

Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa

TAPANI MELKAS

Terveys kaikissa politiikoissa tarkoittaa strategiaa, jossa eri sektoreilla otetaan huomioon väestöön ja eri väestöryhmiin kohdistuvat terveysvaikutukset päätöksissä tehtäessä ja toimeenpantaessa. Ydinasiانا on parantaa kansanterveyttä vaikuttamalla sellaisiin terveyden determinantteihin, joihin terveyssektorin vaikutusmahdollisuudet ovat rajalliset. Strategia on siten terveyttä edistävä ja sairauksia ehkäisevä. Se on kestävä kehityksen periaatteiden mukainen: toiminta toteutetaan siellä, missä tuloksia voidaan saada pienimmällä voimavarojen käytöllä.

Kuvaan tässä kirjoituksessa Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen kehittymistä, toimeenpanoa ja vaikutuksia Suomessa viimeksi kuluneiden neljän vuosikymmenen aikana. Kuvaan pääasiallisena valtion ja kuntien toimintaa. Näkökulma on erityisesti sosiaali- ja terveysministeriön (STM). Ministeriö johtaa terveystaloudetta, se on tehnyt strategisen kehitystyön ja työskennellyt periaatteen leviämiseksi. Kehitys kunnissa pohjautuu STM:n ja sen alaisten laitosten ohjaukseen sekä kuntien näiden kanssa toteuttamiin hankkeisiin. Terveys kaikissa politiikoissa voi tarkoittaa myös yksityisen sektorin, järjestöjen, kansalaisten ja muiden yhteiskunnassa vaikuttavien tahojen terveystavoitteista toimintaa. Sitä kuvataan niukemmin keskittyen sen yhteyksiin julkisen vallan työhön.

Tarkastelujakson aikana valtion ohjausvalta kuntiin muuttui. 1970-luvulla luotiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelujärjestelmä, jonka pohjalle rakentui vahva sisällöllinen ja taloudellinen ohjaus. Ajan myötä ohjausinstrumentit heikentyivät. Tiukkaa ohjausvaltaa vähensi erityisesti valtion kunnille maksaman valtionosu-

den muuttuminen menoperusteisesta laskennalliseksi 1990-luvulla. Muutos lisäsi kunnissa kustannustietoisuutta ja pyrkimystä palvelujen rajaamiseen. Vastapainoksi valtio sääti kansalaisten tasa-arvon turvaamiseksi subjektiivisia oikeuksia ja asetti kuntia velvoittavia miniminormeja. Lisäksi valtio ohjasi kuntia kansallisin ohjelmin, rahoittamalla kehittämishankkeita sekä tuottamalla oppaita, suosituksia, laatukriteereitä ja hyvän toiminnan malleja.

Kunnat vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä. Terveyden edistäminen kuuluu perusterveydenhuollolle, jolla on kunnassa hyvät mahdollisuudet yhteyksiin muihin hallinnonaloihin ja paikallisiin toimijoihin. Erikoissairaanhoidon järjestämisen lisäksi valtio velvoittaa terveyden edistämiseen. Valtio ja kunnat ovat koonneet sosiaalihuoltoa ja terveydenhuoltoa samaan organisaatioon, joten nämä sektorit toimivat yhteistyössä.

Laaja-alaisen terveystalouden tarpeen tunnistaminen 1970-luvulla

Terveydenhuoltoa kehitettiin länsimaissa toisen maailmansodan jälkeen nopeasti kehittyneen lääketieteen pohjalla. Sen kustannukset kasvoivat. 1970-luvulla alkoi nousta kriittisiä ääniä. Korostettiin, että kansanterveyteen vaikuttavat monet terveydenhuollon vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella olevat tekijät ja että näiden kautta vaikuttaminen on terveydenhuoltoa tuloksellisempaa ja halvempaa. Kansainvälisesti merkittävä oli Thomas McKeownin (1976) kirja, jossa hän osoitti kuolleisuustietoja analysoimalla, että terveydenhuollon vaikutus kuolleisuuden muutoksiin oli vähäinen verrattuna yhteiskunnallisiin muutoksiin.

Kirjoitus on tiivistetty versio Scandinavian Journal of Public Health -lehdessä englannin kielellä julkaistusta artikkelista.

Suomessa kehitettiin pohjoismaisen mallin mukaista hyvinvointivaltiota, kun maa alkoi sodan jälkeen vaurastua. 1960-luvun lopulla tunnistettiin jälkeenjääneisyys kansanterveydessä yhteiskunnan suureksi ongelmaksi. Parin vuosikymmenen ajan oli erikoissairaanhoidoa kehitetty voimakkaasti, mutta varsinkin miesten kuolleisuus pysyi suurena ja elinajan odote jopa laski 1960-luvulla. Terveys nousi poliittiseksi prioriteetiksi. Terveyspolitiikkaa pohdittiin Talousneuvostossa (1972) ja havaittiin useiden tavoitteiden saavuttamisen riippuvan terveydenhuollon ulkopuolella tehtävistä toimenpiteistä. Ensimmäisinä käynnistyivät toimet liikennetapaturmien, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien sekä tupakan aiheuttamien sairauksien ehkäisemiseksi. Sepelvaltimotauti oli noussut tärkeimmäksi kansantaudiksi, ja kuolleisuus siihen työikäisten miesten keskuudessa oli maailman huippua. Taudin syiksi oli osoitettu virheellinen ravitus, tupakointi ja korkea verenpaine ja tarvittavista toimita käytiin laajaa keskustelua.

Perusterveydenhuolto uudistettiin vuonna 1972 säätämällä kansanterveyslaki. Kuntien ylläpitämien terveyskeskusten piti painottaa ehkäisevää työtä, jota oli määrä laajentaa neuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta työikäiseen väestöön erityisesti sydänterveyden edistämiseksi. Terveyskeskusten perustaminen antoi uutta pohjaa sektorien väliselle yhteistyölle kunnassa, mutta keskusten oman toiminnan kehittäminen vei kuitenkin päähuomion. Samana vuonna käynnistettiin sepelvaltimotaudin vaikeimmalla alueella Pohjois-Karjalassa viisivuotinen projekti, tavoitteena vaikuttaa monipuolisoin toimin väestön elintapoihin.

Vuonna 1976 perustettiin lääkintöhallituksen terveyskasvustoimisto. Se organisoi kaikki kunnat kattavan yhdyshenkilöverkoston. Asialistalla olivat ensimmäisinä tupakka ja ravitus. Työ kehittyi terveyskasvatuksesta laajan terveyden edistämisen suuntaan, ja toimisto pyrki yhteistyöhön muiden sektorien, ensimmäisenä opetushallinnon, kanssa. Terveyspolitiikan tueksi kehitettiin Kansanterveyslaitosta, jolle annettiin tartuntatautiin rinnalla tehtäväalueiksi krooniset kansantaudit ja ympäristöterveys. Hallintoa uudistettaessa 1990-luvun alussa terveyskasvustoimisto lakkautettiin, ja sen tehtäviä jatkavat osin Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), osin STM.

WHO kansallisen kehittämisen tukena

1970-luvun jälkipuoliskolla Maailman terveysjärjestö (WHO) ryhtyi kehittämään laaja-alaista terveyspolitiikkaa. Terveidenhuollon ulkopuolisten toimijoiden merkitys nousi esiin perusterveydenhuollon konferenssissa Alma Atassa 1978. Seuraavana vuonna WHO (1979) julkaisi raportin *Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä* ja vuonna 1985 *Euroopan alueen terveystavoitteet* (WHO 1985), joissa kummassakin painotettiin hallinnonalojen välistä yhteistyötä. Ajattelua kehitettiin terveyden edistämisen globaalikongressseissa, joista ensimmäinen pidettiin Ottawasissa. Ottawan julistus (WHO 1986) oli perusta myöhemmälle kehitykselle. Suomi osallistui aktiivisesti kongressisarjaan ja muun muassa Adelaidessä 1988 raportoi edistymisestään (Leppo & Melkas 1988).

Suomi ryhtyi Terveyttä kaikille -ohjelmassa ”edelläkävijämaaksi”, joka kehitti politiikkaansa yhteistyössä WHO:n kanssa. Tähän liittyen hallitus esitti eduskunnalle vuonna 1985 terveyspoliittisen selonteon. Se oli ensimmäinen korkeimman tason asiakirja terveyttä koskevista tavoitteista ja toimintalinjoista myös terveydenhuollon ulkopuolisilla hallinnonaloilla. Selonteon sisältö neuvoteltiin ministeritasolla sellaiseksi, että hallitus kokonaisuudessaan sitoutui siihen. Eduskunnan käsittelyn pohjalta hallitus laajensi selonteon kansalliseksi Terveyttä kaikille -ohjelmaksi (STM 1986).

Viiden vuoden kuluttua WHO:n asiantuntijaryhmä arvioi ohjelman toimeenpanoa. Se totesi selonteon käsittelyn hallituksessa ja eduskunnassa sekä toimintalinjojen vahvistamisen helpottaneen sektoreiden välistä toimintaa vaikeissa kysymyksissä. Tärkeää oli jo terveyssektorin ja muiden alojen suunnittelijoiden saaminen keskustelemaan laajoista terveystavoitteista. Ohjelman linjauksia pidettiin hyvinä, mutta toimeenpanossa nähtiin heikkouksia. Terveysasiantuntijoiden valmisteleva ohjelma ei tullut kovin tunnetuksi hallinnon ulkopuolella. Elimet, joilla oli suurin päätösvalta, eivät omaksuneet pysyvää roolia ohjelman toteuttamisessa, eikä ollut seuranta-mekanismeja vaikutusten arviointiin. Eri tahojen osallistuminen onnistui yksittäisissä kysymyksissä, mutta rakenteet toimintamahdollisuuksien laaja-alaiseksi etsimiseksi puuttuivat. Ravituspolitiikka esitettiin onnistuneena esimerkkinä (Milio 1990). Ryhmä ehdotti säännöllisten

terveysraporttien tuottamista, sektoreiden välisen yhteistyöelinten perustamista ja panostamista väestöryhmien välisen terveyserojen tutkimukseen (WHO 1991).

Palautteen pohjalta valmisteltiin uudistettu ohjelma. Se rakentui valtion, kuntien ja järjestöjen yhteistyölle. Ohjelmaa vietiin kentälle myös muilla kuin hallinnollisilla keinoilla, kuten maakuntakierroksilla ja tukiaineistojen tuottamisella. Toimeenpanoa seurattiin, mutta seurantaindikaattoreita ei asetettu. Ryhdyttiin valmistelemaan terveysraporttien tuottamista ja perustettiin kansanterveyden neuvottelukunta. Terveyserojen tutkimusta kehitettiin yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa, ja Suomen Akatemia osoitti siihen rahoitusta. (STM 1993.)

Vuosituhanen vaihteessa hyväksyttiin valtioneuvoston periaatepäätöksenä Terveys 2015 -ohjelma. Siinä pyrittiin aikaisempaa enemmän priorisointiin. Ohjelmassa asetettiin kahdeksan laajaa tavoitetta ja linjattiin 36 toimintasuuntaa niiden saavuttamiseksi. Terveyserojen vähentämistä painotettiin, koska niiden kärjistymisen ja huono kehityssuunta olivat tulleet selväksi. Tavoitteet asetettiin määrällisinä ja niille sovittiin indikaattorit. (STM 2001.)

Terveys 2015 -ohjelman valmistuttua WHO:n asiantuntijaryhmä arvioi jälleen Suomen terveyspolitiikkaa, erityisesti terveyden edistämistä (WHO 2002). Huomiota saivat hallinnonalojen välisen yhteistyön asema ja niukat voimavarat STM:ssä, terveysvaikutusten arvioinnin riittämättömän käyttö sekä kuntien roolin vahvistaminen ja terveyden edistämisen johtorakenteen luominen kuntiin. Palautteen pohjalta kehitettiin STM:n sisäisiä rakenteita, rakennettiin terveysvaikutusten arvioinnin osaaminen Stakesiin ja toteutettiin kunnissa terveyden edistämisen johtamisen projekti. Lisäksi kehitettiin koulutusta, ja Suomen Akatemia käynnisti ohjelmaa tukevan tutkimusohjelman.

Yhteistyö jatkui, ja 2000-luvun alussa Suomi tuki WHO:ta monia sektoreita koskevan tupakkakonvention aikaansaamiseksi. Samalla vuosikymmenellä uudistettiin Kansainvälinen terveys säännöstö, joka käsittelee eri sektoreiden ja yksityisten toimijoiden velvollisuuksia rajojen yli leviävien terveysuhkien torjumisessa. Tärkeä yhteistyöalue oli terveyserot. WHO:n asettaman komission raportissa tuotiin esille maailmanlaajuisesti väestöryhmien väliset suuret terveyserot ja niiden pohjautuminen sosiaalisiin eroihin.

Ratkaisukeinoina nähtiin huonojen elinolosuhteiden parantaminen sekä vallan ja voimavarojen tasaisempi jakautuminen (CSDH 2008). Koska nämä ovat terveydenhuollon vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella, tarvitaan koko hallituksen vastuunottoa ja kaikkien hallinnonalojen työtä. Laaja-alaista terveyspolitiikkaa kehitettiin eteenpäin Etelä-Australian ja WHO:n järjestämässä konferenssissa (WHO & Government of South Australia 2010) ja WHO:n Euroopan 61. aluekokouksessa (WHO 2011). Niissä painotettiin institutionaalisia prosesseja koko hallituksen (*whole-of-government*) ja innovatiivisia kumppanuuksia koko yhteiskunnan (*whole-of-society*) toiminnassa. Nämä kuvastivat työn kehittymistä myös Suomessa. Uusin askel yhteistyössä on WHO:n 8. terveyden edistämisen maailmankonferenssi Helsingissä vuonna 2013.

EU-jäsenyys politiikan uutena ympäristönä

Suomen liittyminen vuonna 1995 Euroopan unioniin ja sitä edeltänyt ETA-sopimus merkisivät uutta tilannetta sektorien väliselle yhteistyölle. Useiden alojen lainsäädäntö päätettiin nyt unionissa. Terveysnäkökohdat eri sektoreilla piti saada ensin Suomen kannanmuodostukseen ja sitten etsiä tukea jäsenmaista sekä parlamentista.

EU:n peruskirjaan tuli Maastrichtin sopimuksessa 1992 artikla, jonka mukaan yhteisön tuli kaikissa politiikoissaan huolehtia korkeatasoisesta terveyden suojelemisesta. Komissio tuotti vuosittaisia raportteja terveysnäkökohtien sisällyttämisestä eri politiikkoihin. Niistä luovuttiin kuitenkin pian, ja komissio ryhtyi kehittämään terveysvaikutusten arviointia. Komission esitysten vaikutusarviointia ohjeistettiin oppain vuodesta 2002 alkaen.

Suomi joutui yhteisön jäsenenä pian toteamaan, että periaate terveyden huomioon ottamisesta kaikissa politiikoissa ei käytännössä toteutunut hyvin. Alkuvaiheissa nousivat esiin ravitsemus- ja tupakkapolitiikka. Suomessa oli 1990-luvulle tultaessa saatu pitkällisen työn tuloksena ravitsemuspolitiikka tukemaan elinperäisten rasvojen kulutuksen vähentämistä, ja linjan mukaisesti koululaisille tarjottiin rasvatonta ja vähärasvaista maitoa. EU:n koulumaitotuki taas oli sitä suurempi, mitä rasvaisempaa maitoa käytettiin. Koska Euroopan maatalous tuotti liikaa maitoa-

rasvaa, oli tukikäytännöllä puolustajansa. Suomi työskenteli suunnan kääntämiseksi peruskirjaan vedoten, ja hallitus päätti terveysministerin esityksestä tukea terveyslähtöistä rasvapoliittikkaa kaikilla sektoreilla. Merkittävä tuki tuli Ruotsin kansanterveyslaitoksessa tehdystä EU:n maatalouspolitiikan terveysvaikutusten arvioinnista (Dahlgren & al. 1995). Joidenkin vuosien kulluttua koulumaitotuen kriteerit muutettiin.

Tupakkapolitiikassa ongelma oli, että kasva-va rajat ylittävä mainonta heikensi useissa maissa säädettyjä mainontakieltoja. Suomessa oli ollut toimiva mainontakielto kahden vuosikymmenen ajan. Siksi Suomi ajoi useiden muiden jäsenmaiden joukossa rajat ylittävän tupakan mainonnan kielttämistä unionissa. Monissa maissa taloudelliset argumentit painoivat terveydellisiä enemmän. Lopulta onnistuttiin saamaan neuvostossa äärimmäisen niukka määräenemmistö direktiivistä päättämiseksi. Päätöstä yritettiin vielä kumota tuomioistuimessa, mikä osittain onnistui, ja lopullinen direktiivi heikkeni hieman. Loppu-ulos kuitenkin vahvisti terveyden asemaa kaupapolitiikassa unionissa.

Terveyden huomioon ottaminen yhteisön politiikoissa oli siis riittämätöntä, ja edistysaskeleista jouduttiin taistelemaan. Asia oli usein esillä terveysministerien neuvostossa, joka vuonna 1999 Suomen aloitteesta hyväksyi asiasta päätöslauselman. Saadakseen painoa asialle Suomi otti vuoden 2006 EU-puheenjohtajuutensa terveys-teemaksi ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Suomi tuotti aiheesta kirjan (Ståhl & al. 2006) ja järjesti konferenssin. Komission terveydestä vastaava pääosasto tuki puheenjohtajuusteeman kehittämistä ja otti sen omaan strategiaansa yhdeksi päälinjaksi. Health in All Policies, HiAP, jäi kansainväliseen terveyspoliittiseen käyttöön ja korvasi vanhempia termejä Intersectoral Action for Health ja Healthy Public Policy. Termeillä tarkoitetaan paljolti samaa, vaikka niissä voidaan erottaa painotuseroja (Kickbusch 2010).

Kansallisen lainsäädännön, hallintorakenteiden ja työvälineiden kehittäminen

Poikkihallinnollinen terveyspolitiikka pohjautui aluksi hallituksen hyväksymiin ohjelmiin. Periaatteellinen hyväksyntä ei kuitenkaan johtanut riittävän järjestelmälliseen työhön. Siksi työ-

tä ryhdyttiin vahvistamaan kehittämällä lainsäädäntöä, yhteistyörakenteita ja työvälineitä.

Perustuslain uudistuksessa 1999 vahvistettiin terveyden asemaa säätämällä sekä terveyspalveluista että terveyden edistämisestä. Perustuslain mukaan julkisen vallan on edistettävä väestön terveyttä. Vaikka kaikkia hallinnonaloja ei suoranaisesti mainita kuten EU:n perustuslaissa, tulokittiin, että valtio ja kunnat ovat yli sektorirajojen velvollisia terveyden edistämiseen. Tämän mukaisesti uudistettiin vuonna 2006 kansanterveyslakia antamalla kunnille tehtäviksi asukkaiden terveydentilan ja terveyden determinanttien seuraaminen väestöryhmittäin, terveysnäkökohtien huomioon ottaminen kaikissa toiminnoissa sekä yhteistyö terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien kanssa. Näitä täydensivät vuonna 2011 säädetyt velvollisuudet terveysvaikutusten arvioimiseen, hyvinvointikertomuksen antamiseen ja terveysindikaattorien käyttöön tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa.

1990-luvulla säädettiin kansanterveyskertomuksesta. Hallitus antoi ensimmäisen kertomuksen eduskunnalle 1996. Myöhemmin kertomus laajennettiin sosiaali- ja terveyskertomukseksi, joka annetaan neljän vuoden välein. Laissa veloitettiin kaikki hallinnonalat raportoimaan terveyteen liittyvästä toiminnastaan. Kertomus käsiteltiin aluksi eduskunnan täysistunnossa, mutta myöhemmin vain sosiaali- ja terveysvaliokunnassa. Nyt on tarkoitus luopua kertomuksesta kokonaan.

Hallitusohjelmassa voidaan antaa terveyttä koskevia tehtäviä eri hallinnonaloille. Hallitusohjelma ohjaa hallituksen työtä aikaisempaa tarkemmin, sitovammin ja kattavammin, ja valtioneuvoston kanslia seuraa sen toteutumista. Ongelma on, että hallitusohjelma valmistellaan kiireässä aikataulussa aihekohtaisissa työryhmissä, mikä helposti johtaa sektoroituneeseen ohjelmaan. Terveyden edistämistä on pitkään painotettu hallitusohjelmissa, ja Terveys kaikissa politiikoissa mainittiin kahdessa viimeisessä. Maininnat olivat kuitenkin tavoitteellisia verrattuna monien alojen ja terveyspalveluidenkin yksityiskohtaisiin kannanottoihin. Tämä heikensi konkreettisten toimien tukea ja seurannan hyötyä. Sitä voimaa, jonka koko hallituksen sitoutuminen ja pääministerin tiukka seuranta antavat, ei täysimääräisesti onnistuttu käyttämään terveyden edistämisen hyväksi.

Hallitus ohjasi kuntia hallitusohjelmaan pohjautuvalla nelivuotisella sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmalla. Samalla STM:n hallinnonala kytkettiin entistä tiiviimmin hallitusohjelmien toteuttamiseen, ja THL kehitti ja tuotti seurannassa tarvittavia terveyttä ja terveyden determinantteja kuvaavia indikaattoreita. Uusimmat ohjelmat painottivat Terveys kaikissa politiikoissa -periaatetta. Lisäksi tehtiin muita kansallisia ohjelmia, esimerkiksi terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen (STM 2008a) ja terveyserojen vähentämisen (STM 2008b) ohjelmat.

Yhteistyön rakenteita olivat hallinnonalojen yhteiset neuvottelukunnat. Kansanterveyden neuvottelukunnassa oli useimpien hallinnonalojen sekä kuntien ja järjestöjen edustus. STM:llä oli myös kapea-alaisempia poikkihallinnollisia neuvottelukuntia. Terveysteen vaikuttivat lisäksi maa- ja metsätalousministeriön ravitsemusneuvottelukunta, jossa myös yksityinen sektori oli edustettuna, sekä liikenne- ja viestintäministeriön liikenneturvallisuusasiain neuvottelukunta. Ensiksi mainittu vastasi kansallisista ravitsemus-suosituksista ja jälkimmäinen valmisteli hallituk-selle liikenneturvallisuusohjelmat.

EU-jäsenyyden alussa perustettiin valtioneu-voston kanslian vetämä EU-asiain komitea, josa valmisteltiin kannat ministerineuvoston kokouksiin. Komiteatyössä terveyssektori pääsi mukaan kaikkien hallinnonalojen työhön valmisteluvaiheessa ja kävi vastaavasti vuoropuhelua terveyspolitiikasta.

Terveysvaikutusten arviointia kehitettiin työvälineeksi. Ympäristövaikutusten arviointi tuli lakisääteiseksi vuonna 1994. Sen osana oli terveysvaikutusten arviointi, jonka STM ohjeisti. Aluksi keskityttiin pääasiassa kemiallisten ja fysikaalisten ympäristöaltisteiden terveysriskeihin. Sittemmin tarkastelu laajeni käsittäen muun muassa mielenterveydelliset vaikutukset. Joillakin aloilla terveysvaikutusten arviointi toteutui ilman lakipohjaakin, kuten liikenne- ja viestintäministeriön liikenneturvallisuustyössä. Siinä eri toimenpiteiden terveysvaikutukset säästyvinä kuolemantapauksina ja loukkaantumisina arvioitiin tarkkaan empiirisen aineiston perusteella. Terveysmenetykset arvioitiin myös taloudellisesti. Kun terveyshyöty osattiin tehdä näkyväksi, saatiin suotuisia päätöksiä. Tieliikenteessä vuosittain kuolleiden määrä 1970-luvun yli tuhannesta laski 2010-luvulla alle kolmeensataan, vaikka liikenne moninkertaistui.

Vuonna 2007 annettujen ohjeiden mukaan hallituksen lakiesityksissä arvioitiin terveysvaikutukset osana yhteiskunnallisia vaikutuksia. Ohjeissa viitattiin THL:n tukimateriaaliin ja tukeen.

Paikallisten rakenteiden ja työvälineiden kehittäminen

Kunnan laaja toimivalta antaa pohjan paikalliselle hallinnonalojen väliselle yhteistyölle, jota on ollut pitkään. Koulussa huolehdittiin oppilaiden terveydestä yhteistyössä terveydenhuollon kanssa jo ennen kansanterveyslakia. Kansainvälisestikin arvostettu on vuodesta 1948 tarjottu maksuton kouluruokailu. Kansanterveyslaki antoi uudet puitteet ehkäisevälle työlle. Työ keskittyi terveyskeskuksiin ja siellä pääasiassa terveydenhoitajille.

STM ohjasi kuntia sektorien väliseen yhteistyöhön hallinnonalan tutkimuslaitosten tuel-la. Etenemisessä oli vaihtelua. Hyviä esimerkkejä oli lukuisasti, mutta monissa kunnissa terveyden edistäminen rajautui lakisääteisiin ehkäiseviin palveluihin. Suurin haaste olivat voimavarat, erityisesti 1990-luvun laman ja valti-onosuusuudistuksen jälkeen. Voimavaroista kilpailtiin terveysbudjetissa sairaanhoitopalvelujen kanssa, jotka pärjäsivät niukkuutta jaettaessa paremmin. Terveyden edistämisen velvoitteet oli ilmaistu kansanterveyslaissa pyöreästi, joten niistä oli mahdollista tinkiä. Kuntademokratia toimii neljän vuoden sykleissä, eikä pitkäjänteinen työ aina saanut riittävää huomiota.

Vuoden 2006 kansanterveyslain uudistuksessa kuntien tehtäviä täsmennettiin ja ne veloitettiin ottamaan terveys huomioon kaikissa politiikoissaan. Kehitystä tuettiin hankkeilla, joissa etsittiin johtamismalleja ja rakennevaihtoehtoja erilaisille kunnille sekä kehitettiin työkaluja. THL:n kehittämän mallin mukaan terveyden edistämistä johtaa kunnan keskusjohto ja eri hallinnonalojen roolista huolehditaan kunnan johtoryhmässä. Suurissa kunnissa voidaan tarvita erikseen poikkihallinnollinen hyvinvointiryhmä. Terveyssektori tuo työhön terveysasiantuntemuksen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulee olla tärkeä osa kuntastrategiaa.

Hyvinvointijohtamisen edellyttämän tiedon saannin varmistamiseksi kunnalle säädettiin velvoite seurata väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. THL rakensii yhteistyössä kuntien kanssa tilastotietojärjes-

telmiä, joista saadaan kuntakohtaista tietoa tärkeimmistä indikaattoreista. Tärkeätä oli myös kunnan oma tiedonkeruu. Tietoja käytetään hyvinvointikertomuksen valmistamiseen. Osa kunnista teki näitä jo aikaisemminkin, mutta vuodesta 2011 säädettiin velvollisuudeksi antaa laaja kertomus neljän vuoden välein ja suppeampi vuosittain.

1990-luvulla kehitettiin kouluterveyskyselyt, joissa oppilailta kerättyjä tietoja raportoitiin koulukohtaisesti, paikallisesti ja alueellisesti. Kyselyt osoittautuivat erinomaiseksi keinoksi virittää paikallista kiinnostusta terveyteen ja sen taustatekijöihin ja muokkasivat käytännön työtä. Ne loivat pohjaa kunnan hyvinvointikertomuksille, jotka parhaimmillaan johtavat samanlaiseen vuoropuheluun niin kunnan organisaatioissa kuin asukkaidenkin keskuudessa. (Rimpelä & al. 1996.)

THL kehitti kunnassa toteutettavaa terveysvaikutusten arviointia yhteistyössä kuntien kanssa. Valitettavasti THL on joutunut vähentämään tämän alueen voimavarojaan.

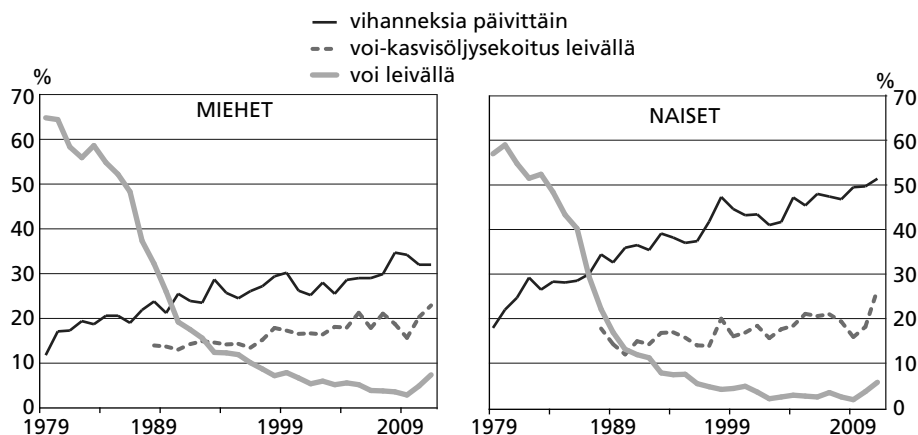
Terveyden determinantteihin vaikuttaminen eri hallinnonaloilla

Terveyteen vaikuttavia toimia toteutetaan kaikilla hallinnonaloilla, ja niitä on kuvattu sosiaali- ja terveyskertomuksissa.

Ravitsemuspolitiikka tuli ajankohtaiseksi, kun 1960-luvulla osoitettiin suomalaisen dieetin vahingollisuus sydänterveydelle. Terveydenhuol-

lossa annettiin valistusta, ja mukaan tulivat uutena ammattikuntana ravitsemusterapeutit. Talousneuvoston raportissa 1972 painotettiin yhteiskuntapolitiittisten toimien tarvetta. Samana vuonna käynnistetyssä Pohjois-Karjala-projektissa toteutettiin koko maakunnassa intensiivistä terveysvalistusta. Käynnistettiin yhteistyö teollisuuden kanssa tavoitteena terveellisten, asukkaiden hyväksymien tuotteiden kehittäminen. Terveysasiantuntijoiden ja elintarviketeollisuuden yhteistyö jatkui terveysvaikutteisten elintarvikkeiden kehittämisessä (Miettinen & al. 1995). Projektia jatkettiin alkuperäisen viisivuotiskauden jälkeen, ja Kansanterveyslaitos sai tehtäväkseen hyödyntää siitä saatuja kokemuksia muualla maassa (Puska & Ståhl 2010).

Poliittista yksimielisyyttä ravitsemuspolitiikan suunnasta ei ollut 1970-luvulla ja 1980-luvun alussa. Lainsäädännöllä rajoitettiin vähärasvaisten maitotuotteiden ja kasvirasvaa sisältävien tuotteiden markkinoille tuomista. Ylituotannosta huolimatta maitorasvan tuotantoa tuettiin maanviljelijöiden tulotason turvaamiseksi. STM:n asettama ravitsemustoimikunta antoi 1981 kansalliset suositukset terveelliseksi ravinnoksi. Taloudelliset kannustimet ja lainsäädännölliset rajoitukset kuitenkin työskentelivät muuttumattomina suositusten tavoitteita vastaan. STM yritti ajaa hallituksessa muutosta linjaan, mutta maa- ja metsätalousministeriö ja valtiovarainministeriö vastustivat. Terveydenhuollossa ja yhteiskuntapolitiittisin toimin ohjattiin ihmisiä vastakkaisiin suuntiin. Myönteiset käyttäytymismuutokset kuitenkin etenivät (kuvio 1).



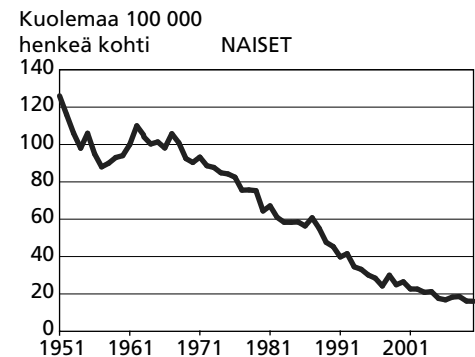
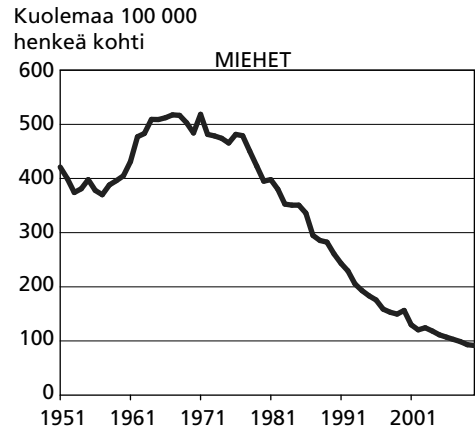
Kuvio 1. Ravintotottumukset 15–64-vuotiailla miehillä ja naisilla 1978–2011. Lähde: Helakorpi & al. 2012.

Ristiriitaa käsiteltiin hallituksen terveystoimintatavan selonteon valmistelussa. Näkemyseroista huolimatta saatiin muotoilluksi terveystoimintatavan myötäilevät tavoitteelliset linjaukset. Konkreettisia toimia ei päätetty. Vuoropuhelu jatkui ravitsemusneuvottelukunnassa, joka julkaisi vuonna 1987 uudet ravitsemussuositukset sepelvaltimotautien riskitekijöiden vähentämiseksi. Samana vuonna poliittinen tahto eteni siten, että valtioneuvosto asetti komitean tekemään ehdotukset suositusten toteuttamiseksi muun muassa elintarviketuotantoa ja hinnoittelua ohjaamalla.

Sepelvaltimokomitean työn pääpaino oli eläinperäisen rasvan kulutuksen vähentämisessä, mistä se onnistui tekemään yksimieliset konkreettiset ehdotukset terveystoimintatavan linjauksien ja ravitsemussuositusten pohjalta. Komitea ehdotti, että maitorasvaa suosivasta veropolitiikasta luovutaan ja edetään asteittain ravintorasvojen neutraaliin verokohteluun. Maataloustuotannon painopistettä siirretään maitorasvan tuotannosta viljan, kasvien, marjojen, rypsiöljyn ja kalan tuotantoon käyttäen taloudellisia ohjaukeinoja. Maidon rasvapitoisuutta vähennetään karjanjalostuksella ja ruokintaa kehittämällä. Elintarvikkeiden myyntipäällysmarkkinoita parannetaan ja niiden valvontaa tehostetaan. Elintarviketeollisuudelle ja kaupalle ehdotettiin, että tarjolla olisi riittävä valikoima ravitsemussuositusten mukaisia tuotteita, erityisesti vähärasvaisia, ja että elintarvikkeiden suolapitoisuutta vähennettäisiin.

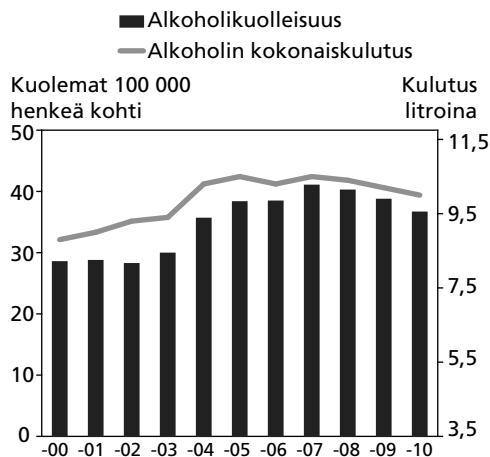
Ehdotukset toteutettiin muutaman vuoden kuluessa. Nykyään kasvirasvojen ja vähärasvaisten tuotteiden saatavuus, asianmukaiset päällysmarkkinat ja kohtuullinen hinta ovat itsestään selviä. Vaatimattomalta tuntuu nyt komitean ehdottama tavoite, että vähärasvaista (1 %) maitoa tulisi olla saatavilla kaikkialla maassa, rasvatonta maitoa ei tuolloin ollut saatavissa lainkaan. Tulosta voidaan pitää terveystoimintatavan ravitsemuspolitiikan läpimurtona. Poikkiallinen ravitsemus- ja tupakkapolitiikka yhdessä verenpainetaudin tehostuneen hoidon kanssa ovat taustana sepelvaltimokuolleisuuden nopealle vähentämiselle (kuvio 2).

Veropolitiikalla pidettiin tupakan ja alkoholin hintoja korkeina, tavoitteena kulutuksen rajaaminen ja verotulojen kasvattaminen. Poikkeus linjasta oli alkoholiveron alennus vuonna 2004, jolloin veron ja sen myötä hinnan suuri alennus johti hyppäykselliseen kasvuun alkoholi-



Kuvio 2. Kuolevuus sepelvaltimotautiin 35–64-vuotiailla miehillä ja naisilla (eri mittakaava) 1950–2010. Lähteet: Koskinen & al. 2006; Tilastokeskus 2012.

lin kulutuksessa ja terveyshaitoissa. Alennus tehtiin, kun Viron EU-jäsenyyteen liittyvän siirtymäajan päättymisen vapautti alkoholituonnin sieltä Suomeen. Viron matalan hintatason uskottiin lisäävän matkustajatuontia suuresti. Valtiovarainministeriö esitti alkoholiveron alentamista keskimäärin 33 prosenttia, minkä arvioitiin riittävän kotimaisen myynnin tason säilymiselle, pienentävän valtion tulojen laskua ja turvaavan alkoholista riippuvaisten yritysten toimintaedellytyksiä. Toisaalta hinnanlaskun tiedettiin lisäävän kulutusta ja haittoja. Vastakkain olivat taloudelliset arvot ja kansanterveyden menetykset. Terveystoimintatavan vaikutukset arvioitiin huolellisesti. Hallituksen esityksen perusteluissa arvioitiin alennuksen lisäävän alkoholista aiheutuvia kuolemantapauksia 600:lla vuodessa ja suurkanaluttajien määrää 200 000:lla. Päätöksenteossa välittömät taloudelliset vaikutukset painoivat kansanterveyttä enemmän, ja alennus tehtiin.



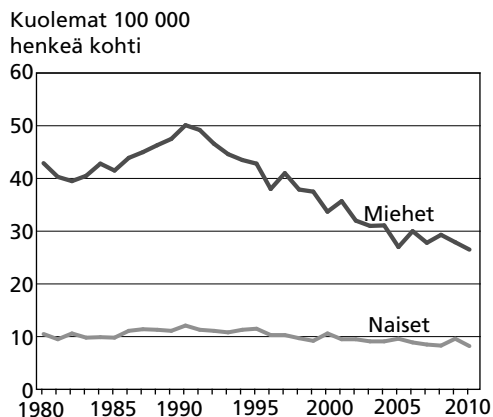
Kuvio 3. Alkoholikuolleisuus ja alkoholin kokonaiskulutus puhtaana alkoholina asukasta kohden 2000–2010. Lähteet: Tilastokeskus 2012; THL; Valvira.

Kulutus kasvoi välittömästi ja asettui aikaisempaa korkeammalle tasolle. Tämä näkyi heti alkoholikuolleisuudessa (kuvio 3). Alkoholisairaudet ja -myrkytykset nousivat työikäisten yleisimmäksi kuolinsyiksi. Ylimääräiset kuolemat, työvoimamenedykset, perheiden sosiaaliset ja muut haitat jäivät varsin pysyviksi ja aiheuttavat yhteiskunnalle suuria taloudellisia menetyksiä vuodesta toiseen. (Herttua 2010.)

Valtiovaraministeriö esitti samoin perustein tupakkaveron alennusta. Tupakan osalta terveysargumentit voittivat, eikä veroa alennettu. Kulutuksen hiljalleen aleneva trendi jatkui. Valtiovaraministeriö ennakoiti talousarvioesityksessään tupakkaveron tuoton rajua pudotusta matkustajatuonnin kasvun perusteella. Tällaista ei tapahtunut, vaan veron tuotto säilyi lähes ennallaan. Tämä viittaa siihen, että myös alkoholiveron ennalleen jättämisen tai pienemmän alentamisen taloudelliset vaikutukset olisivat olleet arvioitua pienemmät.

Ruotsi oli samanlaisessa tilanteessa, mutta ei alentanut alkoholiveroa. Odotetusti tämä johti lisääntyvään matkustajatuontiin ja verotuottojen laskuun. Parin vuoden jälkeen matkustajatuonti alkoi vähetä ja ostot kotimaasta kasvaa. Alkoholin kokonaiskulutus pysyi lähes ennallaan ja haitat samoin. Ruotsin valtiontaloudelliset menetykset jäivät siten pääosin väliaikaisiksi ja laajoilta terveyshaitoilta vältyttiin.

Ympäristöministeriön ja terveyssektorin yhteistyössä on kysymys ”win-win”-mallista, joka



Kuvio 4. Ikävakiointu itsemurhakuolevuus sukupuolen mukaan 1980–2010. Lähde: Tilastokeskus 2012.

palvelee molempien sektorien tavoitteita. Monet ympäristönormit, esimerkiksi melusta ja ilman laadusta, ovat terveysperustaisia, ja ne valmisteltiin sektorien yhteistyönä. Sisäilmaongelmissa ympäristöministeriö ja STM tekivät 1980-luvulta lähtien yhteistyötä. THL:n ympäristöterveyden osasto palvelee monien hallinnonalojen tarpeita.

Terveys-, sosiaali- ja poliisitoimi tekivät yhteistyötä vuosina 1986–1996 itsemurhien ehkäisyprojektissa. Projektin aikana itsemurhien määrä kääntyi laskuun, joka jatkui projektin päätyttyä (kuvio 4). Projektin ulkoisen arvioinnin (Ministry of Social Affairs and Health 1999) jälkeen mielenterveyden edistämistä kehitettiin laajoin hankkein. Yksi ehkäisevän mielenterveyden malli rakennettiin sosiaali- ja terveyssektorin ja puolustusvoimien yhteistyönä asepalveluksen keskeyttäneiden tukemiseksi.

Muita toimijoita

Järjestöjen, yksityisen sektorin, median ja kansalaisten suora vaikuttaminen kansanterveyteen vahvistui. Taustalla voidaan nähdä tietoyhteiskunnan kehittyminen ja siihen liittyvä koko yhteiskunnan aktiiviseen toimintaan perustuva malli hierarkkisen valtiojohtoisen toiminnan rinnalla (Wilke 2007). Valtio antoi tilaa ja tukea työlle, jota eri toimijat tekivät tärkeinä pitämien asioiden puolesta. Esimerkiksi HIV-infektion

leviämisen pysäyttäminen huumeiden käyttäjien keskuudessa 1990-luvulla toteutui järjestön neulanvaihto- ja terveyskasvatusmallilla. STM tuki toimintaa taloudellisesti.

Vaikka järjestöt itse päättävät toiminnastaan, hallitus ohjaa työn suuntautumista rahoitusinstrumentin avulla. Raha-automaattiyhdistyksen tuotoilla tuetaan sosiaali- ja terveysalan järjestöjä. STM asetti tukitoiminnalle vuosittain tulostavoitteet, ja suunnitelman järjestöille jaettava tuotosta vahvasti hallitus. Lisäksi järjestöjen hankkeita tuettiin valtion talousarvion terveyden edistämisen määrärahasta.

Järjestöt toteuttivat kehittämishankkeitaan usein yhteistyössä kuntien kanssa. Ne voivat koikeilla uudenlaista toimintaa vapaammin kuin kunnat, joiden toimintaa ohjeistetaan monin tavoin. Järjestöt tekivät joustavaa yhteistyötä yksityisen sektorin kanssa. Monet innovaatiot ovat peräisin järjestöjen hankkeista.

Yksi esimerkki yhteistyöstä liittyy ravintolatu-pakoinnin kieltämiseen. STM neuvotteli järjestelystä ravintola-alan työnantaja- ja työntekijäliit-tojen kanssa ja teki lakiesityksensä yhteisesti so-vitun mukaisesti. Sopijaosapuolet sitoutuivat uu-distukseen, vaikka kummankin liiton jäsenistös-tä osa vastusti uudistusta jyrkästi. Yhteinen kanta oli tärkeää lakiesityksen hyväksynnälle eduskun-nassa sekä uuden lain toimeenpanolle, joka on-nistui hyvin. Vastustajat toivat esiin pelkoja ra-vintola-alan taantumisesta. Tällaista ei havaittu, vaan ala jatkoi kasvuaan.

Samanlaista yhteisymmärrystä ei saatu alko-holihaittojen torjunnassa. Panimoteollisuuden markkinointi on näkyvää ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen aktiivista. Terveysasiantuntijat kritisoivat oluen mielikuvamainontaa, koska se lisää kulutusta ja haittoja etenkin nuorten keskuudessa. Eduskunnassa tehtiin aloitteita mie-likuvamainonnan kieltämiseksi. Vuonna 2009 STM asetti alkoholimainonnan rajoituksia val-mistelevan työryhmän, jossa terveysviranomaiset, Panimoliitto ja kauppa olivat edustettuina. Työ-ryhmässä ei syntynyt konsensusta, eikä työn poh-jalta edetty. Tupakkateollisuuden tapaan alko-holielinkeinon piirissä pyritään kiistämään mainonnan ja kulutuksen välinen yhteys.

Yrityksissä tehtiin työtä työntekijöiden terveyden edistämiseksi. Työlle antoivat pohjan työter-veyshuolto ja sen asiantuntijatuki Työterveyslai-tos, jotka ovat Suomessa kansainvälisesti verrat-tuna poikkeuksellisen vahvoja. Työnantajat edis-

tivät liikuntaa ja ruokailua veroratkaisujen tuella. Mielenterveys ja henkinen hyvinvointi saivat kas-vavaa huomiota johtamisen kehittämisessä.

Terveyden ja elämäntavan käsittely medioissa lisääntyi. Terveellistä liikuntaa käsiteltiin paljon. Samoin ravitsemusta, mutta terveyslähtökohta ei ollut vallitseva. Asiantuntijat osallistuivat lisääntyvästi tiedon levittämiseen ja heihin luotettiin, mutta tarjolla oli myös vaihtoehtoista tietoa. Ra-vitsemuksen myönteisen kehityksen arvioitiin viime vuosina pysähtyneen medioissa näkyvästi esillä olleiden muotidieettien takia (Vartiainen & al. 2012). Terveys arvona oli medioissa kuiten-kin korkealla ja epäkohtia tuotiin näkyvästi esiin.

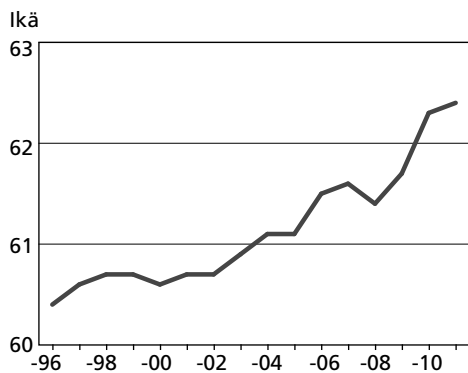
Kansalaiset ovat oman elämänsä ehtojen toimi-joita sekä suoraan että yhteiskunnallisen vaikut-tamisen kautta. Välittömimmin kansalaiset voi-vat vaikuttaa työ- ja lähiympäristönsä terveelli-syyteen.

WHO:n Euroopan aluekokouksessa vuon-na 2011 nostettiin esiin teema Governance for Health (WHO 2011). Teema painottaa Suomes-sakin tärkeinä pidettyjä elementtejä: terveyden siirtymistä asiantuntijoilta kansalaisten käsiin, kaikkien toimijoiden mahdollisuuksia ja vastuuta sekä hallituksen kokonaisvastuuta terveyden huomioon ottamisessa politiikassaan.

Terveys osana laajoja yhteiskunnallisia tavoitteita

Hallituskaudella 2007–2011 toteutettiin valtio-neuvoston kanslian koordinoimana poikkihallin-nollisia politiikkaohjelmia laajojen tavoitteiden saavuttamiseksi. Yksi oli terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Ohjelmien vetäjät sijoitettiin päävastuuta kantavaan ministeriöön, terveyden edistämisen ohjelman vetäjä STM:öön. Ohjel-man ohjausryhmään kuului useita ministereitä, ja siinä toteutettiin toimia muun muassa ravitsemukseen, kulttuuriin ja liikuntaan liittyen sekä edistettiin terveysero-ohjelman toimeenpanoa (Valtioneuvoston kanslia 2011). Valtioneuvoston kanslian koordinointi ei kuitenkaan ollut kovin vahvaa ja vastuu jäi paljolti STM:lle. Ohjelma toteutui siten pääosin vanhalla mallilla, jossa ter-veyssektori yrittää saada muita mukaan.

Valtioneuvoston kanslia johtaa poikkeustilan-teisiin varautumista. Poikkeustilanteisiin liittyy suuria terveysuhkia, ja terveyssektorilla on kes-keinen rooli varautumisessa. Esimerkiksi pande-



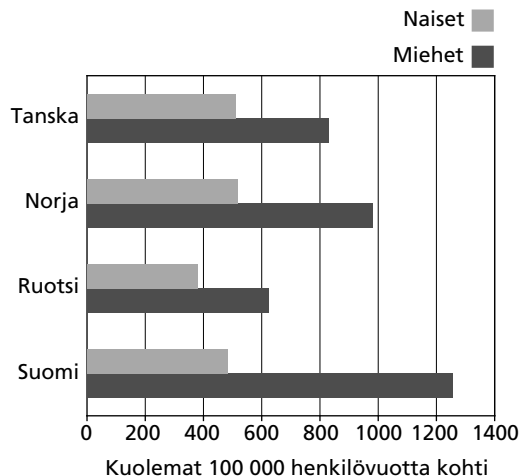
Kuvio 5. 50-vuotiaan eläkkeellesiirtymisien odote työeläkejärjestelmässä 1996–2011. Lähde: Kannisto 2012.

miaatilannetta varten laadittu varautumissuunnitelma sisälsi tehtäviä monille hallinnonaloille WHO:n suosituksen mukaisesti (WHO 2009). Suunnitelmaa käytettiin vuosina 2009–2010 sikainfluenssapandemian torjunnassa, jota käytännössä johdettiin STM:stä. Yhteistyö toimi hyvin, ja esimerkiksi työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan rooli oli suuri materiaalsen valmiuden varmistamisessa.

Yksi viimeaikaisten hallitusten laaja haaste oli työurien pidentäminen. Varhainen eläkkeelle jääminen työkyvyttömyyden takia oli Suomessa yleisempää kuin monissa Euroopan maissa. Työn muuttuminen toi uusia riskejä, joiden hallintaan etsittiin keinoja valtakunnallisessa depressioprojektissa vuosina 2008–2011. Työterveyslaitos on pitkään pitänyt yhtenä painopisteenään työurien pidentämistä (Ilmarinen 2006). Työ- ja elinkeinoministeriö ja STM rakensivat yhdessä toimintaa työttömäksi joutuvien työkyvystä ja terveydestä huolehtimiseksi. Terveydenhuollon keinojen ohella kehitettiin sosiaaliturvaa ja siihen kytkeytyvää kuntoutusta sekä työelämää, työolosuhteita ja koulutusta. Eläkkeelle jäämisen odote kasvoi viimeksi kuluneiden 15 vuoden ajan (kuvio 5).

Terveyserot

Alueelliset kuolleisuuserot olivat suuria jo 1800-luvulla. 1980-luvulla ryhdyttiin selvittämään sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja, joihin alue-erotkin osittain pohjautuivat. Nämä osoitautuivat Suomessa suuriksi verrattuna muihin Pohjoismaihin (kuvio 6). Erojen vähentäminen

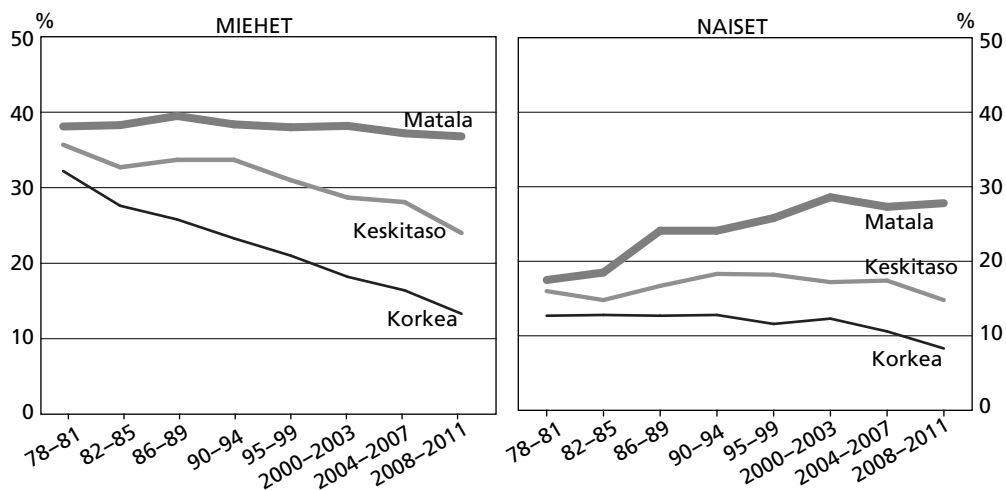


Kuvio 6. Absoluuttiset erot kuolevuudessa alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä sukupuolittain Pohjoismaissa. Lähde: Mackenbach & al. 2008.

oli terveyspolitiikan tavoitteena Terveyttä kaikille -ohjelmasta alkaen, ja se mainittiin hallitusohjelmassa parin viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana.

Eroja selitti voimakkaasti koulutustaso. Yhteiskunta myös panosti enemmän hyvin koulutetun väestön terveyteen. Esimerkiksi yliopistossa opiskelevilla oli erillinen terveydenhuolto, joka oli tasoltaan parempi kuin ammatillisissa oppilaitoksissa. Työterveyshuolto järjestettiin yleensä sitä kattavammin, mitä parempi oli työpaikka, ja tilapäisissä työsuhteissa työskentelevät jäivät toisinaan kokonaan työterveyspalvelujen ulkopuolelle.

Terveyseroissa on kyse sosiaalisista determinanteista, ja niihin vaikutetaan yhteiskuntapolitiisin keinoin. Siksi Terveys kaikissa politiikoissa hahmotettiin keskeiseksi keinoksi terveyserojen vähentämiseen. Eroja selittivät välittävänä riskitekijöinä voimakkaasti alkoholi ja tupakka. Näiden hinnan osoitettiin vaikuttavan voimakkaimmin kulutukseen huonossa sosiaalisessa asemassa olevilla, ja hintapolitiikkaa perusteltiin myös terveyserojen pienentämisellä. Työpaikkatupakoinnin kiellon todettiin vähentäneen tupakansavulle altistumista ja tupakointia enemmän työnteekijöillä ja vähän koulutusta saaneilla kuin toimihenkilöillä ja korkeasti koulutetuilla (Heloma & al. 2001). Maksutonta ruokailua päivähoitossa ja peruskoulussa sekä tuettua ruokailua opiskelijoilla ja työpaikoilla pidettiin keinoina ravitsemukseen kytkeytyvien terveyserojen vähentämisessä,

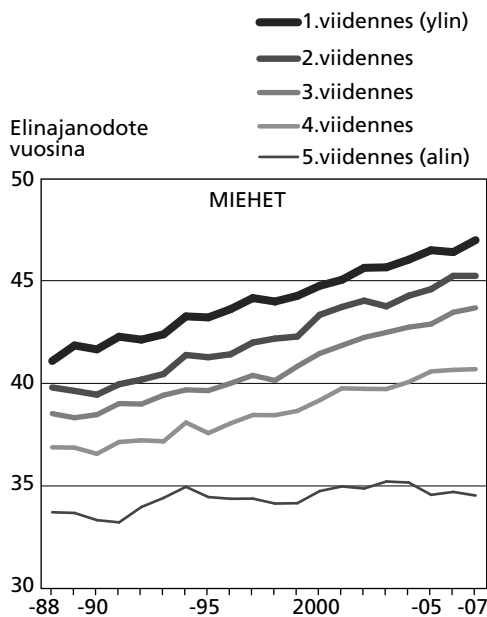


Kuvio 7. Ikävakioitu päivittäin tupakoivien osuus koulutusryhmittäin (kolmannekset) miehillä ja naisilla 1978–2011. Lähde: Helakorpi & al. 2012.

mutta väestöryhmittäiset erot ovat edelleen merkittävät (Raulio & al. 2010).

Monien mittarien mukaan sosiaaliryhmien väliset terveyserot eivät vähentyneet vaan jopa kasvoivat viime vuosikymmeninä (Palosuo & al. 2007). Sama koskee monia riskitekijöitä, esimerkiksi tupakoinnissa erot kärjistyivät (kuvio 7). Tämä näkyy myös nuorten keskuudessa, mikä ennakoii terveyserojen säilyvän pitkälle tulevaisuuteen. Huonon kehityksen vuoksi laadittiin hallituskaudelle 2007–2011 ohjelma terveyserojen vähentämiseksi täydentämään Terveys 2015 -ohjelmaa. Se sisälsi tehtäviä monille hallinnonaloille ja ne toteutettiin pääosin. Selvää kuitenkin on, että nopeaa keinoa terveyserojen vähentämiseen ei löytynyt. 1990-luvun laman jälkeen harjoitettu uusliberalistisesti painottunut talouspolitiikka johti tuloerojen nopeaan kasvuun ja jossain määrin julkisten palvelujen supistamiseen. Tuloerojen kasvu vaikutti väestöryhmien asemaan syvällisemmin kuin vain taloudellisiin mahdollisuuksiin. Terveyserot tuloryhmittäin olivat jyrkät, ja erityisesti pienituloisimpien asema huonontui (kuvio 8). Talouspolitiikan päälinja lienee muuttanut yhteiskuntaa ja kansalaisten asemaa enemmän kuin terveyslähtöiset toimet, ja se peittää jälkimmäisten mahdolliset positiiviset vaikutukset. Merkittävä yksittäinen syy terveyserojen kasvuun oli alkoholin hinnanalennus, jonka aiheuttama haittojen lisäys kohdistui lähes yksinomaan huonoimmassa sosiaalisessa asemassa oleviin (Herttua 2010). Keskusteluun

nousi myös eriarvoisuus terveyspalveluissa, johon OECD:n maa-arvioinnissa kiinnitettiin huomiota (OECD 2005).



Kuvio 8. 35-vuotiaan miehen elinajanodote tuloviidenneskseen mukaan 1988–2007. Lähde: Tarikainen & al. 2011

Arviointia ja tulevaisuuden haasteita

Terveyspolitiikkaa uudistettiin 1970-luvun alussa, kun väestön terveystaso ei vastannut yhteiskunnan muuta kehittyneisyyttä. Päähuomio tuolloin kuten myöhemminkin oli terveyspalvelujen kehittämisessä, jota toteutettiin perusterveydenhuollon reformilla. Samanaikaisesti käynnistettiin terveyteen tähtäviä toimia terveydenhuollon ulkopuolella, ja sektorien välinen yhteistyö tuli julkilausutuksi linjaksi terveyspoliittisiin dokumentteihin.

Vuorovaikutus WHO:n kanssa antoi tukea valitun linjan jatkamiseen ja vaikutti työn muotoutumiseen. Kaksi maa-arviointia ohjasi kehittämistyötä ja antoi STM:lle arvokkaan tuen politiikkansa puolustamiseen.

EU-jäsenyys pakotti etsimään uusia vaikutuskeinoja ja sopeutumaan uudenlaiseen kulttuuriin ja arvoihin. Talousliitossa kaupallisten arvojen ja terveysarvon keskinäinen suhde oli erilainen kuin Suomen politiikassa. Tuli kansanterveyden taka-askelia, joista suurin liittyi alkoholipolitiikan osittaiseen harmonisointiin. EU:n peruskirja kuitenkin tuki kaikkien poliitikkojen terveystavoitteista työtä. Edistystä saavutettiin muun muassa tupakka- ja ravitsemuspolitiikassa. Komissio kehitti terveysvaikutusten arviointia ja otti yhdeksi terveyspolitiikan strategiseksi linjakseen periaatteen Terveys kaikissa politiikoissa. Edistysaskeleista huolimatta terveysarvo ei unionissa noussut taloudellisten arvojen tasolle. Esimerkiksi monien jäsenmaiden suuri kansanterveysongelma, alkoholisairaudet, sai hyvin vähän ymmärrystä EU:n alkoholipolitiikassa, jonka tavoitteet olivat kaupalliset. Lääkepolitiikka oli EU:ssa teollisuuspolitiikkaa, tavoitteena taloudellinen menestys ja kasvu, kun jäsenmaissa vastuu oli terveyssektorilla, tavoitteena terveyden kannalta optimaalinen lääkkeiden käyttö ja lääkekustannusten hallinta.

Laaja-alainen terveyden edistäminen perustui pitkään ohjelmiin ilman velvoittavaa lainsäädäntöä. Laissa kansanterveyskertomuksesta tuotiin ensi kerran lainsäädännössä näkyväksi kaikkien hallinnonalojen vastuu kansanterveydestä. Tärkeä askel oli terveyden edistämisen säätäminen julkisen vallan velvollisuudeksi perustuslain uudistuksessa. Siihen tukeutuen annettiin kunnille täsmällisiä velvoitteita laaja-alaisesta terveyden edistämisestä kahdessa vaiheessa. Lainsäädännön pohjalta luotiin hallinnolliset rakenteet johtamis-

järjestelmiseen valtion hallinnossa ja kunnissa. Juridisten ja hallinnollisten puitteiden voi arvioida nyt olevan riittävät. Kuntataso tarvitsee vielä konkreettisia malleja, työkaluja, tukiaineistoja ja ohjausta näiden hyväksikäyttöön, ennen kuin voidaan odottaa velvoitteiden kattavaa toteutumista.

Terveysvaikutusten arviointi ja terveysraporttien tuottamiseen osallistuminen lisäsivät terveyden huomiota muilla hallinnonaloilla. Arviointia ei kuitenkaan toteutettu riittävässä laajuudessa, ja siihen käytettävissä olevat voimavarat olivat niukat. Terveys kaikissa politiikoissa edellyttää ymmärrystä kansanterveyden määrätymisestä ja uutta osaamista moninaisten toimijoiden keskuudessa. STM:ssä ja sen alaisissa laitoksissa tähän antoivat pohjaa osallistuminen kansainväliseen yhteistyöhön ja oma tutkimus- ja kehittämistyö. Omaan ohjaukseen kuuluvat tutkimuslaitokset olivat STM:lle korvaamaton voimavara politiikan kehittämisessä ja sen kentälle viemisessä. Suomalainen terveyshallinnon malli, jossa ministeriö on pieni ja sen alaiset asiantuntijalaitokset suuria, takaa parhaan asiantuntemuksen hallinnollisen ohjauksen perustaksi. Osaamista syntyi myös yliopistoihin ja ammattikorkeakouluihin, jotka tuottivat terveyshallinnosta riippumatonta tietoa, apuna Suomen Akatemian tutkimusrahoitus. Muun muassa sosiaaliryhmitäisten terveyserojen tutkimus käynnistyi yliopistossa (Valkonen 1982). Kehittämishankkeet monissa kunnissa lisäsivät kentän osaamista asiassa. Terveyden määrätymisen ymmärrykselle koko väestössä loi pohjaa terveystiedon opetus peruskoulussa ja toisen asteen koulutuksessa.

Terveys kaikissa politiikoissa menestyy parhaiten, jos pääministeri ja hallitus kokonaisuudessaan sisäistävät terveyden merkityksen yhteiskunnan kehittämiselle. Terveyssektorilla on terveydestä suurin asiantuntemus ja kiinnostus, mutta se ei voi ohjata muiden sektoreiden toimintaa. Keskusjohto voi johtaa ja ohjata kaikkia sektoreita, ja sen pitää niin valtakunnassa kuin paikallisestikin huolehtia terveyden huomioon ottamisesta kaikissa politiikoissa. Esimerkit terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja pandemiatilanteen hoitamisen organisoimisesta osoittivat, että käytännössä vastuu annetaan kuitenkin helposti terveyssektorille.

STM valmisteli kansalliset ohjelmat ja lainsäädännön hallituksen hyväksyttäväksi sekä kävi vuoropuhelua muiden hallinnonalojen kans-

sa hallituksessa, poikkihallinnollisissa neuvottelukunnissa, EU-asiain komiteassa, sosiaali- ja terveyskertomuksen valmistelussa ja monissa työryhmissä. Sillä oli johtava rooli politiikan kehittämisessä ja toimeenpanossa. Vaikka keskushallinnon vastuun terveydestä pitää kasvaa, ei terveyssektorin rooli heikkene. Terveyssektorilla on paras ymmärrys kansanterveyteen vaikuttamisesta. Se tuo terveyshaasteet, niiden ratkaisumahdollisuudet ja saavutettavat hyödyt muiden sektorien ja horisontaalista toimintaa johtavien tietoon. Terveyssektorin on ajettava terveyden asiaa silloinkin, kun se hallituksen työssä ei saa riittävää painoa. Terveyssektorin aktiivinen vaikuttamistyö, mahdollisuuksien tunnistaminen ja otollisten tilanteiden hyväksikäyttö ovat onnistuneen terveyden edistämisen edellytyksiä. (Olila 2010.)

Monet esimerkit osoittavat, että työssä oli menestystä. Periaatteellisesta hyväksymisestä oli kuitenkin pitkä matka konkreettisiin toimiin. Alkuun luotettiin hyväksytyjen ohjelmien ja erillisten kehittämishankkeiden vaikutukseen. Myöhemmin ymmärrettiin, että hallinnonalojen ja kuntien aktivoituminen toteutuu varmimmin, jos lainsäädännöstä tulee selkeät velvoitteet tai keskushallinto osoittaa tehtäviä, joiden toteutumista seurataan. Tasa-arvoinen vuoropuhelu hallinnonalojen kesken on tärkeää ja sille on oltava rakenteet. Yksi edistysaskel voisi olla kansanterveyden neuvottelukunnan sijoittaminen valtio-neuvoston kanslian yhteyteen.

EU-asioiden koordinaatio hallinnonalojen kesken lisäsi ymmärrystä horisontaalisen politiikan tärkeydestä ja sektorirajoja pyritäänkin edelleen madaltamaan. Tämä hyödyttää laaja-alaista terveyspolitiikkaa. Valtioneuvoston kanslian koordinoimat politiikkaohjelmat olivat yrityksiä vahvemman horisontaalisen politiikan rakentamiseksi. Hallitusohjelmissa asetettiin laajoja tavoitteita, joissa tärkeä on terveyskomponentti, kuten työurien pidentäminen. Terveyttä edistävät toimet olisi kirjattava ohjelmiin aikaisempaa täsmällisemmin, jotta tarkasta seurannasta saataisiin täysi hyöty.

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavan vaikutusta kansanterveyteen on vaikea arvioida, koska samanaikaisesti monet tekijät ovat muuttuneet. Viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana suomalaisten terveyden taso parani monien mittareiden mukaan, samoin asemamme kansainvälisessä vertailussa. Imeväiskuolleisuus

nessa Suomi on ollut pitkään maailman parhaiden maiden joukossa. Elinajan odote oli vuonna 2010 miehillä 76,7 vuotta ja naisilla 83,2 vuotta. Neljässä vuosikymmenessä lisäystä oli miehillä lähes 11 ja naisilla 9 vuotta. Suuri selittäjä oli sepelvaltimotaudin väheneminen. Se johtui pääosin riskitekijöistä, joihin vaikutettiin ravitsemus- ja tupakkapolitiikoilla (Vartiainen & al. 1994). Eläkkeelle siirtymisen todellinen ikä nousi, vaikka vanhuuseläkkeelle siirtymisen alikärajaa alennettiin joustavan eläkeiän uudistuksessa. Vanhusten toimintakyky parantui suuresti (Koskinen & al. 2012), millä on merkitystä julkisten palvelujen tarpeelle ja kustannuksille. Terveystuhojen pysyivät hallinnassa, niiden BKT-osuus oli OECD-maiden keskitasolla (OECD 2012).

Vastoin tavoitteita väestöryhmien väliset terveyserot eivät vähentyneet. Toteutetun talouspolitiikan vaikutus terveyden sosiaalisiin determinantteihin oli suuri, ja talouspoliittisista ratkaisuista päätettiin ilman terveysvaikutusten arviointia. Sosiaalisten erojen kärjistymisen todennäköisesti kumosi tietoisien Terveys kaikissa politiikoissa -työn vaikutukset terveyseroihin. Tämän puolesta puhuu terveyserojen jyrkkyyden tulo-ryhmien välillä.

Terveys kaikissa politiikoissa täyttää kestävä kehityksen ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden vaatimukset ja on taloudellisesti perusteltu. Periaatteellisesta hyväksynnästä huolimatta tulosten saavuttaminen edellyttää jatkuvaa määrätietoista työtä. Työn haasteita voidaan hahmottaa seuraavasti.

1. Lainsäädäntö ja hallinnolliset rakenteet ovat pääpiirtein tarkoituksenmukaiset. Toiminta on sopeutettava uudistuvaan kuntarakenteeseen, jossa riskinä on terveydenhuollon ulkoistaminen vaille kiinteää yhteyttä kunnan muuhun toimintaan. On työskenneltävä terveyden saamiseksi koko hallituksen ja kunnissa kunnanhallituksen asialistalle. Terveiden puolesta toimivien on käytettävä hyväksi kriittiset vaiheet, kuten hallitusneuvottelut. Hallituksen ja eduskunnan välisen säännöllisen terveyspoliittisen vuoropuhelun vähentynyt voisi harkita terveyspoliittisen selonteon antamista. On hyödynnettävä tietoyhteiskuntaan sisältyvä uudenlainen kansalaisvaikuttaminen ja huolehdittava politiikan läpinäkyvyydestä, jolloin päätösten kaikki vaikutukset arvioidaan ennakkoon.

2. Kansainvälinen yhteistyö tulee yhä tärkeämmäksi talouden globalisaation myötä. Vuorovaikutus WHO:n kanssa antaa edelleen terveyspolitiikalle tärkeän tuen, mutta myös vaikutusmahdollisuuden. Yksi kriittinen vaikuttamisen kohde on kansainvälisten taloudellisten ja muiden sopimusten valmistelu. Euroopan unioni osallistuu niihin harmonisoidusti, joten ensimmäinen tehtävä on vaikuttaa EU:n sisällä.
3. EU:ssa hyvästä perustuslaista huolimatta terveysvaikutukset eivät monilla aloilla saa riittävää huomiota. Monesti havahduttiin vasta kriisin yhteydessä, kuten hullun lehmän taudin aiheuttamat laajat toimet maatalous- ja elintarvikesektorilla. Terveysvaikutusten arviointia on vaadittava unionin päätösvalmistelun yhteydessä. Komission terveyspääosaston pyrkimyksiä voidaan tukea terveysministerineuvoston ja parlamentin työssä. Pieni maa tarvitsee aina samanmielisten tukea.
4. Talouspoliittisilla päätöksillä on suuria terveysvaikutuksia, mutta niihin liittyy harvoin terveysvaikutusten arviointi. Terveysmenetyksistä aiheutuu suuria taloudellisia menetyksiä, jotka usein kertautuvat pitkällä aikavälillä. Esimerkiksi huonossa asemassa olevien väestöryhmien ylisairastavuudesta aiheutuva kuorma on sekä inhimillisesti että taloudellisesti erittäin suuri, ja yhtenä siihen vaikuttavana tekijänä on talouspolitiikka. Kansanterveyden merkitys tuotannontekijänä ja taloudellisen kilpailukyvyyn osatekijänä on tehtävä näkyväksi.
5. Terveyserojen ongelma on vaikuttamisyrittäjästä huolimatta ratkaisematta. Se vaatii edelleen tutkimusta, mutta ennen kaikkea poliittista tahtoa eriarvoisuuden vähentämiseksi. Terveysvaikutusten arvioinnissa on arvioitava kohdistuminen eri väestöryhmiin. Työurien pidentämisessä yhtenä avaimena on ehkäistä työkyvyttömyyttä, joka jakautuu sairauksien tavoin sosiaalisen aseman mukaisesti. Huonossa asemassa olevien väestöryhmien työolojen kehittäminen sekä niiden aseman ja elämänhallinnan parantaminen yhteiskuntapolitiittisin keinoin on kestävä tapa työurien pidentämiseen.
6. Lihavuus ja alkoholi ovat kasvaneet suurimmiksi elintapasairauksien riskitekijöiksi, ja tupakan vaikutus on vähenemisestä huolimatta edelleen merkittävä. Kaupallisesti tärkeiden tuotteiden kulutuksen hallitsemisessa on löydettävä uusi tasapaino elinkeinoelämän tavoitteiden ja terveystavoitteiden suhteen. Tämä ei voi onnistua yksin kansallisilla toimilla, vaan tarvitaan EU- ja kansainvälistä yhteistyötä, josta tupakkapolitiikka näyttää onnistuneen esimerkin. Tarvitaan yhteistä näkemystä julkisen ja yksityisen sektorin kesken terveyden arvosta taloudellisen toiminnan voimavarana ja eettisenä tavoitteena sekä siihen pohjautuvaa koko yhteiskunnan toimintaa.

TIIVISTELMÄ

Tapani Melkas: Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveyspolitiikassa

Kirjoituksessa kuvataan poikkihallinnollisen terveyspolitiikan kehittymistä Suomessa viimeisen neljän vuosikymmenen aikana. Pääpaino on kansallisen tason politiikassa, mutta siinä kuvataan myös paikallisen toiminnan kehittymistä kansallisessa ohjauksessa.

1970-luvun alussa huonon kansanterveyden parantaminen tuli poliittiseksi prioriteetiksi. Nähtiin, että moniin keskeisiin terveyden determinantteihin voitiin parhaiten vaikuttaa terveydenhuollon ulkopuolisilla aloilla. Työ käynnistyi tapaturmien torjunnasta sekä ravitsemus- ja tupakkapolitiikasta, joilla pyrittiin ensisijaisesti vähentämään suurta sepelvaltimotautikuolleisuutta. Poikkihallinnollista terveyspolitiikkaa kehitettiin WHO:ssa, ja Suomi meni mukaan yhteistyöhön ryhtymällä Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman esimerkkinä. Tähän liittyen WHO ar-

vioi kahdesti Suomen terveyspolitiikkaa. Työ muuttui monimutkaisemmaksi Suomen liittyttyä Euroopan unioniin, kun useiden hallinnonalojen päätöksenteko siirtyi pois kansallisesta toimivallasta. EU:ssa talouden ensisijaisuus on vaikeuttanut työtä, mutta edistyskellinen perustuslaki on tukenut sitä. Suomi on pyrkinyt kehittämään unionissa poikkihallinnollista terveyteen tähtävästä politiikkaa muun muassa puheenjohtajuusteemallaan.

Työ on kehittynyt yksittäisten ongelmien käsittelystä laajojen ohjelmien kautta järjestelmälliseksi, lainsäädännön ja pysyvien rakenteiden tuella tapahtuvaksi toiminnaksi. Työvälineitä, kuten terveysraportteja ja terveysvaikutusten arviointia, on kehitetty ja otettu käyttöön niin kansallisella kuin paikallisellakin tasolla. 2000-luvulla kuntatyötä on painotettu lainsäädäntöä täsmentämällä ja kunnissa tehtävälle työlle suunnatulla asiantuntijatuella. Viimeisinä vuosina ovat ko-

rostuneet hallituksen laajat tavoitteet ja poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat sekä hallinnon ulkopuolisten toimijoiden rooli.

Väestön terveydentila on kuluneiden vuosikymmenten aikana parantunut suuresti. Sosiaaliryhmien väliset terveyserot eivät ole kuitenkaan vähentyneet, vaan ne ovat pysyneet hyvin kärkevinä. Eri sosiaaliryhmiä koskevia suuria talouspoliittisia päätöksiä on

tehty ilman terveysvaikutusten arviointia tai arvioinnista välittämättä. Terveys kaikissa politiikoissa nähdään tärkeänä vastauksena myös edessä oleviin terveyshaasteisiin.

Avainsanat: terveyspolitiikka, terveys kaikissa politiikoissa, terveyden edistäminen, kansanterveys, terveyserot.

KIRJALLISUUS

- CSDH: Closing the gap in a generation on the social determinants of health. Geneva: Final Rep. Comm. Soc. Determinants Health, WHO, 2008.
- Dahlgren, Göran & Nordgren, Paul & Whitehead, Margaret: Health impact assessment on European Union common agricultural policy. Stockholm: National Institute of Public Health, 1995.
- Helakorpi, Satu & Holstila Anna-Liisa & Virtanen Suvi & al.: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Kevät 2011. Raportti 45/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Heloma, Antero & Jaakkola, Marita & Kähkönen, Erkki & Reijula, Kari: The Short-Term Impact of National Smoke-Free Workplace Legislation on Passive Smoking and Tobacco Use. *American Journal of Public Health* 91 (2001): 9.
- Herttua, Kimmo: The effects of the 2004 reduction in the price of alcohol on alcohol-related harm in Finland: A natural experiment based on register data. *Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement*.
- Immarinen, Juhani: Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos ja STM, 2006.
- Kannisto, Jari: Eläkkeellesiirtymisikä Suomen työeläkejärjestelmässä. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 02/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2012.
- Kickbusch, Ilona: Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal governance. In: Kickbusch, Ilona & Buckett, Kevin (eds): *Implementing health in all policies*. Adelaide: Government of South Australia, 2010.
- Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Teperi, Juha: *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute & Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Leppo, Kimmo & Melkas, Tapani (1988) *Towards Healthy Public Policy: experiences in Finland 1972–1987*. *Health Promotion International* 3 (1988): 2), 195–203.
- Mackenbach, J.P. & Stirbu, I. & Roskam, A.J. & Schaap, M.M. & Menvielle, G. & Leinsalu, M. & al.: Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 358 (2008): 23, 2468–2481.
- McKeown, Thomas: *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- Miettinen, Tatu & Puska, Pekka & Gylling, Helena & Vanhanen, Hannu & Vartiainen Erkki: Reduction of serum cholesterol with sitostanol-ester margarine in a mildly hypercholesterolemic population. *N. Engl. J. Med.* 333 (1995): 20, 1308–1312.
- Milio, Nancy: *Finlands food and nutrition policy: progress, problems and recommendations*. Document. Copenhagen: Regional office for Europe, 1990.
- Ministry of Social Affairs and Health: *Suicide Prevention in Finland 1986–1996*. External evaluation by an international peer group. Copies 1999: 2. Helsinki 1999.
- OECD: *Reviews of Health Systems: Finland*. OECD, 2005.
- OECD: *Economic Survey of Finland*. OECD, 2012.
- Ollila, Eva: Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scand J Public Health* 38 (2010): September.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Takala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. STM:n julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.
- Puska, Pekka & Ståhl, Timo: *Health in All Policies –The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues*. *Annu. Rev. Public Health* 31 (2010), 315–328.
- Raulio, Susanna & Roos, Eva & Prättälä, Ritva: School and workplace meals – Do they promote healthy food habits in the population? *Public Health Nutrition* 33 (2010), 987–992.
- Rimpelä, Matti & Jokela, Jukka & Luopa, Pauliina & Liinama, Marja & Huhtala, Heini & Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja & Siivola, Matti: *Kouluterveytystutkimus 1996*. *Kouluviihtyyvyys, terveys ja tottumukset: Perustulokset yläasteilta ja kaupunkien väliset erot*. Aiheita 40/1996. Helsinki: Stakes, 1996.

- STM: Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: STM, 1986.
- STM: Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Julkaisuja 1993: 2 Helsinki: STM, 1993.
- STM: Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001: 4. Helsinki: STM, 2001.
- STM: Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen kehittämislinjauksista. Esitteitä 2008: 10. Helsinki: STM, 2008. 2008a
- STM: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Julkaisuja 2008: 25. Helsinki: STM, 2008. 2008b.
- Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (eds): Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.
- Talousneuvosto: Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Liite 1. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Helsinki: Talousneuvosto, 1972.
- Tarkiainen, L. & Martikainen, P. & Laaksonen, M. & al.: Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (2011). 7, 573–578.
- Tilastokeskus: Suomen virallinen tilasto. Kuolemansyyt, 2012.
- THL: Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos. Päihdetietokanta.
- Valkonen, Tapani: Socio-demographic mortality differentials among middle-aged Men in Finland and Problems in accounting for them. Working Papers No 25. Department of Sociology, University of Helsinki. Helsinki 1982.
- Valtioneuvoston kanslia: Poliittikaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011. Julkaisusarja 6/2011. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2011.
- Valvira: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Alkoholiuomien toimitusmyyntirekisteri.
- Vartiainen, Erkki & Borodulin, Katja & Sundvall, Jouko & Laatikainen, Tiina & Peltonen, Markku & Harald, Kennet & Salomaa, Veikko & Puska, Pekka: FINRISKI-tutkimus: Väestön kolesterolitasto on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. *Suomen lääkirilehti* 67 (2012): 35, 2364–2368.
- Vartiainen, Erkki & Puska, Pekka & Pekkanen, Juha & Tuomilehto, Jaakko & Jousilahti, Pekka: Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ* 309 (1994), 6946, 23–27.
- WHO: Formulating strategies for health for all by the year 2000. Geneva: WHO, 1979.
- WHO: Targets for health for all. Targets in support for European regional strategy for health for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.
- WHO: Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986.
- WHO: Terveyttä kaikille -ohjelma Suomessa. WHO:n terveyspoliittinen arviointi. Kööpenhamina: Euroopan aluetoimisto, 1991.
- WHO: Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.
- WHO: Whole-of-society pandemic readiness; WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non-health sector. Geneva: World Health Organisation, 2009.
- WHO: Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. EUR/RC61/Inf.Doc./6. 2011.
- WHO and Government of South Australia: Adelaide Statement on Health in All Policies. Geneva: World Health Organisation, 2010.
- Wilke, Helmut: Smart governance: governing the global knowledge society. Frankfurt: Campus Verlag, 2007.