusviraston johtoa ja valmistelijoita käymällä läpi hankkeen taustaa, hyvän päätösesityksen kriteereitä, valmisteluprosessia ja vaikutusten arvioinnin perusteita.

Kokousasiakirjoihin perustuva aineisto koostui opetuslautakunnan esityslistoista (14 kpl) syys- ja joulukuun 2006 väliseltä ajalta, joissa oli yhteensä 170 käsiteltyä asiaa. Lopullisen aineiston muodostivat 38 esityslistoilta löytynyttä terveysvaikutteista asiakohtaa. Pilottihankkeen aikana oli sovellettu terveysvaikutusten arviointia hiukan yli puolelle (55 %) asialistalla olevista päätösehdotuksista. Tulosten perusteella voitiin todeta, että TVA:lla on kokousasiakirjojen teksteissä melko vaatimaton ja pinnallinen osuus. Vaikka esityksellä on todettu olevan terveysvaikutuksia, niitä on kuvattu melko yleisellä tasolla eikä vaikutusten ilmenemismuotoja ole eritelty. Tutkimustulokset antavat myös viitteitä siitä, että välittömiä, varsinkin fyysisiä (esim. koulutilojen kuntoon liittyvät kysymykset), terveysvaikutuksia on helpompi arvioida ilman erikoisiantuntemusta kuin välillisiä terveysvaikutuksia (esim. koulujen loma- ja työajat tai koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta).

Johtopäätöksiä ja terveysvaikutusten arvioinnin haasteita

Pilottihanke todentaa vaikutusten arvioinnin haasteellisuuden ja antaa viitteitä, mitä seikkoja tulee ottaa huomioon vaikutusten arvioinnin juurruttamiseksi osaksi organisaation vakiintunutta toimintaa. Koska terveysvaikutusten arviointi teettää lisätyötä päätösten valmistelijoille, kaivattiin perusteluja sille, miksi juuri terveysvaikutuksia pitäisi arvioida (verrattuna esim. talous-, ympäristö-, yritys-, työllisyys- ja aluevaikutuksiin). Eri hallinnonalojen johto, päätösten valmistelijat ja päättäjät tarvitsevat konkreettista koulutusta vaikutusten arvioinnista. Jotta valmistelun laatua voidaan nostaa vaikutusten arvioinnin tulokset ja erilaiset vaihtoehdot paremmin esiintuoviksi, tarvitaan valmistelutyöhön soveltuvia selviä ohjeita vaikutusten arvioinnista. Yhteistyö terveysvaikutusten arvioinnissa terveystoimen ja muiden hallintokuntien välillä on tärkeää, jotta voidaan varmistaa esitysten terveysvaikutusten tunnistaminen ja huomioon ottaminen kaikessa päätöksenteossa ja estää näin mahdollisia haitallisia seuraamuksia. Lisäksi johdon, valmistelijoiden ja päättäjien mukanaolo ja sitoutuminen vaikutusten arviointiin on tärkeää. Vasta käytännön kokemusten ja arviointien kautta TVA:lla on mahdollisuus hioutua osaksi päätöksentekoprosessia.

Helsingissä terveysvaikutusten arviointi ja terveyserojen vähentäminen on kirjattu kaupungin tavoitteisiin. TVA:sta on tehty selvityksiä, menetelmää kehitetään ja sen käyttöä edistetään. TVA:n käyttöön kaivataan kuitenkin ohjeita, tukea ja resursseja. Sosiaaliryhmien välisten terveyserojen tarkastelu ei vielä ole mukana terveysvaikutusten arvioinneissa.

Kauniaisissa ja Salossa on sovellettu nopeaa IVA:a lautakuntapäätöksissä (Esimerkit 8 ja 9).

Esimerkki 8. Kauniaisten kaupungissa käytettävä tunnistustaulukko lautakuntapäätösten valmisteluun. (IVA, TVA) (Nelimarkka ja Kauppinen 2007)

Kauniaisissa käytettävä tunnistustaulukko, jonka avulla lautakunnan valmistelija tunnistaa, onko päätöksellä merkittäviä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin.		
Päätettäväksi tarkoitetun asian IVA-soveltavuuden arviointi		
Mahdollisia vaikutuksia	Kyllä	Ei
Väestön määrään		
Väestön rakenteeseen		
Elinympäristöön		
Elinoloihin		
Elintapoihin		
Elämänhallintaan		
Hyvinvointiin ja terveyteen		
Hyvinvointipalveluihin		
Jos Kyllä-vastauksia, edetään IVA -käsittelyyn		

Esimerkki 9. Salo: IVAn soveltaminen lautakuntapäätöksiin (TEJO -hanke)

<http://info.stakes.fi/iva/Fl/Esimerkkeja/Sovellukset/salonmalli.htm>

Salon kaupungissa Terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen -projektin johtoryhmä päätti kesällä 2006, että nopeaa IVA:a sovelletaan lautakuntapäätösten valmistelussa silloin, kun päätöksellä on merkittäviä vaikutuksia ihmisiin tai päätös liittyy Salon kaupungin strategiaan tavoitteisiin. Esittelijä päättää ennakoarvioinnin tarpeellisuudesta. Tarkoituksena on käyttää nopeaa IVA:a myös kaikissa uusissa hankkeissa. Johtoryhmä laati valmistelijoita varten ohjeen nopean IVA:n toteuttamistavasta.
--

Jyväskylän esimerkki (esimerkki 10) kuvaa maankäytön suunnittelua sosiaalisen eheyden näkökulmasta, mikä liittyy terveyden ja hyvinvoinnin taustalla oleviin tekijöihin. Tarkastelussa oli eri väestöryhmiä, mutta ei eri sosiaaliryhmiä, mikä onkin tavallista suomalaisissa vaikutusten arvioinneissa.

Esimerkki 10. Jyväskylä: Sosiaalisen eheyden turvaaminen maankäytön suunnittelun avulla (SVA)
(Terve Kunta -verkosto) <http://info.stakes.fi/iva/Fl/Esimerkkeja/Sovellukset/jyvaskyla.htm>

Hankkeen tavoitteena oli selvittää, millaisia mahdollisuuksia ja keinoja maankäytön suunnittelulla on Jyväskylän kaupungin ja Jyväskylän kaupunkiseudun sosiaalisen eheyden turvaamiseksi. Hanke käynnistyi helmikuun alussa vuonna 2003 ja työ jatkui vuonna 2004. Työryhmätyöskentelyyn osallistuvat sosiaali- ja terveystalvvelukeskuksen ja kaupunkisuunnittelutoimiston lisäksi myös asuntotoimi, ympäristövirasto, opetusvirasto ja liikuntapalvelukeskus.

Hankkeessa on tarkasteltu erityyppisten kaavojen sosiaalisia vaikutuksia käynnissä olevissa kaavoitukseen liittyvissä suunnitelmissa.

Tarkasteltavia vaikutuksia olivat mm.:

Palveluihin kohdistuvat sosiaaliset vaikutukset: lähipalvelujen saatavuus ja kysyntä, muiden merkittävien palveluiden saatavuus, joukkoliikenteen saatavuus ja/tai palvelujen saatavuuden tasa-arvoisuus.

Kaavan vaikutus sosiaalisiin oloihin: väestön monipuolisuus, ikä- ja erityisryhmien huomioiminen, sosiaalisen vuorovaikutuksen mahdollisuus ja yhteisöllisyys, nykyiset sosiaaliset ongelmat, mahdollisesti syntyvät uudet sosiaaliset ongelmat, alueimago ja eri toimintojen ja elämäntapojen mahdollistaminen tai aluetasapaino.

Muiden vaikutusten sosiaaliset ulottuvuudet ja vaikutukset viihtyvyyteen: liikenteen turvallisuus ja toimivuus, virkistysmahdollisuuksiin kohdistuvien vaikutusten sosiaaliset ulottuvuudet, melun, saasteiden ja ympäristövaikutusten sosiaaliset ulottuvuudet tai maiseman ja kaupunkikuvan sosiaaliset ulottuvuudet.

Hankkeessa tehdyt esitykset Jyväskylän kaupungin ja kaupunkiseudun sosiaalisesta eheydestä ja niistä eri ryhmissä käytävät keskustelut ovat keskeisiä sosiaalisen eheyden näkökulman juurruttamiseksi osaksi kaupunkisuunnittelua. Tehtyjä tarkasteluja pyritään hyödyntämään laaja-alaisesti kaavoituksen, hyvinvointipolitiikan ja asuntopolitiikan ohjelmoinnissa ja suunnittelussa.

8 Yhteenvetoa ja päätelmiä terveysvaikutusten arvioinnista

Väestön terveyteen ja terveyden jakautumiseen vaikuttavat hyvin monet yhteiskunnalliset toimet. Joskus poliittisilla ja taloudellisilla päätöksillä saatetaan tahattomasti vaikuttaa terveyteen tai terveyteen vaikuttaviin tekijöihin ja lisätä terveyseroja. On myös asioita, joissa jätetään tarkoituksella joitakin kysymyksiä huomiotta tai niistä ei keskustella (*“non-decision decisions”*). Mikäli tällaisten päätösten vaikutukset ovat huomattavia, niitä ei tavallisesti ole helppo korjata jälkeenkäpäin. Siksi olisi erityisen tärkeää ennakoita kaikkien hallinnonalojen merkittävien päätösten mahdolliset terveysvaikutukset ja myös niiden mahdollisesti erilaiset vaikutukset eri väestöryhmiin. Terveysvaikutusten arvioinnin arvolähtökohtana on se, että väestön ja eri väestöryhmien terveyttä ei saisi vahingoittaa, mutta politiikan tai toimien päättäjillä voi olla hyvin erilaisia intressejä. Terveysvaikutusten arvioinnin asemaa arvioitaessa on kuitenkin syytä muistaa, että arviointi tehdään suunnittelun ja päätöksenteon tueksi, eikä se nykykäytännöissä velvoita suunnittelijoita tai päättäjiä välttämättä mihinkään.

Terveysvaikutusten arvioinnin kehityksen taustalla ovat olleet mm. ympäristövaikutusten arviointi, terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka (healthy public policy) sekä arviointitutkimuksen lisääntyminen yleensä. Terveysvaikutusten arvioinnin tarpeesta on keskusteltu jo vuosia. Joissakin maissa, kuten Isossa-Britanniassa, on tehty pioneerityötä ja kehitetty työvälineitä ja ohjeita. Välineitä on jo kertynyt sen verran, että todennäköisesti olisi mahdollista edistää terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöä konkreettisesti ja vakiinnuttaa sitä käytäntöön päätöksenteon eri tasoilla (Ritsatakis 2004). Kemmin mukaan (2006) terveysvaikutusten arvioinnin avulla on myös mahdollista auttaa päätöksentekijöitä kaventamaan terveyseroja kuvaamalla vaikutusten jakautuminen ja ennakoimalla, miten terveysvaikutukset kohdentuvat eri väestöryhmiin päätöksen eri vaihtoehtoissa. Vaikka menetelmän tutkimus- ja tiedonkeruutarve on edelleen ilmeinen, voidaan päätöksentekoon jo nykyisin menetelmin vaikuttaa ainakin tekemällä terveyseroasia näkyväksi ja tunnistamalla mahdollisia herkkiä ryhmiä (Mackenbach ym. 2004). Terveysvaikutusten arviointi näyttää olleen hyödyksi esimerkiksi palvelujen ja maankäytön suunnittelussa (Blau ym. 2006, Kauppinen ym. 2006, Wismar 2004).

Niin sanottu nopea TVA näyttää olevan kaikkein eniten käytetty menetelmä mm. aikataulu- ja resurssisyistä. Nopeissa arvioinneissa ei kuitenkaan päästä syvällisiin analyyseihin eikä niissä juuri pystytä keräämään uutta tietoa. Nopean tasa-arvopainotteisen terveysvaikutusten arvioinnin avulla voidaan kuitenkin mielekkäästi tarkastella päätösten vaikutusten jakautumista silloin, kun terveysvaikutusten arviointia ei todennäköisesti muutoin sovellettaisi. Kuten Banken (2001) on huomauttanut, terveysvaikutusten arvioinnissa ei pyritä ainoastaan muuttamaan yksittäisiä päätöksiä vaan myös avaamaan ”pätöksenteon ikkunoita” tulevaisuudessa. Lisäksi itse prosessilla on myös havaittu olevan tietoisuudennostovaikutusta. Ennakoarviointiprosessi voi toimia myös yhteisvastuullisuuden konkretisoijana: mitä eri toimijoiden tulisi tehdä, jotta yhteinen hyvä toteutuisi (Nelimarkka ja Kauppinen 2007).

Viime vuosina terveysvaikutusten arviointia on korostettu erityisesti yhtenä keinona ehkäistä ja korjata terveyden eriarvoisuutta. Tämän seurauksena kiinnostus menetelmää kohtaan

on lisääntynyt. Esimerkiksi Australiassa on otettu käyttöön tasa-arvopainotteinen terveysvaikutusten arviointikäsite Equity Focused Health Impact Assessment (EFHIA), jolla viitataan laajasti tasa-arvon ja sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen huomioon ottamiseen osana terveysvaikutusten arviointimenetelmää. Australiassa havaittiin, että monille muiden kuin terveyshallinnon ammattilaisille on epäselvää, mitä terveyden tasa-arvo on ja siten myös se, mitä heidän pitäisi tehdä terveyden tasa-arvoon liittyvien vaikutusten suhteen. Aloite terveysvaikutusten arvioinnin toimintaedellytysten parantamiseen tuli New South Walesin terveysministeriöstä ja se pohjautui terveyden tasa-arvoa New South Walesissa koskevassa asiakirjassa (NSW Health 2004) annettuihin terveysvaikutusten arviointisuosituksiin. Paikallista yliopistoa pyydettiin kehittämään erilaisia menettelytapoja terveysvaikutusten arviointiin ja TVA:n käyttöä on pyritty laajentamaan myös sisällyttämällä siihen nopeita tasa-arvoa korostavia arviointitapoja (Harris ym. 2006). Tasa-arvoa korostavaa terveysvaikutusten arviointikehikkoa on pidetty hyödyllisenä teorian ja käytännön välisen kuilun ylittämiseksi (Mahoney ym. 2004).

Terveysvaikutusten arviointiraporttien julkaiseminen on ollut vähäistä monissa Euroopan maissa ja siksi vertailevien kartoitusten ja aineistojen kokoaminen on työlästä. Euroopan Unionin rahoittamassa tutkimushankkeessa selvitettiin terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä 19 Euroopan maassa vuonna 2005 (Blau ym. 2006). Ainakin yksi raportoitu terveysvaikutusten arviointi löytyi 17 Euroopan maasta¹. Reilu kolmannes aineiston raporteista oli Isosta-Britanniasta. Kaikista tutkimukseen sisällytetyistä 158 TVA -raportista 54 koski kansallista tasoa, 23 aluetasoa ja 81 paikallistasoa. Terveysvaikutusten arviointia on sovellettu yleensä verrattain vähän kansallisella tasolla. Alueellisen ja paikallisen tason arviointeja kartoitettiin kustakin maasta vain yhdeltä maantieteelliseltä kohdealueelta, ja silti paikallisia arviointeja oli näinkin runsaasti. (Blau ym. 2006).

Noin puolessa aineiston raporteista oli kiinnitetty huomiota tasa-arvoon terveysvaikutusten arvioinnin taustalla olevana perusarvona. Väestön tarkastelu alaryhmittäin tekee mahdolliseksi arvioida terveysvaikutusten jakaumaa sekä erilaisten vaikutusten kohdistumista. Kaikkiaan 71 TVA:ssa raportoitiin, että väestöä oli tarkasteltu joko sukupuoleen, ikään tai sosioekonomiseen asemaan perustuvien ryhmittelyjen mukaan tai erityisten muiden luokitteluperusteiden mukaan. Esimerkiksi päätöksellä, joka lisää altistumista saasteille, saattaa olla huomattava vaikutus niiden terveyteen, jotka jo kärsivät hengityselinoireista, vaikka terveysvaikutus muille saattaa olla mitätön. (Blau ym. 2006)

Terveysvaikutusten arviointi nähdään yleensä avainmekanismina terveyden huomioon ottamisessa yli hallinnonalarajojen. Mainitussa raportissa arvioitiin menetelmän käyttökelpoisuutta eri hallinnonaloilla. Tutkimusaineiston pohjalta menetelmä tuntuikin soveltuvan hyvin ja myös olevan käytössä monilla eri hallinnonaloilla. Yleisimmin TVA:ta on käytetty liikennettä, asumista ja kaupunkisuunnittelua, ympäristöä ja yhtäaikaa useita hallinnonaloja koskevassa päätöksenteossa. Useimmat raportoiduista arvioinneista oli tehty muulla kuin terveys- ja sosiaalisektorilla (taulukko 3). Terveysvaikutusten arviointien jakautuminen eri hallinnonaloille riippuu myös päätöksenteon tasosta: kansallisella tasolla liikenteeseen, asumiseen, rahoitusratkaisuihin ja terveyteen liittyvät aiheet ovat yleisimpiä ja aluetasolla yleisimpiä ovat työllisyyteen, liikenteeseen, sosiaalihuoltoon sekä ympäristöön liittyvät arvioinnit. Paikallistasolla arvioinnin kohteita ovat olleet mm. asumista, liikennettä ja ympäristöä koskevat hallinnonalat. (Blau ym. 2006)

Raportoitujen arviointien pienestä kokonaismäärästä johtuen esitetyistä luvuista ei voi tehdä pitkälle meneviä yleistäviä johtopäätöksiä, mutta saatu tieto näyttää viittaavan siihen, ettei terveysvaikutusten arvioinnin nykykäyttö toimi 'terveys kaikissa politiikoissa' -toimintatavan työkaluna kansallisessa politiikassa. Sen sijaan TVA:ta käytetään eniten muilla terveyshallinnon aloilla paikallistasolla. (Blau ym. 2006)

¹ Tutkimukseen raportoidut terveysvaikutusten arviointihankkeet maittain: Belgia n=3, Englanti n=28, Espanja n=7, Hollanti n=18, Italia n=4, Itävalta n=5, Irlanti n=3, Liettua n=1, Malta n=1, Pohjois-Irlanti n=5, Portugalin n=0, Puola n=1, Ruotsi n=5, Saksa n=7, Slovakia n=1, Slovenia n=6, Suomi n=34, Sveitsi n=3, Tanska n=2, Unkari n=0, Wales n=24 ja yhteensä n=158.

TAULUKKO 3. TVA:n soveltaminen eri hallinnonaloilla.

Hallinnonala														
Määrittelemätön	Liikenne	Asuminen/kaupunkisuunnittelu	Ympäristö	Monisektorinen	Terveys/muu	Työllisyys	Sosiaalihuolto	Rahoitus	Energia	Maatalous	Teollisuus	Opetus	Matkailu	
N	27	23	18	17	14	10	10	8	8	7	7	4	3	2

Mainitun raportin tulokset osoittavat, että useimmissa Euroopan maissa terveysvaikutusten arviointia käytetään ainakin projekteissa. Vaikka terveysvaikutusten arviointia on tutkittu jo pitkään, vain harvoissa maissa menetelmää on kuitenkaan käytetty kattavasti, eikä siitä ole tullut kiinteä osa päätöksentekoprosessia. Pikemminkin se on työkalu, jota käytetään tilapäisperiaatteella pilottitutkimuksissa (Blau ym. 2006). TVA:n soveltamisen tapa vaihtelee suuresti maiden välillä. Vaikka hallituksilla ja ministeriöillä pitäisi olla keskeinen rooli TVA -menetelmän käytön edistämässä ja levittämässä, koulutukseen ja voimavarojen tarjoamiseen osallistuu kirjavia ja laaja joukko erilaisia muita organisaatioita kuten paikalliset viranomaiset, kansanterveyslaitokset, erilliset TVA -yksiköt, yliopistot ja yksityiset yhtiöt (Wismar ym. 2006). Muutamat maat ovat kuitenkin onnistuneet vakinaistamaan TVA-menetelmän käytön ainakin osittain (esim. Iso-Britannia, Hollanti). Tärkeitä tekijöitä, jotka ovat auttaneet menetelmän vakiinnuttamisessa, ovat vahva hallinnollinen tuki, erillisten tukiyksikköjen perustaminen tai TVA -vastuun osoittaminen olemassa oleviin laitoksiin, terveystietoisuuden nostaminen TVA:n tueksi ja jatkuva rahoitus TVA-toimille. Analyysi osoitti, että terveysvaikutusten arviointia voidaan soveltaa järjestelmällisesti yhteistyössä eri hallinnonalojen ja osastojen kanssa ainakin periaatteessa. Monissa maissa nämä mahdollistavat olosuhteet ovat kuitenkin puutteellisia. Onkin vaarana, että TVA:n soveltaminen ja vakiinnuttaminen eivät edisty tulevaisuudessa, ellei poliittinen tuki kohdistu tähän ja ellei kehittämiseen panosteta (Wismar ym. 2006).

Kaikkien päätösten arvioiminen on kuitenkin mahdotonta käytännössä, mistä on saatu viitteitä muun muassa Ruotsissa ja Hollannissa. Tarvittaisiinkin hyvä tarkistusmenetelmä, jolla voidaan kartoittaa ja löytää ne potentiaaliset politiikat, joihin todella olisi syytä tehdä terveysvaikutusten arviointi. Ruotsissa on kehitetty tähän tarkoitukseen omaa (screening) työkalua. Myös Suomessa (Kauniaisissa ja Salossa) käytetään tunnistustaulukkoa, jonka avulla lautakunnan valmistelija tunnistaa, onko päätöksellä merkittäviä vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Päätöksentekoprosessin aikataulut myös rajoittavat arviointia; kun terveysvaikutusten arviointia vaaditaan nopeasti, ei ehditä koota tieteellistä näyttöä. Taloudelliset laskelmat tukisivat terveysvaikutuksien huomioon ottamista, mutta usein niitä ei joko ehditä tai haluta tehdä (Ritsatakis 2004). Terveyseroihin kohdistuvista vaikutuksista on usein myös vaikeaa saada määrällistä näyttöä (Mackenbach ym. 2004).

Vaikka terveysvaikutusten arviointia on kokeiltu ja kehitetty monissa Euroopan maissa, varaukselta kannatusta se ei kuitenkaan ole saavuttanut, vaan sen hyötyä suhteessa panostukseen hieman epäröidään. Isossa-Britanniassa, jossa menetelmää on eniten käytetty, sen käytäntöön soveltamista myös jatketaan. Monissa englantilaisissa terveysvaikutusten arvioinneissa keskeistä on ollut huono-osaisten osallistuminen ja sitoutuminen prosessiin. Terveyserojen tarkastelu näyttääkin onnistuneen parhaiten, kun kohteena on jokin huono-osainen väestöryhmä, jolloin ratkaisuja löytyy helpommin, ja asianosaisten osallistuminen suunnitteluun tuottaa lisätietoa sekä aktivoi heitä vaikuttamaan päätöksiin. Sen sijaan koko väestön terveyserojen jakaumaan (gradienttiin) puuttuminen tuntuu olevan huomattavasti haasteellisempaa. Monien Euroopan maiden kansallisissa terveyseroihin kohdistuvissa ohjelmissa nimenomaan TVA:ta esitetään keinoksi puuttua terveyseroihin ja korostetaan kaikkien hallinnonalojen välisen yhteistyön merkitystä. On kuitenkin tärkeää lisätä, että terveysvaikutusten arvioinnin menetelmä yksin tuskin johtaa terveydellisten seurausten laajaan huomioimiseen päätöksenteossa (Kemm 2001).

9 Terveysvaikutusten arvioinnin kehittämistarpeet Suomessa

Suomessa sosiaali- ja terveyspolitiikan strategioissa ja ohjelmissa korostetaan terveysvaikutusten arvioinnin tärkeyttä, mutta sen käyttö ei vielä ole vakiintunutta. Muiden maiden kokemusten pohjalta voidaan todeta, että edellytyksenä terveysvaikutusten arvioinnin edistämiseksi ovat poliittinen tuki, riittävät voimavarat sekä asiantuntijoiden saatavuus. Laajapohjainen poliittinen tuki edistäisi terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä. Suomessa kehitetään useita rinnakkaisia terveyteen kohdistuvia tai sitä sivuavia ennakoarviointeja, jotka kilpailevat kehittämis- ja toimeenpanoresursseista. Tarvittaisiin myös riittävästi voimavaroja tukemaan ennakoarvioinnin hallintoa, kehittämistä ja tutkimusta. Koulutuksen kehittämisessä tulisi selkeyttää myös ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen roolia ja vastuita. Eri hallinnonalojen ja kuntien vaikutusten arviointien tueksi tulisi olla saatavilla lisäksi neuvontaa tai konsultointipalveluja. Tarvetta on myös terveysvaikutusten arviointien vaikuttavuuden tutkimukselle.

Vaikka erilaisten vaikutusten ennakoarviointien (kuten IVAn) kehittämiseksi on Suomessa tehty systemaattista työtä useamman vuoden ajan, sosioekonomisten ryhmien välisiin terveyseroihin ei ole tähän mennessä kiinnitetty kuitenkaan järjestelmällisesti huomiota. Jotta terveyserot voitaisiin sisällyttää terveysvaikutusten arviointiin Suomessa, tarvittaisiin ainakin seuraavia toimia:

- Tulisi kouluttaa sekä terveyseroproblematiikkaa että TVA -menetelmän hyvin hallitsevia asiantuntijoita yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa.
- Sosioekonomisten terveyserojen tulisi olla erityisesti arvioinnin kohteena ja tämä näkökulma tulisi sisällyttää systemaattisesti kaikkiin TVA:n vaiheisiin.
- Olisi käynnistettävä terveyseroihin kohdistuvia TVA -pilottihankkeita kokemusten keräämiseksi ja tehtävä jälkikäteisarviointia ja ennakoarviointeja sekä tutkittava lautakuntapäätösten valmistelua. Näiden avulla voidaan jatkaa työkalujen kehittelyä ja testausta sekä soveltamista paikallisiin olosuhteisiin.
- Menetelmien kehittämiseen ja valtakunnallisten toimien terveysvaikutusten arvioinnin tekemiseen olisi annettava riittävät voimavarat esim. valtion sektoritutkimuslaitoksiin.
- Paikallisten päätösten tueksi tarvitaan tietopohjaa väestömäärältään riittävältä alueelta asukkaiden sosioekonomisesta jakautumasta ja terveyseroista, terveyseroihin vaikuttavista tekijöistä, niiden kehityksestä sekä terveyseroihin vaikuttavien toimien tuloksellisuuden arvioinnista. (vrt. Sihto 2008)

Suomessa terveysvaikutusten arvioinnin tarve on todettu monissa kansallisen politiikan strategioissa ja ohjelmissa. Viime vuosina terveysvaikutusten arviointia on korostettu erityisesti yhtenä keinona ehkäistä ja korjata terveyden eriarvoisuutta. Terveysvaikutusten arviointimenetelmä yksinään tuskin johtaa kuitenkaan terveydellisten seurausten laajaan huomioimiseen päätöksenteossa. Terveysvaikutusten arvioinnin avulla on kuitenkin mahdollista ennakoita päätösten vaikutuksia terveyteen ja terveyseroihin ja tunnistaa ns. haavoittuvia ryhmiä. Sitä ennen tarvitaan käytännön kokemusta vaikutusten arvioinneista ja sen merkityksestä päätöksenteon osana ennen kuin TVA:lla on mahdollisuus hioutua osaksi päätöksentekoprosessia.

Lähteet

- A guide to health impact assessments: Focusing on social and environmental sustainability (2005). Swedish national institute of public health report 2005:40, Edita. Stockholm, 32 s.
- Abdel Aziz M, Radford J & McCabe J (2000). Health Impact Assessment, Fittingly Airport. On behalf of Fittingly HIA Steering Group & HIA Working Group. Doncaster Health Authority.
- Abrahams, D (2008). Eurooppalaisten politiikkojen terveysvaikutusten arviointi. Teoksessa Rotko T & Sihto M (toim.): Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Työpapereita 2/2008. Helsinki, 17–18.
- Abrahams D, Pennington A & Haigh F (2004). EPHIA: HIA of the European Employment Strategy Across the European Union. Report Series: IMPACT - EPHIA, Institution: University of Liverpool and others. 113 s.
- Acheson D (1998). Independent inquiry into inequalities in health. The Stationery Office, London.
- Acheson D (2000). Health Inequalities Impact Assessment. Round Table Discussion. Bulletin of the World Health Organization, 78(1), 75-76.
- Acheson D, Barker D, Chambers J, Grahma H, Marmot M & Whitehead M (1998). Report of independent inquiry into inequalities in health. London: The Stationery Office.
- Allardt E (1978). Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Helsinki, 358 s.
- Ardern K (2004). HIA: a practitioner's view. In J. Kemm, J. Parry and S. Palmer, (Ed.): Health impact assessment. Concepts, theory, techniques and applications, Oxford University Press, Oxford (2004), 103–114.
- Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) (2005). Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, KTL. Saarijärvi.
- Banken R (2001). Strategies for Institutionalizing HIA. ECHP Health Impact Assessment Discussion Papers, No. 1. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, 2001.
- Banken R (1999). From Concept to Practice: Including the social determinants of health in environmental assessments, Canadian Journal of Public Health - Revue Canadienne De Sante Publique, 90: 27-30.
- Berensson K (2002) Swedish Experience of HIA as a Policy Tool to Promote Equity at the Local Level. Teoksessa Kauppinen T, Sihto M., Wiman R. & Lintula A. (eds.): Human Impact Assessment. Report on the Seminar on Human Impact Assessment. Helsinki-Kellokoski, Finland, 24-25 January, 2002. Themes from Finland. Themes 4/2002. Stakes, Helsinki.
- Berensson K (2004). HIA at the local level in Sweden. In Kemm J, Parry J, Palmer S, (eds.): Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 213–222.
- Birley MH (1995). The Health Impact Assessment of Development Projects. London: HMSO.
- Blau, J, Ernst K, Wismar M, Baro F, Gabrijelcic-Blenkus M, von Bremen K, Fehr R, Gulis G, Kauppinen T, Mekel O, Nelimarkka K, Perttilä K, Scagnetti N, Sprenger M, Stegeman I & Welteke R (2006). The use of health impact assessment across Europe. In Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (eds.): Health in All Policies, Prospects and potentials. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 209-230.
- Bowen C (2004). HIA and policy development in London: using HIA as a tool to integrate health considerations into strategy. In Kemm J, Parry J, Palmer S, (eds.): Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 235–242.
- Braveman P (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. In Fielding JE, Brownson RC & Clark NM (eds.): Annual Review of Public Health Vol. 27, 2006:167-194.
- Breeze C (2004). The experience of HIA in Wales. In Kemm J, Parry J, Palmer S, (eds.): Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 201-212.
- British Medical Association (1999). Health and Environmental Impact Assessment: an integrated approach. Board of Science and Education. Earthscan Publications Ltd., London.
- den Broeder L, Penris M, Put GV (2003). Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment—an example from the Netherlands. Bulletin of the World Health Organization; 81(6): 404-407.
- Burney P (1998). Evaluating Health Impact Assessment. Health Impact Assessment: A Methodological Seminar, London.
- Chelmsky E & Shadish W (eds.) (1997). Evaluation for the 21st century. A handbook. Thousand Oaks, London, New York: Sage.
- Dahlgren G & Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies.
- Dahlgren G & Whitehead M (2006). *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 127 p.
- Dahlgren G, Nordgren P & Whitehead M (eds.) (1996). Health Impact Assessment of the EU Common Agricultural Policy. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health, policy report 1997: 36, November 1996.
- Davenport C, Mathers J & Parry J (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60; 196-201.
- Department of Health, UK. (luettu 22.10.2007) <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/index.htm>
- DH (1999a). Saving Lives: Our Healthier Nation. Department of Health. HMSO, London. (www.DH.gov.uk/ohn.htm, 2002).
- DH (1999b). Reducing Health Inequalities: An Action Report. Our Healthier Nation. Department of Health, London.
- Douglas M, Conway L, Gorman D, Gavin S & Hanlon P (2001). Developing principles for health impact assessment. *Journal of Public Health and Medicine* 23:148–52.
- Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450–451.
- Douglas M (2002). Health Impact Screening Checklist, Scotland. PH & HP, Lothian NHS National Health Services Board.
- EC (1997). Consolidated version of the Treaty establishing the European Community, Brussels: Commission of the European Communities, 1997 (Official Journal, C340), 173-308.
- EC (2002). Communication from the Commission on impact assessment. Brussels: Commission of the European Communities, (COM (2002) 276 final).
- EC Commission (2002). Commission of the European Communities. Communities from the Commission on Impact Assessment, Brussels, 05/06 02
- Elliston K (2003). A prospective health impact assessment

- of Plymouth PCT's Strategic Service Delivery Plan supporting the Local Improvement Finance Trust. Plymouth: Plymouth's Public Health Development Unit. Available at www.hiagateway.org.uk http://www.hiagateway.org.uk/hia_viewrecord2.aspx?o=hia.Completed-HIA&resourceid=525327
- Ensuring a high level of health protection. A practical guide (2001). Luxemburg, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General.
- EuroHealthNet (2003). Health impact assessment and government policymaking in European countries: a position report. Public Health Strategy Division, Office of the Chief Medical Officer, Welsh Assembly Government, Cardiff.
- European Centre for Health Policy (1999). Health impact assessment; main concepts and suggested approaches: the Gothenburg consensus paper. Brussels; European Centre for Health Policy and World Health Organization Regional Office for Europe.
- European Commission (2004). High Level Group on Health Services and Medical Care. Working Group on Health Impact Assessment and Health Systems: Towards Health Systems Impact Assessment, Reference: HLG/HSA/2004/1. (luettu 22.10.2007) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/high_level_wg_002_en.pdf
- European Policy Health Impact Assessment – A Guide (2004). Commission of the European Communities. 24 s.
- Fehr R (1999). Environmental health impact assessment - evaluation of a 10 step model. *Epidemiology*; 10:618-625.
- Finer D, Haglund BJ & Tillgren P (2001). Hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) i ett sjukvårdsområd- en utvärdering av praktisk tillämpning och genomförande. Stockholm: Karolinska institutet/ Landstingsförbundet.
- Finer D, Tillgren P, Berensson K, Guldbrandsson K & Haglund BJ (2005). Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden – a feasibility study. *Health Promotion International*, 20(3), 277-284.
- Gesondheidseffectscreening (Health impact assessment)(1995). The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sports. (Parliamentary document 24 126, No. 3).
- Golby A (2008). Terveysvaikutusten arviointi päätöksenteon tukena Walesissa. Teoksessa Rotko T & Sihto M (toim.): Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.-22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Työpapereita 2/2008. Helsinki, 19–20.
- Graham H (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
- Graham H & Kelly MP (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper. NHS , Health Development Agency.
- Harris E, Harris P & Kemp L (2006). Rapid Equity Focused Health Impact Assessment of the Australia Better Health Initiative: Assessing the NSW components of priorities 1 and 3, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales: Sydney. http://www.hiaconnect.edu.au/files/Rapid_EFHIA_of_ABHI.pdf
- Harris-Roxas B (2008). Tasa-arvo terveysvaikutusten arvioinnissa: taustaa, käsitteitä ja kokemuksia. Teoksessa Rotko T & Sihto M (toim.): Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.-22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Työpapereita 2/2008. Helsinki, 20–30.
- Harris-Roxas B, Simpson S & Harris E (2004). Equity Focused Health Impact Assessment: a literature review, Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
- Haverinen R (2000). SVA meillä ja muualla - katsaus arviointikäytäntöihin. *Yhteiskuntasuunnittelu* 38(1), 21-37.
- Health Development Agency (2001). Using health impact assessment to improve public health. *International Journal of Health Promotion and Education* 8:2.
- Health Impact Assessment. Report of an inter-regional meeting on harmonization and mainstreaming of HIA in the World Health Organization and of a partnership meeting on the institutionalisation of HIA capacity building in Africa Arusha, 31 October - 3 November 2000. Geneva: WHO (DOCUMENT/WHO/SDE/WSH/01.07), 2001.
- Health Impact Assessment: determinants of health. World Health Organization (<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>, luettu 19.4.2006).
- Health in All Policies, Prospects and potentials (2006). Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (toim.). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 279.
- Health Inequalities Impact Assessment Rapid Appraisal Guidelines (2000). Bro Taf Health Authority.
- Health on equal terms: national goals for public health (2000). Final report by the Swedish National Committee for Public Health. Ministry of Health and Social Affairs SOU 2000:91, Stockholm.
- Healthy Public Policy. Second international conference on health promotion, 5-9 April 1988, Adelaide, Australia. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf
- Hendley B, Hirschfield A & Scott-Samuel A (1999). What is HIA and How can it be Applied to Regeneration Programmes? Working paper series No 1. Health Impact Assessment Research and Development Project. Liverpool: University of Liverpool.
- Herttua K, Mäkelä P & Martikainen P (2007). Differential trends in alcohol-related mortality: a register-based follow-up study in Finland in 1987–2003. Alcohol and Alcoholism, Advance Access published February 3, 2007, doi:10.1093/alcalc/agl099.
- Hübel M & Hedin A (2003). Developing health impact assessment in the European Union. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6), 463-464.
- Intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment of development projects. Final report on the development of a course addressing health opportunities in water resources development 1988-1998. Geneva/Charlottenlund: WHO, 2000.
- Judge K, Platt S, Costongs C & Jurczak K (2005). Health Inequalities: a Challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU, 48 s.
- Jyväskylä: Sosiaalisen eheyden turvaaminen maankäytön suunnittelun avulla (Terve Kunta -verkosto) <http://info.stakes.fi/iva/FI/Esimerkkeja/Sovellukset/jyvaskyla.htm> tai <http://www.jyvaskyla.fi/kaavoitus/sivut.php/jid/4/grid/5>
- Kasperson R (1983). Acceptability of Human Risk, *Environmental Health Perspectives*, 52: 15-20.
- Kauppinen T & Tähtinen V (2003). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirja. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Aiheita 8/2003. Helsinki, 34 s.
- Kauppinen T, Nelimarkka K & Perttilä K (2006). The Effectiveness of Human Impact Assessment in the Finnish Health Cities Network, *Public Health*, 120(11): 1033-1041.
- Kemm J (2001). Health impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promotion International* 16:79–85.
- Kemm J, Parry J & Palmer S, (eds.)(2004). Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 432 s.
- Kemm J & Parry J (2004). The development of HIA. In Kemm

- J, Parry J, Palmer S, (eds.): Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 15–23.
- Kemm J (2006). Health impact assessment and Health in All Policies. In Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (eds.): Health in All Policies, Prospects and potentials. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 189–209.
- Kemm J (2007). What is HIA and why might it be useful? In Wismar M, Blau J, Ernst K & Figueras J (eds.): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 3–13.
- Koskinen S & TEROKA-projektiryhmä (2006). Terveystessä suuria eroja sosiaalisen aseman mukaan – haaste terveydenhuollolle. *ProTerveys* 2006;6: 10–12.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Heliövaara M, Reunanen A & Lahelma E (2007). Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Palosuo ym. (toim.): Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 56–68.
- Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T & Palosuo H (2007). Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo ym. (toim.): Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 25–42.
- Lester C, Griffiths S, Smith K & Lowe G (2001). Priority setting with health inequality impact assessment. *Public Health* 115: 272–276.
- Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health - an empirical analysis. *Social Science and Medicine*, 32(4): 385–393.
- Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T & Kunst AE (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European Countries. *International Journal of Epidemiology* 32, 830–837.
- Mackenbach J, Veerman L, Barendregt, J & Kunst A (2004). Health inequalities and HIA. In Kemm J, Parry J and Palmer S. (eds): Health impact assessment: concepts, theory and applications. Oxford: Oxford University Press, 235–242.
- Mackenbach J & Stronks K (2002). A Strategy for Tackling Health Inequalities in the Netherlands. *British Medical Journal* 325:1029–1032.
- Mackenbach JP (2005). Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU, 44 s.
- Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R & Stewart Williams J (2004). Equity Focused Health Impact Assessment Framework, ACHEIA: Newcastle. http://hiaconnect.edu.au/files/EFHIA_Framework.pdf
- Mathers J, Davenport C & Parry J (eds.)(2004). WHO:n Health and Environment Linkages Initiative; Review and Guidance on use of IA methodologies for including environment and health considerations into decision making in a range of sectors. Sub-Component: Health Impact Assessment.
- Med fokus på hälsan (1998). HKB- Hur kan man beskriva Hälsokonsekvenser av politiska beslut? Landstingsförbundet & Svenska Kommunförbundet. Stockholm.
- Metcalf O, Higgins C, Doyle C & McDowell S (2006). Health Impact Assessment Guidance. The Institute of Public Health in Ireland on behalf of the Ministerial Group on Public Health.
- Milio N (1986). Promoting Health through Public Policy. Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Morgan RK (2003). Health impact assessment: the wider context. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:390.
- Mäkelä P (1999). Alkoholiiin liittyvät kuolemat: Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia. Helsinki, 124 s.
- Mäkelä P & Österberg E (2006). Alkoholin kulutus kasvaa – lisääntykö hyvinvointi? Teoksessa Kautto M (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 306–328.
- National contract for public health (2001). Ministry of Health, Welfare and Sports, The Haag.
- National Public Health Service for Wales (2003). Health inequalities impact assessment checklist: guidance notes. Cardiff National Public Health Service for Wales.
- NHS for Wales (2004). National Public Health Service for Wales, last revised February 2004, (Based on HIIA Toolkit © Bro Taf Health Authority, 1999), Wales HIIA Toolkit 2004, Based on Bro Taf Health Authority (1999)
- Nelimarkka K & Kauppinen T (2007). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, oppaita 68. 55 s.
- NIPH – National Institute of Public Health (1996). Health Impact Assessment of the EU Common Agricultural Policy.
- Nota 2000 (Momerandum 2000). The Hague, Ministry of Welfare, Health and Culture, 1986.
- NSW Health (2004). NSW Health and Equity Statement: In All Fairness, New South Wales Health. <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/fairnessreport.pdf>
- Nutbeam D (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion*, 1(1):113–127.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (toim.) (2007). Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 248 s.
- Palosuo H, Sihto M, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Keskimäki I & Manderbacka K (2006). Sosioekonomiset terveyserot ja terveyspolitiikka Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(2): 154–166.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K & Prättälä R (2004). Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Helsinki, 162 s.
- Palosuo H & Koskinen S (2005). Terveysten erot ja niiden kaventaminen Suomessa. *Terveystenhoitaja -lehti* 8/2005.
- Parry J & Scully E (2003). Health impact assessment and the consideration of health inequalities. *Journal of Public Health Medicine* 25(3): 243–245.
- Pehkonen J & Österberg E (1996). Turistialkoholin tuonti Suomeen vuonna 1995. *Alkoholipolitiikka* 2.
- Poikajärvi K & Perttilä K (2006). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa: raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. *Työpapereita* 4/2006, Stakes, Helsinki, 42 s.
- Public Health Commission (1995). A Guide to Health Impact Assessment. Wellington, New Zealand: Public Health Commission.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed 22 July 1946 by the representatives of 61 states (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

- Prättälä R, Forssas E, Koskinen S & Sihto M (1999). Eri-arvoisuus ja terveyden edistäminen – suomalaisten terveyskäyttäytymisinterventtioiden arviointia. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3/1999.
- Quigley R, Cave B, Elliston K, Pratt A, Vohra S & Taylor L (2005). Practical lessons for dealing with inequalities in health impact assessment. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk
- Radford G/compiled by Sihto M (2002). Experience of Governmental level HIA in the UK. In Kauppinen T, Sihto M, Wiman R & Lintula A (eds.): Human Impact Assessment. Report on the Seminar on Human Impact Assessment. Helsinki-Kellokoski, Finland, 24-25 January, 2002. Themes from Finland. Themes 4/2002. Stakes, Helsinki.
- Rajavaara M (2007). Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84.
- Regeringens proposition (2002). Mål för folkhälsan.03:35. www.social.regeringen.se/sb/d/108/a/1259.
- Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982 (document EUR/RC30/8 Rev. 2).
- Ritsatakis A (2004). HIA at the international policy-making level. In Kemm J, Parry J, Palmer S, (eds.): Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 153–164.
- Ritsatakis A, Barnes R, Douglas M & Scott-Samuel A (2002). Health impact assessment, An approach to promote intersectoral policies to reduce socioeconomic inequalities in health. In Mackenbach J & Bakker J (eds.): M reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge.
- Ritsatakis A (2000). Developing and approach to health impact assessment. In Diwan V, Douglas M, Karberg I, Lehto J, Magnusson G & Ritsatakis A (eds.): Health Impact Assessment: from Theory to Practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Gothenburg, 28-30 October, 1999, Gothenburg: WHO and Nordic School of Public Health, NHV-Report 2000:9, September 2000.
- Roininen J (2007). Vaikuttavaa? : YTK:n ja TTK Dipolin "kolmannen tehtävän" arviointi 2005-2007. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskuksen julkaisuja C64. Espoo: Teknillinen korkeakoulu. 198 s.
- Roscam Abbing E ym. (1995). Gezondheidseffectscreening. Verkennend rapport en verslag van een workshop (Health Impact Assessment. Report and proceedings of an expert meeting.) The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sports.
- Roscam Abbing EW (2004). HIA and national policy in the Netherlands. In Kemm J, Parry J & Palmer S (eds.): Health Impact Assessment: concepts, theory, techniques and applications. Oxford, Oxford University Press, 177–190.
- Sairinen R (2008). Vaikutusten arvioinnin moninainen kenttä Suomessa. Teoksessa Rotko T & Sihto M (toim.): Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Työpapereita 2/2008. Helsinki, 6–7.
- Salo: IVAn soveltaminen lautakuntapäätöksiin (TEJO-hanke). <http://info.stakes.fi/iva/FI/Esimerkkeja/Sovellukset/salonmalli.htm>
- Scriven M (1967). The methodology of evaluation. In Tyler R, Gagné R & Scriven M (eds.): Perspectives of curriculum evaluation. Chicago, IL: Rand McNally, 39-83.
- Scott-Samuel A (1996). Health impact assessment - an idea whose time has come. British Medical Journal 313: 183-184.
- Scott-Samuel A, Birley M & Ardern K (2001). The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. (2nd edition) International Health Impact Assessment Consortium IMPACT, Liverpool. 20 s. www.ihia.org.uk
- Simola R (2008). Terveysvaikutusten arviointi Helsingissä. Teoksessa Rotko T & Sihto M (toim.): Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Työpapereita 2/2008. Helsinki, 36–38.
- Simpson S, Mahoney M, Harris E, Aldrich R & Stewart-Williams J (2005). Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities. Environmental Impact Assessment Review 25: 772–782.
- Sihto M (2008). Päivien yhteenvetona. Teoksessa Rotko T & Sihto M (toim.): Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Työpapereita 2/2008. Helsinki, 54–56.
- Sihto M, Ollila E & Koivusalo M (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (eds.): Health in All Policies, Prospects and potentials. Sosiaali- ja terveystoimintamäärä. Helsinki, 3-21.
- Socioeconomic determinants of health. WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/socialdeterminants>), luettu 19.4.2006).
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (2006). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Stakesin ideakortti 1/06.
- STM (1999) (Sosiaali- ja terveystoimintamäärä). Ympäristövaikutusten arviointi. Ihmisiin kohdistuvat terveydelliset ja sosiaaliset vaikutukset. Sosiaali- ja terveystoimintamäärä 1999:1. Helsinki.
- STM (2001) (Sosiaali- ja terveystoimintamäärä). Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveystoimintamäärä, Julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- STM (2006a) (Sosiaali- ja terveystoimintamäärä). Terveys kaikissa politiikoissa -asiantuntijakonferenssi 20.-21.9.2006, Kuopio. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/kansv/eu2006/hiap/taustaa.htm>
- STM (2006b) (Sosiaali- ja terveystoimintamäärä). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 -Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveystoimintamäärä Julkaisuja 2006:14.
- STM (2006c) (Sosiaali- ja terveystoimintamäärä). Terveys edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystoimintamäärä Julkaisuja 2006:19.
- STM (2007) (Sosiaali- ja terveystoimintamäärä). Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita Sosiaali- ja terveystoimintamäärä Julkaisuja 2007:3.
- State Secretary of Welfare, Health and Culture. Prevention policy for public health. The Hague, SDU, 1992 (Parliamentary document 22 894, No. 1).
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). The need for Health Impact Assessment, Screening the terms of reference of Swedish official government reports. National institute of public health report 2004:41, Sweden.
- Stewart Williams J, Aldrich R, Mahoney M, Harris E & Simpson S (2004). Equity Focused Health Impact Assessment: Working collaboratively for a strategic framework, ACHEIA: Newcastle.
- Talousneuvosto (1972). Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto, liite 1, Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Helsinki.
- Taylor L, Gowman N & Quigley R (2003). Learning from practice bulletin: Addressing inequalities through health impact assessment. London: Health Development Agency.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P & Remes H (2007). Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo ym.

- (toim.): Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 26-46.
- Varela Put G, den Broeder L, Penris M & Roscam Abbing E (2001). Experience with HIA at National Policy Level in the Netherlands. A Case Study. Policy Learning Curve Series No. 4. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe.
- Välimäki J & Kauppinen T (2000). Ympäristövaikutukset arvioidaan - missä on ihminen? Stakes Raportteja. Helsinki, 145 s.
- Warpenius K (2006). Näkymätön näyttö – vaikuttavuusarvioinnin pulmat paikallisprojekteissa. Teoksessa Rantala K & Sulkunen P (toim): Projektityhteiskunnan kääntöpuolia. Gaudeamus, Tampere, 143-160.
- Welsh Health Impact Assessment Support Unit (2004). Improving health and reducing inequalities. A practical guide to health impact assessment. Cardiff Institute of Society, Health and Ethics, School of Social Sciences, Cardiff University, Cardiff.
- Whitehead M & Dahlgren G (2006). Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. Studies on social and economic determinants of population health, No 2. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, luettu 14.8.2007).
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, luettu 14.8.2007).
- WHO (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health promotion into the 21st Century. Jakarta, 25 July 1997, WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, luettu 14.8.2007).
- WHO (1999). European Centre for Health Policy. Gothenburg Consensus Paper: Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2000). Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October, 1999. NHV-Report 2000:9.
- WHO (2001). Health Impact Assessment: From theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop Gothenburg 28-30 October 1999, Nordic School of Public Health. Stockholm.
- WHO Bulletin (2000). Round table discussion. Special Theme – Inequalities in Health. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78 (1).
- WHO Bulletin (2003). Special Theme – Health Impact Assessment. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6).
- WHO Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health (luonnos 5. toukokuuta 2005) (<http://ftp.who.int/eip/commission/Cairo/Meeting/CSDH%20Doc%202%20-%20Conceptual%20framework.pdf>, luettu 19.4.2006).
- WHO Commission on Social Determinants of Health. WHO Regional Office for Europe, Luettu 23.8.2007. http://www.who.int/social_determinants/en/
- WHO (2005). Health Impact Assessment Toolkit for Cities, Document 3, Brochure on how Health Impact Assessment can Support Decision-making. World Health Organization, EUR/05/5048991. pp. 11.
- WHO (2006). The Bangkok Charter on Health Promotion in a Globalized World, World Health Organisation: Geneva, accessed 28 February 2007. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- Will S, Ardern K, Spencely K & Watkins S (1994). A prospective health impact assessment of the proposed development of a second runway at Manchester International Airport. Stockport, Manchester and Stockport Health Commissions.
- Wismar M (2004). The Effectiveness of Health Impact Assessment, Eurohealth, 10(3-4): 41-43. <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol10No3-4.pdf>
- Wismar M, Blau J, Ernst K, Elliott E, Golby A, van Hertzen L, Lavin T, Stricka M & Williams G (2006). Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (eds.): Health in All Policies, Prospects and potentials. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 231-253.
- World Development Report 1993. Investing in Health. Washington DC: published for the World Bank by Oxford University press, 1993.
- World Development Report 200/200. Attacking Poverty. Washington DC: published for the World Bank by Oxford University Press, 2001.
- The world health report 2006 - working together for health. The World Health Organization. <http://www.who.int/whr/2006/en/>
- Österberg E, Kajalo S, Leppänen K, Niilola K, Rauhanen T, Salomaa J & Voipio I (1998). Alkoholiuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset: Arviot Suomen alkoholioloista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamismallien mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 1998:8. Helsinki. 131 s.
- Österberg, E (2005). Alkoholien kulutuksen kasvu Suomessa vuonna 2004. Yhteiskuntapolitiikka 3.
- Östlin P & Diderichsen F (2001). Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. Policy Learning Curve Series Number 1 (updated version, 2001). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen & European Centre for Health Policy, Brussels.

Internet-osoitteet:

- <http://www.sk.se> → HKB-verktyg, Sveriges Kommuner och Landsting,
- WHO:n Euroopan toimisto koordinoi ja kokoaa TVA-tietoa sekä ylläpitää verkkosivuja (<http://www.euro.who.int/healthimpact> ja <http://www.who.int/hia/en/>)
- Eurooppa-internetsivusto (<http://ec.europa.eu/health>)
- www.hiagateway.org.uk
- the International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT), University of Liverpool, <http://www.ihia.org.uk/>
- www.whiasu.cardiff.ac.uk wales HIA support unit <http://info.stakes.fi/iva/FI>
- TEROKA-hankkeen verkkosivut, www.teroka.fi
- <http://www.ykliitto.fi/yktieto/rio.htm> (luettu 13.11.2007).
- Rio de Janeiro 3.-14.6.1992. YK:n ympäristö- ja kehityskonferenssi, Unced (UN Conference on Environment and Development).

LIITE 1. Taulukko A. Terveysvaikutusten arvioinnin vaiheet eri mallien mukaan.

WHO (1999)	Merseyside, Englanti (2001)	IVA, Suomi (2003)	Ruotsi (2005)	Termit englanniksi
1) Tarpeellisuus arvot, tavoitteet, (politiikat, ohjelmat, hankkeet)	1) tarpeellisuus; kriteerit hankkeen tai politiikan valitsemiseksi	1. IVAn tarpeellisuus ja suunnittelu	1. Tarpeellisuus ja suunnittelu	Screening
2) Suunnittelu	2) ohjausryhmän kokoaminen 3) arvioinnin perusteista sopiminen 4) arvioijan/ asiantuntijan valitseminen			Scoping
3) Toteutus	5) arvioinnin toteuttaminen	2. Tietojen hankinta ja täydentäminen (lähtötiedot)	2. Tietojen hankinta ja vaikutusten tunnistaminen	Appraisal
	6) vaikutusten arviointi	3. Vaihtoehtojen kuvaaminen (muodostaminen) 4. Vaikutusten tunnistaminen 5. Vaikutusten arviointi ja vaihtoehtojen vertailu	3. Vaihtoehtojen kuvaaminen ja vaikutusten arvioiminen	
4) Raportointi	7) suositusten antaminen, parhaan vaihtoehdon valinta	6. Arvioinnin raportointi	4. Raportointi, tulosten yhteenveto, vaihtoehtojen vertailu	Results and Recommendations
5) Vaikuttaminen päätökseen (muuttaa politiikkaa, ohjelmaa, hanketta, jos tarpeen)	8) päätöksen toteutus ja seuranta			
Seuranta ja arviointi	9) arviointi ja dokumentointi	7. Seuranta (tiedonkeruuta vaikutuksista)	5. Seuranta	Monitoring and Evaluation

WHO (1999) Göteborg; Englanti Merseyside -guidelines Scott-Samuel ym. 2001, Suomi IVA-käsikirja 2003, Ruotsi Swedish HIA guide 2005

LIITE 2. Taulukko B. Terveyserojen huomioon ottaminen osana terveysvaikutusten arviointia; tarkistuslistoja ja työkaluja.

HEALTH IMPACT SCREENING CHECKLIST, Scotland, February 2006

<p>Which groups of the population do you think will be affected by this proposal? Other groups:</p> <p> <input type="checkbox"/> minority ethnic people (incl. gypsy/travellers, refugees & asylum seekers) <input type="checkbox"/> people of low income <input type="checkbox"/> women and men <input type="checkbox"/> people with mental health problems <input type="checkbox"/> people in religious/faith groups <input type="checkbox"/> homeless people <input type="checkbox"/> people with disabilities <input type="checkbox"/> people involved in criminal justice system <input type="checkbox"/> older people, children and young people <input type="checkbox"/> staff <input type="checkbox"/> lesbian, gay, bisexual and transgender people </p>	
<p>(The word proposal is used below as shorthand for any policy, procedure, strategy or proposal that might be assessed.)</p>	<p>What positive and negative impacts do you think there may be? Are there any impacts about which you feel uncertain? Which groups will be affected by these impacts?</p>
<p>What impact will the proposal have on lifestyles?</p> <p> <input type="checkbox"/> Diet and nutrition <input type="checkbox"/> Exercise and physical activity <input type="checkbox"/> Substance use: tobacco, alcohol or drugs <input type="checkbox"/> Risk taking behaviour <input type="checkbox"/> Education and learning, or skills </p>	
<p>What impact will the proposal have on the social environment?</p> <p> <input type="checkbox"/> Social status <input type="checkbox"/> Employment (paid or unpaid) <input type="checkbox"/> Social/family support <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Income </p>	
<p>What impact will the proposal have on equality?</p> <p> <input type="checkbox"/> Discrimination <input type="checkbox"/> Equality of opportunity <input type="checkbox"/> Relations between groups <input type="checkbox"/> Inclusive communication <input type="checkbox"/> Living conditions <input type="checkbox"/> Working conditions <input type="checkbox"/> Pollution or climate change <input type="checkbox"/> Accidental injuries or public safety <input type="checkbox"/> Transmission of infectious disease </p>	
<p>How will the proposal impact on access to and quality of services?</p> <p> <input type="checkbox"/> Health care <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Social services <input type="checkbox"/> Housing services <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Leisure </p>	

(c) Margaret Douglas, PH&HP, Lothian NHS Board, 2002 ALL RIGHTS RESERVED. No part of this publication may be copied, modified, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any material form or by any means (whether electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise and whether or not incidentally to some other use of this publication), for commercial use, without the prior written permission of the copyright owner except in accordance with the provisions of the Copyright, Designs and Patents Act 1988.

LIITE 3. Taulukko C

Wales HIIA Toolkit 2004, Based on Bro Taf Health Authority (1999) (Section 2) Please consider the following issues and briefly describe in the appropriate box the project's potential impacts.

Population characteristic	Potential impact on health		
	Positive	Negative	No change
Material disadvantage (e.g. low income, no car, poor housing, unemployment, homelessness)			
Minority culture or ethnic group (e.g. those who find communication in English difficult, cultural and religious beliefs)			
Families with children (e.g. pregnant women, babies, children and teenagers)			
Physical or mental frailty (e.g. advanced age, learning difficulties, physical disability, carers)			
Gender or sexuality (e.g. access to services, issues of prejudice)			

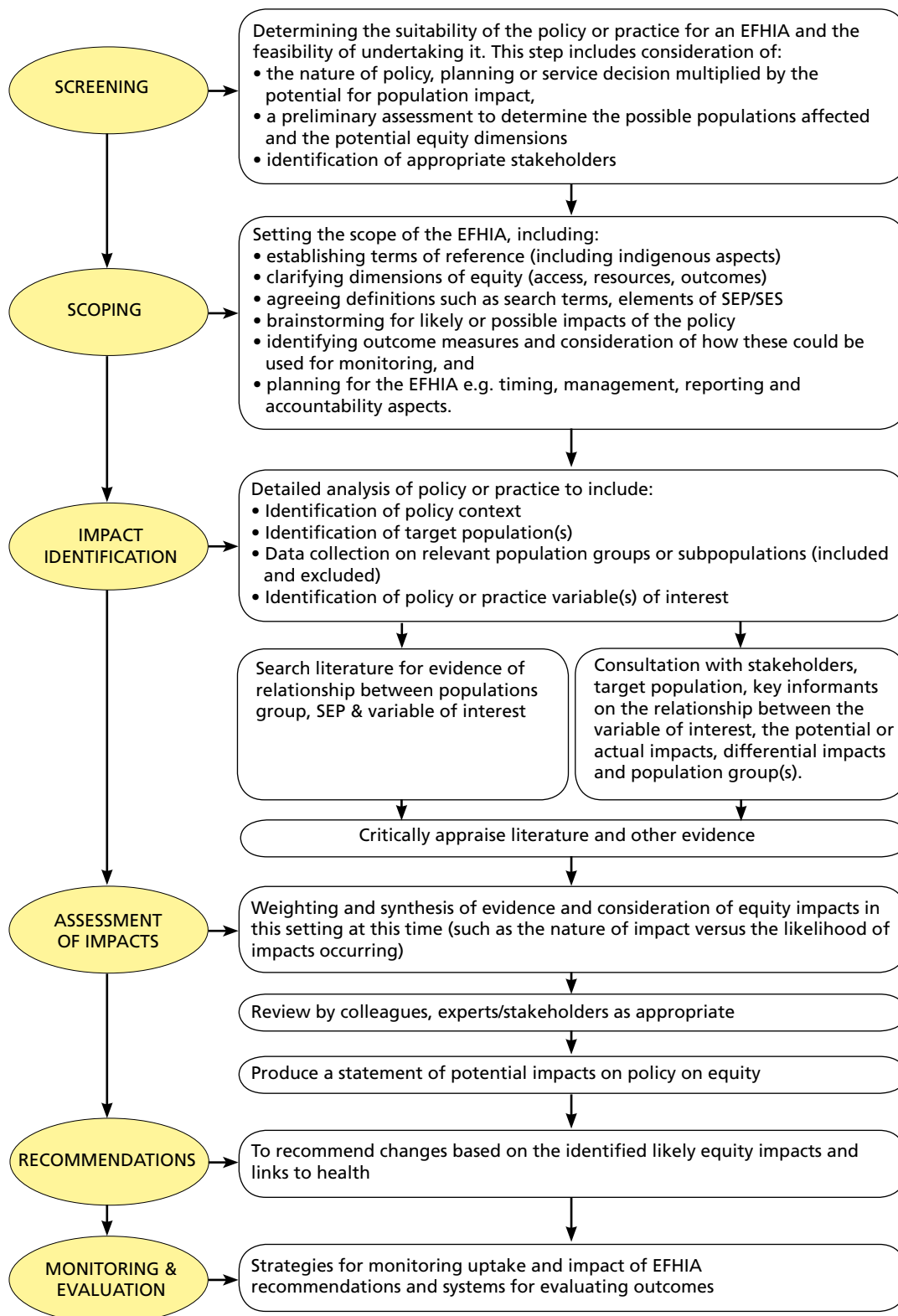
How will the impact of this project on health in general and vulnerable groups in particular be monitored?
--

© National Public Health Service for Wales, last revised February 2004
(Based on HIIA Toolkit © Bro Taf Health Authority, 1999)

LIITE 4. Taulukko D

The EFHIA Framework, Australia (Mahoney ym. 2004)

Equity focused HIA follows the six generally accepted steps of HIA. To undertake an EFHIA one needs to: screen, scope, identify impacts and assess these making judgments based on equity considerations, develop recommendations and evaluate and actively apply an equity focus at each step.



TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Perti Korteniemi, Pekka Borg. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?
Työpapereita 23/2008 Tilausnro T23/2008

Mariann Kylmäniemi, Outi Töytäri. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. – Selvitys apuväline-
palveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006
Työpapereita 22/2008 Tilausnro T22/2008

J. Hiitola. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista
Työpapereita 21/2008 Tilausnro T21/2008

Tuula Kekki, Pia Kajander. Päihdestrategia työnhajaajana. Toimijoiden kokemuksia kirjoitusprosessista ja
strategian toimeenpanosta
Työpapereita 20/2008 Tilausnro T20/2008

Hannele Hyppönen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimus-
päivät. Tutkimuspapereita 2008
Työpapereita 19/2008 Tilausnro T19/2008

Reijo Sund, Merja Juntunen, Peter Lüthje, Tiina Huusko, Matti Mäkelä, Miika Linna, Antti Liski, Unto
Häkkinen. PERFECT – Lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkka-
murtumapotilailla
Työpapereita 18/2008 Tilausnro T18/2008

Minna Kivipelto. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin
Työpapereita 17/2008 Tilausnro T17/2008

Kaarina Wilskman, Timo Ståhl, Seija Muurinen, Kerttu Perttilä, Matti Rimpelä. Väestön hyvinvoinnin ja
terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007
Työpapereita 16/2008 Tilausnro T16/2008

Anna Kokko. Valistusta vauvaperheille. Raportti Meille tulee vauva -opaskirjaseen uudistustyöstä 2005–
2006
Työpapereita 15/2008 Tilausnro T15/2008

Anu Leinonen. Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko? Tutkimussuunnitelma ParasSos-
tutkijaryhmälle
Työpapereita 14/2008 Tilausnro T14/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Kohti pohjalaista hyvinvointia. Arviointinäkökulmia Pohjanmaa-hank-
keen ensimmäiseen toimintakauteen vuosina 2005–2007
Työpapereita 13/2008 Tilausnro T13/2008

Lauri Vuorenkoski, Mauno Konttinen, Minna Sinkkonen (toim.). Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti
2008
Työpapereita 12/2008 Tilausnro T12/2008

Sopimusohjauksen kehittämistyöryhmä: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi
Työpapereita 11/2008 Tilausnro T11/2008

Marke Jääskeläinen, Anna-Liisa Salminen. QUEST 2.0 -apuvälinetyytyväisyyttä arvioivan mittarin käyt-
töönotto ja soveltuvuus Suomessa
Työpapereita 10/2008 Tilausnro T10/2009