

TUULIA ROTKO, MARITA SIHTO (TOIM.)

Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari

21.–22.3.2007, Stakes
Seminaariraportti



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

Tuulia Rotko, Marita Sihto (toim.). Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2008, Stakes. Seminaariraportti. Stakes, Työpapereita 2/2008. 60 sivua, hinta 17 €. Helsinki 2008

© Kirjoittajat ja Stakes

ISBN 978-951-33-2079-9 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2080-5 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy
Helsinki 2008

Esipuhe

Ympäristövaikutusten arviointi tuli lakisääteisesti käyttöön Suomessa vuonna 1994. Ympäristövaikutusten arviointiin sisältyy myös terveysvaikutusten arvioiminen, joka usein ymmärretään kuitenkin suppeasti kohdistuvan vain ympäristöhaittojen terveysvaikutuksiin. Samaan aikaan on kehitetty ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA), joka sisältää sekä terveysvaikutusten että sosiaalisten vaikutusten arvioinnin. Näissä arviointimenetelmissä noudatetaan pääpiirteissään samoja periaatteita ja etene- misvaiheita. Terveysvaikutusten arviointia voidaan soveltaa päätöksenteon tukena eri tasoilla ja eri hallinnon aloilla.

Yhteiskunnan eri lohkojen päätökset heijastuvat ihmisten terveyteen taloudellisten, so- siaalisten, kulttuuristen ja ympäristötekijöiden välityksellä ja ne voivat jakautua väestön eri ryhmiin epätasaisesti. Tämän vuoksi eri päätösten vaikutuksia tulisi tarkastella paitsi eri sukupuolten ja ikäryhmien myös eri sosioekonomisten ryhmien kannalta.

Järjestimme maaliskuussa 2007 terveysvaikutusten arviointiseminaarin, jonka tarkoituk- sena oli esitellä menetelmän käyttöä. Tavoitteena oli myös virittää kiinnostusta ja kehit- tää terveyserot huomioon ottavaa vaikutusten arviointimenetelmää Suomessa.

Ensimmäinen seminaaripäivä koostui kaikille avoimista luennoista. Aamupäivällä joh- dateltiin vaikutusten arviointimenetelmään ja vaikutusten arvioinnin kenttään Suomessa sekä kuvattiin, mitä sosioekonomisten terveyserojen huomioon ottaminen tarkoittaa osana terveysvaikutusten arviointia. Iltapäivällä kuultiin ulkomaisten alustajien koke- muksia, miten sosioekonomisia terveyseroja on käsitelty osana terveysvaikutusten arvi- ointia. *Toinen seminaaripäivä* oli kutsuseminaari, joka oli suunnattu kuntatasolle. Ta- voitteena oli keskustella ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin mahdollisuuksista ja haasteista erityisesti terveyden kannalta.

Terveyteen kohdistuvia vaikutuksia arvioidaan monesta näkökulmasta eri tutkimuslai- toksissa. Näitä tutkimustuloksia voitaisiin käyttää ja hyödyntää nykyistä tehokkaammin myös päätöksentekoa tukevassa ennakoarvioinnissa, mikäli terveysvaikutusten arviointi otettaisiin laajemmin käyttöön Suomessa.

Sosioekonomiset terveyserot huomioon ottava terveysvaikutusten arviointi (TEVA) on osa Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistä TEROKA- hanketta, jossa pyritään kaventamaan sosioekonomisia terveyseroja Suomessa. TEVA- osahankkeella on oma ohjausryhmä, joka koostuu Kansanterveyslaitoksen, Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, Terveyden edistämisen keskuksen ja Työterveyslaitoksen edustajista. Ohjausryhmälle kiitos seminaarin valmisteluihin osallistumisesta.

Tähän raporttiin on koottu seminaarin alustusten lyhennelmät. Ulkomaalaisten alustaji- en tekstit on suomentanut kielenkääntäjä Leena Saarela Stakesista. Seminaarin esitykset löytyvät verkko-osoitteesta: www.teroka.fi > Toiminta > TEVA-seminaarin materiaalit.

Lämmin kiitos osallistujille!

Helsingissä 5.9.2007

Raportin toimittajat

Sisällys

Esipuhe.....	3
Johdatus vaikutusten arviointiin.....	5
<i>Tapani Melkas, STM: Terveys kaikissa politiikoissa ja terveysvaikutusten arviointimenetelmä - Terveys 2015 –ohjelma ja hyöty päätösten valmistelussa.....</i>	<i>5</i>
<i>Rauno Sairinen, YTK/TTK: Vaikutusten arvioinnin moninainen kenttä Suomessa.....</i>	<i>6</i>
<i>Tuula Putus, STM: Miksi terveysvaikutusten arviointia tarvitaan? Ympäristöterveyden näkökulma.....</i>	<i>8</i>
<i>Tapani Kauppinen, Stakes: IVA ja vaikutusten arvioinnin vaiheet.....</i>	<i>11</i>
<i>Kirsi Nelimarkka, Stakes: Terveyserot kuntatason ennakoarvioinnissa.....</i>	<i>13</i>
<i>Tuulia Rotko, Stakes: Terveysvaikutusten arviointi ja sosioekonomiset terveyserot.....</i>	<i>14</i>
Terveyserot osana terveysvaikutusten arviointia, kokemuksia ulkomailta.....	17
<i>Debbie Abrahams, Iso-Britannia: Eurooppalaisten poliitikkojen terveysvaikutusten arviointi.....</i>	<i>17</i>
<i>Margaret Douglas, Skotlanti: Terveysvaikutusten arvioinnin teoriasta käytäntöön – kokemuksia Skotlannista.....</i>	<i>18</i>
<i>Alison Golby, Wales: Terveysvaikutusten arviointi päätöksenteon tukena Walesissa.....</i>	<i>19</i>
<i>Bernt Lundgren, Ruotsi: Mitä Ruotsin terveysvaikutusten arvioinnista on opittavissa?.....</i>	<i>20</i>
<i>Ben Harris-Roxas, Australia: Tasa-arvo terveysvaikutusten arvioinnissa: taustaa, käsitteitä ja kokemuksia.....</i>	<i>20</i>
Kokemuksia terveysvaikutusten arvioinnista käytännössä.....	31
<i>Satu Helakorpi, KTL: Tupakkapoliittisten toimenpiteiden vaikutus.....</i>	<i>31</i>
<i>Lasse Peltonen, YTK/TTK: Kaavoittajien ja ympäristöterveysviranomaisten yhteistyö kunnissa.....</i>	<i>33</i>
<i>Riitta Simoila, Helsinki: Terveysvaikutusten arviointi Helsingissä.....</i>	<i>36</i>
<i>Ulla Tikkanen, Kauniainen: Ihmisiin kohdistuva vaikutusten arviointi (IVA) lautakuntatyössä Kauniiaisissa.....</i>	<i>38</i>
<i>Tuulia Rotko, Stakes: Terveyserot osana terveysvaikutusten arviointia käytännössä.....</i>	<i>40</i>
Terveysvaikutusten arviointimenetelmän käytön haasteita.....	44
<i>Timo Ståhl, Stakes: Kokemuksia eri ministeriöiden omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa terveyteen.....</i>	<i>44</i>
<i>Leena Liimatainen, JyAMKK: Koulutuksen mahdollisuudet edistää vaikutusten ennakoarviointia.....</i>	<i>45</i>
<i>Urpo Kiiskinen, KTL: Terveiden edistämisen taloudellisten vaikutusten arviointi.....</i>	<i>48</i>
<i>Nella Mikkonen, Tekry: Voivatko järjestöt hyötyä TVA:sta?.....</i>	<i>50</i>
Terveysvaikutusten arvioinnin käytön mahdollisuudet ja esteet -ryhmätyö.....	52
Päivien yhteenvetoa.....	54
<i>Marita Sihto</i>	
Seminaarin ohjelma.....	57
Alustajat.....	59

JOHDATUS VAIKUTUSTEN ARVIOINTIIN

Terveys kaikissa politiikoissa ja terveysvaikutusten arviointimenetelmä - Terveys 2015 –ohjelma ja hyöty päätösten valmistelussa

Tapani Melkas, Sosiaali- ja terveysministeriö

Pyrkimys vaikuttaa väestön terveyteen laaja-alaisesti eri politiikkalohkojen toimin on ollut pitkään olennainen osa Suomen terveyspolitiikkaa. Hallituksen terveyspoliittinen selonteko vuonna 1985 on ensimmäinen dokumentti, jossa linjattiin terveyspolitiikka hallituksen kaikilla sektoreilla. Sen pohjalta valmisteltiin kansallinen Terveyttä kaikille - ohjelma vuonna 1986 ja sitä uudistettiin vuonna 1993 ”Uudistetulla yhteistyöohjelmalla”. Vuonna 2001 valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen poikkihallinnollisesta Terveys 2015 –ohjelmasta.

Ohjelmien toimeenpanoa ja seuranta on tukenut eri hallinnonalojen ja muiden toimijoiden edustajista koottu Kansanterveyden neuvottelukunta. Hallinnonalojen työstä on raportoitu aluksi Kansanterveys-, sittemmin Sosiaali- ja terveyskertomuksissa.

Kun päätösvalta monilla politiikkalohkoilla on siirtynyt kansalliselta tasolta Euroopan Unionille, on Suomi pyrkinyt edistämään terveystavoitteista politiikkaa eri aloilla EU:ssa. Suomen EU-puheenjohtajuuskauden terveysteemaksi vuonna 2006 valittiin ”Terveys kaikissa politiikoissa”.

Terveysvaikutusten arviointi käynnistyi Suomessa järjestelmällisesti osana ympäristövaikutusten arviointia vuonna 1994. Terveysvaikutusten arviointimenetelmää on sittemmin kehitetty Stakesissa. Arviointia on lavennettu ja otettu käyttöön uusi termi ihmisiin kohdistuvat vaikutukset, IVA. Valtioneuvoston piirissä on parhaillaan vireillä vaikutusarvioinnin kehittäminen lainsäädäntöprosessin osana. Tarkoitus on antaa asiasta opas ja luoda voimavarat arvioinnin tueksi.

Yhteiskuntapoliittisten toimien yhteydessä toteutetuista terveysvaikutusten arvioinnista on monia esimerkkejä. Yksi tällainen on vuoden 2004 alkoholiveropäätöksen vaikutusten arviointi, mikä toteutettiin varsin yksityiskohtaisesti. Jälkikäteen on nähtävissä, että päätökseen liittyvät suuret terveysvaikutukset osattiin arvioida hyvin. Kansanterveyden näkökulmasta on valitettavaa, että ne eivät painaneet päätöksenteossa riittävästi.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa johdonmukaiset siten, että mitä parempi sosiaalinen asema tai koulutustaso, sitä parempi terveys. Parhaat aikasarjat ovat kuolleisuudesta, ja voidaan nähdä, että erot eivät ole viime vuosikymmeninä vähentyneet. Erot näkyvät selvinä myös terveyttä määrittävissä tekijöissä, esimerkiksi tupakoinnissa, mistä voidaan ennakoida, ettei terveyseroja ole helppo vähentää lähitulevaisuudessa. Huonommassa asemassa olevien ryhmien jälkeen jääminen on hidastanut kansanterveyden kehitystä ja lisännyt palvelujärjestelmän kuormitusta ja kustannuksia. Sosiaalipoliittinen ministerivaliokunta päätti keväällä 2006 terveyserojen vähentämiseen tähtäävän toimintaohjelman valmistelusta.

Terveyseroja koskeva tutkimus on selvästi osoittanut, että terveydenhuollon vaikuttamismahdollisuudet niihin ovat rajalliset. Kyseessä on laaja yhteiskuntapoliittinen haaste, johon vastaaminen edellyttää eri politiikkalohkojen ja monien toimijoiden toimia.

Tärkeätä on luoda terveyttä tukevia ympäristöjä ja olosuhteita, vähentää suuria sosiaalisia riskejä, kuten asunnottomuutta tai lapsiperheiden köyhyyttä, sekä ylipäänsä voimaannuttaa huonommassa asemassa olevia väestöryhmiä parempaan elämänhallintaan, työolosuhteiden hallintaan ja selviytymään epäterveistä kaupallisista ja kulttuurisista paineista.

Terveyspolitiikkaa ja terveyteen vaikuttavaa yhteiskuntapolitiikkaa on arvioitava sekä ennakoivasti että jälkikäteen. Arvioinnin ytimessä ovat väestön terveydessä ja sitä määrittävissä tekijöissä tapahtuvat muutokset. Vaikutuksien kohdentumista olisi arvioitava väestöryhmittäin, mitä toistaiseksi on ennakoarvioinnissa tehty erittäin vähän. On kuitenkin selvää, että vaikutukset eivät useimmiten kohdistu samalla tavoin kaikkiin väestöryhmiin. Esimerkiksi edellä mainittu alkoholiveropäätös vaikutti voimakkaimmin tiettyihin haavoittuviin ryhmiin. Arvioinnin on ohjattava politiikkaa ja päätöksentekoa. Arviointia on tehtävä kaikilla terveyspolitiikan toimintatasoilla; kuntatasolta valtakunnalliselle tasolle.

Vaikutusten arvioinnin moninainen kenttä Suomessa

Rauno Sairinen, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus, Teknillinen korkeakoulu

Vaikutusten arviointi on saanut vuosien myötä yhä useampia käyttömuotoja ja kohteita. Lähtökohtana on alun perin ollut ympäristövaikutusten arvioinnin tarve ympäristöpoliittista syistä johtuen. Tarkoitus on ollut arvioida jonkun toimen (esim. rakentamishanke, suunnitelma tai strategia) haitallisia (ja myös positiivisia) vaikutuksia ympäristöön. Tarpeet ottaa vaikutusten arvioinnin menetelmä yleisemmin käyttöön ovat kuitenkin lisääntyneet sekä kansallisesti että kansainvälisesti monilla yhteiskuntaelämän aloilla. On puhuttu jopa ”arviointiyhteiskunnan” syntymisestä, jossa yhteiskunnan ohjauksessa nähdään siirtymää normiohjauksesta evaluointiohjaukseen. Taustalla vaikuttavat sellaiset tekijät kuin kestävä kehityksen politiikka, New Public Management – mallin yleistyminen ja tiedeyhteisön kiinnostus kehittää arvioinnin menettelytapoja ja metodeja.

Terveysvaikutusten arviointi on siis vain yksi teema-alue hyvin laajaksi kasvaneessa kokonaisuudessa. Kehitettäessä terveysvaikutusten arviointia (TVA) on tärkeää miettiä suhdetta vaikutusten arvioinnin koko kenttään. Jossain tilanteessa TVA toimii osana muuta arviointia ja joskus taas itsenäisenä kokonaisuutena.

Vaikutusten arvioinnin kohteet voidaan jakaa seuraaviin neljään tasoon, joista kaikista on olemassa myös lainsäädäntöä:

- hankkeiden vaikutusten arviointi (project impact assessment)
- suunnitelmien ja ohjelmien vaikutusten arviointi (SOVA) (Strategic Environmental Assessment, SEA)
- kaavoituksen vaikutusten arviointi
- lainsäädännön vaikutusten arviointi.

Toisaalta vaikutusten arvioinnin kohteet voidaan jakaa teemallisesti seuraavasti:

- ympäristövaikutusten arviointi (YVA)
- luontovaikutusten arviointi

- maisemavaikutusten arviointi
- sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA)
- sosioekonomisten vaikutusten arviointi
- terveysvaikutusten arviointi (TVA)
- ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) (SVA:n ja TVA:n yhdistelmä)
- sukupuolivaikutusten arviointi (Gender IA)
- lapsivaikutusten arviointi.

Terveysvaikutusten arvioinnilla on monia yhteyksiä muihin arviointeihin. Esimerkiksi YVA:ssa voidaan käsitellä ympäristöhaittojen terveysvaikutuksia, SVA:ssa koettua terveyttä ja terveysvaikutuksia eri väestöryhmien kannalta. Kaavoituksen vaikutusten arvioinnissa ympäristöterveyttä voidaan käsitellä paitsi terveyshaittojen vähentämisen myös terveyden edistämisen näkökulmasta. Kysymys on tällöin mm. siitä, kuinka maankäytön ratkaisut voivat edistää arjen liikkumista kävellen tai pyöräillen tai kuinka viihtyisiä tai elvyttäviä asuinalueet ovat. Terveysvaikutukset nousevat esille usein myös kumuloituvien tai yhteisvaikutusten tarkasteluissa. Yleisesti ottaen keskeinen periaate vaikutusten arvioinnissa pitäisi olla vaikutuksia integroiva tarkasteluote.

Huolimatta arviointien erilaisista kohteista ja käyttötilanteista kaikilla vaikutusarvioinneilla voidaan nähdä olevan myös tiettyjä yhteisiä periaatteita:

- a) kysymys on yleensä etukäteisarvioinnista
- b) arviointi tehdään suunnittelun ja päätöksenteon tueksi. Se ei velvoita suunnittelijoita tai päättäjiä välttämättä mihinkään (voi kylläkin aiheuttaa vaatimuksia lupaehtoihin)
- c) vaikutusten arvioinnissa on kyse enemmän prosessista kuin metodista
- d) tavoitteena on yleensä integroida arviointi suunnittelujärjestelmiin ja suunnittelukäytäntöihin
- e) arvioinnissa otetaan huomioon tilannekohtaisuus ja konteksti
- f) toiveena usein vaihtoehtojen mukanaolo
- g) sisältää aina vaatimuksia osallistumisesta ja vuorovaikutuksesta
- h) tukee julkista keskustelua
- i) tavoitteena arvioinnin riippumattomuus.

Erilaisille vaikutusten arvioinneille yhteisiä ovat myös niiden sisältämät osatehtävät, joita ovat:

- 1) arvioinnin suunnittelu (suunnittelutilanteen analyysi, arvioinnin tavoitteiden asettaminen ja organisointi, arvioinnin toteutuksen suunnittelu)
- 2) arvioinnin perustehtävät (arvioinnin kohteen määrittäminen eli rajaus, vuorovaikutuksen järjestäminen, vaikutusten tunnistaminen, vaikutusten selvittäminen, arviointia tukevat selvitykset, vaihtoehtojen vertailu ja merkittävyyden selvittäminen, haittojen lieventäminen (mitigation), ehdotusten laadinta ja raportointi)
- 3) seuranta.

Miksi terveysvaikutusten arviointia tarvitaan? Ympäristöterveyden näkökulma

Tuula Putus, Sosiaali- ja terveysministeriö

Johdanto

Ympäristövaikutusten arvioinnilla on Suomessa pitkät ja vakiintuneet perinteet osana kaikkien suurten rakennushankkeiden suunnittelua ja valmistelua. Esimerkkinä voidaan mainita vaikkapa moottoritien rakentaminen, ydinvoimalaitoksen perustaminen tai Tahkokuoren korottaminen hyödyntämällä Siilinjärven apatiittikaivoksen sivukiveä. Vaikka ympäristön terveysvaikutuksia on arvioitu pitkään, ei YVA-prosessiin verrattavia menetelmiä ja systemaattisia käytäntöjä ole ympäristöterveysvaikutusten arvioinnissa ennätännyt syntyä.

Lainsäädäntö ja viranomaistahot

Suomessa ympäristöterveyden valvontavastuu on terveydensuojelulain mukaan (TSL 763/1994) kuntien tai kuntayhtymien terveydensuojeluviranomaisella. Terveydensuojelulain tarkoituksena on väestön ja yksilön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä tarkoituksena on ennalta ehkäistä, vähentää ja poistaa sellaisia elinympäristössä esiintyviä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa terveyshaittaa. Terveydensuojelulaissa terveyshaitalla tarkoitetaan ihmisessä todettavaa sairautta, muuta terveydenhäiriötä tai sellaisen tekijän tai olosuhteen esiintymistä, joka voi vähentää väestön tai yksilön elinympäristön terveellisyyttä. Elinympäristöön vaikuttava toiminta on suunniteltava ja järjestettävä siten, että väestön ja yksilön terveyttä ylläpidetään ja edistetään. Elinympäristöön vaikuttavaa toimintaa on harjoitettava siten, että terveyshaittojen syntyminen mahdollisuuksien mukaan estyy. Laki on iästään huolimatta edelleen ajanmukainen ja täysin linjassa uusimpien terveyden edistämisen toimintaohjelmien ja hallitusohjelman tuoreimpien linjausten kanssa. Huomattavaa on, ettei laissa edellytetä terveyttä uhkaavan tekijän ja väestön tai yksilön terveyshaitan välisen syy-yhteyden olemassaolon todistamista. Terveyttä uhkaavan tekijän toteaminen tai perusteltu epäily terveyttä uhkaavan tekijän olemassa olosta riittää toimenpiteisiin ryhtymiselle.

Terveydensuojelulain lisäksi ympäristöterveyteen liittyviä määräyksiä on säädetty ympäristönsuojelulaissa (86/2000), vesihuoltolaissa (119/2001), kemikaalilaissa (744/1989) ja 1.6.2007 voimaan tulevassa REACH-asetuksessa (Euroopan unionin uusi kemikaaliasetus, jossa luodaan järjestelmä kemikaalien rekisteröintiä, arviointia ja lupamenettelyä varten; REACH - Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals), säteilylaissa (592/1991), työturvallisuuslaissa (738/2002), vesilaissa (264/1961), jäteläissa (1072/1993), maankäyttö- ja rakennuslaissa (132/1999), elintarvikelaissa (23/2006), kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta annetussa laissa (75/2004) sekä eläinlääkintähuoltolaissa (685/1990) (www.finlex.fi). Kunnan viranomaisille on säilytetty sekä rakennetun elinympäristön että juomaveden, elintarvikkeiden, jätteiden, kemikaalien, kulutustavaroiden ja säteilyturvallisuuden valvonta sekä toimintaa harjoittavien lupamenettelyjen osalta että väestön ja yksittäisten kansalaisten näkökulmasta. Pienissä toimintayksiköissä on ollut usein vaikeuksia huolehtia terveysvalvontaviranomaisen riittävästä asiantuntemuksesta kaikilla em. aloilla (Kurtio ym. 1996). Siksi sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on jo pitkään pyrkinyt edistämään laajempien yhteistoimintayksiköiden syntymistä kuntien välillä, mikä mahdollistaa erikoistumisen eri aihepiireittäin. Valtaosa kuntien ennaltaehkäisevästä terveydensuojelutyöstä koostuu elintarvikkeiden, juomaveden ja rakennetun elinympäristön valvontatehtävistä.

Suurissa taajamissa ja teollisuuspaikkakunnilla yhdyskuntailman suojeleminen, vesistöjen ja maaperän saastumisen ehkäiseminen sekä kemikaaliturvallisuus ovat merkittävä osa ennaltaehkäisevää terveyshaittojen ehkäisyä. Lääninhallituksissa lääninterveystarkastajat ja lääninlääkärit osallistuvat alueensa ennaltaehkäisevään ympäristöterveystyöhön. Ympäristöterveydensuojelun yleisestä suunnittelusta, valvonnasta ja ohjauksesta vastaa STM:n terveysosasto.

Esimerkkejä ympäristöterveysvaikutusten arvioinnista

Aikaisempina vuosikymmeninä ympäristöterveysvaikutusten arvioinnille oli tyypillistä asiantuntijatyöryhmien perustaminen jonkin erityisen ympäristöterveysongelman ympärille (esim. Äänekosken rehuhiivatehdas ja astmaryvästymä työntekijöillä ja väestössä). Joissakin tapauksissa selvitystyö käynnistyi kunnan lausuntopyynnön vuoksi (Valkeakosken viskoosikuitutehtaan rikkihiilipäästöt, Leppo ym. 1982) tai julkisuuden paineesta (Pieksämäen ympäristöterveysongelmat, Melkas ym. 1985a ja 1985b, Husman ym. 1985). Kansanterveyslaitoksen (KTL) ympäristöterveyden osaston perustamisen jälkeen monet ympäristöterveyden selvitystehtävät ovat käynnistyneet kunnan ja tutkimuslaitoksen yhteistyönä ja johtaneet merkittävien tutkimuskokonaisuuksien syntymiseen ilman että ministeriön tai valtiovallan on tarvinnut huolehtia selvitystyön käynnistymisestä. Esimerkkejä tästä ovat Kärkölen sahapalon aiheuttaman pohjaveden saastumisen vaikutusten tutkiminen väestössä (Lampi ym. 2000, Lampi ym. 1992) siihen liittyvä dioksiinitutkimus ja Pieksämäen ympäristöterveysongelmien selvitystyön jälkeen käynnistynyt vesijärjestelmien Legionella-tutkimus (Kusnetsov ym. 1994).

Yhteiskunnan kannalta tärkeimpiä ovat olleet ne hankkeet, joissa luonnon saastuminen ja ihmisten sairastuminen on voitu estää ennalta (esim. Valkeakoskella teollisuuslaitoksille annetut tiukat toimilupaehdot tai sairaustapausten ryvästymän havaitsemisen jälkeen altistava tekijä on pystytty tunnistamaan ja estämään uusien sairaustapausten syntyminen esim. Äänekoski ja Kärkölä). Myös KTL:n sisäilmatutkimus on pystynyt edistämään lasten ja nuorten terveyttä mm. osoittamalla kosteusvaurioituneissa rakennuksissa tapahtuvan mikrobialistuksen ja hengitystiesairauksien välisen yhteyden. Interventiotutkimusten avulla on puolestaan osoitettu, että rakennusten korjauksesta on paitsi välitön hyöty terveydentilan kohenemisen myötä myös suuri terveystaloudellinen merkitys sairauksien hoitokustannusten vähenemisen ansiosta (Kettunen ym. 2000, Husman 2002, Nguyen ym. 1998). Juomaveden puhdistuksessa syntyvien haitallisten yhdisteiden tunnistaminen ja puhdistusmenetelmien muuttaminen on todennäköisesti myös estänyt merkittävän määrän sairaustapauksia (Vartiainen ja Liimatainen 1986, Vartiainen ym. 1990, Tuomisto ja Vartiainen 1990).

Tulevaisuuden haasteita

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat suuria ja tietyissä sairauksissa väestöryhmien väliset terveyserot edelleen kasvavat, vaikka asiaan on alettu kiinnittää huomiota. Huono-osaisuus kasautuu ja myös monet ympäristöterveyden riskit kasautuvat niille väestöryhmille, joiden epäterveelliset elämäntavat aiheuttavat heille terveysriskejä. Huonokuntoiset ja ahtaat asunnot, vilkasliikenteisten väylien varrella asuminen ja maaseudulla huonolaatuinen kaivosvesi aiheuttavat tupakoinnin, päihteiden käytön ja epäterveellisen ravinnon ohella terveydentilan heikkenemistä ja myötävaikuttavat sairauksien puhkeamiseen (Husman 2002). Myös liikunnan puute, tapaturmavaara liikenteessä ja rakennetussa elinympäristössä, meluhaitat ja kulutustavaroiden mukanaan tuomat riskit voidaan luokitella ympäristöterveydelliseksi riskitekijöiksi (WHO, CEHAP Work Package, www.who.int/EECH). Vaikka monet riskit liittyvätkin kansalaisten omiin va-

lintoihin ja terveystäytymiseen, monia sairauksia ehkäisevää suunnittelua ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä voitaisiin tehdä jo kaavoittajan piirustuspyydällä ja terveyden-suojeluviran-omaisen tarkastustoiminnan ja lupamenettelyn turvin. Lainsäädännön vii-tekehys on olemassa, ministeriön ohjeita ja oppaita lakien ja asetusten soveltamisesta on myös annettu (Asumisterveysohje 2003). Tulevissa ympäristöterveysvaikutusten arvi-oinneissa tarvitaan ennen kaikkea poikkitieteellistä yhteistyötä ja ennakkoluulotonta ajattelutavan muutosta sekä kykyä oppia menneisyyden kokemuksista – hyvistä ja huo-noista. Sairauksien ennaltaehkäisy on aina sekä yhteiskunnan että yksilön kannalta edul-lisin ja myös eettisin vaihtoehto. Usein ihmisen terveyttä suojeleva vaihtoehto tukee myös luonnonsuojelua ja virkistysarvoja.

Lähteet:

- Asumisterveysohje (2003). *Asuntojen ja muiden oleskelutilojen fysikaaliset, kemialliset ja mikrobiologiset tekijät*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:1, Helsinki, 93s.
- Husman T, Tuhkanen T, Huttunen J, Lehtonen H, Lilja R, Melkas T, Murtomaa M, Pahkala O, Tuomisto J. (1985). Pieksämäen ympäristöterveysongelma, yhteenveto viranomaisselvi-tyksen tuloksista. *Suomen lääkärilehti*; 40:2416-25.
- Husman T. (2002). *Kosteusvauriotaloissa asuneiden perheiden pitkäaikaiset terveyshaitat ja asumisterveys-ongelmista aiheutuneet kustannukset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5.
- Kettunen A, Husman T, Meklin T, Koivisto J, Pamilo S-L, Niemelä P, Nissinen A. (2000). *Ho-meongelma asukkaiden ja päätöksentekijöiden näkökulmasta*. Sisäilmastoseminaari 2000, SIY Raportti 14, s.249-256.
- Kurtio P, Pekkanen J, Husman T, Holopainen M. (1996). Kuntien ympäristöterveydelliset on-gelmatilanteet. *Ympäristö ja terveys*; 27:20-24.
- Kusnetsov JM, Jousimies-Somer H, Nevalainen A, Martikainen PJ. (1994). Isolation of Le-gionella from water samples using various culture methods. *J Appl Bacteriol*; 76:155-62.
- Lampi P, Hakulinen T, Luostarinen T, Pukkala E, Teppo L. (1992). Cancer incidence following chlorophenol exposure in a community in southern Finland. *Arch Environ Health*; 47:167-75.
- Lampi P, Vohlonen I, Tuomisto J, Heinonen OP. (2000). Increase of specific symptoms after long-term use of chlorophenol polluted drinking water in a community. *Eur J Epidemiol*; 16:245-51.
- Leppo K, Heinonen OP, Huttunen J, Hemminki K, Puikkonen L, Vornamo H, Kataja M, Putus-Tikkanen T. (1982). *Valkeakosken ilma ja terveys*. Lääkintöhallituksen työryhmien mie-tintöjä, no 3 Helsinki, 229s.
- Melkas T, Huttunen J, Lehtonen H, Lilja R, Murtomaa M, Pahkala O, Tuomisto J, Putus-Tikkanen T, Tuhkanen T. (1985). Pieksämäen ympäristö- ja terveysongelmia selvittäneen työryhmän muistio, osa I. Ympäristön toksikologinen selvitys. Työryhmämuistio I:1985, *Sosiaali- ja terveysministeriö*, Helsinki, 74 s.
- Melkas T, Huttunen J, Lehtonen H, Lilja R, Murtomaa M, Pahkala O, Tuomisto J, Husman T. (1985). Pieksämäen ympäristö- ja terveysongelmia selvittäneen työryhmän muistio, osa II. Lääketieteellinen ja ympäristön mikrobiologinen selvitys. Työryhmämuistio 1985;13. *Sosiaali- ja terveysministeriö*, Helsinki, 291 s.

WHO, CEHAPE Work Package, www.who.int/EECH

IVA ja vaikutusten arvioinnin vaiheet

Tapani Kauppinen, Stakes

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) yhdistää terveysvaikutusten (TVA) ja sosiaalisten vaikutusten arvioinnin (SVA). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia pidetään sateenvarjoterminä, joka yhdistää eri tieteiden, ammattikuntien ja hallinnonaloja painottavia erillisiä ennakkoarviointiprosesseja. Kokoava ennakkoarviointitermi on vapaa "sosiaali" ja "terveys" -termien ammatti- ja sektorirajoista ja siksi neutraali monialaisessa ja monisektorisessa yhteistyössä.

Tavanomainen ja nopea ennakkoarviointi

Eri ennakkoarviointiprosesseissa on omat vakiintuneet vaiheensa. Toisiaan seuraavia vaiheita ovat: 1) tarpeellisuuden arviointi ja arvioinnin organisointi, 2) tietojen hankinta, 3) vaihtoehtojen kuvaaminen, 4) vaikutusten tunnistaminen, 5) vaihtoehtojen vertailu, 6) raportointi ja 7) seuranta. Projektina tehty ennakkoarviointi voi kestää koko suunnitteluvaiheen ajan, päivistä useisiin kuukausiin.

Ennakkoarviointi voidaan tarvittaessa tehdä nopeutettuna. Nopean ennakkoarvioinnin voi toteuttaa esimerkiksi yhden työkokouksen aikana. Lautakuntapäätöksiin liitettynä sen voi tehdä asian valmistelija yksin (muuta konsultoiden) tai yhdessä sisältöasiantuntijan tai työryhmän kanssa. Valmistelijan vastuulla on hallita ennakkoarvioinnin metodiikka ja sisältöasiantuntijan tehtävänä on tunnistaa vaikutukset. Nopeassa ennakkoarvioinnissa on vain osa tavanomaisen arvioinnin vaiheista.

- 1 **Vaihtoehtojen kuvaaminen:** Vaihtoehdot auttavat ratkaisun hahmottamisessa. Vaihtoehdot voidaan laatia niin, että kukin vaihtoehto toteuttaa tietyn ryhmän näkökulmaa tai vaatimuksia. Näin voidaan ottaa myös päätökseen liittyvät riskitiedot käsittelyyn. Eräs keino luoda vaihtoehtoja on tehdä tulevaisuutta kuvaavia skenaarioita. Ne auttavat näkemään oman työn ja päätettävän asian yhteyden erilaisiin tulevaisuuden kuviin. Vaihtoehdot kuvataan niin, että kaikki ymmärtävät mallien sisällöt. Se mahdollistaa keskustelun vaihtoehtojen parimuudesta.
- 2 **Vaikutusten tunnistaminen:** Tunnistamisvaiheessa pohditaan, millaisia uhkia tai mahdollisuuksia kuhunkin vaihtoehtoon liittyy tai kuinka ne vaikuttavat:
 - eri väestöryhmiin ja niiden välisiin terveyseroihin, (kuten lapsiin, naisiin tai henkilöstöön)
 - terveyden ja hyvinvoinnin taustatekijöihin (kuten asumiseen, liikumiseen tai elinympäristöön) tai
 - tavoitteiden toteutumiseen.Vaikutuksia voi tunnistaa työryhmäkeskusteluissa, asiantuntijoita konsultoiden ja ihmisiltä saadun palautteen avulla. Vaikutusten tunnistamista auttavat esimerkiksi tarkistuslistat, asukas- ja asiakaskyselyt sekä työntekijöiden tai tutkijoiden haastattelut.
- 3 **Vaihtoehtojen vertailu:** Arvioinnissa jokaisen vaihtoehdon vaikutukset kuvataan erikseen, jonka jälkeen niitä vertaillaan keskenään.

Raportoinnissa voidaan hyödyntää esimerkiksi yhteenvetotaulukkoa tai arviointilomaketta. Arviointiin kirjataan eri toimijoiden käsitykset vaikutuksista, niiden kohdistumi-

sesta tai tavoitteiden toteutumisesta. Samalla on tarpeellista pohtia, kuinka kielteisiä vaikutuksia voidaan lieventää ja myönteisiä vaikutuksia vahvistaa.

Erityispiirteitä suomalaisessa kulttuurissa

Suomalaisella ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointikulttuurilla on joitakin erityispiirteitä verrattuna monissa muissa Euroopan maissa (esim. Iso-Britannia) tehtäviin terveysvaikutusten arviointeihin.

1. Ennakoarviointi on sisällytetty suunnitteluun

Usein tavoitteena on, että ennakoarviointityö on liitetty arvioitavaan hankkeeseen, suunnitelmaan tai ohjelman suunnitteluvaiheen sisään. Toinen tapa on arvioida suunnitelma suunnitteluvaiheen päätyttyä ennen päätöstä. Ennakoarviointi on ulkomailla luonteeltaan pitkälti suositusten antamista ja päätösehdotuksen negatiivisten vaikutusten tunnistamista ja niiden lieventämistä.

2. Vaihtoehtoja kuvataan ja tarkastellaan aktiivisesti

Suomessa YVA-lain hengessä etsitään aktiivisesti vaihtoehtoisia ratkaisuja ja arviointi rakentuu vaihtoehtojen vertailulle. Vaihtoehdot voivat:

- tuoda pohjan arvioinnille: arvioinnissa vertaillaan eri vaihtoehtojen vaikutuksia
- selkiyttää tavoitteita ja konkretisoida, kuinka tavoitteisiin voidaan päästä
- antaa mahdollisuuden käsitellä ristiriitoja ja pelkoja
- tuoda keinoja negatiivisten vaikutusten lieventämiseen
- lisätä suunnittelun avoimuutta; nähdään, mitä eri vaihtoehdoista seuraa ja mitä tapahtuu, jos toimintaa jatkuu nykyisellään (nollavaihtoehto).

3. Menetelmänä taulukointi

Vaihtoehtojen vertailussa ja arvioinnin raportoinnissa voidaan käyttää apuna yhteenvetotaulukkoa. Taulukon riveille kirjataan vaikutukset ja sarakkeisiin vaihtoehdot. Kunkin vaikutuksen ja vaihtoehdon leikkauspisteeseen kirjataan arvio vaikutuksesta. Tarkoituksena ei ole laskea vaikutuksia yhteen pisteyttämällä tai muuntamalla niitä rahaksi. Sen sijaan vaikutukset kuvataan niille ominaisimmalla tavalla.

Yksi vaikutuskokonaisuus on vaihtoehdosta aiheutuvat kustannukset tai säästöt. Osaa vaikutuksista voi muuten mitata, kuten melua, lapsiin kohdistuvan väkivallan tai yksinäisten vanhusten määrää. Loput vaikutuksista ovat laadullisia. Yhteenvetotaulukko tiivistää vaikutukset selkeään muotoon päättäjien käsittelyä varten. Tausta-aineistossa vaikutuksia voidaan kuvata ja perustella tarkemmin. Vaikutusten arvottaminen ja mallien paremmuuden vertailu jäävät päätöksentekijälle.

Terveyserot kuntatason ennakoarvioinnissa

Kirsi Nelimarkka, Stakes

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Kansanterveysohjelmassa tuodaan esille myös terveysvaikutusten arvioinnin merkitys eri väestöryhmiin kohdistuvien vaikutusten esille nostajana päätöksenteossa. Ohjelmassa korostetaan tarvetta valmistella yhdessä kuntien kanssa malleja kuntatasolla tapahtuvalle toimenpiteiden terveysvaikutusten arvioinnille, niin että se otetaan osaksi toiminnan ja talouden suunnittelua.

Terveysvaikutusten ennakoarviointi kunnissa

Stakes on kehittänyt kuntien kanssa ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia. Kehittämiskumppaneina ovat WHO:n Terve Kunta -verkosto ja TEJO-hankkeen (Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen) kunnat. Terve Kunta -verkostoon kuuluu 9 kuntaa, 2 seutukuntaa ja yksi maakunta. TEJO-hankkeessa on mukana 5 kuntaa ja yksi seutukunta.

Kunnat ovat käyttäneet ennakoarviointia heille ajankohtaisten suunnitelmien, ohjelmien, hankkeiden ja lautakuntapäätösten valmistelussa. Esimerkkejä ennakoarvioinneista on koottu sivulle <http://info.stakes.fi/iva/FI/Esimerkkeja/Sovellukset/index.htm>

Tällä hetkellä kunnissa on käynnistynyt lautakuntapäätösten ennakoarviointipilotteja. Esimerkiksi Salossa TEJO-hankkeen johtoryhmä teki kesällä 2006 päätöksen, että IVA:a sovelletaan lautakuntapäätösten valmistelussa silloin, kun päätöksellä on merkittäviä vaikutuksia ihmisiin tai päätös liittyy Salon kaupungin strategisiin tavoitteisiin. Esittelijä päättää ennakoarvioinnin tarpeellisuudesta. Tarkoituksena on käyttää IVA:a myös kaikissa uusissa hankkeissa. Johtoryhmä laati valmistelijoita varten ohjeen IVA:n toteuttamistavasta.

Väestöryhmien tunnistamisesta kohti terveyseroja

Vaikutusten ennakoarvioinnin keskeinen vaihe on vaikutusten tunnistaminen. On tärkeää tietää, mitä ja millaisia päätösten vaikutukset ovat, kuinka merkittäviä ne ovat ja kuinka suureen ihmismäärään vaikutukset kohdistuvat. Samalla voidaan myös kiinnittää huomiota siihen, lisäävätkö vai kaventavatko päätökset väestöryhmien välisiä terveyseroja. Näin epätoivottuja vaikutuksia voidaan estää tai lieventää jo ennalta.

Kuntien tekemissä ennakoarvioinneissa on tunnistettu, kuinka vaikutukset kohdistuvat eri väestöryhmiin tai eri alueella asuviin ihmisiin. Esimerkiksi ikäryhmittäistä vaikutusten tarkastelua on tehty Kajaanin hyvinvointistrategian toimeenpanon ennakoarvioinnissa ja Jyväskylässä toteutetuissa kaavahankkeissa. Pääkaupunkiseudun liikennejärjestelmän tarkistuksessa vaikutuksia ennakoitiin eri tuloryhmien, eri alueilla asuvien ja ikäryhmien näkökulmasta.

Vaikutusten väestöryhmittäisen kohdentumisen lisäksi kunnissa on pohdittu, kuinka päätökset vaikuttavat muihin terveyden taustatekijöihin, kuten elintapoihin, elinoloihin, turvallisuuteen, sosiaalisiin ja yhteisöllisiin verkostoihin ja peruspalvelujen saatavuuteen.

teen. Usein päätösten vaikutukset ovat kauaskantoisia, sillä ne näkyvät muutoksina väestön terveydentilassa ja terveyseroissa vasta pitkällä aikavälillä.

Väestöryhmien tunnistamisesta huolimatta ennakoarvioinneissa ei ole pystytty arvioimaan päätöksen vaikutuksia terveyseroihin. Tähän on olemassa monia syitä. Vaikutusten ennakoarviointi on uusi työväline kunnissa ja sen käyttöä ollaan vasta opettelemaan. Myös terveyseroihin vaikuttavien mekanismien ymmärtäminen on osoittautunut haasteelliseksi.

Suomalaisessa yhteiskunnassa käsitys väestöryhmien tasa-arvoisuudesta on ollut vahva, ja terveyserot ovat siksi jääneet taka-alalle. Terveyserojen huomioimista vaikutusten arvioinnissa on hidastanut se, että paikallistasolla ei tällä hetkellä ole saatavilla terveyseroja koskevaa tietoa. Tarvitaan käytännönläheisiä malleja terveyseronäkökulman sisällyttämiseksi vaikutusten ennakoarviointiin. Mallien kehittäminen on käynnistymässä yhdessä Terve Kunta -verkoston kanssa.

Terveysvaikutusten arviointi ja sosioekonomiset terveyserot

Tuulia Rotko, Stakes

Taustaa: mitä sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan?

Terveyseroilla, terveyden eriarvoisuudella, tarkoitetaan terveydessä ilmeneviä systemaattisia eroja, jotka liittyvät ihmisten erilaiseen ja epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa (Graham 2004). Terveyseroja esiintyy myös sukupuolen, ikäryhmien, siviilisäädyn, äidinkielen, etnisen taustan tai asuinalueen perusteella jaettujen väestöryhmien välillä. Tässä viitataan kuitenkin nimenomaan sosioekonomisiin terveyseroihin *ammattiaseman, koulutuksen* tai *tulotason* mukaan määriteltynä.

Korkeakoulututkinnon suorittaneet, toimihenkilöt tai väestön suurituloisimpaan kymmenesosaan kuuluvat ovat keskimäärin terveempiä, heillä on parempi toimintakyky ja he elävät pitempään kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneet, työntekijät tai väestön pienituloisimpaan kymmenesosaan kuuluvat. Eliniän odote on pidentynyt kaikissa sosiaaliryhmissä, mutta tämä kehitys on ollut hitaampaa työntekijöillä kuin toimihenkilöillä. Esimerkiksi suomalainen 35-vuotias työntekijämies voi odottaa elävänsä keskimäärin 74-vuotiaaksi, kun taas samanikäinen johtavassa asemassa oleva mies elää 6 vuotta pitempään – 80-vuotiaaksi. Tämä elinajanero on nykyisin lähes 1,5 vuotta suurempi kuin 1980-luvulla. Terveyden eriarvoisuus ei koske vain pienituloisimpia, vaan koko väestöä; esimerkiksi kuolleisuus kasvaa tasaisesti tulojen pienentyessä.

Miksi terveyserot ovat ongelma?

- 1) Ne ovat yhteiskunnallisen eriarvoisuuden ilmentymiä ja epäoikeudenmukaisia ja sotivat näin ollen tasa-arvoajattelua vastaan.
- 2) Ne tarkoittavat suurta määrää ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia ja toimintakyvyn menetyksiä, jotka puolestaan aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja tulevat yhteiskunnalle kalliiksi.

- 3) Suurten väestöryhmien huono terveys heikentää koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa.

Terveyseroja määrittäviä tekijöitä (determinantit)

Terveyden determinanteilla tarkoitetaan tekijöitä, joilla on merkittävä vaikutus terveyteen, joko sitä parantaen tai huonontaen. Maailman terveysjärjestö WHO:n perustama komissio 'Terveyden sosiaaliset determinantit' (Social Determinants of Health) määrittelee terveyseroihin vaikuttavat determinantit erottelemalla toisistaan 1) *rakenteelliset tekijät*, joita ovat esimerkiksi työmarkkinat, koulutusjärjestelmä ja hyvinvointivaltio, 2) *yksilön yhteiskunnallisen aseman*, esimerkiksi sosioekonominen asema, sukupuoli, etninen tausta ja sosiaalinen yhtenäisyys sekä 3) *välittävät tekijät*, esimerkiksi asuinolosuhteet, työolosuhteet, elintavat ja sosiaali- ja terveydenhuolto.

Tämä tarkoittaa sitä, että yhteiskunnan eri päätökset voivat vaikuttaa myös terveyseroihin. Usein eri hallinnonalojen toimet voivat vaikuttaa terveyden determinantteihin suoremmin kuin terveyteen. Terveyttä voidaan näin ollen parantaa epäsuorasti terveyteen vaikuttavien taustatekijöiden kautta kuin suoraan sairauksiin ja terveysongelmiin perustuvilla tavoilla. Ratkaisut terveyserojen kaventamiseksi ovat siten ensisijaisesti luonteeltaan yhteiskunnallisia eivätkä yksilöllisiä.

Terveysvaikutusten arviointi ja terveyserot

Päätöksenteossa, suunniteltujen ja tehtyjen ratkaisujen vaikutuksia terveyteen tulisi tarkastella kaikilla hallinnon tasoilla ja hallinnon eri sektoreilla **terveysvaikutusten arvioinnin** (TVA) avulla.

Maailman terveysjärjestö WHO on esittänyt seuraavan määritelmän terveysvaikutusten arvioinnista:

”A combination of procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population.” (WHO 1999).

Tämä WHO:n määritelmä sisältää paitsi terveyden tasoon kohdistuvan vaikutusten arvioinnin myös väestöryhmien välisten terveysvaikutusten jakauman tarkastelun. **Terveyserojen näkökulma** tulee näin ollen sisällyttää terveysvaikutusten arviointiin, jotta huomiota kiinnitettäisiin myös terveyden jakautumiseen. Terveyserot huomioon ottava terveysvaikutusten arviointi ei siis ole erillinen menetelmä. Menetelmän avulla terveyserot voidaan tehdä näkyviksi, jolloin voidaan etsiä ratkaisuja tai keinoja lieventää haitallisia seurauksia.

Terveyserot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia on tehty ainakin Isossa-Britanniassa (ks. Douglas s. 16 ja Golby s. 17 tässä raportissa), Irlannissa, Hollannissa, Ruotsissa (ks. Lundgren s. 17 tässä raportissa), Australiassa (ks. Harris-Roxas s. 18 tässä raportissa) ja Uudessa-Seelannissa.

Suomessa sosioekonomisia terveyseroja ei ole juuri otettu toistaiseksi huomioon terveysvaikutusten arvioinnissa ainakaan tavoitteellisesti ja systemaattisesti. Väestöryhmittäiset tarkastelut ovat kohdistuneet esimerkiksi eri ikäryhmiin, mutta ei sosiaaliseen jakaumaan ikäryhmän sisällä. Kuitenkin Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa tuetaan terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöä ja lisäksi sen yhtenä päätavoitteena

on terveyserojen kaventaminen. Edelleen uusitun kansanterveyslain mukaan kuntien tulee seurata kaikkien toimiansa terveysvaikutuksia sekä asukkaidensa terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin.

Miten terveyserot voidaan ottaa huomioon TVA-menetelmässä?

Sosioekonomisten terveyserojen tulisi olla lähtökohtaisesti arvioinnin kohteena. Kohteena voi olla suoraan huono-osainen ryhmä, esim. pitkäaikaistyöttömät, jonka terveyttä tai terveyden edellytyksiä voidaan pyrkiä kohentamaan. Toisaalta kohteena voi olla koko väestö tai joku sen osaryhmä esim. päivähoidon päätöksessä. Tällöin verrataan hyvä ja huono-osaisia eli miten päätös vaikuttaa eri sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin. Tärkeää on myös se, että terveyseronäkökulma on systemaattisesti mukana kaikissa terveysvaikutusten arvioinnin vaiheissa.

Terveyseroja voidaan arvioida myös nopean arvioinnin avulla. Esimerkiksi kuntien lautakuntapäätösten valmistelussa voidaan soveltaa nopeaa terveysvaikutusten arviointia. Mikäli tämä nopea vaikutusten arviointi tehdään terveyseroja tarkastellen, voidaan ainakin tunnistaa ja identifioida terveyserojen kannalta keskeisiä ryhmiä, joihin kohdistuvat vaikutukset tulisi erityisesti ottaa huomioon päätöksenteossa.

Ennakoarvioinnin ohella myös jälkikäteisarviointi on tärkeää. Silloin etsitään vastauksia esimerkiksi kysymyksiin: miten terveysvaikutukset ja terveyserovaikutukset otettiin huomioon päätöksen teossa ja miten päätökset ovat vaikuttaneet terveyseroihin.

TEVA-hanke osana TEROKAa

TEVA-hanke (terveyserojen huomioon ottaminen osana terveysvaikutusten arviointia) on osa Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistä TEROKA-hanketta (Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa). TEVA-hankkeen tarkoituksena on edistää terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöä ja tarjota tukea ja materiaalia terveyserojen huomioon ottamiseksi. Tämän osahankkeen jatkosuunnitelmissa on kokemusten kerääminen käytännössä ja työkalun kehittäminen terveyserojen huomioon ottamiseksi osana terveysvaikutusten arviointia.

TEVA-osahankkeessa:

- kootaan tietoa TEROKAn verkkosivuille (www.teroka.fi), mm. tämän seminaarin esitykset tulevat TEROKA-verkkosivuille
- julkaistaan myös raportti seminaarin annista
- tuotetaan katsaus terveyserojen huomioon ottamisesta muissa maissa.

Lähteet:

Graham H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: classifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82:1:101–124.

TEROKA-hankkeen verkkosivut, www.teroka.fi

WHO Commission on Social Determinants of Health. WHO Regional Office for Europe, http://www.who.int/social_determinants/en/

WHO European Centre for Health Policy (1999). Gothenburg Consensus Paper: Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

TERVEYSEROT OSANA TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINTIA, KOKEMUKSIA ULKOMAILTA

Eurooppalaisten politiikkojen terveysvaikutusten arviointi

Debbie Abrahams, University of Liverpool

Liverpoolissa Englannissa vuonna 2002 pidetyssä kansainvälisessä terveysvaikutusten arviointikonsortion kokouksessa käynnistettiin yhteistyössä Saksan, Hollannin ja Irlannin kanssa hanke, jonka tarkoituksena oli kehittää ja testata politiikkojen arviointiin soveltuva terveysvaikutusten arviointimenetelmä käytettäväksi eri puolilla Euroopan unionia. Hankkeen rahoitti Euroopan komissio.

Kaksivuotisen hankkeen ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin terveysvaikutusten arvioinnin menetelmien kehittämiseen. Selvitystyön tuloksena luotiin runsaasti yhteyksiä yhdeksääntoista eri maahan ja sisällönanalyysia varten saatiin kokoon 160 terveysvaikutusten arviointia koskevaa artikkelia, raporttia ja tapaustutkimusta. Tätä materiaalia tarkasteltiin kriittisesti käyttäen luokittelukehikkoa, joka muodostui typologiasta ja laatu-kriteereistä. Tämän pohjalta muodostettiin ensimmäinen luonnos eurooppalaisten politiikkojen terveysvaikutusten arviointimenetelmäksi (**EPHIA = European Policy Health Impact Assessment**).

Komission vuoden 2003 työohjelmasta valittiin 10 eurooppalaista toimintapolitiikkaa etukäteen määriteltyjen valintakriteerien avulla. Näiden joukosta menetelmän testaamiseen valittiin **Euroopan työllisyysstrategia**.

Työllisyysstrategia on Lissabonin strategian olennainen osa, jonka mukaisesti strategisenä 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
- työssäkäyvien naisten osuuden nostaminen yli 60 prosenttiin
- työssäkäyvien ikääntyvien työntekijöiden osuuden nostaminen 50 prosenttiin.

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

EPHIA-menetelmän testaamiseksi osallistujat toteuttivat kukin omassa maassaan terveysvaikutusten arviointipilotteja ja lisäksi koko EU:ta koskevan vaikutusten arvioinnin. Pilottiarvioinneissa käytettiin samoja menettelytapoja ja joitakin kaikille yhteisiä menetelmiä, kuten esimerkiksi politiikka-analyysia ja profilointia. EPHIA kuitenkin mahdollisti joustavan tiedonkeruun ja osallistujat kokeilivat eri menetelmiä, kuten matemaattista mallintamista, syvähaastatteluja ja sidosryhmiä.

Vaikka eri jäsenmaiden terveysvaikutusten arvioinneissa löydettiin erilaisia vaikutuksia, vallitsi yksimielisyys siitä, että työllisyysstrategia auttaisi parantamaan työllisyyttä ja vaikuttaisi positiivisesti väestön terveyteen kansallisesti sekä mahdollisesti vähentäisi kokonaiskuolleisuutta BKT-työllisyysennusteen parantuessa. Esille tuli kuitenkin myös näyttöä siitä, että työllisyyden kasvulla ei aina ole edullista vaikutusta terveyteen. Vähän arvostetuissa ja matalapalkkaisissa töissä ololla sekä epävarmoilla työsuhteilla on samanlaisia terveysvaikutuksia kuin työttömyydellä. Huolestuttavaa oli myös työllisyyden ja positiivisten terveysvaikutusten epätasainen jakautuminen jäsenmaiden sisällä ja niiden 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 käytettävyyttä, joustavuutta ja helppokäyttöisyyttä sekä pyrittiin varmistamaan, että sen avulla voidaan selkeästi arvioida monimutkaisia eurooppalaisia toimintapolitiikkoja.

EPHIA on julkaistu sähköisessä muodossa osoitteessa www.ihia.org.uk ja Eurooppa-internetsivustolla. EU:n kansanterveyden alan tarjouspyyntöihin on viime aikoina sisällytynyt yhteisön politiikkojen terveysvaikutusten arvionti EPHIA-menetelmän avulla.

Terveysvaikutusten arvioinnin teoriasta käytäntöön – kokemuksia Skotlannista

Margaret Douglas, Lothian NHS Board, Skotlanti

Tässä esityksessä pyritään osoittamaan, että terveysvaikutusten arviointia voidaan käyttää terveyden tasa-arvon tarkastelussa, minkä lisäksi kerrotaan asiaan liittyvistä paikallistason kokemuksista Skotlannista Lothianin alueelta (Edinburg ympäristöineen).

Esityksessä todetaan, että terveyden tasa-arvo pitäisi aina ottaa huomioon terveysvaikutusten arvioinnissa, koska tasa-arvo on sekä vaikutusten arvioinnin perustava arvo että terveyden determinantti. Terveysvaikutusten arvioinneissa olisi selkeästi tuotava esiin, mitä vaikutukset ovat ja mihin väestöryhmiin ne kohdistuvat sekä mahdolliset keskimääräisen terveyden ja tasa-arvon väliset kompromissit. Jotta terveyseroja voitaisiin tarkastella eksplisiittisesti terveysvaikutusten arvioinnissa, arvioinneissa tulisi ottaa huomioon kaikki ne eri väestöryhmät, joihin toimilla todennäköisesti on vaikutusta, ja kiinnittää erityistä huomiota niihin, jotka esim. koetun terveyden suhteen ovat jo valmiiksi huonossa asemassa.

Skotlannissa säännellään lainsäädännöllä tasa-arvoon ja moniarvoisuuteen liittyvien vaikutusten arviointia, mukaan lukien mahdollinen syrjintä etniseen ryhmään kuulumisen, sukupuolisen suuntautuneisuuden, uskonnon, sukupuolen tai vammaisuuden perusteella. Sosiaalis-taloudellisesti huonossa asemassa oleviin ja muihin ihmisryhmiin kohdistuvia vaikutuksia ei tarkastella, kuten ei myöskään laajempia terveyden determinant-

teja. Tasa-arvoon ja moniarvoisuuteen liittyvien vaikutusten arviointi voi kuitenkin tarjota myös tilaisuuden pohtia terveysvaikutuksia ja terveyden tasa-arvoa.

Skotlannissa terveysvaikutusten arvioinnissa suositaan nopean terveysvaikutusten arvioinnin (*rapid health impact screening*) käyttöä. Tämän mukaisesti ryhmä asianosaisia käyttää tarkistuslistaa, jonka avulla he voivat tunnistaa vaikutusten alaisia ihmisryhmiä ja mahdollisia vaikutuksia. Tarkistuslistat sisältävät myös kysymyksiä syrjinnästä, minä vuoksi niitä voidaan käyttää tasa-arvoa ja moniarvoisuutta koskevien vaikutusten, terveyden determinanttien ja terveyden tasa-arvon yhtäaikaiseen tarkasteluun. Lothianissa kaikkia uusia terveyspalvelusuunnitelmia ja -strategioita arvioidaan ennen niiden toteuttamista tämän tarkistuslistan avulla. Teemme myös yhteistyötä kuntien kanssa kannustaaksemme niitä käyttämään samaa tarkistuslistaa omiin suunnitelmiinsa ja strategiaihinsa.

Yksityiskohtaisempia terveysvaikutusten arviointeja suoritetaan, jos seulonnassa tunnistetaan merkittäviä vaikutuksia ja päätöksentekoon vaikuttamiseen tarvitaan lisätoimia.

Esitykseen sisältyy kolme esimerkkiä:

- diabetespalveluja koskevan strategian nopea vaikutusten seulonta
- paikallisen asuntotuotantostrategian nopea arviointi
- yksityiskohtaisempi arvio yhdyskuntasuunnittelukehyksestä, joka koskee yhtä Lothianin köyhimmistä yhteisöistä.

Terveysvaikutusten arviointi päätöksenteon tukena Walesissa

Alison Golby, Welsh Health Impact Assessment Support Unit, Cardiffin yliopisto, Wales

Esityksessä tarkastellaan terveysvaikutusten arvioinnin kehittymistä Walesissa lähtökohtana alueen väestön terveydelliset, taloudelliset ja sosiaaliset tarpeet, jotka ovat osaksi alueen teollisen perinnön muovaamia. Sen jälkeen kun Walesin kansalliskokouksen toimivalta lisääntyi vuonna 1999 ja se sitoutui päätöksenteon parantamiseen, on Walesissa sovellettu uutta selväpiirteistä lähestymistapaa. Päätöksenteko Walesissa on perustunut yhtenäiseen, kumppanuutta ja kansalaislähtöisyyttä korostavaan toimintatapaan ja lisäksi on tuettu sellaisia menetelmiä, jotka kohdistuvat terveyttä määrittäviin sosiaalisiin tekijöihin, kuten terveysvaikutusten arviointi. Toimivallan siirron jälkeen Walesissa on korostettu kansanterveyttä aikaisempaa enemmän, mikä on johtanut tarvittavan infrastruktuurin luomiseen ja edistänyt terveysvaikutusten arvioinnin kehittämistä välineeksi, jonka avulla voidaan vaikuttaa politiikkoja, suunnitelmia ja hankkeita koskevaan kansallisen ja paikallisen tason päätöksentekoon.

Developing Health Impact Assessment in Wales -asiakirjassa (2000) määritelty terveysvaikutusten arvioinnin ohjelma sisälsi terveysvaikutusten arvioinnin tukiyksikön (Welsh Health Impact Assessment Support Unit) perustamisen. Yksikön tehtävänä on toimia lakisääteisten ja vapaaehtoisten järjestöjen ja yhteisöjen tärkeimpänä tukijana sekä lisätä tietoisuutta ja vahvistaa terveysvaikutusten arvioinnin toimintavalmiuksia kansallisella ja paikallisella tasolla. Ohjelman saavutuksiin kuuluu terveysvaikutusten arviointia

tukevan tietopohjan vahvistuminen, toimintavalmiuksien parantuminen sekä terveysvaikutusten arvioinnin "institutionalisoituminen" joissakin organisaatioissa. Lisäksi Wales isännöi seitsemättä kansainvälistä terveysvaikutusten arvioinnin konferenssia, joka pidettiin Cardiffissa viime vuonna.

Mitä Ruotsin terveysvaikutusten arvioinnista on opittavissa?

Bernt Lundgren, Statens folkhälsoinstitut, Ruotsi

Ruotsin kansanterveyslaitoksen (Statens folkhälsoinstitut) tehtävänä on terveysvaikutusten arvioinnin metodologian kehittäminen ja testaaminen kansanterveyden kannalta strategisesti tärkeässä päätöksenteossa. Lisäksi sen tehtävänä on tukea vaikutusten arvioinnin soveltamista paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla. Terveysvaikutusten arviointia varten on laadittu opas. Metodologista kehitystyötä on toteutettu tapaustutkimusten muodossa oppaan perusteella. Ensimmäisten tapaustutkimusten joukossa oli tieliikennehankkeen, matkapuhelinjärjestelmien (3G) ja alueellisten kehittämisohjelmien terveysvaikutusten arviointi.

Esityksen tarkoituksena on ensinnäkin kuvata terveysvaikutusten arviointia Ruotsissa osana parlamentin vuonna 2003 hyväksymän kansallisen kansanterveyspolitiikan toteuttamista ja toiseksi tuoda esiin joitakin näkemyksiä siitä, kuinka vaikutusten arviointia on tarpeen kehittää Ruotsissa tulevaisuudessa. Esityksen tiedot perustuvat vuoden 2005 kansanterveyspoliittiseen raporttiin ja kansanterveyslaitoksessa käynnissä olevaan työhön.

Tasa-arvo terveysvaikutusten arvioinnissa: taustaa, käsitteitä ja kokemuksia

Ben Harris-Roxas, Elizabeth Harris, Patrick Harris, New South Walesin yliopisto, Australia

Johdanto

Yksi tavallisimmista syistä, joilla terveysvaikutusten arviointia perustellaan, on tasa-arvonäkökohtien huomioon ottaminen. Usein tämä ei kuitenkaan vastaa käytäntöä, koska käytännössä tasa-arvotiedon tarkastelu on hyvin vähäistä. Tässä artikkelissa pohditaan, mistä vaikutusten arvioinnin tasa-arvotavoitteiden ja käytännön välinen kuilu johtuu. Artikkelin perustuu omiin kokemuksiimme terveysvaikutusten arvioinnista australialaisessa New South Walesin osavaltiossa, jonka 6.8 miljoonan asukkaan väestö keskittyy Sydneyn kaupungin ympäristöön.

Terveysvaikutusten arviointi terveyden tasa-arvon edistämiseksi

Terveysvaikutusten arviointia on korostettu välineenä, jonka avulla voidaan ehkäistä ja korjata terveyden eriarvoisuutta, ja tämä onkin todennäköisesti viime vuosina ollut tärkein tekijä sen käytön yleistymisessä (WHO 1997, WHO 2006, Acheson 1998). Sen lisäksi, että tämäntyyppisessä terveystieteiden arvioinnissa on ollut kyse sosiaalisesta terveystieteestä, siinä on korostettu terveystieteiden ja terveyden determinanttien jakaantumisen arviointia sekä sitä, missä määrin vaikutusten jakautuminen on epäoikeudenmukaista tai väistämätöntä (Mahoney et al. 2004, Simpson et al. 2005).

Vaikka kaikki terveystieteiden arvioinnin puolestapuhujat esittävätkin korostavansa tasa-arvon huomioimista (Kasperson 1983, Banken 1999, Acheson 2000), asiaa koskevia julkaisuja koskeva katsauksemme osoitti, että erilaisten tasa-arvoaikutusten nimenomainen käsittely on harvinaista käytännössä (Harris-Roxas et al. 2004).

Mielenkiintomme asiaa kohtaan sai alkunsa New South Walesissa julkaistusta terveyden tasa-arvoa käsittelevästä asiakirjasta (*New South Wales Health and Equity Statement*), jossa vaadittiin kehittämään prosesseja hallituksen politiikkahankkeiden arvioimiseksi sekä nopean että kattavamman terveystieteiden arvioinnin avulla (NSW Health 2004). Tavoitteena oli kehittää erilaisia menettelytapoja sen arvioimiseksi, missä määrin ehdotetut hankkeet auttaisivat korjaamaan terveyden eriarvoisuutta.

Mitä terveyden tasa-arvosta ja terveystieteiden arvioinnista tiedetään?

Terveystieteiden arviointi tarjoaa useasta syystä paremmat mahdollisuudet tarkastella tasa-arvoisuutta kuin muunlainen vaikutusten arviointi. Ensinnäkin sitä käytetään useammin suoraan päätöksenteon välineenä eikä ainoastaan sen apuna (Harris-Roxas et al. 2004). Sen suorittaa usein sama organisaatio, jonka on määrä toimia annettavien suositusten mukaisesti, mikä erottaa sen useimmista muista vaikutusten arvioinnin muodoista, jotka (strategista vaikutusten arviointia lukuun ottamatta) ovat hankkeiden esittäjien tilaamia (Douglas et al. 2004). Hankkeiden esittäjien toteuttamassa vaikutusten arvioinnissa syntyy usein kiistoja käytetyn tieteellisen näytön oikeutuksesta, koska sen katsotaan antavan ehdotukselle yleisen oikeutuksen (Duncan 2003). Kun organisaation päätöksentekuelimet käyttävät terveystieteiden arviointia organisaation sisäisenä prosessina, arvioinnilla on usein enemmän liikkumavapautta monien tällaisten oikeutuskiistojen suhteen ja myös suurempi vapaus ottaa huomioon erityyppistä tietoa. Monesti siihen sisältyy tasa-arvoaikutuksia koskevaa tietoa, jota usein pidetään tieteellisesti vähemmän pitävänä ja enemmän "maallikkokäsityksiin" perustuvana.

Toiseksi tasa-arvoisuus on ollut terveystieteiden arvioinnin peruseräite aina Göteborgin asiakirjasta (Gothenburg Consensus Paper) ja Leo Kaprio –työpajasta lähtien (EHP 1999, WHO Europe 2001), ja se on tuotu selkeästi esiin myös kirjallisuudessa:

“Nykyisen ajattelun mukaisesti terveystieteiden arviointiin voidaan katsoa kuuluvan myös sitoutuminen tutkimustiedon eettiseen käyttöön ja seuraavanlaisten peruseräitteiden soveltaminen:

- tasa-arvon ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden selkeä korostaminen
- monitieteellinen, osallistava lähestymistapa
- sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimustiedon käyttö
- selkeästi esiin tuodut arvot
- toiminnan avoimuus (Barnes & Scott-Samuel 2002)

Kolmanneksi kiinnostusta terveysvaikutusten arvioinnin käyttöön on kansainvälisesti lisännyt terveyserojen kaventamiseen tähtäävä toiminta, jonka voidaan katsoa saaneen käyttövoimansa useista eri lähteistä. Jakartan julistusta terveyden edistämisestä vuodelta 1997 (*Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*) seurasi mielenkiinnon lisääntyminen julistuksessa mainittuun tasa-arvoa korostavaan terveysvaikutusten arviointiin (Mittelmark 2001, WHO 1997). Näin tapahtui erityisesti Isossa-Britanniassa terveyseroja koskevan ja niiden vaikutusten arviointia vaativan tutkimuksen (Acheson 2000, Acheson 1998) valmistuttua vuonna 1998. Myöhemmin mielenkiinto nimenomaan tasa-arvoa korostavaa vaikutusten arviointia kohtaan hiipui (Mahoney 2002, Douglas & Scott-Samuel 2001), mutta terveyden tasa-arvoon ja terveyserojen kaventamiseen sitoutumiseen on yhä kiinnostusta.

Kuinka terveyden tasa-arvoa voidaan tutkia?

Tasa-arvonäkökohdat ovat mukana terveysvaikutusten arvioinnissa sekä suorien että epäsuorien mekanismien kautta, vaikkakin ne ovat pääasiassa pikemmin pääteltävissä kuin suoraan julkituotuja. Suoriin mekanismeihin kuuluu terveysvaikutusten arvioinnin periaatteisiin kuuluvan tasa-arvon soveltaminen ja tasa-arvoon viittaaminen vaikutusten arvioinnin toteuttamista koskevassa ohjeistuksessa.

Epäsuoria mekanismeja ovat muun muassa seuraavat:

- Terveyden laajempi määrittäminen siten, että se sisältää monia terveyden eri determinanteja, mikä puolestaan voi laajentaa tarkasteltavien vaikutusten määrää ja laatua.
- Kansalaisten ja kansalaisyhteiskunnan ryhmittymien osallistumisen kannustaminen siten, että ehdotuksen vaikutusten arviointiin osallistuvat ne, joihin sen vaikutukset todennäköisimmin kohdistuvat. Tämän lähestymistavan taustalla on oletus, että ne joita vaikutukset eniten koskevat, voivat tuoda mielipiteensä esille. Tätä on kritisoitu sen vuoksi, että huonossa asemassa olevilta ryhmiltä odotetaan aktiivisempaa osallistumista ja yhteisöllistä vaikuttamista kuin ehdotuksesta hyötyviltä ryhmiltä.
- Monipuolisen kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimustiedon käyttö siten, että pystytään vaikuttamaan tehokkaasti päätöksentekoon. Näin varmistetaan, että terveysvaikutusten arvioinnin tulokset ovat relevantteja tarkasteltaessa sekä tilannekohtaista asianmukaisuutta, tyytyväisyyttä ja hyväksyttävyyttä että ehdotuksen vaikutusten laajempia asiayhteyksiä.

Tasa-arvon korostaminen käytännön vaikutusten arvioinnissa on haastavaa

On edelleen pitkälti ratkaisematta, kuinka tasa-arvoa korostavan terveysvaikutusten arvioinnin tavoite voidaan saavuttaa käytännössä. Vaikka terveysvaikutusten arvioinnissa on muihin arviointimuotoihin nähden paremmat mahdollisuudet huomioida myös tasa-arvonäkökohdat, ei tasa-arvon määrittämiseen ole olemassa mitään selkeitä ohjeita. Tämä näkyy nykyisissä lähestymistavoissa siinä, että ensiaskeleesta terveyserojen huomioimiseksi on vielä pitkä matka terveyden tasa-arvon tarkasteluun (Harris-Roxas et al. 2004).

Mitä olemme tehneet

Kerromme tässä artikkelissa tutkimustyöstämme ja kokemuksistamme pyrkiessämme edistämään tasa-arvokysymysten huomioimista terveysvaikutusten arvioinnissa käytännön tasolla. Kokemuksemme ovat enimmäkseen peräisin New South Walesissa toteutetuista terveysvaikutusten arviointihankkeista, joista osassa korostettiin tasa-arvonäkökohtia (Harris-Roxas & Simpson 2004, Stewart Williams et al. 2004).

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 terveyden tasa-arvoa New South Walesissa koskevassa asiakirjassa (NSW Health 2004) annettuihin terveysvaikutusten arviointisuosituksiin. Koska organisaatioiden muutosten yleensä katsotaan tapahtuvan vaiheittain (NSW Health 2001), päätettiin soveltaa vaiheittain etenevää työtapaa, jossa korostetaan alustavaa tutkimusta ja sen jälkeistä vaiheittaista siirtymistä tiedostamiseen, omaksumiseen, toteuttamiseen ja institutionalisointumiseen (Harris-Roxas & Simpson 2004).

Työn kulmakivenä on ollut joukko ”kehityskohteita” – tähän mennessä kuusitoista terveysvaikutuksen arviointia, joita olemme tukeneet voidaksemme samalla tutkia vaikutusten arvioinnin soveltamista käytännössä ja parantaa arvioinnin edellytyksiä sekä terveys- että muilla aloilla. Näin meillä on ollut tilaisuus perehtyä vaikutusten arvioinnin käytäntöön erityisesti siinä muodossa, jossa sitä harjoitetaan yksityisten konsulttiyritysten ulkopuolella. Lisäksi meillä on lähiaikoina ollut mahdollisuus tehdä nopea terveyden tasa-arvoa korostava vaikutusten arviointi kahden terveystieteellisen aloitteen suhteen (Harris et al. 2006). Nämä nopeat arvioinnit ovat antaneet meille mahdollisuuden testata joustavia työtapoja tasa-arvokysymysten huomioimiseksi silloin, kun aikaa on niukasti.

Samoihin aikoihin kuin New South Walesin TVA-projektia oltiin aloittelemassa, Newcastle, Deakinin ja New South Walesin yliopistot perustivat konsortion, jonka tarkoituksena oli terveyserojen tarkastelu terveysvaikutusten arvioinnin yhteydessä (Stewart Williams et al. 2004). Tähän hankkeeseen kuului myös ohjeistuksen kehittäminen siihen, kuinka tasa-arvokysymykset voidaan ottaa järjestelmällisesti huomioon kussakin vaikutusten arvioinnin vaiheessa sekä ohjeistuksen käytön testaaminen kuudessa yksittäisessä vaikutusten arvioinnissa (Mahoney et al. 2004). Hankkeen osana toteutimme systemaattisen narratiivisen katsauksen tasa-arvon huomioimisesta vaikutusten arvioinnissa yleensä ja erityisesti terveysvaikutusten arvioinnissa (Harris-Roxas et al. 2004).

Mitä tuloksia olemme saavuttaneet

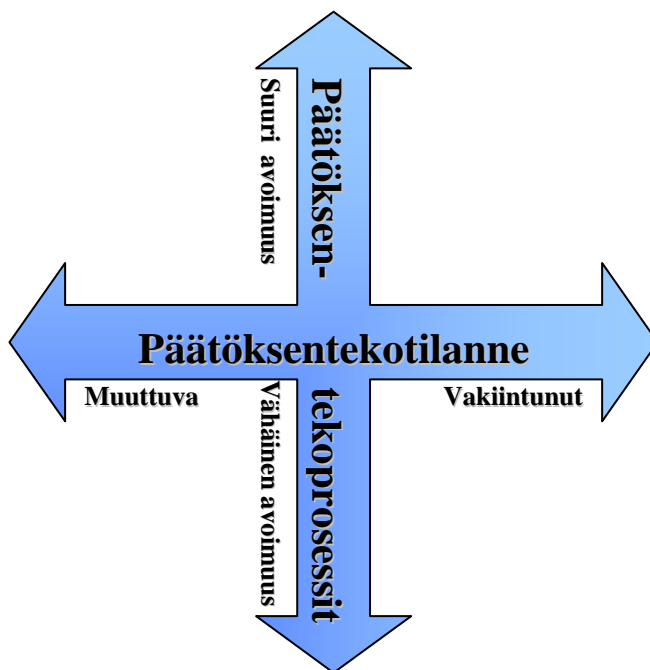
Olemme soveltaneet käytännöllistä lähestymistapaa etsiessämme asioita, jotka liittyvät tasa-arvokysymysten sisällyttämiseen terveysvaikutusten arviointiin. Tämä on osoittautunut hyödylliseksi kolmella eri tavalla. Ensiksikin se on auttanut parantamaan terveydenhoitojärjestelmien ja niissä toimivien ihmisten edellytyksiä tukea ja toteuttaa vaikutusten arviointeja, joissa korostetaan terveyden tasa-arvoa. Toiseksi se on tuonut esiin eri toimintasektoreiden ja päätöksentekoyhteyksien haasteita, jotka liittyvät esimerkiksi siihen, kuinka terveysvaikutusten arviointi ja terveyden tasa-arvon huomioiminen mahdollisesti toimisi eri sektorien välisessä toiminnassa tai vastaavasti kunnallisessa suunnittelussa. Kolmanneksi se on antanut meille mahdollisuuden testata eri lähestymistä-

poja pyrittäessä sisällyttämään terveyden tasa-arvo päätöksentekoon. Käsittelemme joi-
takain näistä lähestymistavoista seuraavassa.

New South Walesissa eri toimijat ovat katsoleet, että terveysvaikutusten arviointi on
tehokasta avoimissa, vakiintuneissa suunnitteluprosesseissa (ks. kuvio 1), erityisesti
paikallishallinnossa (Menziez 2007). Tämä tehokkuus kytkeytyy kahteen eri tekijään:
terveyden determinanttien huomioimiseen päätöksenteossa, jossa niitä muutoin ei vält-
tämättä olisi nimenomaisesti käsitelty, ja vaikutusten arvioinnissa annettujen suositusten
mukaisiin konkreettisiin muutoksiin päätöksissä. Vaikutusten arviointi on myös vaikut-
tanut epäsuorasti tukemalla jo muodostuneita kumppanuuksia, mikä vastaa muualla saa-
tuja tuloksia (Blau & Mahoney 2005, Kauppinen & Nelimarkka 2004, Kauppinen et al.
2006).

Terveysvaikutusten arviointi ei ole osoittautunut yhtä menestyksekkääksi silloin, kun
sitä on käytetty vähemmän avoimissa päätöksentekoprosesseissa New South Walesissa
(ks. kuvio 1). On jossain määrin epäselvää, mistä tämä johtuu. Päätöksenteosta eri yh-
teyksissä vastaavat tahot ovat olleet vastaanottavaisia terveysvaikutusten arvioinnin
käsitteelle sinänsä ja sen käytölle. Vaikeammaksi on osoittautunut vaikutusten arvioin-
nin käyttömahdollisuuksien löytäminen. Keskeinen ongelma tuntuu liittyvän erimieli-
syyksiin siitä, mihin prosesseihin pyritään vaikuttamaan ja ovatko muutokset mahdolli-
sia – eli prosessit eivät ole avoimia ja päätöksenteko on muutoksen tilassa. Tätä käsitel-
lään tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

Kuvio 1: Kontekstin ja menettelytapojen vaikutus päätöksentekoon terveysvaikutusten
arvioinnissa



Eräs merkittävä haaste, jonka kohtasimme tasa-arvonäkökohtien huomioimisessa terve-
ysvaikutusten arvioinnissa on, että monille ammattilaisille on epäselvää, mitä terveyden
tasa-arvo on ja siten myös, mitä heidän pitäisi tehdä terveyden tasa-arvoon liittyvien
vaikutusten suhteen. New South Walesissa terveysvaikutusten arviointi on onnistunut
siinä, että se on mahdollistanut suorien terveysvaikutusten arvioinnin jäsenyneesti ja
paitsi terveyden determinanttien vaikutuksen myös niihin itseensä kohdistuvien vaiku-
tusten arvioinnin. Seuraava askel tasa-arvon huomioon ottamiseksi terveysvaikutusten

arvioinnissa – eli vaikutusten jakautumisen tarkastelu ja niiden mahdollisen väistämättömyyden ja epäoikeudenmukaisuuden pohtiminen – on usein jäänyt vaille huomiota.

Teorian ja käytännön välisen kuilun täyttämässä on osoittautunut hyödylliseksi tasa-arvoa korostava terveysvaikutusten arviointikehikko (*Equity Focused HIA Framework*) (Mahoney et al. 2004, Simpson et al. 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.

Kaiken kaikkiaan kokemuksemme osoittavat, että terveysvaikutusten pitkän aikavälin kestävyyttä on tarkasteltava laajemmassa yhteydessä, jonka muodostaa terveyttä korostava yhteiskuntapolitiikka ja sen edistäminen politiikoissa ja käytännöissä terveyssektorilla ja muilla aloilla, jotka pyrkivät suojelemaan ja edistämään terveyttä sekä kaventamaan terveyseroja. Tämä vastaa muualla saatuja tuloksia (Ståhl et al. 2006, Thai Healthy Public Policy Foundation 2005, Finer et al. 2005), mutta useimmat sellaiset päätöksentekoon liittyvät tekijät, jotka mahdollistavat tai estävät terveyttä korostavan yhteiskuntapolitiikan kehittämisen, ovat kontekstista riippuvia ja vaikeasti ennustettavia.

Kuinka olemme pyrkineet toimimaan

Olemme yrittäneet laajentaa terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä sisällyttämällä siihen nopeita tasa-arvoa korostavia arviointitapoja, joiden toteuttamiseen menee vähimmillään vain neljä työpäivää (Harris et al. 2006). Vaikka näillä työtavoilla on omat puutteensa, niiden avulla olemme pystyneet arvioimaan mielekkäästi mahdollisten vaikutusten jakautumista neljällä eri alueella, joilla jo esiintyy terveyseroja tai niiden kehittyminen on mahdollista: ikä, sukupuoli, epäedullinen sijainti, etniseen ryhmään kuuluminen ja sosiaalis-taloudellinen asema.

Tämän työtavan vahva puoli on, että sen avulla tasa-arvonäkökohtia voidaan pohtia järjestelmällisesti päätöksentekoprosesseissa, joissa ne muutoin saattaisivat jäädä tutkimatta. Sen suurimmat heikkoudet ovat, että aikaa ei ole riittävästi erilaisten tutkimustiedon lähteiden löytämiseen ja käyttämiseen ja että vaikutusten erilaisuuden pohtiminen saattaa jäädä pinnalliseksi, vaikka nopeiden arviointien rajoitusten avoin myöntäminen osittain lievittääkin näitä puutteita.

Kuten johdannossa mainittiin, organisaation sisällä toteutetut terveysvaikutusten arvioinnit ovat usein teknisesti riippumattomampia. Nopea tasa-arvopainotteinen vaikutusten arviointi voi olla hyödyllinen lisä arviointikäytäntöihin, koska se tarjoaa mekanismin tasa-arvonäkökulmien pohtimiseen sellaisissa yhteyksissä, joissa laajempaan tasa-arvopainotteiseen arviointiin ei haluttaisi ryhtyä tai se ei olisi tehokasta.

Keskustelu

Vaikka terveysvaikutusten arvioinnin on vielä voitava järjestelmällisesti osoittaa tehokkuutensa, se vaikuttaa olleen hyödyksi palvelujen ja maankäytön suunnittelussa (Blau et al. 2006, Kauppinen et al. 2006, Wismar 2004) - miksi? Käsittääksemme tämä saattaa johtua siitä, että suunnitteluprosessien menettelytapojen rutiininomainen valvonta on jo nyt laajaa, mikä tekee prosesseista avoimempia tai ainakin selkeämmin ilmaistuja. Palvelujen ja maankäytön suunnittelussa on lisäksi kyse vaikutuksista, jotka ilmaantuvat

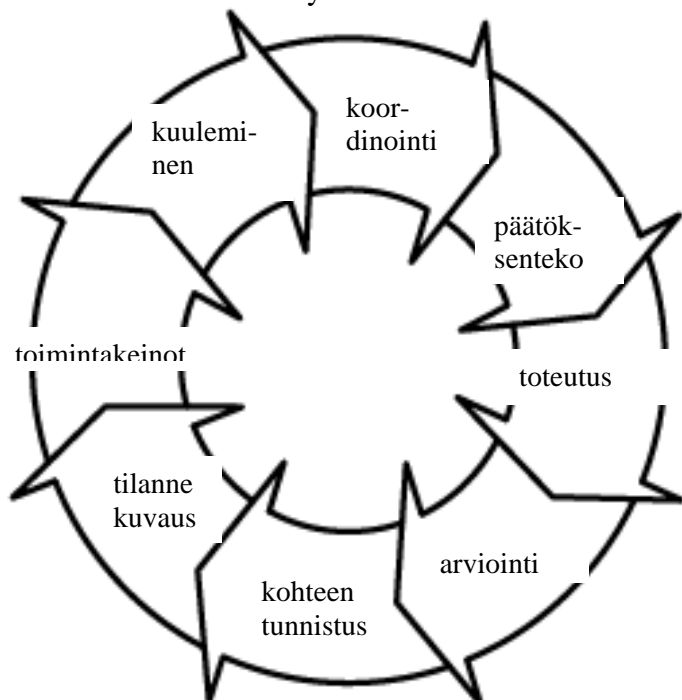
pitkän ajan kuluessa ja muiden tekijöiden välityksellä, mikä saattaa tarkoittaa, että niissä voitaisiin olla myönteisempiä useiden terveyden determinanttien tarkastelulle.

Kokemuksemme mukaan myöntöväisyys terveysvaikutusten arviointiin on usein vähäisempää silloin, kun päätöksenteko ei tapahdu avoimesti ja erityisesti silloin, kun päätöksentekoprosessi on muutoksen tilassa (ks. kuvio 1). Tämä johtuu osittain seuraavista syistä:

- Päätöksenteko tapahtuu kireiden aikataulujen mukaisesti. Asioiden erittelyyn, kuulemiseen ja koordinaatioon on usein vähemmän aikaa kuin avoimemmissa suunnitteluprosesseissa.
- Alkuvaiheessa ei ole saatavilla yksityiskohtaisia selvityksiä. Monet ehdotusta koskevat yksityiskohdat ovat lähes jatkuvan muutoksen tilassa. Tämä vaikeuttaa jäseneltyä arviointia tai jopa tekee sen mahdottomaksi.
- Ehdotukset esitellään vasta sen jälkeen, kun monet päätökset on jo tehty. Terveysvaikutusten arviointivälineissä korostetaan tarvetta selvittää, onko millään taholla tarkoitus toimia arvioinnin suositusten mukaisesti. Suunnitteluprosesseissa, joissa avoimuus on vähäistä, annetaan tietoja ehdotuksesta usein vasta sen jälkeen, kun asiat on jo ratkaistu, mikä mitätöi vaikutusten arvioinnin tehokkaan käytön.
- Ilman nimenomaisia päätöksiä tapahtuva päätöksenteko (*“non-decision decisions”*), jossa asioita jätetään tarkoituksella huomiotta tai niistä ei keskustella. Tällaisten päätösten vaikutukset ovat usein huomattavia, eivätkä ne ole helposti ratkaistavissa. Ne ovat myös terveyserojen tärkeimpiä syitä.

Silloin kun päätöksentekoprosessi ei ole avoin ja muuttuu jatkuvasti, terveysvaikutusten arviointi on olennaisesti erilaista, koska päätöksentekoprosessit ja -kontekstit ovat hyvin erilaisia. Näissä tapauksissa päätöksenteko ei etene lineaarisesti suunnittelun, arvioinnin ja kuulemisen kautta lopullisten päätösten tekemiseen, vaan se on käyttöyhteyden mukaan määrättyvä "pätösten ja toiminnan verkko" (Ham 1993).

Kuvio 2: Päätöksentekosykli



Lähde: (Bridgman & Davis 2006)

Kuviossa 2 esitetyn kaltaiset lineaariset päätöksentekomallit ovat usein houkuttelevia, koska niiden avulla on helpompi ymmärtää tällaisia monimutkaisia verkkoja. Päätöksentekosykliin perustuvan ajattelumallin käytöllä on kuitenkin huomattavia rajoituksia, kun yritetään sijoittaa terveysvaikutusten arviointia ja terveyden tasa-arvon pohtimista päätöksentekoprosessiin. Tämä johtuu siitä, että lineaarinen malli harvoin kuvastaa todellisuutta. Erityisesti kiistanalaiset päätökset ovat harvoin päätöksentekosyklin mukaisten toimenpiteiden tulosta (Everett 2003). Lineaariset mallit voivat kuitenkin olla hyödyllisiä silloin, kun päätettävien asioiden tavoitteista ja päämääristä on sovittu. Valittavasti asia on yhä harvemmin näin, koska hallituksilla on ratkaistavinaan yhä enemmän "huonoja" ongelmia (Stewart-Weeks 2006).

Tällaisia ovat muun muassa seuraavat:

- muuttuvat, yhteen kietoutuneet asiat ja rajoittavat tekijät
- erimielisyys siitä, mistä ongelmassa on kyse
- moninainen joukko toimijoita
- rajalliset resurssit ja poliittiset seurannaisvaikutukset sekä
- lopullisten ratkaisujen puuttuminen ja päätösten tekeminen kiireen sanelemina.

On tarpeen edelleen kehittää mielekkäitä nopeita työtapoja tasa-arvon huomioimiseksi terveysvaikutusten arvioinnissa monimutkaisessa päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä (Lester & Temple 2004, Harris et al. 2006). Terveysvaikutusten arviointi on yhä tärkeä "valvontamenettely", koska silloin kun päätöksenteon avoimuus on vähäistä, kuten usein yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa on, se vaikuttaa sekä positiivisessa että negatiivisessa mielessä epäsuhtaisesti niihin, jotka jo ovat huonommassa asemassa (Scott-Samuel 1998). On kuitenkin tärkeää korostaa, että terveysvaikutusten arviointi yksin tuskin johtaa terveydellisten seurausten laajaan huomioimiseen päätöksenteossa (Kemm 2001).

Nopea tasa-arvopainotteinen terveysvaikutusten arviointi on kaikkea muuta kuin yleislääke ongelmiin, mutta sen avulla voidaan mielekkäästi tarkastella päätösten vaikutusten jakautumista silloin, kun terveysvaikutusten arviointia ei todennäköisesti muutoin sovellettaisi. Kuten Banken on huomauttanut (2001), terveysvaikutusten arvioinnissa ei pyritä ainoastaan muuttamaan yksittäisiä päätöksiä vaan myös avaamaan "pätöksenteon ikkunoita" tulevaisuudessa.

Vastaamattomia kysymyksiä

Tasa-arvonäkökohtien pohdinnan ongelmat liittyvät riittämättömään avoimuuteen – terveysvaikutusten arvioinnissakin tehtävien päätösten taustalla olevia arvoja ei useinkaan ole nimenomaisesti määriteltä, vaikka vaikutusten arviointia usein kuvataan avoimuutta lisäävänä mekanismina. Tämä koskee erityisesti tutkimustiedon ja muun näytön painotusta vaikutusten arvioinnissa. Osaksi kyseessä voi olla arvioijien kokemattomuus, mutta syynä voi olla myös se, että vaikutusten arvioinnin ohjeistuksessa tunnutaan pitävän laskettavissa olevia vaikutuksia tärkeämpänä kuin spekulatiivisia (Scott-Samuel et al. 2001). Tasa-arvopainotteisen vaikutusten arvioinnin haasteena on, että vaikutusten erilaisuus on usein kaikkea muuta kuin selvää ja vielä vähemmän se on laskettavissa olevaa.

Soveltava lisätutkimus on tarpeen, jotta voidaan selvittää, kuinka terveysvaikutusten arvioinnin ja raportoinnin avoimuutta voidaan parantaa.

Johtopäätös

Emme ole sitä mieltä, että terveysvaikutusten arvioinnissa olisi luovuttava tasa-arvon korostamisesta, vaikka se onkin osoittautunut vaikeaksi käytännössä. Sen sijaan korostamme nopean tasa-arvopainotteisen vaikutusten arvioinnin ja vastaavien menettelytapojen käyttöä, koska ne ovat osoittautuneet hyödyllisiksi terveysvaikutusten ja tasa-arvonäkökohtien pohtimisessa vaikeissa päätöksentekotilanteissa.

Lähteet:

- Acheson D (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, Stationery Office: London. Last update 26 November 1998, accessed 30 November 2004.
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>
- Acheson D (2000). Health Inequalities Impact Assessment, *Bulletin of the World Health Organisation*, 78(1): 75-76. Accessed 7 April 2006.
- 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: S27-S30.
- Banken R (2001). *Strategies for Institutionalising HIA*, European Centre for Health Policy, WHO Europe: Brussels. <http://www.euro.who.int/document/E75552.pdf>
- Barnes R and Scott-Samuel A (2002). Health Impact Assessment and Inequalities, *Pan American Journal of Public Health*, 11(5-6): 449-53.
- Blau G and Mahoney M (2005). *The Positioning of Health Impact Assessment in Local Government in Victoria*, Faculty of Health and Behavioural Sciences, Deakin University: Melbourne. ISBN N/A.
<http://www.deakin.edu.au/hmnbs/hia/publications/HIA%20in%20LG%20Report.pdf>
- Blau J, Ernst K, Wismar M, Baro F, Gabrijelcic Blenkus M, von Bremen K, et al. (2006). The Use of Health Impact Assessment Across Europe in Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E and Leppo K (eds.) *Health in All Policies: Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health: Helsinki, 209-230.
- Bridgman P and Davis G (2006). *The Australian Policy Handbook (3rd ed)*. Allen & Unwin Academic: Sydney.
- Douglas M, Conway L, Gorman D, Gavin S and Hanlon P (2004). Achieving Better Health Through Health Impact Assessment, *Health Bulletin*, 59(5): 300-305.
<http://www.scotland.gov.uk/deleted/health/cmobulletin/hb595-06.asp>
- Douglas MJ and Scott-Samuel A (2001). Addressing Health Inequalities in Health Impact Assessment, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(7): 450-451.
- Duncan R (2003). Constructing barriers in the translation and deployment of science: Basslink - A case study, *Australian Journal of Public Administration*, 62(1): 80-87.
- ECHP (1999). *Gothenburg Consensus Paper on Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach*, European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- Everett S (2003). The Policy Cycle: Democratic Process or Rational Paradigm Revisited?, *Australian Journal of Public Administration*, 32(2): 65-70.
- Finer D, Tillgren P, Berenstson K, Guldbrandsson K and Haglund B (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. Accessed 17 May 2006, doi:10.1093/heapro/dai009.
<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/20/3/277>

- Ham C (1993). *Health Policy in Britain (3rd ed)*. The Macmillan Press Ltd: Basingstoke, UK.
- Harris-Roxas B and Simpson S (2004). The New South Wales Health Impact Assessment Project, *NSW Public Health Bulletin*, 16(7-8): 120-123.
<http://www.health.nsw.gov.au/public-health/phb/HTML2005/julaug05html/article10p120.html>
- Harris-Roxas B, Simpson S and Harris E (2004). *Equity Focused Health Impact Assessment: A literature review*, CHETRE on behalf of ACHEIA: Sydney.
[http://hiaconnect.edu.au/files/Harris-Roxas_B_\(2004\)_Equity_Focused_HIA.pdf](http://hiaconnect.edu.au/files/Harris-Roxas_B_(2004)_Equity_Focused_HIA.pdf)
- Harris E, Harris P and 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
- Kasperson R (1983). Acceptability of Human Risk, *Environmental Health Perspectives*, 52: 15-20.
- Kauppinen T and Nelimarkka K (2004). A Review of Finnish Social and Health Impact Assessments, *Journal of Environmental Assessment Policy and Management*, 6(1): 1-17.
- Kauppinen T, Nelimarkka K and Perttilä K (2006). The Effectiveness of Human Impact Assessment in the Finnish Healthy Cities Network, *Public Health*, 120(11): 1033-1041. Accessed 5 September 2006, doi:doi:10.1016/j.puhe.2006.05.028.
- Kemm J (2001). Health Impact Assessment: A tool for healthy public policy, *Health Promotion International*, 16(1): 79-85.
<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/1/79>
- Lester C and Temple M (2004). Rapid Collaborative Health Impact Assessment: A three-meeting process, *Public Health*, 118(3): 218-224. Accessed 22 April 2004, doi:10.1016/j.puhe.2003.08.005.
- Mahoney M (2002). Current Thinking and Issues in the Development of Health Impact Assessment in Australia, *NSW Public Health Bulletin*, 13(7): 167-169.
- Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R and Stewart Williams J (2004). *Equity Focused Health Impact Assessment Framework*, ACHEIA: Newcastle.
http://hiaconnect.edu.au/files/EFHIA_Framework.pdf
- Menzies T (2007). *Reflections on Ways HIA can be Made Most Useful to Local Government in NSW*, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales: Sydney.
- Mittelmark M (2001). Promoting Social Responsibility for Health: Health impact assessment and health public policy at a community level, *Health Promotion International*, 16(3): 269-274. Accessed 17 May 2006.
<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/3/269>
- NSW Health (2004). *NSW Health and Equity Statement: In All Fairness*, New South Wales Health. ISBN 0 7347 3671 1.
<http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/fairnessreport.pdf>
- Scott-Samuel A (1998). Health Impact Assessment: Theory into practice, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(11): 704-705.
- Scott-Samuel A, Birley M and Ardern K (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, 2nd ed. International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT): Liverpool.
- Simpson S, Mahoney M, Harris E, Aldrich R and Stewart-Williams J (2005). Equity-Focused Health Impact Assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities, *Environmental Impact Assessment Review*, 25(7-8): 772-782. Accessed 25 August 2005, doi:10.1016/j.eiar.2005.07.010.
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E and Leppo K (Eds.) (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health: Helsinki.

- Stewart-Weeks M (2006). *From Control to Networks* in Colebatch H (ed.) *Beyond the Policy Cycle: The policy process in Australia*, Allen & Unwin: Sydney, 184-202.
- Stewart Williams J, Aldrich R, Mahoney M, Harris E and Simpson S (2004). *Equity Focused Health Impact Assessment: Working collaboratively for a strategic framework*, ACHEIA: Newcastle.
- Thai Healthy Public Policy Foundation (2005). *Toward Healthy Society: Healthy public policy and health impact assessment in Thailand*. Thai Healthy Public Policy Foundation, Bangkok.
- WHO (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, World Health Organisation: Geneva, accessed 28 February 2006.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf
- 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/
- WHO Europe (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.
- 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>

KOKEMUKSIA TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINNISTA KÄYTÄNNÖSSÄ

Tupakkapoliittisten toimenpiteiden vaikutus

Satu Helakorpi, Kansanterveyslaitos

Tupakoinnin yleisyyteen väestössä vaikuttavat sekä yksilölliset valinnat että yhteiskunnalliset tekijät. Tupakointi on todistetusti tärkein yksittäinen syy ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Se on sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä ja aiheuttaa mm. hengityselinten sairauksia sekä keuhkosyöpää. Tupakointi on yksi keskeisimmistä väestöryhmien välisten terveyserojen selittäjistä.

Tupakoinnin yleisyys

Nykyisin tupakoinnin yleisyys Suomessa on Euroopan alhaisempia. Miehistä 24 prosenttia ja naisista 19 prosenttia tupakoi päivittäin vuonna 2006. Miesten tupakointi on vähentynyt pitkällä aikavälillä. Naisten tupakoinnin yleisyys on pysynyt 1980-luvun puolivälistä alkaen jokseenkin samalla tasolla.

Tupakointi on yleisintä vähemmän koulutetuilla ja koulutusryhmäerot ovat edelleen kasvamassa. Tutkimusjaksolla 2001–05 alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä 39 prosenttia tupakoi. Vastaava osuus ylimmän koulutusryhmän miehistä oli 18 prosenttia. Vähemmän koulutetuista naisista taas tupakoi päivittäin 29 prosenttia tutkimusjaksolla 2001–2005, kun vastaava osuus naisten ylimmässä koulutusryhmässä 12 prosenttia.

Tupakkapoliittiset toimenpiteet

Suomella on pitkä historia tupakoinnin vähentämiseksi tehtyjen toimenpiteiden toteuttamisessa. Vuoden 1976 tupakkalaissa:

- rajoitettiin tupakointia kouluissa, julkisilla paikoilla ja julkisissa kulkuvälineissä
- rajoitettiin mainontaa
- savukeaskeihin sekä tupakkatuotteisiin tuli pakollinen varoitus tupakoinnin vaarallisuudesta terveydelle
- tupakkatuotteiden myynti alle 16-vuotiaille kiellettiin.

Vuoden 1976 tupakkalakiä täydennettiin vuonna 1995 tupakkalailla, jossa:

- säädettiin työpaikkatupakoinnin rajoittamisesta siten, että tupakointi on sallittu ainoastaan erillisissä tupakkahuoneissa tai yksittäisissä työhuoneissa
- nostettiin tupakanmyynnin ikärajaa nuorille 18 vuoteen.

Vuonna 2000 ympäristön tupakansavu luokiteltiin syöpävaaralliseksi aineeksi ja vuoden 1995 tupakkalaki laajeni koskemaan myös ravintoloita. Kesällä 2006 eduskunta hyväksyi tupakkalain muutoksen, jonka vaikutuksesta ravintolat ja muut ravitsemisliikkeet tulevat savuttomiksi kesäkuun alusta vuonna 2007.

Pitkällä aikavälillä vaikuttaneiden tupakkapoliittisten toimenpiteiden vaikutusta tupakoinnin aloittamiseen väestössä voidaan tutkia kohorttitarkastelun avulla. Tupakointia rajoittavien toimenpiteiden mahdollisten vaikutusten voidaan olettaa näkyvän joskus tupakoineiden osuuden alenemisena niissä syntymävuosikohorteissa, jotka ovat olleet tupakoinnin aloittamisen kannalta herkimmissä iässä toimenpiteiden voimaantulon aikana tai sen jälkeen. Tekeillä olevassa väitöskirjatutkimuksessani olen tutkinut tupakkapoliittisten toimenpiteiden vaikutusta tupakointiin. Tupakoinnin yleisyydessä tapahtuneita muutoksia tutkittiin sukupuolen, syntymäkohortin sekä myös sosioekonomisen aseman mukaan ja selvitettiin erityisesti tupakkapoliittisten toimenpiteiden, vuoden 1976 tupakkalain ja sitä täydentävän vuoden 1995 tupakkalain, vaikutuksia tupakoinnin aloittamiseen ja päivittäiseen tupakointiin sekä ympäristön tupakansavulle altistumiseen. Tässä kuvailen tuloksia kahdesta osatutkimuksesta, jotka käsittelevät: 1) vuoden 1976 tupakkalain vaikutuksia tupakoinnin aloittamiseen ja 2) ympäristön tupakansavulle altistumisen muutoksia.

Tutkimusaineistona oli Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK) -aineisto. AVTK- tutkimus on vuosittain keväisin toteutettu postikyselytutkimus 15–64-vuotiaille suomalaisille (otoskoko noin 5000) vuodesta 1978 alkaen. Vastausaktiivisuus on ollut keskimäärin 74 prosenttia.

Miehillä yleinen kehityssuunta oli joskus päivittäin tupakoineiden osuuden väheneminen kohortti kohortilta, kun taas naisilla tupakointi lisääntyi kohortti kohortilta ennen vuotta 1956 syntyneissä kohorteissa. Niissä kohorteissa, jotka olivat kaikkien herkimmissä tupakoinnin aloittamisiässä vuoden 1976 tupakkalain tullessa voimaan - eli 1960-luvulla tai myöhemmin syntyneillä - tupakoinnin aloittaminen oli vähäisempää kuin aiempien syntymävuosikohorttien perusteella laaditun trendiennusteen perusteella oli odotettavissa.

Ympäristön tupakansavulle altistumista töissä tarkasteltiin vuodesta 1985 alkaen vuoteen 2000. Vuonna 1995 altistuminen väheni merkittävästi ja väheneminen jatkui 2000-luvulle tultaessa.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että tupakoinnin vähentämiseksi laadituilla laeilla (vuoden 1976 tupakkalaki ja sitä täydentävä vuoden 1995 tupakkalaki) ja niihin liittyvillä toimenpiteillä oli mahdollista vähentää tupakoinnin aloittamista. Tupakoimattomien altistuminen ympäristön tupakansavulle työpaikoilla väheni vuoden 1995 tupakkalain voimaantulon jälkeen.

Lähteet:

Corrao, MA, Guindon, GE, Sharma, N, Shokoohi, DF, eds. (2000). *Tobacco control country profiles*. Atlanta, GA: The American Cancer Society.

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi: Tupakkaverkko. Available at: <http://www.tupakka.org>. Accessed March 2007.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. (2007). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2006*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B1.

Helakorpi S., Patja K., Prättälä R, Uutela A. (2005). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B18.

Jousilahti P, Helakorpi S. (2002). Prevalence of exposure to environmental tobacco smoke at work and at home - 15-years trends in Finland. *Scand J Work Environ Health*; 28 (suppl 2):16 – 20.

Helakorpi S, Martelin T, Torppa J, Patja K, Vartiainen E and Uutela A (2004). Did Finland's Tobacco Control Act of 1976 have an impact on ever smoking? An examination based on male and female cohort trends. *J Epidemiol Community Health*; 58:649-654.

Kaavoittajien ja ympäristöterveysviranomaisten yhteistyö kunnissa

Lasse Peltonen, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus, Teknillinen korkeakoulu

Ympäristöterveys yhdyskuntasuunnittelussa (YTYS) -hanke toteutettiin vuosina 2004 - 2005 Teknillisen korkeakoulun yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskuksen (YTK) toimesta. Pilottihankkeen taustalla oli Kymenlaakson maakuntaa koskeva ympäristöterveysohjelma (KYTO) vuosille 2003 - 2007, jonka laatimiseen olivat osallistuneet Kymenlaakson 12 kuntaa yhdessä. Ympäristöterveys yhdyskuntasuunnittelussa (YTYS) -hankkeen tavoitteena oli jäsentää ja analysoida yhdyskuntasuunnittelun ja ympäristöterveyden välisiä kytkentöjä. Hankkeessa keskityttiin kolmeen pääkysymykseen: 1) minkälaisia ympäristöterveyden erityiskysymyksiä liittyy yhdyskuntasuunnitteluun Kymenlaaksossa, 2) millaisia ovat suunnittelijoiden ja ympäristö-terveydenhuollon toimijoiden käsitykset ympäristöterveydestä ja terveyden edistämisen keinoista ja 3) mitkä ovat viranomaisyhteistyön kehittämismahdollisuudet. Aihepiiriä selvitettiin alueella toimivien maankäytön ja ympäristöterveyden ammattilaisten haastatteluilla.

Hankkeessa nostettiin perinteisen terveyshaittoja vähentävän suunnittelun rinnalle terveyttä edistävä yhdyskuntasuunnittelu.

TERVEYSHAITTOJA VÄHENTÄVÄ SUUNNITTELU	TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ SUUNNITTELU
Rajattu ympäristöterveyden käsite	Laaja ympäristöterveyden käsite
Toimintaa ohjaavat ohje- ja raja-arvot	Toimintaa ohjaavat elinympäristön laatu-tekijöiden sekä ihmisten toimintojen ja kokemusten huomioon ottaminen
Haittojen ja riskien minimointi ja hallinta	Terveellisten elämäntapojen mahdollistaminen
Huomio välittömissä terveyshaitoissa ja –riskeissä	Huomio terveyteen vaikuttavissa välillisissä tekijöissä (kuten yhdyskuntarakenne, asuinalueen ominaisuudet)
Sektorikohtainen asiantuntemus (vakiintuneet professiot hallitsevat alan tietämystä)	Monialainen asiantuntemus (uusien toimijoiden ja asiantuntemuksen alojen muukaantulo)

Terveyshaittoja vähentävän suunnittelun haasteita Kymenlaaksossa ovat **pohjavesialueiden suojele, radonhaittojen minimoiminen, saastuneet maa-alueet** (vanhat teollisuusalueet, saha-alueet, rautatiealueet, satama-alueet, vanhat kaatopaikat), **meluhaitat** (pienteollisuuden meluhaitat, asuinalueiden liikennemelu, ratamelu, myös radan tärinä), **liikenteen haitat** (pakokaasut, saasteet, pöly, hiukkaset, transitoliikenteen riskit mm. vaarallisten aineiden kuljetukset, onnettomuus- ja katastrofiriskit) sekä **teollisuuslaitosten haitat ja riskit** (onnettomuus- ja katastrofiriskit, teollisuuslaitosten toiminnan muutokset ml. laajennukset vanhoilla paikoilla).

Keskeisiä terveyttä edistävän suunnittelun tavoitteita Kymenlaaksossa ovat viihtyisyys, sosiaalinen terveys ja liikenneympäristön parantaminen. Viihtyisyyttä voidaan edistää mm. kiinnittämällä huomiota asuinalueiden yksityiskohtaiseen suunnitteluun, maisemallisiin tekijöihin, lähiympäristön ja rakentamisen laatuun sekä kartoittamalla hiljaisia alueita. Sosiaaliseen terveyteen vaikuttavat esimerkiksi alueiden turvallisuus, paikallisen identiteetin merkitys sekä Kymenlaakson ”välitön ja rento” kulttuuri. Liikkumiseen liittyviä parannuksia ovat puolestaan liikkumisen esteettömyys asuinalueilla, liikennetarpeen vähentäminen (yhdyskuntarakenteen eheyttäminen, täydennysrakentaminen) sekä joukkoliikenteen ja kevyen liikenteen tukeminen.

Haasteiksi alueen suunnittelukäytännöissä osoittautuivat yhteistyö kaavoitustoimen ja ympäristöterveysviranomaisten välillä, asenteet (ammattikuntien arvostus ja tuntemus), olennaisen tiedon saatavuus ja välittyminen sekä resurssipula. Kuntien heikentynyt taloudellinen tilanne on heijastunut myös ympäristöterveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ym. määrärahoihin. Vähentyneet määrärahat ovat aiheuttaneet mm. sen, että valvonnan edellyttämiä viranomaistutkimuksia tehdään kunnissa entistä vähemmän. Lisäksi Kymenlaakson kuntien ympäristöterveydenhuollon voimavarojen niukkuuden on koettu vähentävän ensisijaisesti aktiivista neuvontaa, ennaltaehkäisevää toimintaa sekä tiedottamista, jotka ovat oleellinen osa ympäristöterveydenhuollon toimintaa. (KYTO-ohjelma 2003-2007, s. 45)

YTYS -hankkeen myötä nostettiin esiin seitsemän kehittämisaluetta, joihin liitettiin seuraavia kehittämisehdotuksia:

1. Ympäristöterveys mukaan kaavoitukseen varhaisessa vaiheessa
 - ympäristöterveysnäkökohdat esiin kaavojen osallistumis- ja arviointisuunnitelmiin
 - ympäristöterveys näkyviin kaavoitukseen liittyvissä osallistumistilaisuuksissa
 - vaikutusten arviointitarpeen kartoittaminen yhteistyössä (kaavoitus, terveystarkastajat, mahdollisesti myös naapurikunnat)
2. Virallinen ja epävirallinen vuorovaikutus
 - kaavoituksen viranomaisneuvottelut kaavoituksen käynnistyessä
 - kunnan ja Kaakkois-Suomen ympäristökeskuksen väliset kehittämiskustelut vuosittain
 - kunnan kaavoittajien ja ympäristöterveysviranomaisten säännölliset palaverit ja henkilökohtainen yhteydenpito
 - epävirallisten tapaamisten roolin korostaminen
3. Ympäristöterveysviranomaisen ”uusi rooli”
 - pois byrokraattisesta ”valvojan” roolista
 - lausunnoista elävään vuorovaikutukseen
 - aktiivinen, neuvotteleva, ajatuksia herättävä

- liikkuvuus hyödyksi ympäristöterveyden jatkuvassa kartoittamisessa (”toimintatutkimus”)
 - seuranta tärkeä osa
4. Ammattiryhmien koulutus ja täydennyskoulutus
 - tietoisuuden lisääminen eri ammattiryhmien näkökulmista
 - tietoisuuden lisääminen ammattikuntia ohjaavista säännöksistä ja toiminnan ehdoista
 5. Hallinnolliset ja organisatoriset ratkaisut
 - ympäristöterveyden näkökulman sijoittaminen organisatorisesti ja fyysisesti lähelle yhdyskuntasuunnittelun toimijoita (esim. tekninen virasto) kunnassa.
 - säännöllisten rutiinien kehittäminen yhteydenpidon ja tiedonkulun takamiseksi
 6. Seudullinen yhteistyö ja alueellinen näkökulma
 - käytäntöjen jatkuva vertaaminen (benchmarking)
 - alueellinen seuranta
 - yhteisesti resurssoidut selvitykset - tehokkuus
 - yhteinen ohjelmatyö
 7. Tiedon välittyminen suunnitteluun
 - verkostojen kehittäminen ja laajentaminen
 - tiedon markkinointi
 - uusien tiedonvälityskanavien luominen.

Seudullisen ja alueellisen yhteistyön merkitys ympäristöterveyskysymyksissä liittyy paitsi alueen yhteiseen ohjelmatyöhön, verkostoitumiseen, kokemusten vaihtoon myös resurssien yhteiseen käyttöön. Esimerkiksi Kymenlaakson alueella seudullista yhteistyötä puolusti monien yhteisten haasteiden olemassaolo.

Lähteet:

KYTO-ohjelma: Kymenlaakson ympäristöterveysohjelma 2003-2007.

<http://www2.kotka.fi/kuntatoimisto/html/kuvala/2003/23091800.1/txt137.htm>

Sairinen Rauno, Manninen Rikhard, Peltonen Lasse, Wiik Maarit (2006). Ympäristöterveys yhdyskunta-suunnittelussa: Näkökulmia hyvinvointia edistävään elinympäristöön. *Suomen ympäristö* 13, Ympäristöministeriö, Helsinki.

Terveysvaikutusten arviointi Helsingissä

Riitta Simoila, Helsingin terveystakeskus

Helsingissä asui vuoden 2007 alussa vakituisesti 564 600 asukasta (Helsingin kaupungin tietokeskus). Heistä 86,2 % on suomenkielisiä, 6,2 % ruotsinkielisiä ja 7,6 % muita kieliä äidinkielenään puhuvia. Lähes puolet helsinkiläisistä asuntokunnista on yksinasuvia. Pääkaupunkiin kasautuu sekä poikkeuksellista hyväosaaisuutta (keskimäärin korkea koulutustaso) että huono-osaaisuutta (pitkäaikaistyöttömyyttä, asunnottomuutta, kaupunkiköyhyyttä). Helsinkiläisten elinajan odote on 77,9 vuotta, mikä on noin vuoden lyhyempi kuin maassa keskimäärin.

Helsingin kaupungilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa helsinkiläisten terveyden edellytyksiin kaikkien hallintokuntiensa kautta. Helsingin kaupunginhallituksen esityksen (27.2.2006) mukaan ”Terveyden edistämistä korostetaan kaikessa kaupungin toiminnassa”. Terveystakeskuksen rooli on keskeinen muiden hallintokuntien mukaan saamisessa terveyden edistämistoimintaan.

Helsingin terveystakeskus

Helsingin terveystakeskus huolehtii kaupunkilaisten terveystalvelujen järjestämisestä. Terveystakeskuksen järjestämiä talveluja käytti vuonna 2006 yhteensä 407 272 helsinkiläistä (72 %). Terveystakeskuksen **perustehtävänä on edistää helsinkiläisten terveyttä** ja järjestää yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa tarpeellinen sairauksien hoito.

Kriittisiksi menestystekijöiksi vuosina 2007–2009 on määritelty seuraavat asiat:

- Terveystakeskusta johdetaan toiminnallisena ja taloudellisena kokonaisuutena.
- Henkilöstön saatavuus, osaaminen ja työpanoksen kohdentaminen ydintehtäviin turvataan.
- Talvelujen tuottavuutta parannetaan uusilla innovatiivisuuden rohkaisevilla työtavoilla.
- Talvelut tuotetaan strategisella kumppanuudella HUS:n, sosiaaliviraston ja pääkaupunkiseudun kuntien kanssa.
- Muut hallintokunnat tehostavat terveyden edistämistyötään.

Terveystakeskuksen strategian mukaan terveyttä edistetään ja terveyseroja vähennetään mm. positiivisen diskriminaation avulla, elintapamuutoksien tukemisella ja kansansairauksien ehkäisyllä sekä vahvistamalla terveyden edistämisen rakenteita.

”Terveystakeskus lisää helsinkiläisten terveyden edellytyksiä vaikuttamalla siihen, että Helsingin kaupungin hallintokunnat ottavat toiminnassaan huomioon päätöstensä terveystalvelut.”

Miten TVA:n harjoittamista on arvioitu Helsingissä?

1. Helsingin terveystakeskus teki kokousasiakirjoihin perustuvan selvityksen vuonna 2005 siitä, miten Helsingin kaupungin muut kuin terveydenhuollon päätöksentekijät ottavat huomioon päätöstensä terveystalvelut. Selvitykseen kerättiin 568 kaupunginvaltuuston, kaupunginhallituksen, sosiaali-, ympäristö-, liikunta-, opetus-, kaupunkisuunnittelu- ja rakennuslautakunnan asiakirjaa ajalta 1.1.2002–31.10.2004. Aineistolle tehtiin sisällön erittely niistä asioista, jotka aiheensa perusteella arvioi-

tiin terveysvaikutteisiksi. Sen jälkeen arvioitiin, onko päätöksiä perusteltu asian vaikutuksella terveyteen sinänsä, terveyttä määrittäviin taustatekijöihin ja oliko nimetty kohderyhmä.

Selvityksessä löydettiin 562 terveysvaikutteista asiakohtaa, joista 25 % kuului sosiaalilautakunnan, 18 % ympäristölautakunnan, 16 % kaupunkisuunnittelulautakunnan ja 16 % kaupunginhallituksen käsittelemiін asioihin. 54 % asioista käsitteli elinympäristöä, 12 % elinoloja ja 12 % elämäntapoja. Kaikkiaan terveysvaikutusten arviointia oli havaittavissa 3 %:ssa käsitellyistä asioista. Tämän selvityksen johtopäätös oli, että terveysvaikutusten arviointia tulee lisätä ja käyttää päätöksenteon pohjana. Lisäksi päätettiin käynnistää pilottihanke opetusviraston kanssa terveysvaikutusten arvioinnista.

2. Vuonna 2006 opetusviraston kanssa tehdyllä pilottihankkeella selvitettiin, miten Helsingin opetusviraston päätösesityksissä otetaan huomioon päätösten terveysvaikutukset. Tarkastelun kohteena oli myös se, millaisissa asioissa terveysvaikutuksia on otettu huomioon ja mihin terveyteen liittyviін 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.

Helsingin opetusviraston pilottihankkeesta tehtiin kokousasiakirjoihin perustuva tutkimus. Aineisto koostui opetuslautakunnan sekä suomen- että ruotsinkielisen jaoston esityslistoista (14 kpl) syys- ja joulukuun 2006 väliseltä ajalta, joissa oli yhteensä 170 käsiteltyä asiaa. Lopullisen aineiston muodostivat 38 esityslistoilta löytynyttä terveysvaikutteista asiakohtaa. Tutkimusmenetelmänä oli sisällönanalyysi ja tutkimusaineistoa analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Pilottihankkeen aikana oli tehty terveysvaikutusten arviointia hiukan yli puolelle (55 %) käsitellyistä terveysvaikutteisista asioista. Tulosten perusteella voidaan 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 erikoisasiantuntemusta kuin välillisiä terveysvaikutuksia (esim. koulujen loma- ja työajat tai koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta).

Johtopäätöksiä ja terveysvaikutusten arvioinnin haasteita

Useimmissa Suomen kunnissa TVA:a tukevien välineiden ja rakenteiden kehittäminen on vasta käynnistymässä. Tästä näkökulmasta arvioituna Helsingin opetusviraston pilottihanke oli hyvä avaus terveysvaikutusten huomioon ottamisessa Helsingin kaupungin päätöksenteossa. Pilottihanke todentaa vaikutusten arvioinnin haasteellisuutta ja antaa viitteitä, mitä asioita vaikutusten arvioinnin juurruttaminen osaksi organisaation vakiintunutta toimintaa edellyttää.

Koska terveysvaikutusten arviointi teettää lisätyötä päätösten valmistelijoille, kaivattiin perusteluja sille, miksi juuri terveysvaikutuksia pitäisi arvioida (entäpä talous-, ympäristö-, yritys-, työllisyys-, aluevaikutukset ym.). Eri hallinnonalojen johto, päätösten valmistelijat ja päättäjät tarvitsevat konkreettista koulutusta vaikutusten arvioinnista. Jotta valmistelun laatua voidaan nostaa vaikutusten arvioinnit ja erilai-

set vaihtoehdot paremmin esiintuoviksi, tarvitaan valmistelutyöhön soveltuvia selviä ohjeita vaikutusten arvioinnista. Yhteistyö terveysvaikutusten arvioinnissa terveys-toimen 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.

Miten Helsinki jatkaa?

Opetusviraston kanssa tehdystä pilottihankkeesta on valmistumassa kirjallinen arvio (Terveysvaikutukset ja kunnallinen päätöksenteko, Helsingin opetusviraston pilottihanke, Tukia Helena, Simoila Riitta & Oulasvirta Leena 2007), joka viedään tiedoksi terveyslautakunnalle ja sen jälkeen kaupunginhallitukselle.

Helsingin opetusviraston pilottihankkeesta saatujen kokemusten perusteella terveysvaikutusten arvioinnissa kannattaa edetä asteittain. Helsingin kaupungin hallintokunnissa voitaisiin ottaa käyttöön nopean ennakoarvioinnin -malli. Tällöin päätösesitysten vaikutuksia tunnistettaisiin nopean arvion avulla ja tarvittaessa edettäisiin tarkempaan ja laajempaan vaikutusten arviointiin.

”Terveyskeskus selvittää vuonna 2008, millaisia toimenpiteitä muut hallintokunnat ovat käynnistäneet tehostaakseen terveysvaikutusten huomioon ottamista päätöksenteossa.” (Terveyskeskuksen strategia 2008–2010)

Lisätietoja: www.hel.fi/terveyskeskus

Ihmisiin kohdistuva vaikutusten arviointi (IVA) lautakuntatyössä Kauniaisissa

Ulla Tikkanen, Kauniainen

Kauniaisten kaupunki on osallistunut jo vuodesta 2004 yhtenä pilottikuntana neljän muun kunnan ja yhden seutukunnan kanssa Terveiden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen kunnassa (TEJO)- hankkeeseen, jota koordinoi Stakes. Osana hanketta on otettu käyttöön hyvinvointijohtamisen työvälineitä, joista yksi on ennakoarvioinnin, Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin (IVA), käyttöönotto lautakuntatyössä jo siinä vaiheessa, kun päätöksiä valmistellaan. Kauniaisissa sosiaali- ja terveyslautakunta on sitoutunut IVA:n käyttöön lautakuntatyössä, samoin liikunta- ja nuorisolautakunnat.

TEJO- hankkeen aikana Kauniaisissa on valmistettu hyvinvointikertomus, jossa hyvinvoinnilla tarkoitetaan ”ihmisen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä olotilaa, jota leimaavat hyvä olo, terveys ja tasapaino ihmisen itsensä ja hänen ympäristönsä välillä”. Hyvinvoinnin taustatekijöinä kuvattiin hyvinvointikertomuksessa mm. elinympäristö ja

elinolot. Hyvinvoinnin ilmenemistä kuvattiin elintapojen, elämänhallinnan ja terveyden osoittimien avulla. Näiden pohjalta loimme kehikon, jonka avulla valmistelija voi nopeasti tarkistaa, onko valmisteltavalla asialla vaikutusta hyvinvoinnin eri osa-alueisiin (kyllä/ei). Mahdollisia vaikutuksia pohditaan eri-ikäisen väestön tai erityisryhmiä edustavien väestöryhmien, elinympäristön, elinolojen tai -tapojen, elämänhallinnan tai hyvinvointipalvelujen kautta kuntalaisten hyvinvointiin tai terveyteen. Nopea ennakoarviointi toteutetaan, jos vaikutus kohdentuu yhteenkin osa-alueeseen ja päätöksellä on merkittäviä vaikutuksia ihmisiin.

Kauniaisissa nopeaa IVA:a on käytetty sosiaali- ja terveyslautakunnassa päiväkodin johtajuuden muutosten tarkastelussa. Suuri osa päiväkodin johtajista teki johtajan työn lisäksi työtä täysipainoisesti myös lapsiryhmässä. Muutos koettiin tarpeelliseksi, koska lasten näkökulmasta haluttiin varmistaa lasten turvallisuus ja varhaiskasvatuksen laatu ja henkilökunnan näkökulmasta uusien työvälineiden käyttöönotto ja mahdollisuus vastata lisääntyneisiin vaatimuksiin työajan puitteissa. Tavoitteena on lakisääteisen henkilöstön turvaaminen lapsiryhmissä sekä päivähoitopalvelujen kehittämisen ja suunnittelun turvaaminen.

Päivähoidon IVA:n eteni viiden vaiheen kautta. Valmistelija (päivähoitopäällikkö) *pääteti ennakoarvioinnin käytöstä*. Vertailtavina vaihtoehtoina kuvattiin nykytilanne ja johtamisen yhdistämisen malli. *Vaihtoehtojen kuvaamiseen ja tiedon hankkimiseen* osallistui alusta alkaen päivähoidon johtoryhmä, johon kuuluvat päivähoitopäällikön lisäksi kaikki päiväkotien johtajat. Näin käsittely oli avointa, erilaiset näkemykset saatiin esiin ja vaihtoehdot hahmottuivat monipuolisesti. Johtoryhmässä tehty *vaihtoehtojen muodostaminen ja vaikutusten tunnistaminen ja arviointi* tarkensi vaikutusten analyysiä, jolloin oletetut vaikutukset vähenivät ja alkoi muodostua yhteisiä näkemyksiä. Muutoksen vaikutuksia arvioitiin lapsiin ja perheisiin, henkilöstöön, esimiehiin ja talouteen. Myös *esityksen muotoilu lautakuntapäätökseen* jäsenyi ja helpottui. Vaihtoehtojen arviointitaulukko liitettiin esitykseen. Päivähoitopäällikkö esitteli asian *lautakunnassa*, jossa *käsittely* sujui nopeasti. Lautakunnan jäsenet olivat yksimielisiä siitä, että IVA:n käyttö oli helpottanut päätöksentekoa merkittävästi.

Nopean IVA:n käytön etuina on se, että menetelmä lisää ja parantaa tietoa muutoksen vaikutuksista, lisää henkilöstön osallistumista ja toimii henkilökunnan voimaantumisen välineenä. Sen avulla voidaan vahvistaa myönteisiä ja heikentää kielteisiä vaikutuksia sekä parantaa edellytyksiä sovitella ristiriitaisia näkökantoja ja tavoitteita. IVA:n käytöllä voidaan parantaa herkkien väestöryhmien, esim. lasten, vammaisten ja vanhusten asemaa. Ennakoarvioinnilla voidaan ottaa huomioon mahdolliset riskit ja uhat ja varmistaa, että ne eivät toteudu. Myös tämän IVA-prosessin aikana esille tuli asioita, joita päivähoitossa tulee kehittää uuden mallin onnistumisen varmistamiseksi. Näin siitä on apua myös päätetyn muutosprosessin toteuttamisessa.

Kauniaisissa kokemus nopean IVA:n käytöstä lautakuntatyössä oli kannustava ja innostava. IVA:sta ei aiheutunut suurta lisätyötä eikä se vienyt enempää aikaa kuin hyvä asioiden valmistelu yleensä. Ennakoarviointi edellyttää valmistelijalta jäntevää ja monipuolista valmistelua. Se jäsentää asiaan liittyviä näkemyksiä ja pakottaa pohtimaan asiaa eri näkökulmasta, jolloin arviointi ei jää yleisten olettamusten ja ennakoasenteiden varaan. Päivähoidon esimiehet osallistuivat kaikki arviointiprosessiin, mikä auttoi yhteisen näkemyksen saavuttamisesta asiassa, johon sisältyi myös ristiriitoja. Tässä valmisteluprosessissa jokainen koki voineensa vaikuttaa päätökseen, mikä on tärkeää muutosprosessin onnistumiselle. Myös lautakunta piti valmistelua hyvänä ja totesi sen auttaneen asian hahmottamisessa ja päätöksen tekemisessä.

Terveyserot osana terveysvaikutusten arviointia käytännössä

Tuulia Rotko, Stakes

Johdanto

Edellisessä esityksessäni 'Terveysvaikutusten arviointi ja sosioekonomiset terveyserot' (s. 15 tämä raportti) kuvasin, mitä sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan, kuinka suuria nämä erot ovat Suomessa, miksi terveyserot ovat ongelma ja mitkä ovat terveyseroja määrittäviä tekijöitä. Tässä pyrin esittelemään terveysvaikutusten arviointia enemmän käytännöllisenä toimintana.

Terveysvaikutusten arviointi (TVA) on suunnittelun ja päätöksenteon apuväline, jonka avulla voidaan järjestelmällisesti ennalta arvioida ja tehdä tunnetuksi politiikan, ohjelman, suunnitelman tai hankkeen toteuttamisesta aiheutuvia merkittäviä (myös tahattomia) vaikutuksia, jotka kohdistuvat ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Jotta huomiota kiinnitettäisiin paitsi terveyden tasoon yleensä myös sen epätasaiseen jakautumiseen väestössä, terveyserojen tarkastelun näkökulma tulee sisällyttää osaksi terveysvaikutusten arviointia. Tämän menetelmän avulla voidaan kohdistaa huomion myös terveyteen vaikuttaviin taustatekijöihin ja tehdä terveyserot näkyviksi, jolloin on mahdollista etsiä ratkaisuja tai keinoja lieventää haitallisia seurauksia. Suomessa sosioekonomisia terveyseroja ei ole juuri otettu toistaiseksi huomioon terveysvaikutusten arvioinnissa ainakaan tavoitteellisesti ja systemaattisesti.

TEROKA-hankkeen (Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa) osahanke TEVA:n (terveyserojen huomioon ottaminen osana terveysvaikutusten arviointia) tarkoituksena on edistää terveysvaikutusten arviointimenetelmän käyttöä ja tarjota tukea ja materiaalia terveyserojen huomioon ottamiseksi. Tämän osahankkeen jatkosuunnitelmassa on kokemusten kerääminen käytännössä ja työkalun kehittäminen terveyserojen huomioon ottamiseksi osana terveysvaikutusten arviointia. Tämä on tarkoitus käynnistää pilottihankkeella Kainuun maakuntayhtymän kanssa. Ensimmäisessä vaiheessa tehdään jälkikäteisarviointia siitä, miten terveyserot olisi voinut ottaa huomioon esim. hyvinvointitavoitteissa tai mitä vaikutuksia Kainuussa tehdyillä päätöksillä on mahdollisesti ollut terveyseroihin? Tämän perusteella kehitetään työkalua ennakoarvioinnin käyttöön. Toisessa vaiheessa aloitetaan uusi ennakoarviointi, jossa työkalua voidaan testata. Kainuussa kerätty alueellinen tietopohja terveyseroista auttaa vaikutusten arviointia. Kokemuksia kerätään myös yhteistyössä Terve kunta –verkoston kanssa, jossa tavoitteena on toteuttaa terveyserojen huomioon ottaminen kuntien lautakuntapäätösten valmistelussa.

Miten terveyserot voidaan ottaa huomioon TVA-menetelmässä?

Sosioekonomisten terveyserojen tulisi olla lähtökohtaisesti terveysvaikutusten arvioinnin kohteena. Tärkeää on myös se, että terveyseronäkökulma on systemaattisesti mukana kaikissa terveysvaikutusten arvioinnin vaiheissa. Quigleyn et al. (2005) mukaan huomio voidaan kohdistaa erityisesti sosioekonomisiin terveyseroihin seuraavien kysymysten ja ohjeiden mukaan vaikutusten arvioinnin eri vaiheissa.

- 1) Arvioinnin tarpeellisuuden määrittely ja suunnittelu
 - Onko ehdotuksella todennäköisiä vaikutuksia terveyseroihin?
 - Millä tekijöillä on suurimmat vaikutukset oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon?

2) Vaikutusten tunnistaminen ja rajaaminen

- Tarjotaan osallistujille riittävästi tietoa terveyseroista ja niihin vaikuttavista tekijöistä (determinanteista) ja varmistetaan, että terveyserot todella otetaan huomioon osana TVA:ta
- Tunnistetaan väestön osaryhmiä, joihin ehdotuksen vaikutukset erityisesti kohdistuvat ja joihin TVA:n tulisi keskittyä. Nämä osaryhmät tulee määritellä tarkasti mm. sosioekonomisen aseman mukaan
- Yksilöidään, mitkä terveyseroihin vaikuttavat tekijät erityisesti ovat yhteydessä ko. ehdotukseen

3) Vaihtoehtojen muodostaminen ja kuvaaminen

- Arvioidaan terveyseroja systemaattisesti
- Tarkastellaan, miten terveyden determinantit vaikuttavat nykyisiin terveyseroihin
- Arvioidaan, miten muutokset terveyden determinanttien esiintyvyydessä saattavat vaikuttaa terveyseroihin sosioekonomisten ryhmien välillä

4) Vaikutusten ja vaihtoehtojen arviointi

- Kaikissa kirjallisissa raporteissa selitetään tarkkaan, miksi ja kuinka terveyserot otettiin huomioon

5) Raportointi ja suositusten antaminen

- Mitä erityisesti terveyseroihin kohdistuvia suosituksia hyväksyttiin ja otettiin käyttöön päätöksenteossa?

Terveyserot osana TVA-menetelmää muissa maissa

Huomiota on kiinnitetty terveyseroihin osana terveysvaikutusten arviointia ainakin Australiassa, Iso-Britanniassa ja Ruotsissa.

Australialaisten tekemä kirjallisuuskatsaus (Harris-Roxas et al. 2004) kohdistui terveyden tasa-arvoon osana terveysvaikutusten arviointia (Equity-Focused Health Impact Assessment). Equity-käsitteellä viitataan tässä niin sukupuolen ja etnisen taustan kuin sosioekonomisten ryhmien välisiin terveyseroihin. Näkökulma oli siis laajempi kuin sosioekonomiset terveyserot (Health Inequality Impact Assessment), mutta myös nämä sisältyivät tähän tarkasteluun. Selvityksessä kerättiin raportoitua tietoa terveysvaikutusten arvioinneista tieteellisten lehtien julkaisuista, kansallisista raporteista sekä haastattelujen avulla. Katsauksessa löytyi 579 aihepiiriin kuuluvaa raporttia, joista 42 sisälsi terveyden tasa-arvoon kohdistuvia kuvauksia. Näistä 57 prosenttia oli peräisin Iso-Britanniasta ja 79 prosenttia oli julkaistu viimeisen kolmen vuoden sisällä.

Seuraavassa muutama käytännön esimerkki terveyseroihin kohdistuvista tarkasteluista Iso-Britanniasta.

Finningley Airport, Doncaster, England

Suunnitellun lentokentän lähialueella on runsaasti työttömiä hiilikaivostyöläisiä. Tärkein positiivinen terveysvaikutus arvioitiinkin olevan työllisyyden paranemisella. Tällä on erityinen vaikutus terveyseroihin, mikäli onnistutaan työllistämään lähialueiden asukkaita uudelleen koulutuksen avulla ja varmistamaan hyvät liikenneyhteydet asuinalueiden ja lentokentän välillä. (Abdel Aziz et al. 2000)

Perusterveydenhuollon palveluihin investoimisen toimintasuunnitelma, Plymouth, England (Elliston, 2003)

Ennen TVA:n käynnistämistä varmistettiin, että se otetaan huomioon päätöksenteossa. Tätä terveysvaikutusten arviointia tarkasteltiin terveyserojen näkökulmasta Quigley et al. (2005) artikkelissa, jonka mukaan tämä TVA onnistui vaikuttamaan paikalliseen politiikkaan erityisenä kohteenaan huono-osaisimmat väestöryhmät (mm. lapsiperheet, lapset ja nuoret, (fyys. ja psyyk.) vajaakuntoiset, heikkokuntoiset vanhukset, etniset vähemmistöt).

- Asetettiin selkeät tavoitteet ja päämäärät kattamaan TVA:n rooli terveyserojen huomioimisessa
- Tavoitteena oli vähentää vallankäytön epätasa-arvoa sisällyttämällä asukkaiden äänet ja kokemusperäinen tieto TVA-prosessiin
- Saatiin huono-osaisimmat väestöryhmät osallistumaan päätöksentekoprosessiin TVA:n kautta (edustajia Social Inclusion Partnershipin joukosta, johon osallistuu sata organisaatiota asukasryhmistä, vapaaehtoiselta ja lakisääteisistä palveluntarjoajista)
- TVA:sa myös yksilöitiin toimintamahdollisuuksia ja kehitettiin suosituksia (16 politiikan arviointikysymystä), jotka kohdistuivat erityisesti terveyseroihin (esim. mikä osuus väestöstä on julkisen liikenteen varassa (ja siksi potentiaalisesti haavoittuvassa asemassa) päästäkseen LIFT-keskuksiin? tai miten varmistetaan, että koordinointi ja uusien palvelujen kehittäminen Plymouthin useiden keskusten välillä, jotta haavoittuville väestöryhmille ei koidu terveyshaittaa?).

Manchester Airport, England

Terveysvaikutusten arviointi Manchesterin lentokentän toisen kiitotien rakentamisesta (Will et al. 1994). Tämän terveysvaikutusten arvioinnin tuloksena syntyi mm. seuraavia terveyserojen kannalta oleellisia suosituksia (Metcalf et al. 2006):

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

Monissa englantilaisissa terveysvaikutusten arvioinneissa terveyserojen kannalta keskeistä on ollut huono-osaisten osallistuminen ja sitoutuminen prosessiin.

Esimerkiksi Ruotsissa on kehitetty kuntaliiton ja maakuntapäivien yhteistyönä oma kansallinen malli myös terveyserot huomioon ottavaan terveysvaikutusten arviointiin. Tämä työkalu julkaistiin keväällä 1998 (Sveriges Kommuner och Landsting 1998) ja se koostuu kolmesta osasta:

- 1) peruskysymys "miten ko. päätös vaikuttaa eri väestöryhmiin?" (Vaikuttaako päätös sosiaalisiin ympäristöihin? Vaikuttaako päätös joihinkin riskitekijöihin? Onko päätös kunnan terveystavoitteiden mukainen?)
- 2) terveismatriisi, jossa tarkastellaan (taulukoidaan + ja - merkeillä) pitkän ja lyhyen aikavälin vaikutuksia sekä jonkin erityisryhmän että koko väestön kannalta seuraavista aihekokonaisuuksista: demokratia/mahdollisuus käyttää vaikutusvaltaa /tasa-arvo; taloudellinen turvallisuus; työllisyys/mielekäs toiminta/koulutus; sosiaaliset verkostot; terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuus/pääsy; tulevaisuuden usko/elämän tarkoitus; fyysinen ympäristö; elintavat
- 3) terveysanalyysi, joka on TVA:n yhteenveto ennen päätöksentekoa.

Haasteita Suomessa

- Miten terveyserojen kaventaminen saadaan kuntien omaksi tavoitteeksi?
- Miten saadaan TVA-menetelmä käyttöön kunnissa?
- Integroinnin tarve, nyt terveysvaikutuksia arvioidaan monilla eri nimillä
- Menetelmän puutteellinen koordinaatio: asiantuntijuus, tuki, tietopankki
- Koulutuksen järjestäminen: miten? ja ketä tulisi kouluttaa?
- Tutkimuksen puute: tarvetta selvittää, mitä tuloksia terveysvaikutusten arvioinnilla on saatu aikaan.

Lähteet:

- Abdel Aziz M; Radford J and McCabe J (2000). *Health Impact Assessment, Finningley Airport*. On behalf of Finningley HIA Steering Group & HIA Working Group. Doncaster Health Authority. http://www.phel.gov.uk/hiadocs/79_finningley_airport_hiareport.pdf
- 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
- 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).
- Metcalf O., Higgins C., Doyle C. and McDowell S. (2006). *Health Impact Assessment Guidance*. The Institute of Public Health in Ireland on behalf of the Ministerial Group on Public Health.
- Quigley R, Cave B, Elliston K, Pratt A, Vohra S and Taylor L (2005). *Practical lessons for dealing with inequalities in health impact assessment*. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk
- Sveriges Kommuner och Landsting (1998). *Focusing on health: How can the health impact of policy decisions be assessed*; Landstings Forbundet, Svenska Kommunförbundet, Sweden. <http://www.skl.se>
- 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.

TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINTIMENETELMÄN KÄYTÖN HAASTEITA

Kokemuksia eri ministeriöiden omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa terveyteen

Timo Ståhl, Stakes

Terveys menetetään ja tuotetaan ihmisten arjessa, siinä fyysisessä ja psykososiaalisessa ympäristössä, jossa ihmiset elävät. Keskeisiä elämänalueita, joilla terveyteen vaikutaan ovat koti ja perhe, päiväkodit, koulut, työpaikat ja näiden välinen ympäristö. Käytännössä tämä tarkoittaa, että yhteiskunnan kaikkien politiikkalohkojen toiminnoilla on vaikutuksia ihmisten terveyteen. Tyypillistä on myös, että ihmisten terveyttä määrittäviin tekijöihin (elintavat, elinympäristö, koulutus, toimeentulo, työllisyys jne.) ei voida vaikuttaa ainoastaan yhden sektorin toimilla, vaan työ vaatii poikkihallinnollista yhteistyötä. Tämän ns. Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavan mukaisesti jokaisen sektorin tulisi itse tarkastella päätöstensä mahdollisia terveysvaikutuksia. Tämän esityksen keskeinen kysymys on, miten eri ministeriöt näkevät omat mahdollisuutensa vaikuttaa terveyttä määrittäviin tekijöihin ja miten terveys näyttää toteutuvan niiden toiminnassa.

Ministeriöiden omia näkemyksiä ja kokemuksia vuosien 2002–2005 toimintojen osalta selvitettiin Sosiaali- ja terveystieteen tutkimuksen 2006 valmistelun yhteydessä. Kaikkien ministeriöiden kanssa käytiin kahdenkeskiset kuulemistilaisuudet ja lisäksi jokainen täytti lomakkeen viidestä keskeisimmästä toimenpiteestä (lakialoite, toimintapolitiikka, ohjelma), jotka heidän näkemyksensä mukaan ovat edistäneet väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Ministeriöiden vastauksista selviää, että jokaisella ministeriöllä on runsaasti väestön hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä toimintoja. Vaikka terveystavoitteet eivät aina ole kirjoitettu auki, toiminta voi olla hyvinkin terveystavoitteista, esimerkiksi elintarvikkeiden turvallisuudesta huolehtiminen. Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi näyttävät olevan läsnä toimintaa ohjaavina arvoina muiden arvojen ohella. Keskustelut ministeriöiden kanssa osoittivat, että heidän oma terveysasiantuntemuksensa voi olla ohutta (vähän terveysalan koulutuksen saaneita henkilöitä), mikä luo haasteita yhteistyölle. Keskeinen kysymys onkin, miten sosiaali- ja terveysministeriön ja sen alaisten laitosten asiantuntemus saadaan parhaiten tukemaan muiden ministeriöiden työtä ja "Terveys kaikissa politiikoissa" -periaatteiden toteutumista.

Koulutuksen mahdollisuudet edistää vaikutusten ennakoarviointia

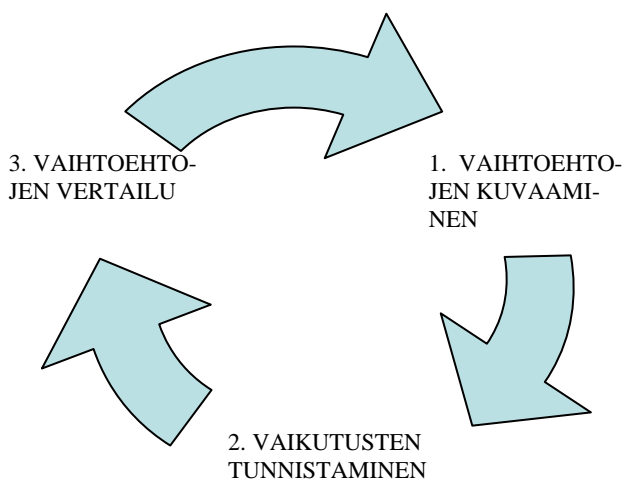
Leena Liimatainen, Tiina Blek ja Katri Ryttyläinen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Vaikutusten ennakoarviointi haasteena kunnissa

Vaikutusten ennakoarviointi on suunnittelun ja päätöksenteon apuväline, jonka avulla ennakoidaan ja rakennetaan aktiivisesti tulevaisuutta. Ennen päätöksentekoa tehtävällä vaikutusten ennakoarvioinnilla voidaan tuoda näkyväksi hankkeen, suunnitelman tai päätöksen nykytila, tavoitteet ja ennakoituvat vaikutukset ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Päätöksiin ja suunnitelmiin voidaan vaikuttaa paremmin, kun jo valmisteluvaiheessa pohditaan erilaisia ratkaisumalleja ja arvioidaan ennalta vaihtoehtojen toteutumisesta syntyviä huonoja ja hyviä puolia.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten, terveysvaikutusten (TVA, engl. Health Impact Assessment = HIA) ja sosiaalisten vaikutusten (SVA, engl. Social Impact Assessment = SIA) ennakoarviointia voidaan toteuttaa IVA-menetelmän avulla. (Kauppinen & Tähtiainen 2003, Liimatainen & Ryttyläinen 2006). Terveyserot huomioon ottava terveysvaikutusten arviointi pyritään saamaan, ympäristövaikutusten (YVA, engl. Environmental Impact Assessment = EIA) arvioinnin tavoin, osaksi terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa.

Stakesin (2006) suositusten mukaan nopeutettu, ”pika” – IVA on suositeltavin menetelmä ennakoarvioinnin toteuttamiseen kunnallisessa päätöksenteossa. Nopeassa IVA:ssa on vain kolme vaihetta ja se voidaan toteuttaa esimerkiksi yhden työkokouksen aikana. Nopean IVAn vaiheet ovat: 1) Vaihtoehtojen kuvaaminen 2) Vaikutusten tunnistaminen 3) Vaihtoehtojen vertailu (kuvio 1). Nämä vaiheet saattavat osittain edetä päällekkäin ja kuhunkin vaiheeseen voidaan tarvittaessa palata uudelleen. Ratkaisuvaihtoehtojen pohdinta antaa mahdollisuuden sitouttaa ja osallistaa päätöksen vaikutuspiirissä olevia tahoja sekä mahdollistaa herkkien väestöryhmien äänen kuulumisen. Ennakointi-prosessin myötä tarjoutuu myös mahdollisuus käydä arvopohjaista keskustelua, joka usein saattaa jäädä taloudellisten pohdintojen varjoon.



Kuvio 1. Nopeutetun ennakoarvioinnin vaiheet

Kansainvälisen, kansallisen ja alueellisen informaatio-ohjauksen sekä kansanterveyslakiudistuksen (L 28.1.2006/66) myötä terveysvaikutusten ennakoarviointia edellytetään

käytettävän sekä kunnallisessa että valtakunnallisessa päätöksenteossa yhä laajemmin. Kuntia kehoitetaan erityisesti lisäämään toimenpiteitä väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi ja ottamaan käyttöön terveysvaikutusten arviointi päätösten valmistelussa sekä osana kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua (Tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007). Kunnan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelu, organisointi, vaihtoehtojen arviointi, strategiset päätökset sekä toiminnan seuranta ja arviointi koskettavat koko kuntaorganisaatiota. Terveysnäkökohdat tulee huomioida aina silloin, kun valmistellaan ja päätetään väestön terveyteen vaikuttavista asioista. (L 28.1.2006 / 66.) Myös Suomessa ennakoarviointimenetelmä voisi toimia poikkihallinnollisten vaikutusten tunnistamisprosessina sekä hyvinvoinnin, terveyden edistämisen ja aluekehittämisen työkaluna, mikäli sen mahdollisuudet tunnistettaisiin laajemmin.

Miten ennakoarviointiosaamista pyritään lisäämään?

Kunnissa IVA ja TVA on suuri haaste erityisesti päätöksentekijöille, päätösesitysten valmistelijöille ja esittelijöille. Toistaiseksi kunnissa ei ole ollut riittävästi tietoa ja osaamista terveysvaikutusten ennakoarvioinnista ja sen käytöstä, jotta eri viranomaistahojen asettamat velvoitteet pystyttäisiin täyttämään. Stakesin valtakunnallisen kyselyn mukaan terveyskeskusten johtoryhmistä vain 7 % oli perehtynyt erittäin hyvin tai hyvin terveysvaikutusten arviointimenetelmään (Poikajärvi 2006). Toisaalta terveysvaikutusten arviointi (TVA) -käsite oli myös vieras lähes kaikissa yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan koulutusta tarjoavissa ohjelmissa vuonna 2004 toteutetun valtakunnallisen selvityksen mukaan (Rautio 2006). Edellytyksenä menetelmän käyttöönottoon kuntien arkisessa päätöksenteossa on TVA-osaamisen levittäminen systemaattisesti täydennyskoulutuksen, terveysalan ammattilaisten tutkintoon johtavan koulutuksen ja alueen tutkimus- ja kehittämistoiminnan kautta.

Suomessa ennakoarviointiosaaminen on ollut tähän saakka suhteellisen pienen asiantuntijaryhmän hallussa. Viime vuosina tilanteeseen on pyritty aktiivisesti vaikuttamaan STM:n ja Stakesin tuella valtakunnallisten hankkeiden ja ammattikorkeakoulujen aktiivisuuden myötä. Stakesin IVA – projekti on useimpien koulutushankkeiden tukija ja taustaorganisaatio. IVA/ TVA tietoa ja taitoa on levitetty kansallisesti Stakesin ja STM:n tuella mm. TEJO ja IVATEKO-hankkeiden kautta. Tejo hankkeen kohderyhmänä ovat olleet kunnalliset päätöksentekijät ja viranhaltijat, IVATEKO hankkeessa Suomen korkeakoulujen terveyden edistämisen opettajat. Tämän lisäksi alueelliset projektit (esim. Jyväskylän ammattikorkeakoulun Kompetenssi-projekti) tekevät omaa merkittävää työtään ennakoarviointiosaamisen eteenpäin viemisessä. Seuraavissa kappaleissa on lyhyet esittelyt em. Hankkeista, joissa on erityisesti koulutuksen avulla pyritty edistämään ennakoarviointiosaamista valtakunnallisesti ja alueellisesti Suomessa.

TEJO-hanke

TEJO – Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen -hanke käynnistettiin Stakesissa Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta (I vaihe:2002–2005, II vaihe: 2006-2007). Hankkeen tavoitteena on selvittää paikallisia ja alueellisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamiskäytäntöjä sekä kehittää johtamisen työkaluja ja toimintamalleja. Kehittämiskumppaneina hankkeessa on kuusi kuntaa (Kauniainen, Muurame, Närpiö, Oulu, Salo ja Espoo) ja yksi seutukunta (Kuusiokunnat; Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri) sekä kuntien alueilla toimivat ammattikorkeakoulut ja lääninhallitukset. Yhtenä johtamisen työkaluna hankkeessa on kehitetty

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarvioinnin menetelmää (IVA). Menetelmän avulla on pyritty tuomaan terveystieteiden esiin entistä näkyvämmiin eri hallinnonalojen päätöksenteossa ja tavoitteena on ottaa terveysvaikutusten arviointi arkikäytännöksi lautakuntatyöskentelyssä. Lisätietoa:
(info.stakes.fi/iva, <http://info.stakes.fi/tejo/FI/index.htm>)

IVATEKO-hanke

Jyväskylän ammattikorkeakoulu toteuttaa yhdessä terveyden edistämisen korkeakouluverkoston kanssa valtakunnallista korkeakoulujen opetushenkilökunnan TVA – osaamisen täydennyskoulutushanketta. Hanketta rahoittaa STM ja hankkeessa mukana ovat korkeakoulut. Tämän kolmivuotisen hankkeen tarkoituksena on perehdyttää ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen terveyden edistämisen opettajat ja tutkijat ennakoarviointiosaamiseen. Hankkeen tavoitteena on kouluttaa vuoden 2006 ja 2007 aikana 120 yhdyshenkilöä. TVA-osaamisen edelleen levittämiseen pyritään näiden koulutettujen avainhenkilöiden sekä käytössä olevan virtuaalisen TVA-oppimisympäristön kautta.

Täydennyskoulutushankkeen oletuksena on, että kouluttamalla korkeakoulujen terveyden edistämisen opettajia TVA-osaaminen leviää tehokkaasti opetussuunnitelmien, opiskelijoiden, korkeakoulujen tutkimus- ja kehitys-, sekä aluekehitystyön myötä. Tässä hankkeessa sovellettu TVA – osaamisen levittämistapa on kansainvälisesti tarkasteltuna poikkeuksellinen. Muualla Euroopassa ennakoarviointiosaamista on keskitetty joko yliopistoihin tai erityisiin ennakoarviointiyksiköihin. Systemaattista, valtakunnallista TVA – osaamisen koulutusta ei aiemmin koulutusorganisaatioiden kautta ole toteutettu.

Tällä hetkellä täydennyskoulutushanke on hyvässä toteutusvaiheessa. Vuoden 2006 aikana koulutettiin noin 70 korkeakouluopettajaa eri puolilta Suomea. Koulutuksen kohderyhmänä on ensisijaisesti terveyden edistämisen opettajat ja asiantuntijat. Tämä kohderyhmän valinta perustuu sekä kansalliseen (Nelimarkka 2006), että kansainväliseen tutkimustietoon (Mahoney & Durham 2002). Näissä tutkimuksissa on todettu terveydenhuollon organisaatioiden riittämättömän asiantuntemuksen ja sitoutumattomuuden olleen merkittävä este terveysvaikutusten ennakoarvioinnin vakiintumiseen. Kouluttamalla ensisijaisesti terveyden edistämisen opettajia voidaan taata tiedon nopea siirtyminen terveysalan eri sektoreille ja tasoille.

Lisätietoa: tiina.blek@jamk.fi

Kompetenssi-projekti

Kompetenssi on Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoima, vuonna 2004 alkanut ja huhtikuun 2007 loppuun saakka jatkuva ESR-projekti. Sen ensisijainen tarkoitus on tuottaa uusia ja jalostaa jo olemassa olevia työelämän kilpailukyvyyn kehittämistyökaluja sekä näiden työkalujen avulla edesauttaa kuntien ja yritysten kilpailukyvyyn kehittämistä.

Projektin keskeisenä kohderyhmänä ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun henkilöstö sekä pilottiseutukunnissa, Keuruulla, Jämsässä ja Saarijärvellä, toimivien kehittämissyötiöiden ja muiden aluetoimijoiden henkilökunta. Kompetenssin parissa on kolmen vuoden aikana työskennellyt yli 150 henkilöä ja heidän yhteispanostuksellaan on syntynyt 8 erilaista kilpailukykyä edistävää Kompetenssi-työkalukokonaisuutta.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointi (IVA)-työkalu on käyttövalmis työkalu kuntien ja muiden työyhteisöjen johtamiseen ja päätöksentekoon. Se on yksi kah-

deksasta Kompetenssi-projektissa kehitetystä aluekehitystyökalusta, joka muotoiltiin Stakesin kehittämästä Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmästä. Työkalun pohjana käytettiin Stakesin Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi- projektin (2003-2007) tuottamaa tietoa ja kokemuksia.

IVA-työkalu on käsikirja, johon on tiivistetty perustiedot IVA- arviointimenetelmästä, sen käytöstä ja soveltamisesta erilaisissa toimintaympäristöissä ja tilanteissa. Työkalun sovellusesimerkit ovat kirjoittaneet IVA-työkalun kehittämistyöryhmän jäsenet ja työkalun pilottikoulutukseen osallistuneet Jyväskylän ammattikorkeakoulun opettajat ja tutkimus- ja kehittämistyön henkilöstö. Käsikirjan liitteenä on perustiedot IVA- menetelmästä myös CD-rom muodossa. Käsikirjan avulla voit perehtyä sekä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointiosaamiseen että arviointiosaamisen kouluttamiseen esimerkiksi omassa työyhteisössäsi. Käsikirja soveltuu myös itseopiskeluun tai työyhteisön omaehtoisen oppimisen tueksi.

Lopuksi

Levitäkseen systemaattiseen käyttöön IVA/TVA-menetelmä tarvitsee vahvaa kansallista ja alueellista tahtotilaa, koulutusta, ohjausta ja budjetointia. Odotukset ennakoarvioinnin käyttöönotolle kuntakentässä ovat suuret. Sekä sosiaali- ja terveysministeriön toimenpidelinjaukset (2006) että Terveyden edistämisen laatusuositukset (2006) näkevät yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi terveysnäkökohtien huomioonottamisen ja ennakoarvioinnin kaikessa päätöksenteossa. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan paljon järjestelmällistä koulutus- ja kehittämistyötä. Erityisesti nopean IVA -työkalun juurtuminen osaksi kuntapäätöksentekoa auttaa päättäjiä tekemään kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin kannalta monipuolisesti harkittuja ratkaisuja.

Lähde:

Liimatainen Leena & Katri Ryttyläinen (toim.) 2006. *Innovoi, vaikuta, arvioi - Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 62.

Terveyden edistämisen taloudellisten vaikutusten arviointi

Urpo Kiiskinen, Kansanterveyslaitos

Käytettävissä olevien voimavarojen kohdentaminen kansanterveyttä parhaiten edistäviin toimiin edellyttää riittävää tietoa vaihtoehtoisten tapojen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Tieteellinen näyttö terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja etenkin kustannusvaikuttavuudesta on hajanaista ja laadultaan vaihtelevaa, ja siten päätöksentekoa heikosti tukevaa. Luotettavasti arvioituja tietoja terveyden edistämistoimien talousvaikutuksista on toistaiseksi vähän. Lisäksi ulkomailla tehokkaiksi arvioituja toimintamalleja ei välttämättä voi sellaisenaan soveltaa Suomessa. Tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistut tutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että monet elintapoja muokkaavat toimenpiteet ovat vaikuttavia ja niiden kustannusvaikuttavuussuhde on edullinen.

Taloudellisten arviointitutkimusten tuottama tieto soveltuu periaatteessa hyvin terveyttä edistävien toimien kustannustehokkuuden tarkasteluun ja siten kansanterveyttä parhaiten hyödyntävien strategioiden yhdeksi valintakriteeriksi. Päättäjät ovat alkaneet nähdä terveyden edistämisen ”investointina”, johon panostamalla saadaan aikaan hyötyjä tulevaisuudessa. Usein terveyden edistämiseksi asetetaan kohtuuttomia ”tuotto-odotuksia”. Merkittäviä terveyshyötyjä olisi saatava aikaan hyvin alhaisin kustannuksin, lähes ”ilmaiseksi”, tai vähintäänkin niin, että tulevaisuuden laskennalliset hoitokustannussäästöt ylittäisivät investointikustannuksen moninkertaisesti.

Näin tiukkoja hyväksymiskriteereitä ei yleensä aseteta terveydenhuollon toimenpiteiden kustannustehokkuudelle. Suurin osa nykyisin käytössä olevista terveydenhuollon toimenpiteistä tai hyvistä hoitokäytännöistä aiheuttaa lisäkustannuksia. Kustannustehokkuuden arvioimiseksi kustannukset tulee suhteuttaa toimenpiteen tuottamaan terveys-
hyötyyn, esim. säästettyihin elinvuosiin tai laatu-painotettuihin lisäelinvuosiin (QALY). Kustannustehokkaimpia (tai kustannusvaikuttavimpia) ovat ne toimenpiteet, joiden kustannus tuotettua terveysyksikköä kohti on alhaisin. Erittäin harvoin laskelmissa on voitu luotettavasti ottaa huomioon tulevaisuudessa aiheutuvia kustannussäästöjä. Nettokustannussäästöjä ”todistetusti” tuottavien toimien käyttöönotto on suositeltavaa, vaikka niiden tuottama terveyshyöty olisi pienikin.

Elämäntapamuutokseen perustuvien terveyden edistämistoimien tulevaisuuden kustannussäästöjen osoittaminen on erityisen ongelmallista. Toimenpiteen ja sen tuottamien terveysvaikutusten ajallinen etäisyys pitkä, jolloin klassista kokeellista tutkimusasetelmää ei voida käyttää vaikuttavuuden ja/tai kustannussäästöjen osoittamiseksi. Näiden vaikutusten suuruusluokkaa on arvioitava todennäköisyyksiin perustuvilla malleilla, mikä lisää tuloksiin liittyvää epävarmuutta.

Kustannusvaikuttavuustietojen hyödyntäminen päätöksenteossa on vaikeaa ilman sopivaa vertailutietoa. Valinta kahden vaihtoehdoisen toimenpiteen välillä voidaan perustaa kustannusvaikuttavuussuhteiden vertailuun, mutta yksittäisen toimenpiteen osalta tunnusluvun arvo vaikeasti tulkittavissa. Kaiken kattavaa ”nyrkkisääntöä” kustannusvaikutavuuden hyväksyttävyydelle on vaikea asettaa. Iso-Britanniassa terveydenhuollon suosituksia antava National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) on päättänyt suosittamaan toimenpiteiden hyväksyttävyyden rajaksi £20 000 / QALY (~35 000 €), jonka ylittyessä toimenpiteen hyväksymiseksi tulee esittää muita hyötynäkökohtia. Suomessa aiheeseen liittyvää keskustelua ei toistaiseksi ole käyty.

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisen näkökulma ei sellaisenaan sisälly taloudellisen arvioinnin menetelmiin. Terveyserovaikutusten arviointi tuleeekin liittää erillisenä osana päätöksenteon valmisteluun. Kaikkien terveyden edistämistoimien hyödyt (ja kustannukset) eivät kohdennu tasapuolisesti väestöryhmien kesken. Korkeammin koulutetut osaavat tehokkaimmin hyödyntää koko väestöön kohdistuvia tiedotus- ja valistuskampanjoita. Julkisen terveydenhuollon kautta toteutettu terveyden edistäminen saavuttaa parhaiten sen palveluja yleisimmin käyttävät ryhmät kuten lapset ja vanhuksset sekä työkäisistä työttömät ja pienituloiset. Lainsäädäntöön ja verotukseen perustuvat valtakunnalliset toimet terveellisempien kulutustottumusten edistämiseksi vaikuttavat koko väestöön. Esimerkiksi elintarvikkeiden sallitun suolapitoisuuden alentaminen vaikuttaa tasapuolisesti kaikkiin. Taloudellisten ohjauskeinojen, kuten haittaverojen ja terveysperusteisten veronalennusten ohjausvaikutus on suurin pienituloisilla. Sama koskee terveyspalvelujen asiakasmaksuja.

Kustannusvaikuttavuuden, kuten muidenkin taloudellisen tehokkuuden kriteereiden ja terveyden oikeudenmukaisen jakautumisen välisen ”vaihtosuhteen” määrittäminen on vahvasti arvopohjainen kysymys. Kun ristiriitaa näiden tavoitteiden välillä ilmenee, joudutaan pohtimaan kuinka paljon heikompi kustannusvaikuttavuus hyväksytään toimenpiteelle, joka kaventaa terveyseroja enemmän kuin vaihtoehtoinen toimenpide. Tällainen mahdollisuus sisältyy myös NICE:n laatimiin arviointikriteereihin.

Terveyden edistämisessä tulisi ottaa ensisijaisesti käyttöön toimia, jotka on osoitettu kustannustehokkaiksi. Myös terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimien osalta parhaaseen tulokseen päästään toteuttamalla ensin tätä tarkoitusta kustannustehokkaimmin palvelevat toimet. Nykyisten käytäntöjen ja uusien toimien arviointia olisi edelleen kehitettävä, siten että panostukselle saataisiin aikaan paras mahdollinen terveyden lisäys sekä riittävän oikeudenmukainen jakautuminen väestössä. Siten parhaiten varmistetaan hoitopalvelujen tarpeen ja terveydenhuollon kustannusten maltillinen kasvu pitkällä aikavälillä.

Voivatko järjestöt hyötyä TVA:sta?

Nella Mikkonen, Terveyden edistämisen keskus

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjä on Suomessa yhteensä noin 13 000. Lisäksi terveyden edistämisen piiriin lukeutuvia järjestöjä voi olla mm. liikunta- ja urheilu- sekä nuorisojärjestöt. Paasio (2003) ryhmittelee järjestöjen toimintaa vaikuttamistoimintaan, vertais- ja vapaaehtoistoimintaan, asiantuntijatehtäviin sekä tuen ja palvelujen kehittämiseen ja tarjoamiseen. Nämä jaot eivät ole aina kovin selkeitä, eivätkä luokat ole välttämättä toisiaan pois sulkevia. Järjestöjen perustoimintaan voidaan katsoa kuuluvan esimerkiksi vertaistukitoiminta ja koulutus. Vaikuttamistoiminnasta esimerkkejä voivat olla mm. kannanotot ja lausunnot. Viestintä voi olla järjestön perustoiminnan väline, mutta myös tärkeä osa vaikuttamistoimintaa.

Esityksessäni tukeudun WHO:n määritelmään terveysvaikutusten arvioinnista. TVA on yhdistelmä menettelytapoja, menetelmiä ja työkaluja, joiden avulla voidaan arvioida päätöksenteon, ohjelmien ja hankkeiden mahdollisia väestön terveyteen liittyviä vaikutuksia sekä näiden vaikutusten leviämistä väestössä. TVA voi olla etukäteen tai jälkikäteen tehtävää tai prosessin aikana tapahtuvaa.

Hyötyä pohdittaessa, tulisi pitää mielessä, että järjestöjen tarkoituksena ei ole oma hyöty, vaan jäsenten tai aatteen eteen tehtävä työ. Kun pohditaan terveysvaikutusten arviointia, hyötymisen voisi jakaa kahteen osa-alueeseen. Miten aate/jäsenet voivat hyötyä siitä, että TVA:ta tehdään eri tasoilla tai/ja miten aate/jäsenet voisivat ehkä itse ottaa TVA:n käyttöön soveltaen sitä omassa toiminnassaan. Mitä hyötyjä tästä voisi olla?

Järjestöjen näkökulmasta terveysvaikutusten arviointi on menetelmä, joka

- pakottaa yhteistyöhön (järjestöt + kunnat)
- jonka avulla saadaan kuuluviin ääniä, joita ei ehkä muuten kuulisi
- tuottaa ja välittää tietoa eri ihmisryhmien arjen olosuhteista
- on vaikuttamistoiminnan väline: järjestöt saavat omaa asiaansa ajetuksi laajemmin

- on organisoitu tapa käsitellä ratkaistavaan asiaan liittyviä näkökulmia
- voi tuoda esiin heikkoja signaaleja ympäristöstä.

Haasteita voi olla esimerkiksi erilaisten painotusten yhteensovittaminen (esim. ympäristö- ja terveysalan järjestöt) ja myös pohdinta, milloin terveysvaikutuksia kannattaa arvioida. Mikä on ”tarpeeksi” suuri hanke? Järjestöjen ottaminen mukaan vaikutusten arviointiin voi kuitenkin tuottaa kokonaisvaltaisempaa näkemystä.

Lähde:

Paasio, Petteri (2003). *Vaikuttavuuden arvioinnin rakenne ja mahdollisuus sosiaalialalla*. Fin-Soc työpapereita 3/2003. Helsinki.

Terveysvaikutusten arvioinnin käytön mahdollisuudet ja esteet -ryhmätyö

Toisen seminaaripäivän lopuksi käytiin ryhmässä keskustelua otsikolla "Terveysvaikutusten arviointimenetelmän käytön mahdollisuudet ja esteet". Esiin nousi useita aihealueita, joita parantamalla menetelmän käyttöä voitaisiin edistää.

Koordinointi ja eri suuntaukset

Vaikutusten ennakoarvioinnille tarvittaisiin Suomessa koordinaatiota tai koordinaattoria. Terveysvaikutusten arviointi osana ennakoarvioinnin erinimisiä suuntauksia (YVA, IVA, SVA, SOVA LAVA, jne.) voi hajottaa niukkoja resursseja, haittaa asian edistämistä ja vaikeuttaa eri toimijoiden mahdollisuuksia soveltaa menetelmää. Erinimisten arviointien keskinäinen kilpailu ei auta ketään. Ennakoarvioinnin eri suuntauksien integroinnilla voi olla sekä positiivisia että negatiivisia seurauksia. Riittävän monialainen yhteistyö saattaisi olla hedelmällistä, jollei menetelmästä paisu liian suuritöistä ja vaikeasti hallittavaa. Yhtenäinen terminologia määrittelyineen helpottaisi myös muiden alojen osallistumista terveysvaikutusten arviointiin. Muut hallinnonalat tarvitsevat myös oppaita ja tukea terveysvaikutusten arviointiin. Edelleen on tärkeää perustella muille hallinnonaloille menetelmän käytöstä syntyviä hyötyjä. Terveysvaikutusten arviointi koskee kaikkia ihmisryhmiä ja koko yhteiskuntaa ja niiden ennakoinnilla voidaan parhaimmillaan lieventää haitallisia vaikutuksia ja vähentää kustannuksia.

Edellytykset

Kenellä sitten on vastuu ennakoarviointiprosessin käynnistämisestä ja mikä on terveyssektorin rooli? Tarvitaan ensinnäkin (korkean tason) sitoutumista ja päätöstä menetelmän käytöstä. Lisäksi edellytyksenä ovat toimivat rakenteet, kuten poikkihallinnolliset työryhmät tai nimetty yhteyshenkilö (esim. yhteistyö kaavoitus-, sosiaali- ja terveyssektorin välillä). Menetelmän sitominen olemassa olevaan (esim. laatujärjestelmiin) edistää sen käyttöä. Lisäksi pitäisi poistaa mahdolliset tekniset esteet toimintaan. Esimerkiksi lautakuntapäätösten valmistelussa esityslistan liitteeksi laitettavat ennakoarvioinnin yhteenvetotaulukot eivät onnistu kaikissa kuntien käyttämissä järjestelmissä.

Mitoitus

Ennakoarvioinnin mittakaavaan vaikuttavat keskeisesti aikataulut ja resurssit, jotka määrittelevät arvioinnin laajuutta ja syvyyttä. Esimerkiksi kaavoituksessa ennakoarvioinnin käyttö on vakiintunutta ja siihen on osoitettu resursseja (toisin kuin muilla hallinnonaloilla); jollei osaamista löydy omasta takaa, voidaan mahdollisesti käyttää ulkopuolista konsulttia. Menetelmän soveltamisen kynnyistä eri hallinnonaloilla voitaisiin madaltaa mm. helppokäyttöisten työvälineiden (esim. tarkistuslistat) tai saatavilla olevan asiantuntijatuen avulla. Monesti aikataulut ja niukat resurssit johtavat nopean vaikutusten arvioinnin (screening) valitsemiseen, jossa voidaan pääasiassa tunnistaa haavoittuvia ryhmiä ja kirjata kriittisiä seikkoja ylös, mutta tässä ei päästä syvällisemmin perehtymään terveysvaikutusten taustalla oleviin syihin. Sekin voi olla kuitenkin parempi kuin, ettei vaikutusten arviointia tehtäisi ollenkaan.

Tietopohja

Ennakoarvioinnissa tietopohja ei koskaan ole aukotonta. Kuka päättää, mitä tietoa käytetään, mikä on yhteisesti hyväksyttävissä ja onko tieto luotettavaa? Kun tehtyjä ja raportoituja terveysvaikutusten arviointeja on vielä kohtuullisen vähän, aikaisempiin ko-

kemuksiin nojaaminen on vaikeaa. Lisäksi puuttuu näyttöä menetelmän vaikuttavuudesta ja saavutetuista tuloksista. Ryhmäkeskustelussa kysyttiin myös, millä rakenteilla kerätyvä tieto saataisiin parhaiten näkyville ja muiden käyttöön. Verkkosivuille tietoa on jo kerätty (maksutta kaikkien käyttöön), mutta sen päivittämisestä ja kattavuudesta ei ole takeita, kun menetelmää edistetään lähinnä lyhytkestoisilla hankkeilla.

Koulutus

Euroopassa terveystieteiden arvioinnin osaaminen on usein erillisissä yliopistojen tai tutkimuslaitosten yhteydessä toimivissa yksiköissä. Suomessa TVA-koulutus olisi hyvä saada osaksi virallista koulutusjärjestelmää. Se voi olla hidas, mutta kestävä tapa edistää menetelmän käyttöä. Tällä hetkellä joissakin yliopistoissa (Jyväskylä, Joensuu, Helsinki) opetetaan sosiaalisten vaikutusten arviointia ja ympäristövaikutusten arviointia pääasiassa menetelmänhallinnan näkökulmasta. Terveystieteiden arviointia on opetettu joissakin ammattikorkeakouluissa (esim. Jyväskylä). Menetelmätaitojen lisäksi myös sisällönhallinnan vahvistaminen olisi erityisen tärkeää erityisesti terveyden determinanttien ja terveyserojen osalta.

Seuranta

Ei vielä riitä, että vaikutusten arviointi on tehty. Arvioinnin tulisi olla oleellinen osa päätöksenteon perusteluja tai ainakin päätöksessä huomioon otettu seikka. Sen lisäksi tarvitaan vielä tietoa siitä, mitä päätöksen jälkeen tapahtui: olivatko terveystieteiden vaikutukset ennakoituja, ilmenikö odottamattomia positiivisia tai negatiivisia terveystieteiden vaikutuksia ja miksi. Ennakoarvioinnin ja päätösten seurannasta tiedon tulisi välittyä seuraaviin arviointiprosesseihin. Tarvitaan myös tutkimusta.

Päivien yhteenvetoa

Marita Sihto, Stakes

Seminaarin tarkoituksena oli keskustella terveysvaikutusten arvioinnista Suomessa ja edistää sitä käytännössä, so. terveystieteellisessä suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Terveysvaikutusten arviointi on intersektoriaalisen (hallinnon eri alojen) terveystieteellisen metodologian väline, jolla pyritään tarkastelemaan muiden kuin terveyssektorin päätösten ja toimien sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia terveyteen. Tarkoituksena on lisätä terveystieteellisiä arvioimalla terveyteen vaikuttavien tasojen (kansainvälinen, kansallinen, kunnallinen) ja eri sektorien politiikkojen, ohjelmien ja projektien vaikutuksia terveyteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin (terveyden determinantit). Vaikutusten arviointi voi terveyssektorin ja laajemmin yhteiskuntapolitiikan kannalta olla hyödyllistä, koska sillä on (ainakin potentiaalisesti) mahdollista ehkäistä terveysongelmia ja myös vähentää terveysmenoja.

Vaikutusten arviointia on kehitelty viimeiset 15 vuotta Australiassa, Kanadassa ja useissa Euroopan maissa. Vaikutusten arviointi on monitasoista ja arviointiperinteitä on ainakin yhdeksän (ks. Sairinen, tämä raportti ss. 6-7). Lukuiset arviointiperinteet voivat parhaimmillaan tuottaa erilaista metodista tietoa arvioinnin eri lähestymistapoihin. Samalla voi olla vaarana, että vaikutusten arviointi pirstoutuu eri osa-alueille ja eri metodeiksi. Näitä vaikutusten arvioinnin perinteitä on katsottu voitavan lähentää integroidulla arvioinnilla.

Seminaarin tarkoituksena oli terveysvaikutusten arvioinnin lisäksi myös esitellä ja 'avata' eri vaikutusarvioinnin lähestymistapoja. Tämän arveltiin olevan hyödyllistä sen vuoksi, että terveysvaikutusten arvioinnille on tarpeen löytää oma 'paikka' vaikutusten arvioinnin kentässä.

Seuraavassa esittelen seminaarissa esiin nousseita johtopäätöksiä, erityisesti terveysvaikutusten arvioinnin osalta kolmesta näkökulmasta:

- 1) vaikutusarvioinnin tulosten osalta
- 2) metodologisten kysymysten ja
- 3) vaikutusarvioinnin prosessin edistämisen osalta Suomessa.

Taulukko 1: Mitä vaikutusarvioinnilla (VA) on saatu aikaan?

- Vaikutusarvioinnin eri menetelmät herättävät laajaa kiinnostusta sekä Suomessa että muualla
- Suomessa kiinnostus aiheeseen on ollut vähäistä verrattuna esim. Ruotsiin
- VA nostaa tietoisuutta terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä
- VA auttaa sitoutumaan ainakin potentiaalisesti paremman politiikan (vrt. evidence-based policy; professional policy-making) tekemiseen
- VAN käytöllä eri maissa on tähän asti pääosin luotu edellytyksiä tehdä arviointeja ja testata osaamista
- VA on joissakin maissa 'institutionalisoitua' toimintaa.

Taulukko 2: Metodologisia kysymyksiä

- Terveysvaikutusten arvioinnissa tulisi olla lähtökohtana laaja terveysmalli (ns. sosiaalis-ympäristöllinen malli), mikä mahdollistaa sen, että päätöksentekijöiden tietoon tulee mahdollisimman laajasti tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä (ks. terveyden laajemmasta määrittelyssä myös Harris-Roxas, tämä raportti s. 23 - 31)
- Huomiota tulisi kiinnittää väestön terveyttä määrittäviin tekijöihin (determinantit), ei vain väestöä tai sen ryhmiä koskeviin vaikutuksiin
- Vaikutusten arvioinnissa yleensä on tärkeää kehittää metodologiaa: tämä koskee sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia metodeja (esim. taloudellinen arviointi terveyden edistämisessä; ks. esim. Kiiskinen, tämä raportti s. 51 - 52)
- Päätöksentekijöiden tietoon olisi saatava monialaista näyttöä
- Arvioinnin sateenvarjon alle mahtuu eri suuntauksia; integrointi (ei sulauttaminen) voi olla hyödyksi
- Metodien syvällisyys ei takaa arvioinnin tulosten parempaa hyödynnettävyyttä
- Vaikutusten arvioinnin evaluointeja ei ole tehty riittävästi: esim. voi kysyä, miten pyritään varmistamaan, ettei vaikutusten arviointi pääty tuotettuun raporttiin, vaan tulisi varmistaa, että sitä käytetään päätöksenteon perustana
- Epäselvää on vaikutusten arvioinnin kohdentaminen: tulisiko arvioida myös terveyssektorin aluetta (esim. palvelujärjestelmän toimintaa) vai vain muiden sektorien päätösten tai toimien vaikutuksia?
- Rajanvetoa tehdään vaikutusarvioinnin vastuutahoista: sosiaali- ja terveystalouden hallinnonala vai muu(t) sektori(t)?
- Terveysvaikutusten arvioinnissa tavallista on arvioida vaikutuksia tasoon, ei niinkään terveyden jakautumiseen eri sosioekonomisten ryhmien kannalta
- Terveysvaikutusten arvioinnissa *ero*vaikutuksia ei tulisi tehdä erikseen, vaan niiden tulisi sisältyä terveystalouden arviointiin
- Näitä ns. jakautumavaikutuksia olisi tarkasteltava myös - milloin mahdollista sukupuolen ja esim. etnisen ryhmän mukaan, koska vaikutukset eivät kohdennu samalla tavalla väestön eri ryhmiin.

Taulukko 3: Vaikutusarvioinnin prosessin edistäminen Suomessa

- Vaikutusarvioinnin tekeminen näyttää vaativan perusteluja l. tärkeää ilmaista selvästi, miksi vaikutusarviointeja tarvitaan (relevanssi ja hyödyllisyys)
- Ihmisiin kohdistuvaa vaikutusten arviointia (IVA) on Suomessa tehty erityisesti kuntatasolla, jossa se on suhteellisen uusi työväline
- Suomessa ja myös muualla terveys- ja terveyserovaikutuksia olisi tärkeää arvioida eri politiikan alueilta (maatalous- ja liikennepolitiikka) ja eri tasoilta (globaali, EU-taso, kansallinen, kunnallinen).

Lopuksi

Vaikutusten arvioinnin tuloksista/vaikuttavuudesta tiedetään vähän: miten tehdyt vaikutusten arvioinnit ovat vaikuttaneet päätöksenteossa (vrt. Suomessa tehty vaikutusten arviointi alkoholipolitiikasta; ks. Melkas, tämä raportti s. 4 - 5). On myös nähtävä vai-

kutusarvioinnin rajat: vaikutusarviointien tulokset eivät velvoita päätöksentekijöitä siinänsä mihinkään (poikkeuksena esim. lupamenettely ympäristölainsäädännössä).

Terveysvaikutusten arviointia Suomessa on mahdollista kehittää nimeämällä sille koordinaatiosta vastaava taho. Tarpeen olisi myös päättää kenen vastuulle kuuluu terveysvaikutusten arviointia koskevan tutkimuksen ja koulutuksen järjestäminen (ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa). Seminaarissa todettiin myös vaikutusarvioinnin kehittämisen esteeksi, että terveysvaikutusten arviointia ei ole institutionalisoitu hallinnon eri tasoilla Suomessa.

TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

Keskiviikko 21.3.2007, Stakes auditorio, Lintulahdenkuja 4, Helsinki

klo 9 Ilmoittautuminen ja aamukahvi

Johdatus vaikutusten arviointiin

Pj Tapani Melkas, Sosiaali- ja terveysministeriö

9.30 Avauspuheenvuoro, *Pääjohtaja Vappu Taipale, Stakes*

9.40 Terveys kaikissa politiikoissa ja terveysvaikutusten arviointimenetelmä - Terveys 2015-ohjelma ja hyöty päätösten valmistelussa. *Johtaja Tapani Melkas, Sosiaali- ja terveysministeriö*

10.05 Vaikutusten arvioinnin moninainen kenttä Suomessa, *Tutkimuspäällikkö Rauno Sairinen, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus, Teknillinen korkeakoulu*

10.30 Miksi terveysvaikutusten arviointia tarvitaan? Ympäristöterveyden näkökulma, *Ylilääkäri Tuula Putus, Sosiaali- ja terveysministeriö*

10.45 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) ja vaikutustenarvioinnin vaiheet, *Projektipäällikkö Tapani Kauppinen, Stakes*

11.00 Terveyserot kuntatason ennakoarvioinnissa, *Tutkija Kirsi Nelimarkka, Stakes*

11.15 Terveysvaikutusten arviointi ja sosioekonomiset terveyserot, *Erikoistutkija Tuulia Rotko, Stakes*

11.30 Keskustelu

11.45 - 13 Lounas

Including inequalities into the Health Impact Assessment (HIA), experiences from abroad

Chair Head of Tampere Satellite Office Juha Teperi, Stakes

13.00 Health Impact Assessment in European countries and in EU, *Deputy Director Debbie Abrahams, IMPACT - International Health Impact Assessment Consortium, University of Liverpool*

13.30 From HIA theory to practice, experiences from Scotland, *Consultant in Public Health Dr Margaret Douglas, Lothian NHS Board*

14.00 HIA as a tool in decision-making in Wales, *Dr Alison Golby, The Welsh Health Impact Assessment Support Unit, Cardiff University*

14.30 Coffee break

15.00 HIA lessons to be learned from Sweden, *Head of Unit for Public Health Policy Analysis, Bernt Lundgren, National Institute of Public Health (NIPH) - Sweden*

15.30 - 16 Equity Focused HIA: context, concepts and experiences, *Dr Ben Harris-Roxas, University of New South Wales, Australia*

TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

Kutsuseminaari kuntatoimijoille

Torstai 22.3.2007, Stakes Monitoimi A + B, Lintulahdenkuja 4, Helsinki

klo 9.00 Ilmoittautuminen ja aamukahvi

Kokemuksia terveysvaikutusten arvioinnista käytännössä

Pj Tapani Kauppinen, Stakes

9.30 Tupakkapolitiikan vaikutukset tupakoinnin aloittamiseen, *Tutkija Satu Helakorpi, Kansanterveyslaitos*

9.50 Kaavoittajien ja ympäristöterveysviranomaisten yhteistyö kunnissa, *Erikoistutkija Lasse Peltonen, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus, Teknillinen korkeakoulu*

10.10 Terveysvaikutusten arviointi Helsingissä, *Kehittämisjohtaja Riitta Simoila, Helsinki*

10.30 Vaikutusten arviointi lautakuntapäätöksissä Kauniaisissa, *Sosiaali- ja terveysjohtaja Ulla Tikkanen, Kauniainen*

10.50 Keskustelu

11.00 Terveysterot osana terveysvaikutusten arviointia käytännössä, *Erikoistutkija Tuulia Rotko, Stakes*

Kommentit: *Projektipäällikkö Tapani Kauppinen, Stakes ja Lehtori Irmeli Leino, Turun Ammattikorkeakoulu*

11.45 Keskustelu

12 - 13 Lounas

Terveysvaikutusten arviointimenetelmän käytön haasteita

Pj Rauno Sairinen, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus

13.00 Kokemuksia eri ministeriöiden omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa terveyteen, *Erikoistutkija Timo Ståhl, Stakes*

13.10 Koulutuksen mahdollisuudet edistää vaikutusten arviointia, *Koulutuspäällikkö Leena Liimatainen, Jyväskylän Ammattikorkeakoulu*

13.20 Terveiden edistämisen taloudellisten vaikutusten arviointi, *Erikoistutkija Urpo Kiiskinen, Kansanterveyslaitos*

13.30 Miten terveysalan järjestöt voisivat hyötyä vaikutusten arviointimenetelmästä? *Suunnittelija Nella Mikkonen, Terveiden edistämisen keskus*

13.40 Ryhmätyön teemana TVA-menetelmän käytön mahdollisuudet ja esteet

14.15 Ryhmätöiden purku / yhteenveto

15 - 15.30 Päivien yhteenveto: miten tästä eteenpäin? *Erikoistutkija Marita Sihto, Stakes ja Projektipäällikkö Tapani Kauppinen, Stakes*

ALUSTAJAT:

Abrahams, Debbie; Deputy Director, IMPACT - International Health Impact Assessment Consortium, University of Liverpool

Douglas, Margaret; Dr., Consultant in Public Health, Lothian NHS Board, Scotland

Golby, Alison; Dr., Welsh Health Impact Assessment Support Unit, Cardiff Institute of Society Health and Ethics, Cardiff University, Wales

Harris-Roxas, Ben; Dr., Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales, Sydney, Australia

Helakorpi, Satu; tutkija, Kansanterveyslaitos, Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto

Kauppinen, Tapani; projektipäällikkö, Stakes

Kiiskinen, Urpo; erikoistutkija, Kansanterveyslaitos

Liimatainen, Leena; koulutuspäällikkö, Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala

Lundgren, Bernt; Head of Unit for Public Health Policy Analysis, National Institute of Public Health (NIPH) - Sweden

Melkas, Tapani; LKT, johtaja, Sosiaali- ja terveysministeriö

Mikkonen, Nella; suunnittelija, Terveyden edistämisen keskus

Nelimarkka, Kirsi; tutkija, Stakes

Peltonen, Lasse; erikoistutkija, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus, Teknillinen korkeakoulu

Putus, Tuula; ylilääkäri, dosentti, Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveysosasto

Rotko, Tuulia; erikoistutkija, Stakes

Sairinen, Rauno; tutkimuspäällikkö, Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus, Teknillinen korkeakoulu

Sihto, Marita; erikoistutkija, Stakes

Simoila, Riitta; kehittämisjohtaja, Helsingin terveyskeskus

Ståhl, Timo; erikoistutkija, Stakes

Tikkanen, Ulla; sosiaali- ja terveysjohtaja, Kauniainen

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Maija Ritamo (toim.). Terve Kunta -päivät. 22.–23.1.2008, Paasitorni, Helsinki
Työpapereita 1/2008 Tilausnro T1/2008

2007

Pasi Moisio. HYPÄ 2006. Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus
Työpapereita 33/2007 Tilausnro T33/2007

Matti Rimpelä, Hanna Happonen, Kirsi Wiss, Vesa Saaristo, Elise Kosunen, Arja Rimpelä. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007
Työpapereita 32/2007 Tilausnro T32/2007

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (red.): Annus Socialis Fenniae 2007. Nordiskt socialdirektörsmöte. Oslo, Norge 24–25 oktober 2007
Työpapereita 31/2007 Tilausnro T31/2007

Tarja Heino: Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana
Työpapereita 30/2007 Tilausnro T30/2007

Ville Remes, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, Heikki Kröger, Juhana Leppilähti, Miika Linna, Antti Malmivaara, Keijo Mäkelä, Olavi Nelimarkka, Ilmo Parvinen, Seppo Seitsalo, Jarmo Vuorinen: PERFECT – Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus
Työpapereita 29/2007 Tilausnro T29/2007

Harriet Finne-Soveri, Pia Nurme: Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteerihdotus Porvoossa. Kevät 2007
Työpapereita 28/2007 Tilausnro T28/2007

Ritva Teräväinen, Outi Räikkönen, Matti Heikkilä: Laatusuositusten arviointi. Arviointia laatusuositusten ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään
Työpapereita 27/2007 Tilausnro T27/2007

Mari Pajula: Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä? Selvitys rahapeliongelman vaikutuksista läheisiin
Työpapereita 26/2007 Tilausnro T26/2007

Teresa Taskinen: Kaupassa, kioskillä ja kotikoneella. Rahapelit nuorten elämässä
Työpapereita 25/2007 Tilausnro T25/2007

Saaramia Varvio: Katsaus Suomen rahapelijärjestelmään
Työpapereita 24/2007 Tilausnro T24/2007

Atte Meretoja, Risto O. Roine, Terttu Erilä, Matti Hillbom, Markku Kaste, Miika Linna, Antti Liski, Merja Juntunen, Reijo Marttila, Aimo Rissanen, Juhani Siverius, Unto Häkkinen: PERFECT – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilaille
Työpapereita 23/2007 Tilausnro T23/2007

XII Kouluterveyspäivät. 28.–29.8.2007 Jyväskylän yliopisto. Tiivistelmät ja posterit
Työpapereita 22/2007 Tilausnro T22/2007