

Suomen 1990-luvun
**terveyden edistämisen politiikan
kansainvälinen arviointi ja
kehittämissuhteet**

Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijaryhmän arviointiraportti

TIIVISTELMÄ

Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämissuositukset. Helsinki, 2002. 80 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2002:18)
ISBN 952-00-1239-7

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä Maailman terveysjärjestön Euroopan Aluekeskus (WHO/EURO) arvioi Suomen terveyden edistämisen järjestelmää – jo tehtyä ja tulevaisuuden mahdollisuuksia – kotimaisen ja globaalin politiikan nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Erityisen tärkeäksi nähtiin toimeenpanon johdonmukaisuus, lyhyen ja pitkän aikavälin politiikkaprosessien vaikutukset, uudistuksia edesauttaneet tekijät, toimien osuvuus, asianmukainen ajoitus sekä mahdolliset ennakoimattomat sivuvaikutukset ja tulevan kehityksen mahdollisuudet. Tässä raportissa esitetään arvioinnin tulokset ja arviointiryhmän kehittämissuositukset.

Arvioinnin suoritti WHO/EURO:n kokoama asiantuntijaryhmä. Se valitsi arvioinnissa käytetyn menetelmän soveltaen useita eri lähestymistapoja. Ryhmä lähestyi tehtävää käyttäen resursseina avainasiakirjoja: Internetissä julkaistua aineistoa käytettiin paljon, samoin aihepiiriin liittyviä painettuja raportteja, joista osa oli aikaisemmin julkaistuja kokooma-artikkeleita, virkamies- keskeisten tiedonantajien ja sidosryhmien haastatteluja, tapaamisia valittujen neuvottelukuntien ja ryhmien kanssa kuten myös kohdevierailuja, menetelmällisiä kokemuksia aiemmista WHO:n Terveystä Kaikille- ja terveyteen investoinnin arvioinneista ja ryhmän jäsenten kokemuksiin perustuvaa arviointiosaamista.

Arviointi osoitti, että Suomen terveyspoliittinen ajattelu ja suunnittelu ovat edelleenkin vahvalla pohjalla. Nykyinen järjestelmä aiheutti kuitenkin monia kysymyksiä. Erityisesti kiinnitettiin huomiota seuraaviin seikkoihin:

- valtakunnallisten laitosten kyky selviytyä yhteistyössä nykyajan terveyden edistämistyön johtamisen ja tukemisen edellyttämistä toiminnoista ja vastuista;
- kuntien terveyden edistämisen johtajuus, systemaattisuus, ammatilliset ja tekniset valmiudet kunnissa, erityisesti terveyden edistämisen kytkeminen paikalliseen sosiaali- ja talussektorin kehittämiseen ja kuntien keskinäinen hyvien käytäntöjen systemaattinen jakaminen;
- sosiaali- ja terveysministeriön toimivalta, toimiala, voimavarat ja sen terveyden edistämistyön rakenteet sekä niiden mahdollisuudet vastata eri hallinnonalojen välisen strategisen johtajuuden ja yhteensovittamisen mittaviin haasteisiin;
- mahdollisuudet valtakunnallisten terveyden edistämisen rahoitusjärjestelmien strategiseen johtamiseen ja ohjaukseen;
- koulutettujen, riittävät taidot ja kokemuksen omaavien henkilöiden saatavuus ja sijoittuminen organisaatioihin ja tehtäviin siten, että valtakunnallisen terveyden edistämisen politiikan tavoitteet voidaan saavuttaa.

Ryhmä antoi näistä kysymyksistä yksityiskohtaiset kehittämissuosituksensa. Lyhyesti sanottuna Suomen tulisi:

- ylläpitää ja vahvistaa eri hallinnonalojen välisen yhteistyön mekanismeja;
- varmistaa, että sekä strategista suunnittelua, johtamista että käytännön työtä varten on olemassa lukumääräisesti, taidoiltaan, vahvuuksiltaan ja valmiuksiltaan riittävät henkilöstövoimavarat;
- pohtia kaikkien tärkeimpien, terveyden kannalta merkityksellisten hankkeiden terveysvaikutusten arvioinnin käynnistämistä ja toteuttamista;

- toteuttaa järjestelmällisesti *Terveys 2015* -ohjelmaa, vahvistaa Kansanterveyden neuvottelukunnan roolia, taata nykyaikaisen terveyden edistämisen kaikkien tarpeellisten osa-alueiden olemassaolo sekä systemaattinen hyödyntäminen ja järjestää rahoitus parhaalla mahdollisella tavalla;
- etsiä keinoja kuntien tukemiseksi parhaalla mahdollisella tavalla niiden ratkaisevan tärkeässä terveyden edistämistyössä palvelemissa väestön osalta;
- varmistaa, että valtakunnallisen tason ratkaisevat tehtävät ja toimet tukevat ja helpottavat tarkoituksenmukaisesti paikallistason terveyden edistämistä;
- suunnitella ja ohjata tutkimus- ja kehitystyötä ottamaan ensisijaisesti huomioon näyttöön perustuvan terveystieteiden ja käytännön työn tarpeet.

Asiasanat: arviointi, kansanterveys, terveyden edistäminen, terveystieteiden politiikka, WHO

SAMMANDRAG

Det finländska hälsofrämjandet på 1990-talet, internationell utvärdering och utvecklingsförslag. Helsingfors, 2002. 80 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2002:18)
ISBN 952-00-1239-7

På begäran av social- och hälsovårdsministeriet i Finland utvärderade Världshälsoorganisationens Europeiska Regionalbyrå (WHO/EURO) hela det finländska systemet för främjandet av hälsa, – dess resultat hittills och dess framtidspotential – med hänsyn till den inhemska och globala omgivning som är stadd i snabb förändring. I utvärderingen fästes särskild vikt vid konsekvent genomförande och vid den inverkan de tillvägagångssätt som valts har på kort och på lång sikt, vid faktorer som underlättat reformer, vid relevans, ändamålsenlighet och val av tidpunkt, vid eventuella oavsedda biverkningar av åtgärder samt vid möjligheter till framtida utveckling. Denna rapport presenterar evalueringens resultat och de utvecklingsförslag evalueringsgruppen lägger fram.

Utvärderingen utfördes av en internationell expertgrupp som kallades samman av WHO/EURO. Gruppen tillämpade en metodologi som baserade sig på tillämpningen av ett flertal utvärderings- och evalueringsmetoder. Det huvudsakliga tillvägagångssättet och de viktigaste källorna var analys av nyckeldokument (varvid material som publicerats på nätet och tryckt material användes i stor utsträckning liksom även redan publicerade översiktsartiklar), intervjuer med tjänstemän, med sagesmän i nyckelposition och med intressenter, möten med utvalda kommittéer och grupper och besök på ort och ställe, metodologiska erfarenheter från tidigare evalueringar av programmen Hälsa För Alla och Investering för Hälsa inom WHO, samt gruppledammarnas kompetens och deras erfarenhet från tidigare evalueringar.

Det viktigaste resultatet var att det hälsopolitiska tänkesättet och planeringen vilar på en solid planeringsmässig grund. Men frågor ställdes med anledning av ett antal omständigheter i det nuvarande systemet, därav i synnerhet beträffande:

- de nationella institutionernas förmåga att kollektivt prestera det antal funktioner och bära det ansvar som krävs för att leda och stöda ett tidsenligt hälsofrämjande;
- omfattningen av ledarskap, systematiskt arbete och professionella och tekniska resurser för hälsofrämjande på kommunnivå, i synnerhet inlemmandet av hälsofrämjandet i en övergripande social och ekonomisk agenda på det lokala planet, och att systematiskt sprida bra arbetsmetoder mellan kommunerna;
- det mandat och det verksamhetsområde social- och hälsovårdsministeriet har och de resurser och den infrastruktur som står till förfogande för att möta de stora utmaningar som gäller strategiskt ledarskap och koordinering av den tvärssektoriella agendan för riktlinjer;
- möjligheterna att strategiskt styra och hantera de finansieringsinstrument som står till buds för finansiering av hälsofrämjandet på det nationella planet;
- den framtida tillgången på folk med den skicklighet och erfarenhet som behövs för att nå de mål som ställs upp för den nationella hälsovårdspolitiken.

Gruppen lade fram detaljerade rekommendationer. Dessa kan sammanfattas som en uppmaning att:

- vidmakthålla och stärka de tvärssektoriella mekanismerna;
- säkerställa den mänskliga resursen, dess numerär, skicklighet, uthållighet och redobogenhet på alla nivåer så väl i avseende på strategisk planering och administrativa funktioner som verkställning;

- överväga att införa och ta i bruk metoder för analys av hälsoeffekter inom alla institutioner som är relevanta i avseende på hälsa;
- säkerställa handfast implementering av *Hälsa 2015* som medför att folkhälsodelegationens roll utvecklas och som garanterar att alla faktorer som behövs i det moderna hälsofrämjandet föreligger och administreras väl samt att finansieringsmekanismerna optimeras;
- reda ut hur kommunerna bäst kan bistås i deras centrala uppgift att främja hälsan hos den befolkning de betjänar;
- garantera att de åtaganden på nationell nivå som har en avgörande betydelse för att stödja och underlätta det lokala hälsofrämjandet administreras och definieras på rätt sätt;
- skräddarsy agendan för forskning och utveckling enligt prioriteringar som vilar på riktlinjer och praktisk tillämpning som bygger på kunskap.

Nyckelord: folkhälsa, hälsofrämjande, hälsopolitik, utvärdering, WHO

S U M M A R Y

Review of National Finnish Health Promotion Policies (of 1990s). Helsinki, 2002. 80 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2002:18)
ISBN 952-00-1239-7

This report results from a request of the Ministry of Social Affairs and Health of Finland to the European Regional Office of the World Health Organization (WHO/EURO) to appraise the overall Finnish health promotion system – its past performance and future potential – in the light of the fast changing policy context of Finland within the wider world. Particular emphasis was placed on: consistency of implementation; short term and long term impact of policy processes adopted; factors that have facilitated reforms; relevance, appropriateness and timing; unplanned side-effects (if any) of actions undertaken: and opportunities for future progress.

The appraisal was conducted by an international team assembled by WHO/EURO. The methodology used was adapted for the purpose by the team from other approaches to appraisal and evaluation. Its main approaches and resources were: an analysis of key documents (making extensive use of web-published materials as well as hard copies, and including already published overview articles), interviews with officials, key informants and stakeholders; meetings with selected committees and groups, and site visits; methodological experiences from earlier WHO Health For All evaluations and Investment for Health appraisals; reviewing competence represented by the team members' individual experiences.

The main findings of the review were a re-affirmation of Finland's strong basis in health policy thinking and planning, but with questions raised about a number of aspects of the current system, in particular:

- the performance by national institutions collectively of the required range of functions and responsibilities to lead and support contemporary health promotion;
- the extent of leadership, systematic practice and professional and technical resources of health promotion at municipal level, especially the engagement of health promotion in the overall social and economic agendas locally, and the systematic sharing of good practice among the municipalities;
- the mandate, scope, resources and infrastructure of the Ministry of Social Affairs and Health to fulfil the major challenges of strategic leadership and coordination of the inter-sectoral policy agenda;
- the possibilities for strategically directing and managing the range of funding instruments available for health promotion funding at national level;
- the availability in future of people having the range of requisite skills and experiences, in the numbers, places and positions required in order to achieve the national health policy objectives.

Detailed recommendations were provided, which can be summarized as a need to give attention to:

- sustaining and strengthening the inter-sectoral mechanisms;
- ensuring the numbers, skills, strengths and preparedness of human resource capacity at all levels, for both strategic planning and management functions and for implementation ;
- considering the introduction and application of the technique of Health Impact Analysis to all major health-relevant initiatives;

- ensuring robust implementation arrangements for *Health 2015*, including developing the role of the Public Health Advisory Board, ensuring the existence and systematic management of all the necessary elements for modern health promotion, optimising funding arrangements;
- working out how best to assist the municipalities in their crucial role of promoting the health of the populations they serve;
- ensuring that the critical roles performed at national level to support and facilitate local health promotion are appropriately assigned and managed;
- tailoring the research and development agenda to the priorities of knowledge-based policy-making and practice.

Key words: evaluation, national health, health promotion, health policies, WHO

WHO:n asettama arviointiryhmä

Erio Ziglio, johtaja, WHO, European Office for Investment for Health and Development

Spencer Hagar (Yhdistynyt Kuningaskunta), johtaja, Health Promotion Research Unit, London School of Hygiene and Tropical, ryhmän koordinaattori ja raportin kokoaja

Tina Kiær, WHO, Euroopan aluetoimisto, Social and Economic Development, ryhmän hallinnollinen koordinaattori

Christine Brown (Saksa), erityisasiantuntija, kansanterveystyö

Bosse Pettersson (Ruotsi), apulaispääjohtaja, Ruotsin Kansanterveyslaitos, kansanterveyspolitiikka ja strategiat

Mojca Gruntar Cinc (Slovenia), terveysalivaltiosihteeri

Anna Ritsatakis (Kreikka), erityisasiantuntija, terveysvaikutukset ja arviointi

WHO:n arviointiryhmää avustanut suomalainen asiantuntijaryhmä

Risto Aurola, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Jarkko Eskola, ylijohdaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Mari Hakkala, projektisihteeri, sosiaali- ja terveysministeriö

Jorma Järvisalo, johtaja, Kansaneläkelaitos

Meri Koivusalo, erikoistutkija, Stakes

Eero Lahtinen, ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö

Juhani Lehto, sosiaali- ja terveyspolitiikan professori, Tampereen yliopisto

Tapani Melkas, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Aulikki Nissinen, tutkimusprofessori, Kansanterveyslaitos

Eeva Ollila, erikoistutkija, Stakes

Liisa Ollila, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Mikko Paunio, ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö

Kerttu Perttilä, erikoistutkija, Stakes

Marita Sihto, erikoistutkija, Stakes

Harri Vertio, johtaja, Terveyden edistämisen keskus ry

ALKUSANAT

Korkean tason kansainväliset asiantuntija-arviot terveystaloudesta, sen toimeenpanosta ja järjestelmän osien toimivuudesta ovat Suomessa vakiintuneet kehittämisen työvälineeksi. Tässä raportissa esitetään nyt vuorossa olleen terveyden edistämisen politiikan kansainvälisen arvioinnin tulokset. Arviointia pyydettiin Maailman Terveysjärjestön WHO:n Euroopan Alueosastolta, mikä kuvaa Suomen pitkää, hyvää ja vastavuoroista yhteistyötä järjestön kanssa.

Valtakunnallisia toimijoita ja toimintoja muutettiin Suomessa merkittäväällä tavalla 1990-luvulla. Lääkintö- ja sosiaalivaltuutukset lakkautettiin ja niistä muodostettiin Stakes. Vastuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä annettiin ministeriössä uudelle ehkäisevän sosiaali- ja terveystalouden osastolle. Kuntien itsenäisyyttä lisättiin ja valtionosuusjärjestelmää uudistettiin. Järjestöjen roolia terveyden edistämisessä vahvistettiin.

Samaan aikaan vaikea taloudellinen lama pahensi työttömyyttä ja aiheutti kustannusleikkauksia, joiden vaikutuksista terveystaloudesta, terveyspalveluille ja terveyden edistämiseen keskustellaan vieläkin. Yhtenä laman myöhäisvaikutuksena voi ehkä pitää jonkinasteista hyvinvointiyhteiskuntamme peruslähtökohtiin liittyvän luottamuksen horjumista. Terveyspalvelujärjestelmään liittyvät ongelmat ovatkin viime vuosina kärjistyneet ja – julkisesta keskustelusta päätellen – yhä useampi kansalainen kokee epävarmuutta terveydenhuollon toiminnasta. Samalla medioissa on lisääntyvässä määrin keskusteltu terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä yhtenä keinona vähentää terveyspalvelumenoja, osana kestävästä terveystaloudesta.

Niinpä WHO:n tekemä arvio on kenties ajankohtaisempi kuin sitä suunniteltaessa ajateltiin. Valtioneuvosto päätti toukokuussa 2001 *Terveystaloudesta 2015* -kansanterveysohjelmasta ja terveyden edistämisen johtamisen valtakunnallinen vastuu järjestettiin vuoden 2002 alusta uudelleen. Siksi on syytä myös pohtia esimerkiksi valtakunnallisten toimijoiden työnjakoa uuden kansanterveysohjelman toimeenpanossa. Vaikka terveyden määrittäjät ovat – kuten raportissakin todetaan – pääosin terveys- ja sosiaalisektorin ulkopuolella, myös peruspalveluissa pitäisi toteuttaa jatkuvaa ja johdonmukaista terveyden edistämistä. Arvio on siksi tärkeällä tavalla yhteydessä myös vastikään käynnistyneeseen kansalliseen terveystaloudesta-ohjelmaan.

Suomella tulee olla sellainen valtakunnallinen, laajaan yhteistyöhön eri tasoilla pystyvä terveyden edistämisen järjestelmä, joka voi vastata tehokkaasti niin perinteisiin kuin toimintaympäristön muutoksiin liittyviin kysymyksiin. Yhtä tärkeitä ovat terveyden edistämisen laadukas osaaminen ja toimivat rakenteet paikallistasolla. Raportin asettama erityishaaste on yli sektorirajojen ulottuvan yhteistyön vaaliminen ja kehittäminen. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö toivoo tämän arvioinnin tulosten ja niiden pohjalta käytävän kansallisen keskustelun edesauttavan yhteistä työtämme väestön hyvinvoinnin ja terveyden ja niihin perustuvan sosiaalisen pääoman lisäämiseksi.

Kimmo Leppo
Osastopäällikkö, ylijohdaja
Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö, terveystalouden osasto

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
SAMMANDRAG	4
SUMMARY	6
ALKUSANAT.....	9
1 JOHDANTO	12
2 ARVIOINNIN TARKOITUS.....	13
3 TAUSTA JA TOIMINTA-YMPÄRISTÖ.....	14
3.1 Tunnustusta Suomen terveystaloudelle.....	14
3.2 Kehityskulut 1990-luvulla	14
3.3 Suomen terveystaloudelliset prosessit	17
3.4 Yhteiskunnan muutokset ja niiden vaikutus terveyteen.....	17
3.5 Terveystaloudelliset ohjelmat.....	18
4 ULKOISEN ARVIOINNIN ANTI JA LISÄARVO	20

5 MENETELMÄ JA TYÖTAVAT	21
6 PERUSRAKENTEET JA -TOIMINNOT	26
6.1 Lainsäädäntö.....	26
6.2 Nykyinen poliittinen kehys	28
6.3 Hallinnonalojen yhteistyö	29
6.4 Paikallinen terveyden edistäminen	29
6.5 Valtakunnallinen terveyden edistäminen	30
6.6 Henkilövoimavarat.....	30
6.7 Terveyden edistämisen kattavuus.....	31
6.8 Tutkimus ja tietoon perustuvat menetelmät	31
6.9 Tietojärjestelmät	31
6.10 Rahoitus	31
6.11 Terveyden edistäminen normaalissa palvelujärjestelmässä.....	34
7 PÄÄTELMÄT JA HAVAINNOT	35
8 HAASTEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	39
9 LOPUKSI.....	42
LIITTEET.....	43

1 JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä Maailman terveysjärjestö (WHO) on arvioinut Suomen 1990-luvun terveyden edistämisenpolitiikkaa. Prosessi on kuvattu tarkemmin luvussa 6. Arvioinnin onnistuminen ja käyttökelpoisuus riippuu viime kädessä monista kriittisistä tekijöistä. Tärkeimpinä niistä voidaan mainita ministeriön osoittama tehokas, avoin ja hyvä yhteistyöhenki sekä ministeriön tekemät aikataululliset ja muut järjestelyt arviointiryhmän työtä varten. Järjestelyt olivat kautta linjan erinomaiset. Täydet kiitokset eri organisaatioiden ja ihmisten avusta Suomessa esitetään tarkemmin luvussa 11. Samalla halutaan painottaa, että arviointiryhmä vastaa WHO:n nimissä kokonaan tämän raportin sisällöstä.

Luovuttaessaan tämän raportin Suomen sosiaali- ja terveysministeriölle sekä WHO:lle arviointiryhmä toivoo raportin antavan pohjaa laajemmalle keskustelulle WHO:ssa vastaavien arviointien hyödyllisyydestä, omaksutusta tarkastelukulmasta ja mahdollisesta laajemmasta soveltuvuudesta WHO:n jäsenvaltioille. Suomen hallitus sopii hyvin myötävaikuttamaan tällaiseen keskusteluun, koska sillä on paljon kokemusta osallistumisesta WHO:n ajattelun ja käytäntöjen kehittämiseen terveyspolitiikassa ja sen toimeenpanossa. Suomi on niinikään osallistunut tähän arviointiin kriittisesti ja rakentavasti.

2 ARVIOINNIN TARKOITUS

Arviointia koskevat sopimusehdot ovat liitteessä 1.

Tätä arviointia varten terveyden edistämisen määriteltiin olevan:

“toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa *terveytensä taustalla oleviin tekijöihin* ja *siten* kohentaa terveyttään.”

Tämä määritelmä on peräisin Ottawan terveyden edistämisen asiakirjasta (1986); WHO täydensi määritelmää vuonna 1998 lisäämällä siihen kursivoidut sanat (Health Promotion Glossary, WHO, Geneva 1998). Ottawan asiakirja on liitteessä 6. Asiakirja nostaa terveyden edellytykset, terveyden puolesta puhumisen, ihmisten taidot ja välittäjänä toimimisen terveyden edistämisenpolitiikan ja käytännön työn perusarvoksi ja periaatteiksi. Ne ja asiakirjassa esitetyt viisi erityistä toiminta-aluetta ovat ohjanneet myös arviointiryhmän työtä.

Arvioinnissa pyrittiin tarkastelemaan suomalaisia terveyden edistämisen järjestelmiä kokonaisuutena; jo tehtyä sekä tulevaisuuden mahdollisuuksia kotimaisessa ja globaalissa nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä.

Arviointiryhmä tarkasteli erityisesti:

- toimeenpanon johdonmukaisuutta
- valittujen politiikkojen lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutusta
- uudistuksia edesauttaneita tekijöitä
- toimenpiteiden tarkoituksenmukaisuutta, asianmukaisuutta ja ajoitusta
- toimenpiteiden ennakoimattomia sivuvaikutuksia
- tulevaisuuden mahdollisuuksia.

Koska aloite tuli Suomen sosiaali- ja terveysministeriöltä, arvioinnin lähtökohtana oli Suomen terveyden edistämisjärjestelmä ja sosiaali- ja terveysministeriön roolin tarkastelu tässä järjestelmässä. Arviointiryhmän avuksi osoitettiin paljon yhteyshenkilöitä koko Suomen kansanterveystyön alueelta. Ryhmällä oli myös mahdollisuus tavata, vaikkakin rajoitetummin, muutamien muiden sektoreiden edustajia, joiden toiminnalla on selkeästi vastuuta tai vaikutusta terveyteen. Heihin kuuluivat:

- liikenne ja viestintä-,
- opetus-,
- maatalous- ja
- ympäristöpolitiikan hallinnonalojen edustajat.

Arviointiryhmä ei toisaalta tavannut esimerkiksi aluekehityksestä vastaavan sisäministeriön tai työministeriön edustajia, vaikka näiden hallinnonalojen toimet vaikuttavat selkeästi terveyteen.

3 TAUSTA JA TOIMINTA- YMPÄRISTÖ

3.1 Tunnustusta Suomen terveystaloudelle

Suomi on saanut tunnustusta yhtenä maailman johtavista maista kansanterveystyön alalla. Se on myös ollut avoin kansanterveysalan saavutusten, kehittämisen ja ongelmien arvioinnille. Suomi onkin johdonmukaisesti pyytänyt ja käynyt läpi useita tällaisia arviointeja. Suomen asenne on esimerkillinen siinä, miten näistä kokemuksista otetaan oppia ja miten niitä jaetaan kansainvälisesti yhteiseksi hyväksi.

Suomen terveystaloutta ja terveydenhuoltojärjestelmää kuvaa korkeatasoinen strateginen ajattelu terveydestä ja kestävästä kehityksestä. Tämä ilmenee myös terveydenhuollon järjestelmällisessä suunnittelussa ja arvioinnissa.

Suomi on tehnyt pitkään läheistä yhteistyötä WHO:n kanssa Suomen ja Euroopan alueellisen terveystalouden kehittämiseksi ja uudistamiseksi. Hyvänä esimerkkinä tästä ovat 1980-luvulla tehty Suomen Terveystaloutta Kaikille -ohjelma, jonka WHO arvioi vuonna 1991. Sekä ohjelma että sen arviointi vaikuttivat maan terveyden liittyvään päätöksentekoon ja terveystalouteen sekä niiden toimeenpanoon 1990-luvulla. Nyt käsillä oleva arviointi kattaa ajanjakson 1991–2002 ja suuntaa katseen tulevaisuuden mahdollisuuksiin Terveystaloutta Kaikille -ohjelman arvojen ja periaatteiden valossa.

3.2 Kehityskulut 1990-luvulla

Huolimatta 1990-luvulla Suomea kohdanneesta ankarasta taloudellisesta lamasta ja kaikkeen toimintaan kohdistuneista leikkauksista terveydenhuollon strateginen kehittäminen jatkui. Monet edeltävällä vuosikymmenellä tarpeellisiksi ja tärkeiksi katsotut asiat otettiin onnistuneesti huomioon.

Itse asiassa koko 1990-lukua voidaan tarkastella paljon aikaisemmin käynnistyneen kehityksen kypsymisenä. Näihin vuosiin huipentuu kehitys, joka oli aiemmin tapahtunut eri hallinnon tasoilla terveystaloudellisen ajattelun laajentumisena yksilötasolta yhteiskunnalliselle tasolle ja kansanterveysjärjestelmän rakenteen radikaaleina muutoksina. Vaikka monet suuret muutokset tapahtuivat 1990-luvulla, ne nojasivat enimmäkseen aiempien vuosikymmenien työhön. Muutokset kietoutuivat toisiinsa ja vaikuttivat terveyden edistämiseen. Ne auttoivat säilyttämään suomalaisen onnistuneen ajattelutavan terveydestä ja sitä määräävistä tekijöistä. Tällaisia muutoksia olivat lyhyesti esitettynä:

Laaja-alaisen kansanterveystaloudellisen ajattelun kehittyminen

Yleisellä tasolla voidaan sanoa, että ajattelu siirtyi (yksilötason) riskitekijöistä laajemmalle tasolle yhteiskuntaan, ympäristöön ja yhteisöön, toisin sanoen näkemys kokonaisvaltaistui terveyden määrittäjien alueelle. Omaksuttu politiikka painotti myös yhä enemmän terveyden edellytysten vahvistamista, pikemminkin kuin terveyspalveluiden merkitystä väestön 'hyvän terveyden takuiksi'.

Entistä analyyttisempi hallinnonalojen rajat

ylittävä terveyspolitiikan kehittäminen

Hallituksen ensimmäinen kansanterveyskertomus (myöhemmin sosiaali- ja terveystietokertomus), joka annettiin eduskunnalle 1996, ilmentää sosiaali- ja terveysministeriön ajamaa yli hallinnon rajojen ulottuvaa näkökulmaa. Kertomusta voidaan pitää merkinä sosiaali- ja terveysministeriön aikeesta tulla pysyvästi terveyden edistämisen johtavaksi strategiseksi ja koordinoivaksi toimijaksi. Sosiaali- ja terveystietokertomukset perustuvat lakiin, jonka mukaan kaikkien ministeriöiden tulee osallistua niiden laatimiseen raportoimalla terveyden kannalta merkittävistä toimistaan. Tämän kehotuksen sisältyminen lakiin on tulosta 1990-luvulla tapahtuneesta terveyden puolesta puhumisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriön organisaation kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriöön perustettiin vuonna 1992 ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osasto, mikä toi terveyden edistämisen ja ehkäisevän sosiaalityön yhteen. Tarkoitus oli lisätä terveyden edistämisen poikkihallinnollisuutta tuomalla yhteen kaksi ydinaluetta. Sosiaali- ja terveysministeriön organisaatiota muutettiin taas vuonna 2002, jolloin sosiaali- ja terveysosastot erotettiin jälleen. Tällä kertaa osastot jakautuivat perhe- ja sosiaaliosastoksi ja terveysosastoksi. Terveyden edistäminen kuuluu nyt terveysosaston vastuualueelle.

Hallinnonalan laitosten kehittäminen

Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, perustettiin yhdistämällä lääkintö- ja sosiaalivirastot. Stakesista haluttiin luoda ensisijaisesti tutkimus- ja kehittämisorganisaatio, mutta myös kuntia tukeva laitos. Kuntien tukemista korostettiin lisääntyvästi myös Kansanterveyslaitoksen kehittämisessä.

Kunnallisen itsemääräämisoikeuden lisääntyminen

Kunnallinen itsemääräämisoikeus lisääntyi, kun keskushallinnon ja kuntien suhteet määriteltiin uudelleen siten, että kuntien päätösvaltaa lisättiin huomattavasti peruspalveluiden (terveys, opetus, sosiaalipalvelut) järjestämisessä. Ajatuksena oli, että koska kunnat keräävät itse veronsa ja lainsäädäntö antaa niille huomattavan vapauden järjestää väestön tarvitsemat palvelut, kuntien kasvanut vastuu hyödyttäisi väestön terveyttä ja hyvinvointia, samoin kuin terveyden edistämistyötä. Uudistettu kuntalaki vahvisti edelleen kuntien autonomiaa.

Valtionapujärjestelmän uudistus

Valtio tukee kuntia taloudellisesti. Aikaisemmin avustukset oli tarkoin sidottu määrättyyn käyttötarkoitukseen. Korvamerkinnot hävitettiin ja jokainen kunta saa osuutensa valtion budjetista laskennallisen kaavan mukaan. Samaan aikaan kuntien itsemääräämisoikeus on kasvanut, periaatteena on palvelujen suunnittelu paikallisilla asiantuntijavoimilla ja väestön tarpeiden mukaan. Kuntien valtionavut supistuivat aikaisempaan verrattuna 1990-luvun alkuvuosien taloudellisen taantumana. Puitelait määrittelevät terveys-, opetus-, sosiaali- ja muiden peruspalvelujen lähtökohdat. Puitelakien ulkopuolella kunnat voivat järjestää palvelunsa hyvin vapaasti, esimerkiksi terveyden

edistämistyön laajuus riippuu paikallisesta politiikasta ja päätöksenteosta. Vaikuttaa siltä, että lisääntynyt itsemääräämisoikeus ja rahoitusjärjestelmän muutos ovat vaikuttaneet kunnissa siten, että terveyspalveluihin on investoitu terveyden edistämisen kustannuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii lainsäädännön valmistelusta ja ohjaa kuntia informaatio-ohjauksen, joskus myös taloudellisen resurssin keinoin. Viime aikoina sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia on lisääntyvästi käytetty informaatio-ohjauksessa.

Kansanterveysjärjestöjen ja valtion suhteen uudelleen määrittely ja järjestöjen katto-organisaation vahvistaminen

Kansanterveysjärjestöt eli niin sanottua kolmatta sektoria edustavat järjestöt on tunnustettu terveyden edistämisen täysivaltaisiksi yhteistyökumppaneiksi. Järjestöjen katto-organisaationa toimiva Terveyden edistämisen keskus (TEK, perustettu 1962) osallistuu kansanterveysjärjestöille jaettavia terveyden edistämisen määrärahoja koskevaan päätöksentekoon. Kansanterveysjärjestöt toimivat paikallisilla, alueellisilla ja valtakunnallisella tasolla, ja niiden rooli vaihtelee toimintatason mukaan. Paikallistasolla ne toimivat yhdessä yksittäisten ihmisten ja ihmisryhmien kanssa. Alueellisesti ja valtakunnallisesti niillä on toimintoja koordinoivia, pilottihankkeita ja innovatiivisia hankkeita, joiden kokemukset tuodaan valtakunnalliseen politiikkaan ja tutkimustyöhön. Terveyden edistämisen keskuksen tärkeimmät tavoitteet ovat:

- vahvistaa kansanterveysjärjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyötä terveyden edistämisessä
- edistää terveyden edistämisen huomioonottamista lainsäädännössä
- toimia osaamiskeskuksena jäsenilleen, varsinkin menetelmien suunnittelussa ja aineistojen laatuksymyksissä.

Terveyden edistämisen tutkimusta vahvistettiin merkittävästi

Suomen Akatemia on rahoittanut nyt jo päättynyttä tutkimusohjelmaa eriarvoisuudesta. Parhaillaan on käynnissä laaja terveyden edistämisen tutkimusohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisrahojen hallinnoinnin kehittäminen

Tupakkalain, raittiuslain ja muiden säädösten avulla on luotu erityinen terveyden edistämisen rahoitusinstrumentti. Sillä on valtion talousarviossa oma momenttinsa, jolla tällä hetkellä on vuosittain noin seitsemän miljoonan euron määräraha, ja sitä hallinnoidaan sosiaali- ja terveysministeriön terveysosastolla. Sekä ministeriön hallinnonalalla toimivien laitosten että muiden toimijoiden hankkeista tehtävät rahoituspäätökset tarjoavat mahdollisuuden vaikuttaa kehitykseen horisontaalisesti ja strategisesti sekä kehittää hankkeita johdonmukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen tavoitteena on:

- vahvistaa terveyden edistämisen rakenteita
- vähentää tupakointia ja soveltaa tupakkalakia
- vähentää päihteiden käyttöä ja päihdehaittoja
- edistää terveellistä ravitsemusta
- ehkäistä tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja edistää toimintakykyä
- ehkäistä tapaturmia
- edistää mielenterveyttä
- edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä.

Osallistuminen Euroopan Yhteisön terveystalitiikkaan

Suomen osallistuminen EY:n terveystalitiikkaan näyttää versovan samasta laaja-alaisesta terveystaliteyksestä, joka on innoittanut kansallisen terveystalitiikan kehittämistä. Terveys on ollut EY:n asialistalla vasta vuoden 1992 Maastrichtin Eurooppa-neuvostosta lähtien. Suomi on korostanut lyhyen EU-jäsenyytensä ajan, että terveys tulisi ottaa huomioon kaikissa talitiikoissa, ei vain erillisissä tautikohtaisissa ohjelmissa. Suomella oli suuri osuus siinä, että 'terveys kaikissa talitiikoissa' nousi tärkeäksi yleisperiaatteeksi EY:n uudessa kansanterveysohjelmassa. On myös maininnan arvoista, että Suomi onnistui nostamaan mielenterveyden uutena asiana EY:n kansanterveysagendalle puheenjohtajuutensa aikana vuonna 1999.

Suomella on erityinen komiteajärjestelmä, jonka puitteissa myös sosiaali- ja terveysministeriö sovittaa hallitustasolla systemaattisesti yhteen Suomen EU-terveystalitiikan tavoitteet muiden sektoreiden tavoitteiden kanssa ja antaa kannanottoja muiden sektoreiden EU-talitiikoista. Tällainen kattava yhteensovittamismenettely on melkein pä ainutlaatuinen muihin EU:n jäsenvaltioihin verrattuna.

3.3 Suomen terveystalitiittiset prosessit

Kokonaisuutena Suomen terveystalitiikan voi nähdä selkeän systemaattisena kehityskulkuna. Siihen kuuluvat tietopohja, tarvearviot, strategioiden kehittäminen, lainsäädännön asteittainen kehittäminen, uusien toimintojen omaksuminen ja niiden arviointi. Suomen kansainvälisesti tunnetuksi tehneitä alueita ovat esimerkiksi sydänterveys, syövänehkäisy sekä tupakka- ja ravitsemustalitiikka. Niiden suunnittelu, toimeenpano, seuranta, arviointi ja kehittäminen ilman tällaista johdonmukaista terveyden edistämisen talitiikan jatkuvaa kehittämistä ei olisi mahdollista. Siten myös arviointiin kohdistuu korkeita laatuvaatimuksia ja suuria odotuksia.

3.4 Yhteiskunnan muutokset ja niiden vaikutus terveyteen

Suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtui nopeita ja syviä muutoksia 1990-luvulla:

- Neuvostoliiton hajoamista seuraavan syvän taloudellisen taantumän vaikutukset
- globaalit tapahtumat, erityisesti Euroopan Unioni ja Suomen jäsenyys siinä vuonna 1995
- jatkuva kaupungistumisen kiihtyminen ja asutuksen keskittyminen Etelä-Suomen suuriin asutuskeskuksiin.

Suomen taloudellinen taantuma 1990-luvulla oli syvempi kuin mitään muuta OECD-maata kohdannut lama vuoden 1945 jälkeen. Julkisen rahoituksen turvaamiseksi tuloverotusta nostettiin ja julkisia menoja leikattiin ankarasti.

Vaikka verotusta sittemmin kevennettiin, on se vieläkin OECD-maiden korkeimpia. Julkisen rahoituksen leikkaukset vaikuttivat etenkin kuntien valtionapuihin, työttömyysavustuksiin, asumistukeen ja muihin sosiaalisiin tukiin sekä käytössä olleisiin voimavaroihin. Vaikka Suomi kaikesta huolimatta onkin säilyttänyt pohjoismaisen hyvinvointivaltion perusluonteen, on se heikentynyt: se on vähemmän universaali, sosiaaliset tuet ovat pienentyneet ja tukien hakijat joutuvat käymään läpi paljon ankaramman seulan kuin aikaisemmin. Silti näillä toimenpiteillä on pystytty saavuttamaan päätavoite: joukkoköyhyydeltä, monenlaiselta huono-osaisuudelta ja massiiviselta hyvinvointierojen kasvulta on vältetty.

Vaikka 1994 alkanut elpyminen on vaikuttanut suotuisasti kokonaistalouteen, sitä ovat leimanneet jatkuvasti

korkea työttömyys, tasaisesti (vaikkakin hitaasti) kasvava suhteellinen köyhyys, kasvavat tuloerot ja muut erot, myös terveyserot. Tätä selitetään sillä, että vaikka pääomien kertyminen on lisännyt väestön varakkaimman kymmenyksen tuloja, kauan jatkunut korkea työttömyys on pakottanut monet ihmiset elämään pitkiä aikoja paljon heikomman turvaverkon varassa kuin aikaisemmin. Siten Suomi – vaikka onkin edelleen melko tasa-arvoinen, 'tyypillisen pohjoismainen' yhteiskunta – on selvästi vähemmän tasa-arvoinen kuin vuonna 1990, ja kehitys näyttää kulkevan edelleen lisääntyvän eriarvoisuuden suuntaan. Samalla suomalaisen yhteiskunnan arvopohja on kallistunut kohti suurempaa individualismia.

Stakes on arvioinut globalisaation vaikuttaneen Suomen terveysoloihin seuraavien mekanismien kautta:

- politiikat, joilla vaikutetaan terveyteen vaikuttavien markkinointikeinojen ja kulutustavaroiden tuottamiseen (esim. alkoholin ja tupakan *sääntelystä* vapautuminen)
- funktionaalisten elintarvikkeiden trendit ja terveysargumenttien käyttäminen ruuan ja ravinnon myynnissä (*kaupallistuminen*)
- tietoa on entistä helpommin saatavilla Internetistä (*tieto ja markkinointi*)
- ruuan entistä kansainvälisemmät markkinat suorine ja epäsuorine vaikutuksineen, esimerkiksi BSE ja geenimanipuloidut tuotteet (*tavaroiden saatavuus, kulutus ja tiettyjen tavaroiden välttäminen*)
- *talouspolitiikan* vaikutukset terveyden tasa-arvoon
- *työllisyyspolitiikan* vaikutukset ihmisten mahdollisuuksiin pysyä terveinä ja edistää terveyttään aikaisempaa kovemmillä työmarkkinoilla ja yhä kilpailuhenkisemmissä työoloissa
- muuttuva poliittinen ympäristö, vähenevät voimavarat ja julkisen sektorin toimintakyky, yhä verkottuneempi kansalaisyhteiskunta ja yrityssektori (*toimijat ja voimavarat*).
- *kaupungistuminen*, joka uhkaa tyhjentää Pohjois- ja Itä-Suomen kunnat ja jättää alueelle ikääntyvät ihmiset sekä heikenneen talouden ja vaikeasti ylläpidettävät julkiset palvelut.

Talouden taantuma jälkivaikutuksineen, talouspolitiikka ja muuttuva toimintaympäristö vaikuttavat yhdessä todennäköisesti kauaskantoisesti terveyteen ja hyvinvointiin. Kasvanut työtaakka ja työn kuormittavuus lisäävät loppuunpalamista, vaarantavat perhe-elämää ja vaikuttavat epäedullisesti erityisesti lasten hyvinvointiin. Ne rikkovat entisiä sosiaalisia verkostoja ja vähentävät ylipäättään sosiaalista yhteenkuuluvuutta (mikä edelleen vaikuttaa yleiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen). Samaan aikaan on mahdollista, että globalisaation poliittiset piilo-olettamukset, terveys- ja talouspolitiikan erillisyydet ja supistuvan julkisen talouden suosiminen, voivat edelleen vähentää opetus-terveys- ja muiden sektorien mahdollisuutta korjata syntyneitä vahinkoja. Kaupungistumiskehitys kyseenalaistaa sekä terveyspalvelut että sairauksien ehkäisyn suuressa osassa Suomen maaseutua, joten tarvitaan erityistoimenpiteitä terveydenhuollon palvelujen yhtäläisen saatavuuden takaamiseksi.

3.5 Terveys 2015 -ohjelma

Vuonna 1991 julkaistussa Suomen Terveyttä kaikille -ohjelman kansainvälisessä arviointiraportissa tuotiin esille, että poliittisten päämäärien muotoilu oli vahvasti sosiaali- ja terveysministeriön käsissä. Se oli poliittisesti kaikkien puolueiden hyväksymää, mutta olennaisilta osiltaan ylhäältä-alas -politiikkaa, johon osallistuivat lähinnä terveyssektorin keskeiset vaikuttajat. Paikallisia toimijoita ei otettu tarpeeksi mukaan politiikan muotoiluun, mikä olisi ollut välttämätöntä onnistuneen toimeenpanon kannalta. Edelleen johtopäätöksiä esitettiin, että poliittiset tavoitteet olivat jääneet liikaa ensisijaistamatta ja soveltamiseen oli kiinnitetty liian vähän huomiota. Tarvittiin määrällisiä tavoitteita. Uudistettu politiikka, joka omaksuttiin suuresti muuttuneissa yhteiskunnallis-taloudellisissa olosuhteissa vuonna 1993, reagoi kansainvälisen arvioinnin havaintoihin ja johtopäätöksiin ja sisälsi määrälliset tavoitteet, muun muassa terveyden epätasa-arvon vähentämiseksi. 1990-luvulla tehdyt rakenteelliset muutokset olivat

osaltaan myös seurausta kansainvälisen arviointiryhmän antamasta kriittisestä aikaisempaa normatiivista ylhäältä-alas-lähestymistapaa kohtaan.

Vuonna 1997 valtioneuvosto päätti kansanterveyden neuvottelukunnan avulla käynnistää laajapohjaisen, monisektorisen ja monitasoisen prosessin kansallisen Terveyttä kaikille –politiikan uudistamiseksi. Työn kuluessa julkaistiin epävirallisia katsauksia käynnissä olevista terveyden edistämishjelmista, terveyden epätasa-arvosta ja elämäntapa-ajattelusta. Järjestettiin sarja seminaareja, joihin osallistui satoja, hyvin erilaisen taustan omaavia ihmisiä ja joissa keskusteltiin terveyden edistämisestä elämäntapaan, ympäristöjen ja toimijoiden näkökulmista. Raportit ja keskusteluyhteenvedot koottiin yhdeksi asiakirjaksi, joka lähetettiin lausunnoille vuoden 1999 lopulla. Lopputuloksena syntyi periaatepäätös *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmasta, jonka sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli ja valtioneuvosto hyväksyi vuonna 2001.

Terveys 2015 -ohjelma syntyi selvästi erilaisessa sosiaalisessa ja taloudellisessa tilanteessa kuin edellinen Terveyttä Kaikille -ohjelma ja sen arvioinnit, vaikka ne luonnollisesti vaikuttivatkin uuteen ohjelmaan. Tavoitteet on asetettu sekä yleisellä tasolla että elämäntapaan mukaan. Yleiset terveystavoitteet ovat kasvanut terveen elinajan odote, pienemmät terveyserot ja lisääntynyt tyytyväisyys terveydenhuoltojärjestelmään. Elämäntapaan perustuvat tavoitteet ovat:

- lapset – terveyden ja hyvinvoinnin kohentuminen
- nuoret – tupakoinnin, huumausaineiden ja alkoholin käytön väheneminen
- nuoret miehet – väkivalta- ja tapaturmakuolemien väheneminen
- työikäiset aikuiset – eläkkeelle siirtymisen myöhentyminen parantuneen toimintakyvyn ansiosta
- ikääntyneet – yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn kohentumisen jatkuminen.

Terveys 2015 -ohjelma ei sisällä erityisiä terveystavoitteita tai rakenteellisia ehdotuksia, mikä on epätavallista eurooppalaisessa toimintaympäristössä. Tässä mielessä *Terveys 2015* -ohjelma on epäohjelmallinen.

Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanoon haastetaan toimintaan merkittävässä asemassa olevia erilaisia toimijoita, kuten kunnat, liike-elämä, tutkimussektori, opetusala ja kansalaisyhteiskunta. Lukuun ottamatta terveyssektoria valtakunnallinen taso kuitenkin puuttuu. Sosiaali- ja terveysministeriö on ainoa ministeriö, jolle on annettu selkeää vastuuta ohjelman toteuttamisesta.

Stakes on huomauttanut, että “vaikka tekstissä (*Terveys 2015*) esitetään terveys laajassa mielessä moniulotteisen yhteiskunnan heijastumana, terveyden edistämiseksi asetetut ensisijaiset tavoitteet kuvastavat kuitenkin kapeampaa näkökulmaa”. Sen lisäksi, edelleen Stakesin mukaan, selkeä “tasotavoitteiden” painottaminen (“jakaumatavoitteisiin” verrattuna) saattaa pahimmillaan – monien suomalaisten terveyden edistämishjelmien tavoin – unohtaa sosioekonomisten terveyserojen vähentämisen ja siihen tarvittavien toimien ehdottamisen, jolloin päinvastoin on vaarana lisätä epätasa-arvoa.

4 ULKOISEN ARVIOINNIN ANTI JA LISÄARVO

Ulkopuolisen asiantuntija-arviointiryhmän käytöstä koituvia hyötyjä:

- Ryhmän mielenkiinto kohdistuu aihealueeseen pikemminkin kuin arvioitavaan maahan.
- Ryhmä edustaa kokoonpanoltaan valikoituja osaamisalueita, sekä teknisesti että tehtävän suorittamisen kannalta.
- Ryhmä pystyy katsomaan tilannetta “helikopteriperspektiivistä”.
- Ryhmä edustaa sellaista kokemusta ja näkemystä arvioinnin kohteesta, että se tekee mahdolliseksi erilaisten näkökulmien sulauttamisen tulkinnoiksi.
- Ryhmä työtapana synnyttää luovaa synergiaa, mikä on lisäarvo aiheiden ja ongelmien, tulkinnoissa ja ymmärryksessä.

Yleisesti ottaen menetelmä pyrkii helpottamaan keskustelua ja suuntaamaan toimintaan. Näin luodaan edellytykset jatkuvalla mielipiteenvaihdolle ja pohdinnalle myös kenttätyöjakson ja ulkoisen arvioinnin asiantuntijaryhmän poistumisen jälkeen.

5 MENETELMÄ JA TYÖTAVAT

Sosiaali- ja terveysministeriö määritteli arvioinnin koskevan terveyden edistämistyötä, jonka poliittisena viitekehyksenä ovat pääministeri Paavo Lipposen toisen hallituksen ohjelma (15.4.1999, 8. luku) ja ohjelman sisältöä toteuttava hallituksen päätös *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:6). Yleiset periaatteet sovittiin valmisteluprosessin kuluessa. Arviointiryhmä sai käyttöönsä useita englanninkielisiä taustaselvityksiä. Arviointiryhmä oli Suomessa kaikkiaan kymmenen päivää ja haastatteli asiantuntijoita, piti kokouksia, teki yhteenvetoja pohdinnoistaan, analyyseistaan ja alustavista löydöksistään. Suomen arvioinnin yhteydessä kehittyneestä hyvästä menetelmästä on keskusteltu jälkeenpäin. Tarkoituksena on kehittää yleispätevä menetelmä vastaavia, uusia arviointitehtäviä varten.

Suomessa tehdyn kaltaisia terveyspolitiikan arviointeja varten ei ole olemassa vakiintunutta mallia tai menetelmää. On kuitenkin olemassa runsaasti kokemusta eri tyyppisistä kansanterveystyön toimivuusarvioinneista sekä Euroopassa että muissa länsimaissa. Käytössä olevat käsitteet kuvaavat arvioinnin, seurannan, auditoinnin ja asiantuntija-arvion erilaisia sisältöjä. Teoreettisia eroja toki on, mutta ne eivät aina näy käytännössä. Nyt tehty politiikan arviointi painottaa:

- muodollisia terveyspolitiikan sisältöjä ja sitä, miten johdonmukaisesti ne on ilmaistu virallisissa ja julkisissa asiakirjoissa,
- miten politiikka ymmärretään virallisesti ja epävirallisesti,
- kuinka (jos ylipäättään) politiikka kääntyy muiden asianosaisten sektoreiden ja tasojen kielelle, ja
- miten politiikkaa aiotaan soveltaa ja miten näitä suunnitelmia tosiasiaassa edesautetaan, mukaan lukien olemassa olevien ja tarvittavien menetelmien tutkiminen, jotta politiikan päämäärät ja tarkoitus pystytään toteuttamaan.

WHO:lla on aikaisempaa kokemusta terveyteen investoinnin asiantuntija-arvioista (Investment for Health) sellaisista maista, joissa ei ole ollut ajantasaista terveyspolitiikkaa ja jotka ovat pääosin olleet siirtymävaiheessa ja tarvinneet siksi yleisen kansanterveystyön rakentamiseksi ulkoista asiantuntija-apua. Ohjelma-arviot (Health programme review) on yleensä tehty pitkän tai keskipitkän aikavälin toimintaohjelmien arvioimiseksi vertaamalla välillisiä tuloksia mielellään selkeisiin, määriteltyihin tavoitteisiin. Kohteena on usein käytettyjen työtapojen tehokkuuden arviointia ohjelman onnistumisen kannalta.

Terveysvaikutusten (Health outcomes) mittaamisessa ja arvioinnissa terveyden edistäjät, epidemiologit ja kliinikot ovat kiistelleet siitä, mitkä ovat asianmukaisia tieteellisiä menetelmiä. Cochrane-menetelmä on muodostunut näyttöön perustuvan kliinisen lääketieteen standardiksi. Useimmat terveyden edistäjät kuitenkin torjuvat sen käytännöllisistä syistä, koska kontrolloidut, satunnaistetut koejärjestelyt eivät yleensä sovellu terveyden edistämisen käytännön työmenetelmien arviointiin. Useissa maissa tietoon perustuvasta terveyden edistämisestä on tullut kansanterveystoimijoiden tavoite: halutaan kehittää yhteisesti sovittuja menetelmiä erilaisten terveyden edistämisen- ja sairauksien ehkäisyn toimintojen tehokkuuden mittaamiseksi. Kysymys on käynnissä olevasta työstä, jolla on vielä varsin suuri joukko haasteita vastattavanaan. Englannissa on arveltu, että noin 95 prosentissa kaikista tieteellisistä kansanterveysjulkaisuista selitetään eri riskien ja sairauksien yhteyksiä. Korkeintaan viisi prosenttia kirjallisuudesta käsittelee sitä, mikä todellisuudessa voisi saada aikaan positiivisen muutoksen.

Standardoitua menetelmää ei siis ole olemassa, joten tässä arvioinnissa käytetty menetelmä perustui pääosin

sosiologiseen ja politiikan arviointiteoriaan sekä seuranta- ja auditointitekniikoihin, joita yhdisteltiin kokonaisvaltaiseksi työtavaksi. Kokemukset aikaisemmista terveyden edistämisen tai terveyteen investoinnin arvioinneista Sloveniassa, Unkarissa, Latviassa, Romaniassa ja Maltassa ovat lisänneet prosessin tuntemusta, vaikka, kuten jo todettiin, näissä keskityttiin etupäässä kansanterveyspolitiikan ja toimeenpanon alku- ja kehittämissä vaiheisiin. Suomessa on yksi maailman edistyneimmistä terveyspolitiikoista, jossa nämä vaiheet ovat jo takanapäin. Näin syntyi mahdollisuus samalla kehittää täsmällisemmin suunnattua arviointimenetelmää. Aiheesta julkaistua kirjallisuutta on käytetty oppaana, kirjallisuusluettelo on liitteessä 5.

Menetelmä oli aluksi hajanaista ja subjektiivista ja edusti lähinnä asiantuntijaryhmän kunkin jäsenen omia kokemuksia ja käsityksiä. Se kehittyi asteittain arviointiprosessin aikana kokonaisvaltaisemmaksi rakenteeksi, kuten myöhemmin esitetään.

Politiikan tarkastelu ei ole luonteeltaan itsestään selvää. Sitä lähellä olevia käsitteitä ovat arviointi, seuranta, auditointi ja asiantuntija-arvio. Arviointiprosessi jäsenyi ryhmän mielessä ensisijaisesti siten, että tavoitteena on tukea maata sen omissa terveyden edistämisenjärjestelmää koskevissa pohdinnoissa ja politiikan tavoitteiden toimeenpanossa tuomalla keskusteluun kansainvälisen ammatillisen näkökulman. Arvioinnin tulisi siten vaikuttaa:

- maan itse määrittelemien terveyden edistämispolitiikan tavoitteiden saavuttamiseen,
- asetettujen tavoitteiden kattavuuteen ja rajoituksiin, sekä
- terveyden edistämisen tehokkaampaan sisällyttämiseen Suomen laajalle ja nopeasti kehittyvälle sosiaaliselle ja taloudelliselle agendalle.

Tarkoitus ei sen vuoksi ollut arvioida jäykästi, kuinka maa oli suoriutunut edeltävän vuosikymmenen aikana, vaan edesauttaa jatkuvaa tulevaisuuteen suuntautuvaa prosessia kansanterveystyön aseman vahvistamiseksi ja terveyden edistämisen tehokkuuden lisäämiseksi.

Arvioinnissa käytetyt lähtökohdat olivat

- sosiaali- ja terveysministeriön antamien englannin- (valtaosa) ja ruotsinkielisten (joitakin) avainasiakirjojen (painettujen julkaisujen ja internetissä julkaistujen) analyysi sekä julkaistut katsaukset Suomen kansanterveyspolitiikasta (liite 2)
- virkamiesten, avainhenkilöiden ja sidosryhmien haastattelut. Kokoukset eri työryhmien ja neuvottelukuntien kanssa, vierailut eri paikoissa (liite 1)
- aikaisempien WHO:n terveyskasvatusarviointien menetelmät, terveyteen investoinnin arvioinnit
- ryhmän jäsenten oma osaaminen arviointimenetelmien käytössä.

Lähestymistapa salli kohtuullisen määrän vastakkain asettelua esitettyjen faktojen, ilmaistujen kannanottojen ja löydösten luotettavuuden ja osuvuuden varmistamiseksi. Vastakkain asettelu – triangulaatio – määrittellään 'monipuolisten menetelmien käytöksi mielenkiinnon kohteena olevan ilmiön tutkimiseksi'. Lyhyesti ja yksinkertaisesti kysymys on siitä, että tietty aihe tutkitaan useammasta lähteestä peräisin olevan tiedon valossa. Triangulaatio toteutettiin yhdistämällä eri haastatteluja (milloin niiden keskinäinen järjestys ja haastateltavien edustavuus sen mahdollistivat) sekä asiakirjalähteitä. On mainittava, että tätä tavoitetta ei aina voitu noudattaa rajatun ajan, haastattelujen järjestyksen ja haastateltavien välisten suhteiden takia. Joidenkin aiheiden osalta saatavissa oli vain yksi tietolähde kenttätyöjakson aikana. Ydinaiheiden osalta sosiaali- ja terveysministeriöltä on pyydetty ja saatu lisätietoja jälkepäin.

Arviointiryhmä yhdisteli seuraavat peräkkäiset vaiheet ja menetelmät arviointimalliksi:

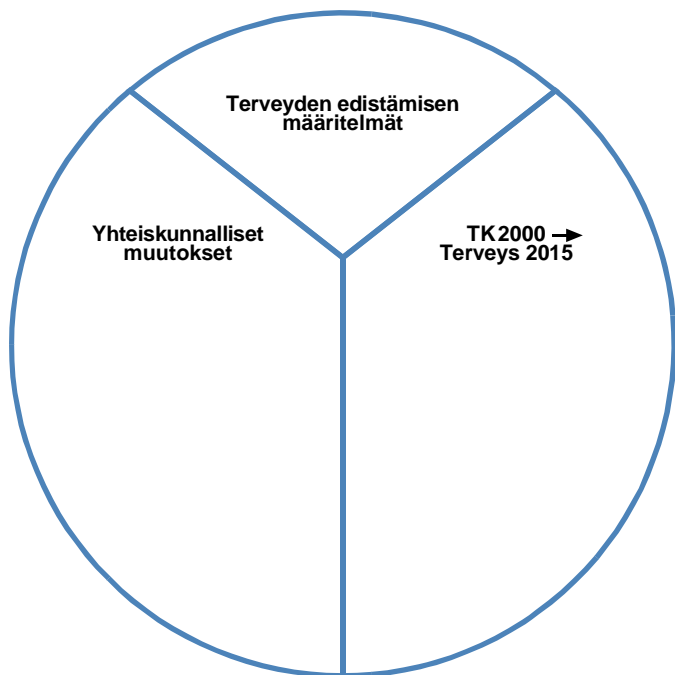
1. Arvioitavan alueen kartoitus

- kansanterveys- ja terveyden edistämisen politiikat sosiaali- ja terveysministeriössä: lähestymistavat, ensisijaiset tavoitteet, odotetut vaikutukset, vastakkaiset näkemykset ja intressiristiriidat, toteutettavuus jne.
- terveyttä edistävät eri hallinnonalojen yhteiset politiikat (muut ministeriöt): lähestymistavat, ensisijaiset tavoitteet, odotetut vaikutukset, vastakkaiset näkemykset ja intressiristiriidat, toteutettavuus jne.

- pääosin kansallisen tason näkökulma, ottaen huomioon suhteet paikallis- ja aluehallinnon tasoihin
- julkiset, järjestö- ja yksityiset toimijat ja kunkin vastuut
- yleiskuva organisatorisista rakenteista.

Sopimusehtojen mukainen tausta-aineisto antoi ryhmän käyttöön painettuja ja sähköisiä tietolähteitä sekä tietoa Suomen terveystaloudesta ja terveydenhuoltojärjestelmästä. Tausta-aineisto oli jakautunut karkeasti ottaen kolmeen laajaan perusosaan (kuva 1):

- terveyden edistämisen käsitteen ymmärrys ja tulkinta
- Suomessa tapahtuneet yhteiskunnalliset ja rakenteelliset muutokset viime vuosikymmenellä
- terveystalouden kehitys Terveystaloutta Kaikille -politiikasta nykyiseen *Terveystalouksella 2015* -ohjelmaan.



Kuva 1. Arvioinnin rakenne

2. Valmistautuminen haastatteluihin

Arviointiryhmä valmisteli yhdessä sekä yksilö- että ryhmähaastattelujen rakenteen ja kysymykset eri alueilta. Erityiset tavoitteet ja ydinalueet tunnistettiin ja ryhmän sisäinen tehtäväjako todettiin.

3. Jälkipuinti

Haastatteluistunnon jälkeen, tai päivän lopuksi jokainen ryhmän jäsen erikseen ja kaikki yhdessä analysoivat kunkin haastattelun tulokset. Ne kirjattiin ja sijoitettiin arvioinnin kokonaiskehikseen (kuva 1).

4. Analyysi, 1. vaihe

Arvioinnin kokonaiskehiksen perusteella kehitettiin asteittain operationaalinen analyttinen rakenne, joka sisälsi kuvassa 2 esitetyt osiot.

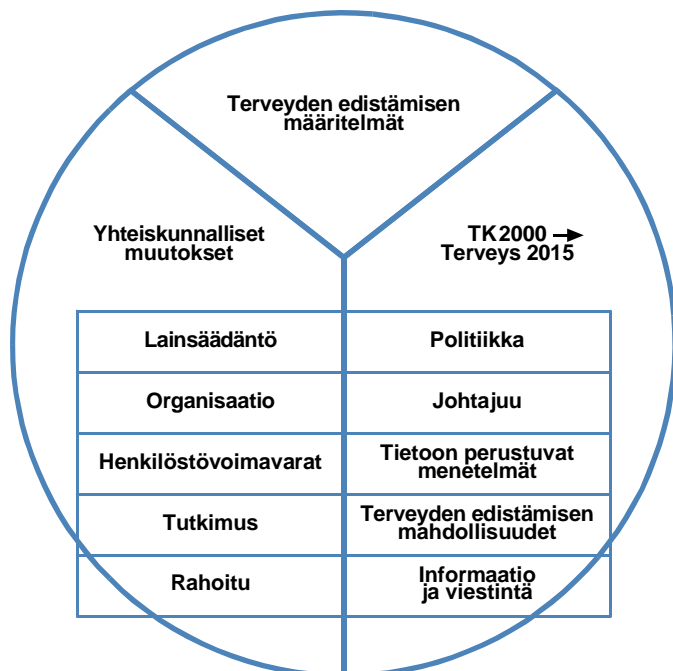
Lainsäädäntö	Politiikka
Organisaatio	Johtajuus
Henkilöstövoimavarat	Tietoon perustuvat menetelmät
Tutkimus	Terveyden edistämisen mahdollisuudet
Rahoitus	Informaatio ja viestintä

Kuva 2. Arvioinnin osiot

Vahvuuksien, heikkouksien, mahdollisuuksien ja uhkien tunnistamiseen kaikkien osioiden osalta käytettiin SWOT-analyysia.

5. Avainaiheiden muotoilu

Operationaaliseen analyysikehykseen sijoitettiin etupäässä väittämiä, mutta myös avoimia kysymyksiä. Väittämät ja kysymykset, jotka kattoivat alustavat johtopäätökset, valmisteltiin kokopäiväisen pajatyöskentelyn pohjaksi. Mukaan kutsuttiin keskeiset tiedonantajat ja sidosryhmät.



Kuva 3. Operationaalinen analyysikehyks

6. Koko päivän pajatyöskentely

Kahdessa kolme tuntia kestävässä ryhmätyössä oli tarkoituksena testata, varmistaa ja edelleen tutkia alustavia havaintoja. Osanottajat jaettiin noin kuuden hengen sekaryhmiin, jotka säilytettiin koko päivän ajan. Osanottajille selostettiin operationaalinen analyttinen kokonaiskehys ja sen temaattinen rakenne. Jokainen teema esiteltiin lyhyesti. Väitteet ja kysymykset esitettiin yleisluentona ja jaettiin jokaiselle ryhmälle kirjallisena. Ensin jokainen osallistuja muodosti oman mielipiteensä, sen jälkeen ryhmä keskusteli yhdessä. Ryhmä päätti, mitä yleiskeskusteluun tuodaan mukaan (sekä ne asiat, joista oltiin yhtä mieltä että ne, joista oli ristiriitaisia kantoja ja mielipiteitä). Yleiskeskustelun jälkeen jokaista osallistujaa pyydettiin kirjoittamaan henkilökohtaiset mielipiteensä keltaisille liimalapuille ja kiinnittämään ne mielestään kaikkein sopivimman ennakolta lehtiölle kirjatun otsikon alle. Mielipiteet ja kommentit järjestettiin ja vedettiin yhteen jälkikäteen. On huomattava, että osallistuminen työpajaan oli vähäistä ja ehkä valikoitua, joten mahdollisuudet johtopäätöksiin sen pohjalta eivät ole kovin hyvät.

7. Analyysi, vaihe 2

Pajan tulokset liitettiin alustaviin havaintoihin, joista jotkut hylättiin, jotkut todennettiin ja jotkut vahvistettiin. Puuttuvat tiedot pantiin merkille.

8. Lisätiedot

Lisätietoja pyydettiin sosiaali- ja terveysministeriöltä, joka toimitti sitä vähitellen.

9. Analyysi, vaihe 3

Arviointiryhmä kokosi alustavat tulokset saatavilla olevan tiedon kokonaisanalyysin pohjalta ja nimesi tulevaisuuden haasteet ja suositukset.

10. Esitarkastus

Havainnot kirjattiin ennakoivaan yhteenvetoon ja lähetettiin sosiaali- ja terveysministeriöön asiatarkastukseen ja kommentoitavaksi.

11. Viimeistely

Viimeistellyt havainnot ja ehdotukset esitettiin arviointiryhmässä annetun palautteen perusteella. Raporttiluonnos lähetettiin sosiaali- ja terveysministeriölle tarkastamista ja käännöstyön aloittamista varten.

12. Valmiin arviointiraportin esittäminen

Keskustelu sosiaali- ja terveysministeriön ja muiden asianosaisten kanssa julkistamistilaisuudessa, jonka tarkoituksena on edesauttaa tulevaa terveysalan kehitystä Suomessa ja havaintojen soveltamista.

6

PERUSRAKENTEET JA -TOIMINNOT

6.1 Lainsäädäntö

Suomessa terveyden edistämisen perustana ovat tietyt lait, joissa määritellään kansalaisten oikeudet terveyden edistämiseen, perusterveydenhuollon velvollisuudet terveyden edistämisessä sekä sosiaali- ja terveysministeriön valtuudet sekä rahoitusjärjestelmät. Laeissa on velvoitteita myös muille ministeriöille, esimerkiksi opetusministeriölle sekä kunnille. Erityistä huomiota kohdistetaan tupakkaan, huumeisiin ja alkoholiin. Yhteenveto lainsäädännöstä esitetään alla:

Kansanterveyslaki (66/1972)

1. Luku Perusterveydenhuolto

1 §. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.

Edellä 1 momentissa tarkoitettua kansanterveystyöstä, yksilön ja hänen elinympäristönsä terveydensuojelua (*ympäristöterveydenhuolto*) lukuun ottamatta, josta on säädetty erikseen, on voimassa, mitä tässä laissa säädetään, jollei muussa laissa tai sen nojalla annetuissa säännöksissä toisin säädetä.

Alkoholilaki (1143/1994, täydennys 1477/1994)

1. luku Yleiset säännökset

1 §. Lain tarkoitus.

Tämän lain tarkoituksena on alkoholin kulutusta ohjaamalla ehkäistä alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja.

7 §. luku Alkoholiyhtiö

36 §. Alkoholiyhtiön tehtävät.

Alkoholiyhtiön tehtävänä on:

1) huolehtia sille tässä laissa yksinoikeudeksi säädetyn vähittäismyynnin harjoittamisesta;

40 §. Sosiaali- ja terveysministeriön toimivalta.

8) ministeriön alaisten virastojen ja laitosten harjoittaman alkoholitutkimuksen ja alkoholiolojen kehityksen seurannan, alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja koskevan tiedotuksen, valistuksen ja muun alkoholia koskevan terveystieteellisen laajuudesta.

Näiden tehtävien takia sosiaali- ja terveysministeriölle on määrätty luvussa 2, kohdassa 2 määräraha, joka vastaa

0.7 % vuosittaisesta alkoholiveron arvioidusta tuotosta, käytettäväksi terveyden edistämiseen.

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (1147/1976)

27 §. Valtion tulo- ja menoarvioon on vuosittain otettava määräraha, joka vastaa vähintään 0,45 prosenttia tupakkavalmisteveron arvioidusta vuotuisesta tuotosta.

Edellä 1 momentissa tarkoitettua määrärahaa käytetään tupakoinnin ehkäisytyöhön, terveyskasvatukseen sekä 7 luvussa tarkoitettuun ja terveyskasvatusta tukevaan tutkimukseen, seurantaan ja toimintaan tupakoinnin vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain vahvistaman käyttösuunnitelman mukaisesti

Vuonna 2000 määräraha vastasi 0,75 prosenttia tupakkaveron arvioidusta tuotosta.

Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (225/1977)

5 luku. Tutkimus, seuranta ja valistus

15 §. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee huolehtiessaan valistustoiminnan järjestämisestä sekä terveyskasvatusohjelmien ja muun aineiston tuottamisesta tupakoinnin vähentämiseksi käyttää hyväksi erityisesti opetushallituksen, kuntien keskusjärjestöjen sekä alan kansalaisjärjestöjen asiantuntemusta ja tuottamia palveluksia.

17 §:ssä edellytetään selvityksiä tupakoinnin määrässä ja rakenteessa tapahtuneista muutoksista ja arvio eri toimenpiteiden vaikutuksista niihin; lisäksi tulee laatia tupakoinnin ehkäisytyön sekä tupakkalaissa tarkoitettua tutkimus-, seuranta- ja valistustoiminnan järjestämistä koskevat ohjelmaehdotukset.

19 §:ssä säädetään että tupakoinnin vähentämistä koskevan valistus- ja tiedotustoiminnan ohjauksesta ja yhteensovittamisesta sekä tupakkalain kunnalle kuuluvien muiden tehtävien valmistelusta ja päätöksenteosta vastaa kunnan määräämä toimielin.

Raittiustyölaki (828/1982)

10 §:ssä säädetään, että valtion talousarvioon on vuosittain otettava määräraha päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisemistä tarkoittavaan toimintaan. Sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa vuosittain määrärahan käyttösuunnitelman. Määräraha on vähintään 7 senttiä asukasta kohden. Asukaslukuna otetaan huomioon väestötietolain 18 §:n mukainen kuntien yhteenlaskettu asukasluvu edellisenä vuonna.

Vuonna 2000 määräraha oli 50 penniä/asukas.

Terveydensuojelulaki (763/1994)

Terveydensuojelulain tarkoituksena on väestön ja yksilön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä ennalta ehkäistä, vähentää ja poistaa sellaisia elinympäristössä esiintyviä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa terveyshaittaa.

Terveydensuojelulaissa tarkoitetaan terveyshaitalla ihmisessä todettavaa sairautta, muuta terveydenhäiriötä tai sellaisen tekijän tai olosuhteen esiintymistä, joka voi vähentää väestön tai yksilön elinympäristön terveellisyyttä.

4 §:n mukaan terveydensuojelulain ja sen nojalla annettujen säännösten ja määräysten noudattamista koskevan valvonnan ylin johto sekä terveydensuojelun suunnittelu ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Kuntalaki (365/1995)

1 luku. Yleiset säännökset

1 §. Kuntien itsehallinto

Suomi jakautuu kuntiin, joiden asukkaiden itsehallinto on turvattu perustuslaissa. Kunnan päätösvaltaa käyttää

asukkaiden valitsema valtuusto. Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan.

2 §. Kunnan tehtävät

Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla.

Kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä.

Kunta hoitaa sille laissa säädetyt tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Tehtävien hoidon edellyttämiä palveluja kunta voi hankkia myös muilta palvelujen tuottajilta.

8 §. Valtion ja kunnan suhde

Sisäasiainministeriö seuraa yleisesti kuntien toimintaa ja taloutta sekä huolehtii, että kuntien itsehallinto otetaan huomioon kuntia koskevan lainsäädännön valmistelussa.

Lääninhallitus voi kantelun johdosta tutkia, onko kunta toiminut voimassa olevien lakien mukaan.

Kuntia koskevaa lainsäädäntöä, periaatteellisesti tärkeitä ja laajakantoisia kunnallishallinnon ja -talouden asioita sekä valtion- ja kunnallistalouden yhteensovittamista käsitellään valtion ja kuntien neuvottelumenettelyssä, josta säädetään asetuksella.

27 §. Osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet

Valtuuston on pidettävä huolta siitä, että kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan.

Osallistumisesta ja vaikuttamisesta voidaan edistää erityisesti:

- 1) valitsemalla palvelujen käyttäjien edustajia kunnan toimielimiin;
- 2) järjestämällä kunnan osa-alueita koskevaa hallintoa;
- 3) tiedottamalla kunnan asioista ja järjestämällä kuulemistilaisuuksia;
- 4) selvittämällä asukkaiden mielipiteitä ennen päätöksentekoa;
- 5) järjestämällä yhteistyötä kunnan tehtävien hoitamisessa;
- 6) avustamalla asukkaiden oma-aloitteista asioiden hoitoa, valmistelua ja suunnittelua; sekä
- 7) järjestämällä kunnallisia kansanäänestyksiä.

6.2 Nykyinen poliittinen kehys

Nykyinen terveyden edistämistyön poliittinen viitekehys löytyy pääministeri Paavo Lipposen toisen hallituksen ohjelmasta (15.4 1999), Luku 8: Työelämä, sosiaali- ja terveystaloudellinen. Siinä yhdistetään selkeästi dynaaminen sosiaalinen kehitys henkilökohtaiseen selviytymiseen ja aktiiviseen osallisuuteen yhteiskuntaan, painotetaan työelämän tärkeyttä ja edistetään toimenpiteitä köyhyden, sosiaalisen syrjäytymisen ja huono-osaisuuden kasautumisen ehkäisemiseksi. Erityisesti tähdennetään kansanterveyden ja sen parantamisen olevan yksi tärkeimmistä julkiseen päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä. Näin terveyden edistäminen nostetaan suoraan hallitusohjelman ytimeen.

Ohjelmassa luetellaan seuraavat tekijät:

- Tuloverotus, sosiaaliset tulonsiirrot, maksut ja palvelut, jotka yhdistetään suunnitellusti ja motivoivasti.
- Eri hallinnonalojen välisten yhteisten toimien edistäminen tarkoituksena ehkäistä ja poistaa syrjäytymistä puuttamalla huono-osaisuuteen toimeentulon, työn, koulutuksen, asumisen, yhteiskunnan rakenteen, elinympäristön ja palvelutarpeen kautta.
- Työterveyshuollon laajentaminen ja parantaminen.
- Ikääntyvien työntekijöiden toimintakyvyn ja yleisen hyvinvoinnin säilyttäminen ja erilaisten kannustimien käyttäminen työelämässä pysymiseksi.

Kuten tämän raportin luvussa 5 kuvataan, *Terveys 2015* -ohjelma on yleisen hallituspolitiikan terveystaloudellinen

vastine. Eri toimijoita haastetaan osallistumaan merkittävällä tavalla ohjelman täytäntöön panoon: kuntia, liike-elämää, tutkimusyhteisöjä, opetussektoria ja kansalaisyhteiskuntaa. Terveyssektoria lukuun ottamatta valtakunnallinen taso puuttuu. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin ministeriöistä ainoa, jolle on asetettu selkeät vastuut.

6.3 Hallinnonalojen yhteistyö

Suomi omaksui nopeasti Terveyttä Kaikille -ohjelman. Se johtuu osittain siitä, että sosiaali- ja terveysministeriön harjoittamaan politiikkaan kuului oleellisena osana se, että terveyden edistäminen on sekä paikallistasolla että valtakunnallisella tasolla eri hallintokuntien rajoja ylittävää yhteistyötä. Ministeriö onkin näyttänyt esimerkkiä tästä ajattelutavasta yhdistämällä omalla hallinnonalallaan sosiaali- ja lääkintöhallitukset 1990-luvun alussa, Stakesiksi, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseksi. Valtioneuvoston päätös nimittää useita hallinnonaloja yhdistävä kansanterveyden neuvottelukunta vuonna 1997 edustaa samaa politiikkaa. Toisaalta, sosiaali- ja terveysministeriössä erotettiin vuoden 2002 organisaatiouudistuksessa sosiaali- ja perheasiat sekä terveysasiat eri osastoille.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa useista poikkihallinnollisista toiminnoista. Esimerkiksi työsuojeluneuvottelukunta, vammaisneuvosto, romaniasioiden neuvottelukunta, tasa-arvoasiain neuvottelukunta sekä alkoholi-, huume-, kemialliseen turvallisuuteen ja muihin kysymyksiin liittyvät neuvottelukunnat toimivat sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa.

Seuraavana on kaksi esimerkkiä siitä, kuinka monen eri hallinnonalan välinen yhteistyö toimii käytännön työssä:

- *Terveyttä edistävä ja kestävä liikenne* on tavoite, johon pyritään liikenne- ja viestintäministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä ympäristöministeriön yhteistyönä. Edistämällä kävelyä, pyöräilyä ja julkisen liikenteen käyttöä korostetaan liikenneturvallisuutta, melun vähentämistä, ilmanlaadun parantamista, ilmastomuutoksen ehkäisyä ja vaikutuksia hyvinvointiin ja mielenterveyteen.
- *Työssä jaksaminen*, mittava hallituksen ohjelma vuodelta 1999 sisältää 20 tavoitetta, joilla pyritään edistämään työntekijöiden mahdollisuuksia tuettuna jaksaa työelämässä ja hyötyä siitä itse pidempään. Tarkoitus on ehkäistä työvoimapulaa ja pidentää työuraa ennen eläkkeelle siirtymistä. Ohjelma on sulautettu sosiaali- ja terveyspolitiikkoihin, työvoimapolitiikkaan, eläkepolitiikkaan sekä työ- ja talouselämän kehittämiseen.

6.4 Paikallinen terveyden edistäminen

Vuoden 1972 kansanterveyslaki (kuten toisaalla tässä raportissa kuvataan) oli ajatuksellisesti edellä aikaansa. Siinä ei suunnattu toimenpiteitä yksinomaan yksilötasolle, vaan myös heidän elinympäristöönsä. Erilaisin toimenpitein pyrittiin säilyttämään ja parantamaan koko väestön terveyttä. Kunnat veloitettiin valmistelemaan yli hallintorajojen menevät terveyskasvatussuunnitelmat yhdessä eri toimijoiden, esimerkiksi opetus- ja nuorisotoimen, urheilujärjestöjen, kansanterveysjärjestöjen, seurakuntien jne. kanssa.

Lain pohjalta 1970- ja 1980-luvuilla nimettiin perusterveydenhuoltoon terveyskasvatuksen yhdyshenkilöitä. Heistä muodostui vahva kansallinen verkko ja heidän avullaan terveyskasvatuksesta siirryttiin vähitellen terveyden edistämiseen. Mekanismeja ei kuitenkaan kehitetty käsittelemään monia laajoja rakenteellisia tekijöitä kansanterveyslain ensimmäisen pykälän hengessä.

Vuoden 1972 kansanterveyslain mukaan kuntien oli järjestettävä säännöllisiä väestön terveystarkastuksia. Tätä veloitetta noudatettiin epätasaisesti, eikä terveystarkastuksia koskaan tehty kaikissa kunnissa keskushallinnon niitä koskeneista ohjeista huolimatta.

Keskushallinnon normiohjaus loppui, kun vastuuta siirrettiin valtakunnalliselta tasolta kuntatasolle 1980-luvulla ja 1990-luvun alkuvuosina. Sen jälkeen syvä talouden taantuma johti sekä terveystarkastuksen, terveyden edistämisen että käynnistyneiden säännöllisten terveystarkastusten vähenemiseen. Kun kunnat ensisijaistivat itse toimintaansa, monet terveystarkastuksen yhdyshenkilöt saivat muita tehtäviä ja terveyden edistämisen osuus heidän työssään väheni. Vain muutama kaupunki, esimerkiksi Tampere, jatkoi edelleen yleisiä terveystarkastuksia.

Samaan aikaan terveyskeskukset keskittyivät yhä enemmän potilasvirtojen ja erikoissairaanhoidon kustannusten hallintaan. Samalla kun terveyskeskukset vähenevässä määrin johtivat ja koordinoivat paikallista terveyden edistämistä, monet kansanterveysjärjestöt vahvistivat rooliaan terveyden edistämisessä.

Nykyisin kunnissa ei ole vahvoja terveyden edistämisen organisaatioita. Ei myöskään näytä siltä, että monissakaan kunnissa olisi osaavia työryhmiä, jotka pystyisivät pitämään terveyden edistämistä esillä ja kehittämään tai johtamaan monien eri toimijoiden liittoutumia. Näin ollen kunnissa ei myöskään ole tahoja, jotka kantaisivat vastuuta terveyden puolesta puhumisesta ja terveyden edellytysten luomisesta yhteistyössä muiden hallinnonalojen kanssa ja niiden kautta. Tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että valtio ja kunnat toimisivat terveyden edistämisessä yhdensuuntaisesti ja että niillä olisi vuorovaikutteista yhteistyötä.

6.5 Valtakunnallinen terveyden edistäminen

Suomen terveyden edistämisen valtakunnallista järjestelmää leimaa pieni joukko merkittäviä toimijoita, joiden tehtävät on selkeästi määritelty (sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos, Stakes, Työterveyslaitos ja Terveyden edistämisen keskus) ja jotka työskentelevät tiiviisti yhteistyössä muutamien sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesten kanssa. Tätä on kuvattu tarkemmin luvussa 3.2.

Kunkin näiden erillisten laitosten (ja niiden edeltäjien) toimintaa valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Kaikki organisaatiot ovat läpikäyneet viime vuosina ulkoisen arvion. Nämä laitokset (mukaan lukien niiden edeltäjät) ovat kehittäneet pitkäjänteisesti terveyden edistämistyötä ja varmistaneet sen jatkuvuuden ja valtakunnallisen toimivuuden. Siitä huolimatta, lukuun ottamatta suoraan terveyden edistämisestä vastaavia ryhmiä, ei ole aivan selvää miten hyvin nämä laitokset ovat muussa toiminnassaan ottaneet huomioon terveyden edistämisen periaatteet ja käsitteet.

Nykyisellä *Terveys 2015* -ohjelman kaudella ministeriön alaiset laitokset sekä kuntien ja järjestöjen edustajat ovat mukana Kansanterveyden neuvottelukunnassa. Kansanterveyden neuvottelukunnan suuri haaste näyttäisi olevan parhaiden mahdollisten järjestelyjen tunnistaminen ja edistäminen koordinoitusti valtakunnallisella ja paikallisilla tasoilla sekä toimiminen kansanterveyspolitiikan kehittäjänä ja soveltajana.

6.6 Henkilövoimavarat

Valtakunnallisella tasolla ei ole olemassa suunnitelmaa henkilövoimavarojen käytöstä terveyden edistämisessä, vaikka terveyden edistämisen osaavia ammattilaisia työskentelee julkisen sektorin eri tasoilla sekä järjestöissä ja tutkimus- ja koulutuslaitoksissa. Ei ole tiedossa, kuinka monet ihmiset työskentelevät tässä työssä kentällä. Vaikka ammatillisia kasvatusta- ja koulutusjärjestelyjä on luotu näyttää siltä ettei ole olemassa varsinaista täydennyskoulutusjärjestelmää, ja pätevyityneiden ammattilaisten uramahdollisuudet ovat selvittämättä.

6.7 Terveyden edistämisen kattavuus

Terveyden edistämisen kehittyminen kunnissa, siihen liittyvät kustannusten leikkaukset ja samaan aikaan tapahtunut vallansiirto valtiolta kunnille sekä terveyden edistämisen kentällä toimivien laitosten tehtävät ja vastuut on kuvattu aikaisemmin. Terveyden edistämisen keskuksen vuosittaiset kunnissa tapahtuvaa terveyden edistämistyötä koskevat arviot ovat vahvistaneet, että kustannuksia on leikattu. Henkilöstöresurssit huomioon ottaen myös tämä on tärkeä haaste Kansanterveyden neuvottelukunnalle, sen jäsenille ja heidän edustamilleen organisaatioille.

6.8 Tutkimus ja tietoon perustuvat menetelmät

Aikaisemmin on jo mainittu, että sekä Suomen Akatemia että sosiaali- ja terveysministeriö ovat viime vuosina tukeneet merkittävästi terveyden edistämiseen liittyvää tutkimusta. Ministeriö on antanut tukeaan rahoittamalla osaamiskeskuksia esimerkiksi UKK-instituutissa sekä Jyväskylän, Kuopion ja Tampereen yliopistoissa.

Suomen johtavien terveyden ja terveyden edistämisen tutkimuskeskusten työ on hyvin tunnustettua kansainvälisessä näyttöön perustuvassa terveyden edistämisen kirjallisuudessa. Tämän tutkimustyön tulosten mahdollisimman hyvä käytäntöön soveltaminen riippuu kuitenkin muutamista tärkeistä tekijöistä niin Suomessa kuin kansainvälisestikin:

- Etusijalle on asetettava tutkittuun tietoon pohjautuvien menetelmien kehittäminen, niiden levittäminen ja aktiivinen soveltaminen.
- Kattavuus, käytettävissä oleva osaaminen ja henkilöstö.
- Voimavarojen kohdentaminen tehokkailla menetelmillä tehtävään interventiotutkimukseen.

Tässä näyttää jälleen olevan suuri haaste Kansanterveyden neuvottelukunnalle, sen jäsenille ja siinä edustettuina oleville organisaatioille.

6.9 Tietojärjestelmät

Suomessa kootaan, analysoidaan ja julkaistaan laajalti ja järjestelmällisesti tietoa ja raportteja terveydestä ja sosiaaliasioista. Tämä on antanut arvokasta taustatietoa terveyden edistämisen valtakunnalliselle suunnittelulle. Aineistoja muokataan jatkuvasti tukemaan terveyspolitiikan suunnittelua ja soveltamista. Paikallistasolla tiedon saanti on rajoitetumpaa, vaikka tarvetta ja kiinnostusta olisi.

Kansanterveyden neuvottelukunnan olisi otettava kantaa paikallistason tarpeisiin ja kartoitettava, mitä tietoa tarvitaan yli hallinnon lohkojen ulottuvaan terveyden edistämiseen. Strategisesti on myös tärkeää esittää terveystietoa siten, että se vaikuttaa median tapaan käsitellä terveystieteitä.

6.10 Rahoitus

Valtion talousarvio

Valtion talousarviossa määritellään vuosittain terveyden edistämisen painoalueet terveystieteiden, päihteiden käytön ja tupakoinnin vähentämisen osalta niin, että eri ministeriöiden ja niiden hallinnonalojen laitosten ja virastojen näkemykset otetaan myös huomioon. Valtiovarainministeriö keskustelee talousarvioesitystä tehdessään kaikkien ministeriöiden esityksistä ja laatii niiden perusteella oman esityksensä valtion talousarvioon eduskunnan päätettäväksi.

Kuntien rahoitus

Kunnat keräävät kunnallisveroa, jota voidaan käyttää myös terveyden edistämiseen. Kunnallisverotulot ovatkin tärkein terveyden edistämisen rahoitusinstrumentti. Tällä hetkellä on kuitenkin mahdotonta arvioida, kuinka suuri osa kuntien verotuloista käytetään terveyden edistämiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön määrärahat

Kysymyksessä on valtion talousarvioon sisältyvä kaksivuotinen määräraha. Se perustuu vuoden 1976 tupakkalakiin, vuoden 1982 raittiustyölakiin ja valtioneuvoston päihteitä koskeviin periaatepäätöksiin. Valtion alkoholimonopolin, Alko Oy:n lakkauttamisen jälkeen määrärahaan on sisällytetty myös alkoholitiedotukseen tarkoitettavat varat. Alun perin nämä terveyden edistämiseen tarkoitettavat varat sijoitettiin yhdelle erilliselle talousarviomomentille sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen siksi, että haluttiin varmistaa niiden koordinoitu käyttö yleistä terveystieteiden tukevaan terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Juuri näkökohtaa painotettiin myös silloin, kun Alko Oy:n varat siirrettiin momentille.

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että sen hallinnonalalla toimivat tutkimuslaitokset, kansanterveysjärjestöt ja Terveyden edistämisen keskus ovat ministeriön ohjaaman terveyden edistämisen politiikan ensisijaisia toteuttajia, mutta se rahoittaa myös innovatiivisia paikallisia hankkeita, silloin kun ne eivät ole kunnille kuuluvaa peruspalvelutoimintaa. Määrärahasta rahoitetaan myös ministeriön alaisten laitosten kehitystyötä uusien terveyden edistämisen työkalujen löytämiseksi kuntien käyttöön.

Sosiaali- ja terveysministeriö julistaa terveyden edistämisen määrärahan haettavaksi vuosittain. Määrärahahakemuksia tulee vuodessa noin 300, ja 150 hankkeelle myönnetään rahoitusta. Rahoitus myönnetään vuodeksi kerrallaan, mutta hyväksytyä hanketta rahoitetaan käytännössä keskimäärin kolme vuotta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteet viime vuosina ovat olleet:

- vahvistaa ministeriön strategista ohjausta ja vähentää ministeriön tekniseen hankejohtamiseen liittyviä tehtäviä
- osallistaa tärkeimmät toimijat laatimaan terveyden edistämisen rahoitussuunnitelmaehdotusta
- kehittää 'Hantti' –tietojärjestelmää palvelemaan hanke-ehdotusten arviointia ja rahoitussuunnitelman valmistelua
- kehittää hallinnointijärjestelmä, joka heijastaa terveyden edistämisen erityispiirteitä hankkeiden suunnittelussa, valinnassa, seurannassa ja arvioinnissa
- nostaa hankkeiden laatua erityisin kriteerein
- tarkistaa hankkeiden vastaavuus ja täydentävyys sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteiden kanssa ennen yksityiskohtaisen hankesuunnitelman laatimista.

RAY – Raha-automaattiyhdistys

Suomessa rahapelit ovat sallittuja vain kun niiden tuotto menee yleishyödyllisiin tarkoituksiin. Valtioneuvosto jakaa Raha-automaattiyhdistyksen tuotot sosiaali- ja terveysministeriön esityksen perusteella. Ne osoitetaan terveyden ja

sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen noin 1200 järjestön ja yleishyödyllisen yhdistyksen kautta ja erityisesti:

- kansanterveyden edistämiseen
- lastensuojeluun ja nuorisokasvatukseen
- vammaishuoltoon
- vanhustenhuoltoon
- pelastuspalveluihin
- sosiaaliseen lomatoimintaan
- päihteiden väärinkäyttäjien hyvinvointiin

Viime vuosien painoalue on ollut lapsiperheiden auttamisessa ja ihmisten tukeminen pitkäaikaistyöttömyyden, velkaantumisen, vammautumisen, sairauden ja yleisen turvattomuuden mukanaan tuomissa ongelmissa.

Muut sektorit

Opetusministeriön sektorilla on paljon terveyden edistämiseen ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyyn liittyviä toimintoja. Niitä rahoittavat pääasiassa kunnat, joissa toimintakin varsinaisesti tapahtuu.

Työministeriön painopisteet, sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy ja kasvatuksen ja koulutuksen edistäminen, vaikuttavat terveyden keskeisiin määrittäjiin.

Ympäristöministeriön tehtävänä on parantaa elinympäristön laatua, mikä vähentää väestön terveysriskejä. Liikenne- ja viestintäministeriöministeriö vaikuttaa terveelliseen ympäristöön ja sitä kautta ihmisten terveyteen liikennejärjestelmien tutkimus- ja kehittämisohjelmansa avulla.

Järjestöt ja potilasyhdistykset

Järjestöt ja potilasyhdistykset edistävät etusijassa jäsenistönsä terveyttä. Ne hankkivat rahoituksensa jäsenmaksuilla ja joskus käyttäjämaksuilla, Raha-automaattiyhdistyksen avustuksista, sosiaali- ja terveysministeriöltä, opetusministeriöltä ja muilta ministeriöiltä sekä kuntien avustuksista. Jotkut järjestöt, kuten esimerkiksi raittiusyhdistykset, myyvät palvelujaan kunnille.

Muut

- Lääninhallitukset kehittävät alueellista yhteistyötä hyvinvoinnin edistämiseksi, valvovat sosiaali- ja terveydenhuollon laillisuutta, oikeutta ja tasa-arvoa sekä perusoikeuksien toteutumista
- Työtapaturvakuutusyhtiöt: kampanjoita, tietoa
- Liikennevakuutus: kampanjoita, tietoa
- KEELA (Kansaneläkelaitos): kuntoutus ja sairauksien ennalta ehkäisy, tutkimus- ja kehittämistoiminta. Kattaa noin puolet työterveyshuollon kustannuksista
- Työeläkejärjestelmä
- Työtapaturvien korvausjärjestelmä edistää työturvallisuutta.

EU:n kansanterveysohjelmat

Suomen osallistumista ovat rajoittaneet ja hankaloittaneet vaatimus kaikkien EU-jäsenmaiden osallistumisesta hankkeita järjestäviin verkostoihin. Suomi on siitä huolimatta ollut aktiivisena jäsenenä mukana useissa niin sanotuissa vanhoissa kansanterveysohjelmissa.

6.11 Terveyden edistäminen normaalissa palvelujärjestelmässä

Suomen terveydenhuollon infrastruktuuri ja rahoitusjärjestelmät antavat mahdollisuudet erittäin joustaville ja korkealaatuisille ohjelmille ja terveyden edistämistyölle yleisen lainsäädännön ja hallituksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden puitteissa, kuten myös edellä esitetyn rahoituksen rajoissa. Kuten muissakin maissa, rahoitusjärjestelyt ovat hajanaisia. Ei ole mitään standardia, joka kertoisi, mikä on terveyden edistämisen kannalta toimivinta. Toisaalta tarkasteltaessa paikallistasolle kohdistettuja odotuksia, nähdään, että sieltä myös puuttuu eniten voimavaroja. Kun otetaan huomioon toisaalta eri hallinnon tasoilla olevien toimijoiden lukumäärä ja toisaalta paikallistason autonomia, pitäisi pystyä erityisesti:

- Suunnittelemaan ja rahoittamaan pitkän aikavälin koordinoituja, moniulotteisia ohjelmia, jotka ulottuvat yli hallinnon rajojen, koskevat eri hallinnon tasoja sekä erityyppisiä toimijoita
- Suunnittelemaan ja toteuttamaan aiheeltaan kohdennettuja kampanjoita niin että toiminnassa on mukana useita tahoja ja että niissä käytetään erilaisia menetelmiä.
- Varmistamaan, erityisesti kansallisen terveystyöryhmän puitteissa, että terveyden edistämisen käsitteet ja periaatteet otetaan huomioon kunnissa laajasti, mutta erityisesti terveydenhuollossa yleensä ja perusterveydenhuollossa.
- Työskentelemään poliittisella tasolla suunnitellen ja toteuttaen 'terveys kaikissa politiikoissa' -ohjelmia taloudellisen, sosiaalisen ja terveydellisen kehityksen yhdistämiseksi.

7 PÄÄTELMÄT JA HAVAINNOT

Arviointiryhmä esittää tässä ja seuraavassa luvussa päätelmänsä ja havaintonsa sekä tulevaisuuden haasteet ja kehittämissuhteet.

1. Valtakunnallinen pitkän ajan kansanterveysohjelma (*Terveys 2015*) on laadittu hyvän suomalaisen terveyspoliittisen ajattelun ja suunnittelun pohjalle ja se nojaa tukevasti voimassa olevaan hallitusohjelmaan (huhtikuu 1999, Paavo Lipposen 2. hallitus).
2. Suomi on pitkään osoittanut vahvuutensa terveyspoliittisessa ajattelussa, suunnittelussa sekä laajoissa ja tärkeissä terveyden edistämishankkeissa. Suomen aloitteet, kuten tupakoinnin vastaiset ohjelmat, syöväntorjunta ja sydänterveyden edistäminen, ovat usein tulleet tunnetuiksi Euroopassa ja muualla maailmassa alan johtavina toimintamalleina. Mielensterveys on erinomainen tämän päivän esimerkki, jonka puitteissa
 - Suomen EU-puheenjohtajuus antoi hyvän mahdollisuuden tuoda terveyden edistämistä esille kansallisesti ja EU-yhteisössä
 - innovatiivisia toimia kehitettiin paikallisen tarvearvion ja kansainvälisten parhaiden käytäntöjen perusteella
 - interventiot suunniteltiin koetellulle teoreettiselle pohjalle ja arvioitiin siellä, missä ne toteutettiin
 - valmisteltiin suosituksia paikallistason mielensterveystyötä varten
 - poikkihallinnollinen hanke pyrki tuomaan mielensterveystyötä enemmän esille kansallisella tasolla.

Toinen erittäin hyvä esimerkki nykypäivästä on pitkään valmisteltu terveystiedon opetus, joka on saatu palautettua suomalaiskoulujen opetusohjelmaan. Sen yksityiskohtia hiotaan parhaillaan ja tarkoitus on toteuttaa terveystiedon opetus perusteellisen ja pitkän valmistelun pohjalta.

3. Suomen kansanterveyden tietopohja on monella tavalla vahva. Menestys rakentuu erittäin pätevien kansallisten tutkimuslaitosten ja niiden korkeatasoisen tutkimustyön varaan. Tässä yhteydessä kannattaa huomata, että terveyden edistämisen tutkimushanketta rahoitetaan parhaillaan arvovaltaisimmasta mahdollisesta lähteestä, Suomen Akatemian tutkimusvaroista. Kansanterveydelliset painotukset näyttävät kuitenkin jääneen melko vähäisiksi yliopisto-opetuksessa, erityisesti lääketieteessä. Yleensäkin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, kuinka kansalliset tutkimuslaitokset – kaikki yhdessä – täyttävät tehtävänsä terveyden edistämisen johtamisessa ja tukemisessa nykyaikaisella tavalla siten kuin monissa edistyksellisissä Euroopan maissa jo tapahtuu.
4. On kuitenkin merkille pantavaa ja huomionarvoista, että nimenomaan valtakunnallisella tasolla kansanterveyspolitiikkaa on johdettu pitkäjänteisesti, johdonmukaisesti ja määrätietoisesti. Kunnissa tilanne ei ole yhtä hyvä, siitä huolimatta että niillä on suuri vastuu oman väestönsä terveyden säilyttämisessä ja edistämässä. Tämä on tärkeä asia, johon pitää ottaa kantaa.
5. Toinen tärkeä asia on sosiaali- ja terveysministeriön osuus hallituksen eri hallinnonaloja yhdistävässä politiikassa. Arviointiryhmän näkökulmasta eri hallinnonalojen rajojen yli menevä työ edellyttää:
 - sen varmistamista, että kansanterveyspolitiikkaa muotoillaan laajasti sosiaalisia ja ympäristötekijöitä

huomioon ottavaksi, jotta kunnianhimoiset yleistavoitteet voidaan saavuttaa, ja että yksilötason riskit otetaan huomioon tässä viitekehyksessä

- strategisen otteen omaksumista eri hallinnonalojen rajat ylittävässä terveystaloudessa, jolloin
 - terveydelle annetaan tunnustettu asema sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen strategisena voimavarana
 - terveyden epätasa-arvon vähentäminen nostetaan keskeiseksi kehittämisen ja toimeenpanon alueeksi
 - luodaan ja ylläpidetään tehokkaita lakiin perustuvia järjestelmiä, voimavaroja ja työkaluja, joiden avulla terveyssektori pystyy aidosti olemaan mukana yhteiskunnan kokonaiskehityksen määrittelyssä, muotoilussa sekä niin tukemaan kehitystä kuin itse hyötymään siitä, eli:
 - autetaan kaikkia sektoreita ottamaan käyttöönsä ja soveltamaan toimintaohjelmissaan niiden ulottuvilla olevia terveyden edistämisen mahdollisuuksia
 - seurataan terveyden edistämisen voimavaroja ja niiden käyttöä eri hallinnon alueilla ja tasoilla
 - arvioidaan järjestelmällisesti ja oikealla tasolla suurten hankkeiden terveysvaikutuksia muillakin kuin terveyssektorilla
- tiedotetaan järjestelmällisesti väestölle terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja siitä, mitä niiden kohentaminen edellyttää.

Sosiaali- ja terveysministeriön osuus hallituksen yli hallinnon rajojen ulottuvan politiikan muotoilussa on ollut huomattava, ja sillä näyttää olevan edelleen suuri vaikutusvalta asiassa. Arviointiryhmä kysyy kuitenkin, onko ministeriön toimivalta riittävä ja sen käytössä olevat voimavarat tarpeeksi suuret, jotta se voisi ottaa strategisen johtoaseman ja koordinoita terveyskysymyksiä kaikissa politiikoissa yllä esitetyn mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö tarvitsee tässä selkeän toimivallan, riittävästi työvoimaa ja toimivat rakenteet.

6. Valtakunnalliseen johtamiseen liittyy kysymys paikallistason täytäntöönpanosta. Suomen erittäin pitkälle hajautetun hallintomallin mukaisesti valtio ei voi määrätä kuntia, mutta se voi ohjata niitä informaatio-ohjauksella ja tukea niiden toimintaa eri tavoin. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansanterveyden neuvottelukunnan toimet ja pyrkimykset – antaa tietoa, kehittää konkreettisia työkaluja ja mallihankkeita – ovat ihailtavia. Koska *Terveys 2015* -ohjelma on vasta alkuvaiheessaan, on liian aikaista muodostaa mielipidettä näiden toimien ja pyrkimysten merkityksestä paikallistasolle. Arviointiryhmä haluaa kuitenkin kiinnittää huomiota seuraaviin kriittisiin tekijöihin:

- valtakunnallisia hankkeita on arvioitava tiukasti, eikä pelkästään niiden tuloksia, vaan myös toteuttamistapaa
- edelleen pätee se, mitä aikaisemmissakin WHO-arvioinneissa on tähdennetty, eli kuntatasolla täytyy päästä terveyspalvelujen korostamisesta järjestelmälliseen terveyden edistämiseen
- kunnissa terveyden edistämisen täytyy päästä yli pelkkiin terveysaiheisiin liittyvistä hankkeista ja sulauttaa terveyden edistäminen kunnan sosiaaliseen ja taloudelliseen kokonaiskehitykseen (ja päästä kosketuksiin myös muiden kuin terveyssektorin kanssa)
- terveyden edistäminen on otettava huomioon laajasti kuntien kaikissa toiminnoissa, erityisesti terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollossa, mihin tulee kiinnittää huomiota kansallisessa terveysprojektissa
- paikallisten terveyden edistämishankkeiden suunnittelu, toteutus ja tulokset on arvioitava kunnolla ja parhaiden käytäntöjen jakaminen kuntien kesken on suunniteltava huolellisesti etukäteen

Arviointiryhmä ei löytänyt näyttöä sille, että kunnissa olisi yleensä edellytyksiä vastata näihin kriittisiin haasteisiin sen paremmin johtajuuden kuin käytettävissä olevien ammatillisten tai teknisten taitojenkaan osalta. On loogista edellyttää, että kunnilla tulee olla selkeä näkemys johtajuudesta, jota tuetaan riittäväillä voimavaroilla, jotta ne selviytyvät kauaskantoisista velvollisuuksistaan säilyttää ja edistää vastuullaan olevan väestön terveyttä.

7. Suomen viranomaiset ja laitokset, yliopistot ja järjestöt tuottavat runsaasti tietoa terveydestä, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja terveyden edistämisestä. Tuotettu tieto käsittää terveystiedon ohella tietoa

kehittämiskysymyksistä, poliittisista tekijöistä, tehokkaista menetelmistä, laadun varmistamisesta ja muista tärkeistä aiheista. Arviointiryhmän mielestä tämä tieto on mitä merkityksellisintä kaiken tasoisille ammattilaisille sekä paikallis-, alue- ja kansallisen tason toimijoille. Näyttää kuitenkin, että tiedon mahdollisuuksia ei käytetä niin paljon kuin olisi mahdollista. Havaittavissa on, että keskeiset toimijat ole kehittäneet hyvin suunniteltuja, hyvin jäsenneiltyjä ja koordinoituja tietojärjestelmiä eikä myöskään mekanismeja, jotka helpottaisivat paikallis- ja aluetason ammattilaisten ja päätöksentekijöiden työtä terveyden edistämiseen ja kehittämiseen tarvittavan tiedon hankkimiseksi ja käyttämiseksi.

8. Tietoteknologian alikäyttö terveyden edistämisen tukena on ilmeistä. Hallituksen internet-sivuilla ei esimerkiksi ole olemassa luotettavaa tietoa ammattilaisille ja suurelle yleisölle terveyden edistämisestä. Tällaiset sivustot voisivat antaa ajanmukaista tietoa itsehoitosta, terveyden edistämisestä ja siihen liittyvistä palveluista.

9. Kansanterveyden neuvottelukuntaan on valittu edustajia useilta kansanterveyden ja kansanterveysjärjestöjen alueilta. Koska neuvottelukunta on vielä tiensä alussa, ja arviointiryhmä ei tavannut horisontaali- ja paikallisjaoksia, on tässä vaiheessa mahdoton arvioida neuvottelukunnan työn tehokkuutta. Ryhmä kiinnittää kuitenkin huomiota siihen, että Suomesta puuttuu mitä ilmeisimmin tehokkaasti kehitetty monia muita, terveysvaikutuksia omaavia sektoreita konsultoiva ja niiden kanssa neuvotteleva elin. Sosiaali- ja terveysministeriöllä tai Kansanterveyden neuvottelukunnalla ei ole näihin kysymyksiin liittyvää toimeksiantoa ja toimivaltaa.

10. Kansanterveyden neuvottelukunnan paikallistoiminnan jaos oli vasta suunnittelemassa *Terveys 2015* -ohjelman seuranta arvioinnin aikana, joten arviointiryhmälle ei esitetty selkeätä rakennetta ja tapaa, jolla ohjelmaa tullaan arvioimaan. Siksi ei ollut mahdollista arvioida, tuleeko seurantajärjestelmä riittävästi tukemaan neuvottelukuntaa toimeenpanon ohjaamisessa.

11. Kansanterveystyön johtohenkilöt, jotka ovat useiden vuosien ajan hahmotelleet ja johtaneet Suomen kansallisen terveyspolitiikan kehittämistä, ovat kaikki jäämässä eläkkeelle hyvin lyhyen ajan kuluessa. Näyttää siltä, että tähän tulossa olevaan tilanteeseen ei ole erityisesti varauduttu. Onkin huolestuttavaa, että näiden muutosten tullessa ajankohtaiseksi terveyden edistäminen – terveyspalvelujen vastapainona – on melko pienen piirin huolenaiheena. Ei myöskään näytä siltä, että olisi nousemassa asiansa osaavia 'esitaistelijoita' siitä joukosta, joka päättää terveyteen vaikuttavista tekijöistä, eli puolueiden, kansanedustajien ja kunnanvaltuutettujen keskuudesta.

12. Arviointitiimi myöntää, että järjestöjen normaalit, säännönmukaiset, jatkuvat julkiset velvoitteet kuuluvat Suomessa vakiintuneeseen kansanterveyskäytäntöön. Vaikka ryhmä arvostaakin tätä traditiota, se kantaa huolta siitä,

- miten järjestöjen demokraattinen vastuu toiminnasta toteutuu, kun määritelmän nojalla kansalaisyhteiskunnan (tai kolmannen sektorin) toiminnot ovat poliittisen vastuuvollisuuden ulkopuolella; tämä puolestaan johtaa huoleen, miten vastuuvollisuus toteutuu:
 - olennaisista toiminnoista huolehtimisen ja jatkuvuuden osalta, esimerkiksi rekistereiden ylläpitämisessä
 - tasa-arvon, saatavuuden ja muiden ydinarvojen osalta, ja erilaisissa toimintaympäristöissä esiin tulevan normaalin ydinarvoihin liittyvän 'kaupankäynnin' osalta
- miten järjestöjen roolille olennainen julkisten toimien valvonta ja arvostelu voi toteutua, kun järjestöt ovat itse suuria palveluntuottajia julkisen vallan kumppaneina?

13. Suomen terveydenedistämistyön rahoitusjärjestelyt ovat erityisen monimutkaisia. Suuri joukko laillisesti valtuutettuja tahoja hallitsee rahoituslähteitä ja rahan jakamista eri tasoilla ja eri sektoreille. Arviointiryhmän kannalta erityiseen mielenkiintoisia olivat viisi seikkaa:

- (i) Sosiaali- ja terveysministeriön taitava johto terveyden edistämisen määrärahan (7,45 miljoonaa euroa vuonna

2002) jakajana viime vuosien aikana, ministeriön työ rahan paremmaksi kohdentamiseksi sekä hankkeiden laadun ja niiden yleistettävyyden parantamiseksi. Ilman tätä rahoitusvälinettä terveyden edistämisen tutkimuksen ja kehittämisen ensisijaisuutta ei pystyttäisi takaamaan kuin hyvin rajallisesti.

- (ii) Terveyden edistämiseen osoitettu kokonaissumma kansallisella tasolla, noin 1.4 euroa henkilöä kohti vuodessa, vaikuttaa pienehköltä nykyiseen länsieurooppalaiseen tasoon verrattuna.
- (iii) Sosiaali- ja terveysministeriön pitäisi – samalla kun se säilyttää nykyisen suurelta osin aihesidonnaisen hankeohjelmansa – ohjata voimavaroja paljon laajempaan terveyden ja yleisen kehitystyön suuntaan, yhdessä muiden sektoreiden kanssa ja niiden kautta.
- (iv) Mahdollisuudet strategisesti johtaa ja hallita suurinta osaa terveyden edistämiseen sosiaali- ja terveysministeriön ulkopuolella käytettyä rahoitusta ennalta päätettyjen näkemysten ja tavoitteiden mukaisesti vaikuttavat kovin rajoitetuilta.
- (v) Laaja näkemys ja yhteistyö, joka johtaisi terveys- ja muiden sektoreiden kokonaispanoksen hyödyntämiseen – päämääränä yhtenäinen sosiaalinen, taloudellinen ja terveydellinen kehitys – puuttuu toistaiseksi, mutta voisi tarjota paljon mahdollisuuksia.

14. Arviointiryhmä panee merkille Kuntaliiton merkityksen tärkeänä linkkinä paikallishallinnon ja keskusvallan välillä terveysasioissa ja terveyspalveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on myös pitkä perinne läheisestä yhteistyöstä Kuntaliiton kanssa (esimerkiksi tapaturmien torjuntatyössä). Kuntaliiton panos myös kansallisessa terveydenhuoltoprojektissa on huomattava. Ryhmä huomauttaa kuitenkin, että Kuntaliiton politiikassa terveyden edistämisen ei ole selkeää asemaa ja voimavarat sekä ammatillinen osaaminen ovat erittäin pienet tällä alueella. Mikäli asemaa parannettaisiin ja Kuntaliitto kohdistaisi jonkin verran lisää voimavaroja alueelle, Kuntaliitolla voisi olla suuret mahdollisuudet nousta tärkeäksi kumppaniksi rakentavassa ja toimivassa terveysliittoumassa. Se voisi antaa vahvaa ja aktiivista tukea kuntien terveyden edistämistyölle samoin kuin sosiaalisen, taloudellisen ja terveyskehityksen yhdistämiselle.

15. Mikäli *Terveys 2015* -ohjelman päämääriin on tarkoitus päästä, tarvitaan riittävästi henkilöstöä. Terveyden edistämisen periaatteet ja käytännöt taitavia ihmisiä tarvitaan sekä valtakunnallisella että paikallistasolla vaikuttamaan politiikkoihin ja käsittelemään monimutkaisia organisatorisia muutoksia. Arviointitiimin mielestä ei näytä siltä, että näitä kysymyksiä olisi käsitelty niin, että olisi:

- määritelty, minkälaisia taitoja tarvitaan nykyaikaisessa terveyden edistämässä sekä sosiaalisen, taloudellisen ja terveyskehityksen yhdistämisessä
- tunnistettu ja varattu rahoitus sen tyyppisiin osaamistehtäviin, joita tarvitaan eri tasoilla ja eri sektoreilla
- muotoiltu näille työntekijöille koulutusohjelmia ja ammatillisen koulutuksen suunnitelmia, joissa otettaisiin huomioon teoreettiset tiedot, käytännön taidot ja uralla eteneminen.

Vuonna 2003 on tulossa voimaan laki, joka velvoittaa kunnat järjestämään terveydenhuollon työntekijöilleen kolmesta kymmeneen täydennyskoulutuspäivää vuodessa. Tässä olisi hyvä mahdollisuus järjestää kipeästi kaivattua uudelleen koulutusta nykyiselle työvoimalle. Sitä ennen terveyden edistämisen koulutus on asetettava etusijalle ja sen sisältö määriteltävä.

16. Kaiken kaikkiaan, vahvistusta kaipaavat
- eri hallinnonalojen välisen työn mekanismit,
 - valtion ja kuntien keskinäinen kosketuspinta,
 - henkilöstövoimavarat: määrä, taidot, vahvuudet ja valmiudet kaikilla hallinnon tasoilla, ja
 - strategisesti tärkeiden tavoitteiden rahoituksen ohjausrakenteet, niiden valvonta ja saavutusten arviointi kaikilla tasoilla.

8 HAASTEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

1. Haaste:

Miten varmistetaan, että ne vahvuudet ja saavutukset, jotka sosiaali- ja terveysministeriö on saanut terveyden edistämisessä aikaan, säilyvät ministeriön organisaation uudistamisen jälkeen. Miten varmistetaan, että terveyden edistäminen läpivirtaistetaan sosiaali- ja terveysministeriön omassa toiminnassa jatkossakin?

Kehittämis ehdotus: Eri toimintojen ja osastojen rajat ylittävä yhteistyö sosiaali- ja terveysministeriön sisällä on olennainen edellytys sille, että ministeriö pystyy työskentelemään myös hallituksessa ja suomalaisessa yhteiskunnassa yli hallinnollisten rajojen.

2. Haaste:

Miten varmistetaan, että sosiaali- ja terveysministeriöllä on riittävästi henkilöstövoimavaroja hoitamaan hyvin ja strategisesti sitä kasvavaa mandaattia, mihin terveyden edistämisellä on kaikki mahdollisuudet Suomen yleisessä kehityksessä;

Kehittämis ehdotus: Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävien laajuutta ja työmäärää tulee arvioida ja huolehtia siitä, että niiden hoitoon on riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä.

3. Haaste:

Suomen hallitusohjelma on luonteeltaan ehjästi monialainen. Suomi on lisäksi ollut edelläkävijä käsitteen 'terveys kaikissa politiikoissa' viemisessä EU:n käytäntöihin. Tästä huolimatta terveysvaikutusten arviointi, mikä on enenevässä määrin käytössä muissa EU-maissa, ei vielä kuulu sosiaali- ja terveysministeriön käytäntöihin tai sitä ei ole annettu ministeriölle toimeksiannoksi.

Kehittämis ehdotus: Tulee vakavasti pohtia terveysvaikutusten arvioinnin ottamista osaksi kaikkia suuria terveyteen vaikuttavia hankkeita. Tämän tulee tapahtua hallituksen tasolla yli hallinnon sektorirajojen. Kysymykseen tulevat suuret poliittiset ohjelmat ja perusrakenteita koskevat hankkeet. Jos terveysvaikutusten arviointi otettaisiin käyttöön ja sosiaali- ja terveysministeriöstä tulisi taho, joka varmistaa sen toimeenpanon systemaattisesti kaikilla sektoreilla, se tarvitsee riittävät voimavarat tai tukea yhdeltä tai useammalta alaiselta laitokseltaan.

4. Haaste:

Miten järjestetään *Terveys 2015* -ohjelman täytäntöönpano ja jatketaan sen vaativan poliittisen haasteen käsittelyä, mitä sosiaali-, talous- ja terveyskehityksen yhdentäminen merkitsee?

Kehittämissuositus:

- Kansanterveyden neuvottelukunnan roolin vahvistaminen, mikä vaikuttaisi neuvottelukunnan toimeksiannon laajuuteen tulevaisuudessa;
- Suomen terveyden edistämisen järjestelmien kokonaisvaltainen suunnittelu kaikkien osallisten kanssa (ei vain aiempaan tapaan keskushallintovetoisesti), päämäärinä:
 - sen varmistaminen, että kaikki modernin terveyden edistämisen välttämättömät osat ovat järjestelmässä mukana,
 - kaikkien järjestelmän osien
 - kansallisen, paikallisen, julkisen ja kolmannen sektorin, akateemisen maailman ja yksityissektorin
 - osallistumisen optimointi,
 - kaiken saatavissa olevan rahoituksen pohtiminen yhtenä eränä, ja rahoituksen mahdollisimman tehokas ja tuottoisa käyttö.

5. Haaste:

Kuntien ratkaisevan roolin poliittisten ja voimavarakysymysten oivaltaminen niin, että terveyden edistäminen ja väestön hyvinvointi ovat osa paikallista kokonaiskehitystä. Kuntaliiton huomattavan potentiaalın havaitseminen kuntien tukijana tässä kehityksessä.

Kehittämissuositus: Kunnat tarvitsevat pikaisesti huomiota:

- Lähdetään liikkeelle suurimmista kaupungeista ja vahvistetaan korkeimman johdon roolia myös terveyden edistämisen johtajina
- kunnat sitoutetaan toteuttamaan periaatetta 'terveys kaikessa paikallispolitiikassa'
- kunnat varaavat riittävät voimavarat suoriutuakseen tehokkaasti modernin terveyden edistämisen tehtävistä.

6. Haaste:

Väestön terveyden edistämiseen tarvittavien henkilöstövoimavarojen koulutuksen huolellinen suunnittelu

Kehittämissuositus: Määritellään, mitä taitoja tarvitaan sekä strategista kehitystyötä että ohjelmien toimeenpanoa varten sekä kansallisesti että paikallisesti; arvioidaan, minkälaisia ja miten paljon virkoja tarvitaan ja miten ne voitaisiin rahoittaa, suunnitellaan opetusohjelmia ja ammatillisia koulutusohjelmia tarpeen mukaan, myös ammatillista jatkokoulutusta.

7. Haaste:

Miten varmistetaan kansallisella tasolla ne kriittiset tekijät, jotka ovat tarpeen paikallistason terveyden edistämistyön tukemisessa, eli asianmukainen tieto, tietoon perustuvien käytäntöjen löytäminen ja levitys, henkilöstövoimavaroja koskeva suunnittelu sekä henkilöstön käytön koordinointi?

Kehittämissuositus: Kohdistetaan pikaista huomiota siihen, miten eri tehtävät ja roolit on jaettu kansallisille

laitoksille ja miten vahvaa sosiaali- ja terveysministeriön tulosohjaus alaisiin laitoksiin nähden on. Tarkoitus on varmistaa, että kaikki kansallisen tason avaintehtävät tulevat hoidetuksi. Tämä ei koske pelkästään terveysseurantaa ja tutkimusta, jotka laitokset ovatkin hoitaneet hyvin, vaan myös välttämättömiä käytännön tehtäviä. Sellaisia ovat esimerkiksi osallistuminen laajojen, monikanavaisesti tuotettujen terveyden edistämishjelmien suunnitteluun ja toimeenpanoon sekä kansallisella että paikallisella tasolla, kuten myös kuntien avustaminen tehokkaiden käytäntöjen täytäntöönpanossa.

8. Haaste ja kehittämissuositus:

Tutkimus- ja kehittämissuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen tietoon perustuvien ohjelmien ja käytäntöjen tunnistamiseksi ja ensisijaistamiseksi.

9 LOPUKSI

Suomen terveyden edistämisen parissa työskentelevät virastot ja niiden henkilökunta ovat antaneet vertaansa vailla olevan panoksen arviointiryhmän työhön. Paljon vähemmän olisi pystytty tekemään ilman loistavia järjestelyjä, keskustelujen avoimuutta, lämpöä ja vieraanvaraisuutta, jolla ryhmä otettiin vastaan.

Arviointiryhmä ilmaisee vilpittömimmän kiitollisuutensa kaikille, joiden kanssa se on saanut työskennellä tähän asti, ja odottaa innolla työn päättämistä samassa hedelmällisen yhteistyön hengessä.

TERMS OF REFERENCE OF THE REVIEW

1. Background

Finland has a long-standing process of cooperation with the WHO Regional Office for Europe. One of the most significant examples of this cooperation was the review of the way in which Finland implemented its health policy within the framework provided by Health for All (HFA). This review was undertaken and published by The Regional Office in 1991 (Health For All Policy in Finland, WHO Health Policy Review, Copenhagen: WHO) and was very instrumental for rethinking and re-enforcing action for HFA policy implementation.

Thus, Finland has experience in utilising external appraisals with the aim of reviewing progress made and identifying gaps and opportunities for further development within a given policy area.

During the 50th Session of the Regional Office's Regional Committee, the Finnish delegation explored the possibility for WHO/EURO to carry out an Expert Review of the Finnish Health Promotion Policy. Over the last 30 years, Finland has developed health protection and health promotion policies in a comprehensive manner including also issues traditionally not directly connected with health care provision, such as environmental health, occupational health and safety, prevention of CVD, promotion of physical activity, healthy nutrition and other life-style issues, promotion of mental health and prevention of infectious diseases.

The scope, review process and resources for meeting this request are set out below.

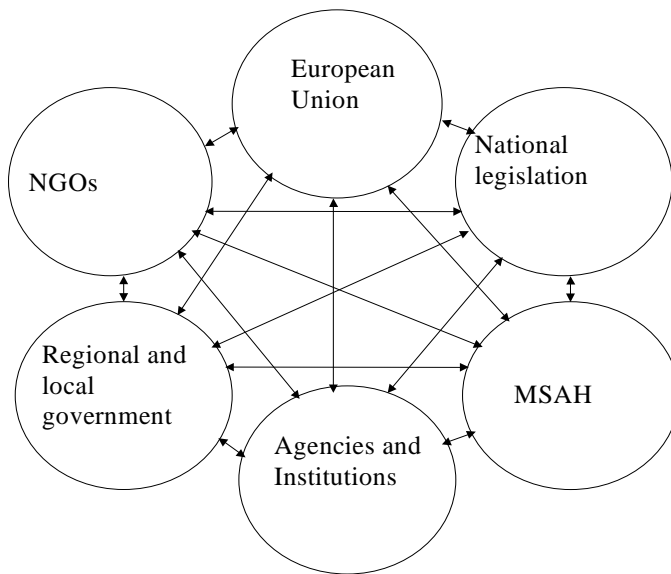
2. The Review Framework and its scope

The Finnish health promotion policy system comprises national, regional and local levels of government, a strong structure of NGOs, professional bodies and institutions and an increased attention to the role of the media and visibility of health in the media. The Review's main focus will be on the role of national level in fostering progress and creating opportunities for policy development and implementation.

The Review will cover the years 1991–2001 against the background of the general Finnish HFA policy. The overall analytical framework is provided by HFA values and principles. The conceptual definition of health promotion embodied in the review is “the process of enabling people to increase control over the determinants of their health“ as developed from the Ottawa Charter for Health Promotion. The review is expected also to contribute to the planning and management of the implementation process of the newly adopted Finnish HFA-policy, the Health 2015.

The Review aims at appraising the way in which the overall Finnish health promotion system has performed in the past, and can improve further in the future, in the face of a fast changing policy context characterised, among other, by:

- i. The globalisation of a wide range of health promotion-related issues;
- ii. The changes in population health status problems;



- iii. The dynamic of cultural, social and economic development, which directly or indirectly impinge on the creation of opportunities for (or barriers to) population health (e.g. EU membership; economic fluctuations, the fast development of the information society; etc.).

Within the context described above, the Review will appraise Finland's:

- Consistency of implementation;
- Short term and long term impact of policy processes adopted;
- Factors that have facilitated the reforms;
- Relevance, appropriateness, timing;
- Unplanned side-effects (if any) of actions undertaken;
- The opportunities for future progress

The Review will provide concise conclusions. A set of clear and feasible recommendations for further development in this area will be distilled from the Review's conclusions. In operational terms the recommendations will be tailored to national level policy-makers and fall into three categories:

1. Structures and their functioning: How to improve the consistency and performance of the overall policy-making system covering health promotion;
2. Prioritisation: How to ensure Finland prerequisites to deal with present and new emerging issues in the area of promoting the health of the population;
3. Health in other policies: How to better position the promotion of health within Finland's overall strategic development,

social agenda and management of intersectoral relationships.

In order to accomplish the above aims the Review Team, in full cooperation with Finnish expertise, will analyse a number of health promotion-related elements including:

- Value basis
- Legislation and policy development
- Prioritisations
- Organisational structures and functions
- Resources and Funding mechanisms
- Horizontal collaboration
- Leadership
- Accountability
- Adequacy of the system regarding the implementation of HFA 2015.

3. Members of the WHO team:

Ms Christine Brown (Germany), public health specialist

Dr Mojca Gruntar Cinc, (Slovenia), Under Secretary of State for Health

Dr Spencer Hagard, (UK), Head, Health Promotion Research Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, professional co-ordinator and rapporteur

Ms Tina Kiær (WHO Social and Economic Development), administrative coordinator

Mr Bosse Pettersson (Sweden), Deputy Director-General, National Institute of Public Health, public health policies and strategy development

Dr Anna Ritsatakis, Expert on health policy evaluation

Dr Erio Ziglio, (WHO European Office for Investment for Health and Development), Head of Office, team leader

4. Report writing and submission

As fieldwork draws to a close, the team's attention is increasingly directed to the construction of its report to the MSAH. The team leader and Rapporteur facilitate this process with a view to agreeing overall structure, and broad conclusions and recommendations, before the team disperses. The local expert group is intended to have an essential role at this stage, as a sounding board for ideas in its own right, and also in helping to identify other experts for their purposes, before the main elements of the report are discussed with the representative(s) of the MSAH.

The WHO team Rapporteur is responsible for writing, consulting with the other team members, and clearing a draft report with the team leader within six weeks for submission to the MSAH for verifications of facts and comments. The report is then completed and formally submitted to the MSAH and other ministries as appropriate.

The team leader, in submitting the report, aligns it with the central aim of the whole Review process, by drawing attention to the fact that the report is already the result of a wide-ranging and participatory process, now assembled into a format capable of being used for enhancing discussion, fostering consensus, stimulating synergy and focusing action. Thus, the Review report should not be seen as a "static" document. It is intended to become an important instrument to facilitate progress in formulating, implementing and sustaining efforts for effective health promotion. The contents of the report will be in line with both the concept and principles of health promotion (e.g. the Ottawa Charter) and with Health 21, recently endorsed by the European Member States of WHO. The support of the WHO Regional Office for Europe in following through

the recommendations is also offered.

5. Presentation of the WHO Review's conclusions

The team's review is set down in three parts,

- First,** concerning the overall situation of the policy-making context and implementation arrangements covering health promotion in the country,
- Second,** analysis of the Finnish system's strengths, weaknesses and readiness for addressing emerging new issues in the area of health promotion (the role of the national level to increase Finland overall capacity in this domain will be the main focus of the review); and
- Third,** structural, organisational, financial, human resources and institutional issues to be addressed for further progress in health promotion.

The first and second parts are presented in terms of strengths and weaknesses of current practice, followed by an assessment of future opportunities and possible threats.

Reporting of structural, organisational and institutional issues focuses on the extent to which there exists a policy environment sufficiently conducive to further improvement in health promotion. The catalytic role of the national level will be particularly addressed. Thus in this part the Review efforts will particularly focus on how to:

- Increase capacity at national level;
- Deploy incentives for alliance building at all levels;
- Fine-tune existing survey, research and evaluation practices;
- Secure long-term resources, incentives and their flexible use; and
- Position health promotion more centrally in the economic and social agenda of Finland

6. Presentation of the Review's recommendations

Recommendations will be few in numbers and refer to fundamental issues to be addressed to ensure further progress in health promotion in Finland. Recommendations will be made about how to address specific deficiencies in the current infrastructure, funding mechanisms, human resources and other development-related issues for progress in health promotion.

DOCUMENTS AND WEBSITES CONSULTED

A Written background material (with relevant URLs)

1) History and Geography

- a) History of the Ministry of Social Affairs and Health. <http://www.vn.fi/stm/english/organ/minhist.htm>
- b) Facts about Finnish Social Welfare and Health Care

2) Constitution

<http://www.om.fi/constitution/>

3) Programme of Prime Minister Paavo Lipponen's second government.

Chapter 8: Working Life, Social and Health Policy

4) Relevant Laws

- a) Primary Health Care Act
- b) Alcohol Act
- c) Act on Measures to Reduce Tobacco Smoking
- d) The Narcotics Act
- e) Decree on Measures for the Restriction of Tobacco Smoking
- f) Health Protection Act
- g) The Finnish Local Government Act. <http://www.kuntaliitto.fi/english/law.htm>

5) Key economic and Fiscal Data

- a) Publications of the National Public Health Institute: Health Behaviour and Health among Finnish Adult Population, Spring 1999
- b) Publications of the National Public Health Institute: Health Behaviour among Finnish Elderly, Spring 1999, with trends 1993 – 1999

- c) Publication of the Association of Finnish Local and Regional Authorities: Healthcare provision and financing in Finland. <http://www.kuntaliitto.fi/english/health.htm>

6) Demography, social, health and sickness data

- a) Facts about Finnish Social Welfare and Health Care
b) Sociobarometer 2001. http://www.stkl.fi/sbm2001_eng_www_baro2001_ENGtiivistelma.htm
c) Chapter 9 of Finland, Koskinen and Melkas

7) Relevant structural, organizational and institutional information

- a) Ministry of Social Affairs and Health Organisation. http://www.stm.fi/english/organ/organisation_fset.htm
b) Health Care System. <http://www.stm.fi/english/pao/publicat/paocontents22.htm>
+ <http://www.stm.fi/english/tao/publicat/taocontents29.htm>
c) Organigramme of the MSAH. <http://www.stm.fi/english/organiza/orggraph.htm>
d) Health Care structures, themes, strategies and trends. MSAH. http://www.stm.fi/english/health/healthcare_fset.htm
e) Principal lines of implemented health policy. <http://www.vn.fi/stm/english/eho/publicat/healthre/osa4.htm>
f) Social Welfare in Finland, MSAH Brochures 1999:6 eng
g) Health Care in Finland, MSAH Brochures 1999:13 eng. 27.10.99.
<http://www.vn.fi/stm/english/pao/publicat/health/health3.htm>
h) Strategies for Social Protection 2010. MSAH. 02.10.01
i) Association of Finnish local and regional authorities: Healthcare provision and financing in Finland
(<http://www.kuntaliitto.fi/english/health.htm>)
j) Finnish Social Protection in 2000. MSAH. 2001
k) Ministry of Social Affairs and Health and related authorities. Brochures 1999:3 eng
l) Finnish Health Policy Brochures 1999:13eng 1.9.99. <http://www.vn.fi/stm/english/publicat/health/health2.htm> and
<http://www.vn.fi/stm/english/pao/publicat/health/healthteksti.htm>
m) Future challenges for health policy. <http://www.vn.fi/stm/english/eho/publicat/healthre/osa5.htm>
n) The Health Care System in Finland. <http://www.vn.fi/stm/english/pao/paoengteksti.htm>
o) Health Care in Finland, MSAH Helsinki 1999. <http://www.vn.fi/stm/english/pao/publicat/health/health1.htm>
p) Health Care in Finland. <http://www.kuntaliitto.fi/english/healthca.html>
q) Public Health Reports 1996, 1999 and 2000
r) Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2001
s) Social Welfare and Health Report 2000
- Strategies and Trends
 - Social policy strategy to 2010
 - Social Welfare and Health Report 2000
 - Trends in Social Protection 1999-2000
 - The Finnish Social Protection System and its Operations in 1999
 - Guidelines on Health Care in Finland
 - Insurance Supervision in Finland
 - National Ageing Policy up to 2001
 - Towards a Society for All (Disability Policy)
 - Drug Strategy 1997
 - Asthma Programme in Finland 1994–2004
 - Poverty & Social Exclusion in Finland in the 1990's

- t) Allocation scheme for health promotion for the year 2000. Ratified Plan.
- u) Health Promotion Allocation Plans 1990–2000 Summary, unedited.
- v) UKK-Institute International Evaluation of the UKK Institute
- w) International Evaluation of the National Research and Development Centre for Welfare and Health, MSAH Publications 1999:12 eng
- x) International Evaluation of the Research Activities of Radiation and Nuclear Safety Authority (STUK), MSAH Reports 2001:5
- y) National Public Health Institute (KTL). Background material for the international evaluation
- z) Investment in Health. The follow-up report of the international evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health
- aa) Health in Finland: Chapter 9, Seppo V Koskinen, M.D, Tapani A Melkas, M.D. (in print)
- bb) Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 1999. Government Decision on Target and Action Plan for Social Welfare and Health Care 2000–2003
- cc) Summaries of MSAH publications in English. http://www.vn.fi/stm/english/publicat/publications_fset.htm + http://www.vn.fi/stm/english/publicat/publications_main.htm
- dd) Basic elements in Finnish social protection: summary. <http://www.vn.fi/stm/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>

8) Health promotion policies, strategies, programmes and infrastructures

Health for All Finland Documentation

- a) Report Health for All by the Year 2000. The Finnish National Strategy, Ministry of Social Affairs and Health, 1987
- b) Health for All Policy in Finland. Policy Review. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1991
- c) HFA Revised strategy for co-operation. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Pub Series 1993:9
- d) Third Evaluation of Progress Towards Health for All – Finland, Ministry of Social Affairs and Health Finland. Reports 1998:2 eng
- e) Health in Finland, 1999. KTL and MSAH
- f) Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Ministry of Social Affairs and Health, Publications 2001:6
- g) Allocation scheme for health promotion for the year 2000
- h) Ratified plan Health Promotion allocation plans 1990–2000 Summary, unedited
- i) Health Care Systems in Transition (HiT) profile: Finland. European Observatory on Health Care Systems. 2001
- j) Papers on the Finnish Health for All strategies: K. Leppo; A.Ritsatakis; M. Sihto

9) Review articles

The process of developing health for all policy in Finland, 1981–1995. (Kokko, S). pp 27–40 in Exploring Health Policy Development in Europe. WHO. Copenhagen. 2000

The prevention and promotion of mental health in children and young people in the STAKES mental health team. No date. 2 pp.

Annex II. Prevention of suicides in Finland. The National Suicide Prevention Programme (1986–1996). National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki. No date. 2 pp.

Dialogi 1B, 2002. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland. Helsinki, 2002. 39 pp.

Mental Health on the European Agenda. (Lavikanen, J. & V. Lehtinen). Dialogi 18/2002. 1 p.

Themes from Finland. Intersectoral Action for Health in Finland. National-level Policies on Intersectoral Action for Health With Special Reference to Social Issues, Traffic, Nutrition and Tobacco. (Koivusalo, M., Ollila, E. & P. Santalahti). Health Services Research Unit. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Themes 7/1997. 56 pp.

Healthy Public Policies in Europe – Integrating Health in Other Policies. Final report. (Koivusalo, M. & P. Santalahti). GASPP Occasional Papers no. 5/1999. 69 pp.

Healthy Public Policies in Europe – Integrating Health in Other Policies. Seminar proceedings. (Koivusalo, M. & P. Santalahti). GASPP Occasional Papers no. 6/1999. 69 pp.

Work and family reconciliation at the workplace level. STAKES. No date. 1 p.

Combining Work and Family Life. Research and Development Project 1996–2000. STAKES. No date. 1 p.

Municipal Strategies for Health Promotion. Division for Promotion of Well-Being and Health. STAKES. 2001. 3 pp.

How to Help Children Experiencing Traumatic Stress? An Evaluation of Long-term Effects of Psychosocial Assistance and International Solidarity Work. (Punamäki, R. -L.). STAKES. 2000. 105 pp.

Alcohol policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. (Osterberg, E. & T. Karlsson). European Commission. No place or year. 111 pp.

Municipality of Hyvinkää – The first Case Report on Safety Promotion at Local Level in Finland. No place or date. 1 p.

Safety Promotion Among Elderly Population in Hyvinkää. No place or date. 1 p.

Putting People at the Center of Sustainable Development. Proceedings of the Expert Meeting on the Social Dimensions in Sustainable Development. (Wiman, R.) STAKES. 1999. 123 pp.

Good occupational health practice. A guide for planning and follow-up of occupational health services. (Taskinen, H.). Ministry of Social Affairs and Health. Finnish Inst. of Occupational Health. Helsinki 2001. 194 pp.

The Parliament of Finland. The Voice of the People Past, Present and Future. (The Parliament of Finland). 2000. 240 pp.

Towards healthy, sustainable transportation – implementation of the WHO London Charter in Finland. Ministry of Transport and Communications. 2002. 35 pp.

Sosiaalivakuutus ja terveyden edistäminen. (Järvisalo, J., Lahtinen, E. et al.). Sosiaali-ja terveysministeriö. Helsinki 2001. 186 pp.

European Network of Social Insurance Organizations for Workplace Health Promotion. Report on the First Business Meeting, Bonn, Germany, 25–26 May 2000. WHO 2001. 15 pp.

The European Insurance Network for Health and Work. Report of the Second Business Meeting, Reykjavik, Iceland, 29–30 March 2001. WHO 2001. 21 pp.

European Insurance Network for Health and Work. Report of the Third Business Meeting, Florence, Italy, 8–10 November 2001. Draft 1 28.12.01.

The Social Security Programmes Administered by the Social Insurance Institution (Finland) Considered from the Perspective Preventive Social Policy and Health Promotion. (Järvisalo, J., Huunan-Seppälä, A. et al.). The Social Insurance Institution. No place or date. 12 pp.

Cooperating for better work capacity – A project by the Social Insurance Institution of Finland integrating the promotion of work capacity into the social security benefit administration process. The Social Insurance Institution. September 2001. 11 pp.

Priorities of Research 1999–2002. Research on social and health security in a society of changing risks. KELA-The Social Insurance Institution. Research and Development Centre. No place or date. 4 pp.

Dietary treatment of elevated blood pressure. (Korhonen, M.). Kuopio University Publications D. Medical Sciences, 264. Kuopio 2002. 92 pp.+annexes.

The World of Finnish Local and Regional Authorities. The Association of Finnish Local and Regional Authorities. Helsinki 1998. 48 pp.

TERVE Health Promotion Research Programme 2001–2004. Cancer Society of Finland. Helsinki no date. 46 pp.

Summary. Social Insurance and Health Promotion. (Järvisalo, J., Lahtinen, E. et al.) Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki, 2001. 4 pp.

Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force. No place. 87 pp.

Söderholm, M. Accident prevention in Finland. No place or date. 2 pp.

Finnish Heart Association:

- *Prevention of high blood pressure. Detection and treatment of high blood pressure.* The Finnish Heart Association. Helsinki, no date. 21 pp.
- *10 Heart Weeks to promote heart health.* 31 pp.
- *Heart and food programme.* Finnish Heart Association. Helsinki, no date. 6 pp.
- *“Be kind to your heart” – the first health education campaign in Finland aimed at children under school age (1995-).* Helsinki, no date.
- *Finnish Heart Association’s Self-Help groups.* Helsinki, no date. 3 pp.
- *Prevention of coronary heart disease in Finland.* In coll. w. National Board of Health, National Public Inst., Finnish Cardiac Society. Helsinki 1987. 96 pp.

Consensus statement. Action Plan for Promoting Finnish Heart Health. Ministry of Social Affairs and Health, publications 1998: 12. 92 pp.

Heart matters. Quarterly Bulletin of the European Heart Network, 01. No place or date. 18 pp.

Heart Matters. Quarterly Bulletin of the European Heart Network, 02. No place or date. 22 pp.

Reduction of smoking in Finland 1970–2001. Cancer Society of Finland. Helsinki, no date. 11 pp.

Vanhanen, H. Review of health promotion in Finland (on the 90’s) WHO Expert Committee, 10–20 March 2002, Helsinki, Finland. Non-governmental organizations group. Thursday, on the 14th March. 3 pp.

Heartbeat. Journal of the International Society and Federation of Cardiology, no. 4, 1987. 3 pp.

Prevention of Coronary Heart Disease in Finland – Application of the Population Strategy. Review article. (Salonen, J.T.). Ann Med 23, 1991. 6 pp.

Public Health. Development of Public Policy on the Prevention and Control of Elevated Blood Cholesterol. (Puska, P.). Cardiovascular Risk Factors, vol. 6, no. 4. 8 pp.

Nutrition in Finland. National Public Health Inst.. No place or date. 31 pp.

Finlands nationella miljöhälsoprogram. Komitébetänkande 1997: swe. Helsingfors 1997. 173 pp.

Strategies for social protection 2010 – towards a socially and economically sustainable society. Ministry of Social Affairs and Health 2001:12. Helsinki, 2001. 48 pp.

Finnish Social Protection in 2000. Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki 2001. 19 pp.

Reducing inequalities in health: A European perspective. (Mackenback, J. & M. Bakker). Routledge, London, April 2002.

Child Poverty in the Nordic Countries. (Forssén, K) STAKES Publications in English Series B: 22 / 2000

STAKES Annual Report 2000. Helsinki, no date. 56 pp.

The Finnish Healthy Cities Network – a useful contact network. STAKES. Helsinki, no date. 2 pp.

RAY. Games for a good cause. Assistance of 377 EUR million for health and welfare organizations. Espoo, no date. 2 pp.

Lindqvist, M.’s response to the Briefing Sheet, Finland. 1 p.

Series of slides from the Finnish Inst. of Occupational Health. March 2002.

Encyclopedic general information about Finland.

B Web-sites of the institutions and agencies included in the interviews

MSAH home-page in English

<http://www.vn.fi/stm/english/index.htm>

<http://www.vn.fi/stm/english/organ/org-eng.htm>

National Public Health Institute (KTL)

<http://www.ktl.fi/en/nphi.en.html>

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)

<http://www.stakes.fi/english/index.html>

+ <http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm>

Radiation and Nuclear Safety Authority of Finland (STUK)

<http://www.stuk.fi/english/>

Finnish Institute of Occupational Health (TTL)

<http://www.occuphealth.fi/e/>

Finnish Centre for Health Promotion (FCHP) (TEK)

<http://www.health.fi/english/index.html>

Association of Finnish Local and Regional Authorities

<http://www.kuntaliitto.fi/english/indexeng.htm>

RAY (Finland's Slot Machine Association)

<http://www.ray.fi/english/index.htm>

UKK Institute

http://www.ukkinstituutti.fi/index_en.html

Social Insurance Institution/Research Centre

<http://www.kela.fi/tutkimus/research.html>

University of Tampere/Nursing Science

<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/nureng.htm>

FIOH - Information Service Centre

<http://www.occuphealth.fi/e/dept/tpk/>

C Other Websites

Finnish Government

<http://valtioneuvosto.fi/liston/base.lsp?l=2>

**Citizen's Guide to information on the publications
and structures of Finnish Health Care****Guidelines on Health in Finland**

<http://www.vn.fi/stm/english/pao/publicat/guide/guiengte.htm>

FIELDWORK PROGRAMME AND PERSONS INTERVIEWED

Day	Time	Meeting
10.2.02 Sun	18.30–2000	On arrival – Brief on the week's programmes MSAH Jarkko Eskola and Eero Lahtinen MSAH Mari Hakkala
	0900–1000	Minister Osmo Soininvaara – Primary care and Social welfare and services, health promotion, preventive social action, environmental health, occupational health WHO Team MSAH Kimmo Leppo, Jarkko Eskola and Tapani Melkas MSAH Eero Lahtinen
	1000-1130	WHO Team meeting
	1200–1300	Advisory Board for Public Health Chair: permanent secretary Markku Lehto. – The new Health 2015 Public Health Program – Collaboration in health promotion WHO Team MSAH Eero Lahtinen

Day	Time	Meeting
11.3.02 Mon	1400–1600	STAKES The National Research and Development Centre for Welfare and Health General Director Vappu Taipale + colleagues WHO Team
	1630	MSAH briefing Kimmo Leppo, Jarkko Eskola and Tapani Melkas WHO Team MSAH Eero Lahtinen
12.3.02 Tue+	0830–1000	Centre for Health Promotion Director Harri Vertio + colleagues WHO Team MSAH Eero Lahtinen
	1030–1100	Minister Maija Perho – Social protection, Insurances, Legislation, Pharmaceuticals, Disability and Childcare allowances, Unemployment security WHO Team MSAH: Jarkko Eskola, Tapani Melkas, Eero Lahtinen
	1130–1300	Partners and collaboration with other ministries Min of Agriculture and Forestry, Min of Education, Min of Environment, Min of Transport and communication, WHO Team MSAH Eero Lahtinen
	1300–1445	Advocacy for health, Policy-makers and opinion leaders Eeva Kuuskoski, Mannerheim Child Protection League Eero Lahelma, Professor of Medical Sociology WHO Team MSAH Eero Lahtinen
	1500–1630	Association of Finnish local and regional authorities Matti Liukko WHO Team MSAH Eero Lahtinen

Day	Time	Meeting
13.3.02 Wed	0830–1000	National Institute of Public Health Director Jussi Huttunen + colleagues WHO Team (part) MSAH Eero Lahtinen, Mari Hakkala
	1000 –1300	Social Insurance Institution (KELA) Dr Jorma Järvisalo WHO Team (part) MSAH Mari Hakkala
	1200–1315	Local Expert Group Chair: Juhani Lehto + other members of the group WHO Team (part) MSAH Kimmo Leppo, Jarkko Eskola, Tapani Melkas, Eero Lahtinen
	1330–1500	Research and Universities Health Promotion Research Programme (TERVE), Doctoral Programs in Public Health, Economic Crisis of the 1990s: Reasons, Events and Consequences Timo Hakulinen, Merja Hiltunen Sakari Karjalainen Juhani Lehto Seppo Miilunpalo Helena Taskinen WHO Team
14.3.02 Thur	0830–1000	Finnish Institute of Occupational Health The Finnish Institute of Occupational Health is a research and advisory institute whose main tasks are research, training of occupational health and safety professionals, provision of advisory services, and dissemination of information. The Central Institute and six Regional Institutes provide services for the whole country. Director General Jorma Rantanen + colleagues WHO Team (part) MSAH Eero Lahtinen

Day	Time	Meeting
14.3.02 Thur	0830–0930	<p>Briefing with MSAH Officials</p> <p>Kaija Hasunen (nutrition), Sami Kinnunen (drugs) Eero Lahtinen (mental health) Liisa Ollila Kari Paaso (alcohol) Juha Pyotsia (environmental health) WHO Team (part)</p>
	1000–1300	<p>Social Affairs and Health Committee of the Parliament</p> <p>The Social Affairs and Health Committee is responsible for handling matters related to social services and healthcare, social insurance, pension legislation, alcohol and temperance work, occupational and environmental healthcare. The committee also reviews the annual report on substance abuse and the annual report of the Commissioners of the Social Insurance Institution.</p> <p>Chair Ms Marjatta Vehkaoja + members of the committee Secretary Ms Eila Mäkipää. WHO Team MSAH Eero Lahtinen</p>
	1330–1500	<p>Non-governmental organisations group</p> <p>Cancer Society: Liisa Elovainio Finnish Association of Mental Health: Pirkko Lahti Finnish Federation of the Visually Impaired, Klas Winell Folkhälsan, Georg–Henrik Wrede Health Care Association: Eeva–Liisa Urjanheimo Heart Association: Hannu Vanhanen Nurses' Association: Katriina Laaksonen RAY, Markku Ruohonen WHO Team</p>
	1800–2030	<p>UKK Institute, Tampere</p> <p>Seppo Miilunpalo Päivi Moisio Ilkka Vuori WHO Team (part) MSAH Mari Hakkala</p>

Day	Time	Meeting
15.3.02 Friday	Day Visits	<p>JYVÄSKYLÄ WHO Team (part) MSAH Mari Hakkala</p> <p>Director of the District Paavo Luukkonen Head Phycisican Jarmo Koski Chair of Social and Health Board Veijo Koskinen Director of Social and Health Services Sakari Möttönen Director of International Affairs Erkki Pänkälä Ulla Kuittu, social worker</p> <p>Health Promotion Unit Kaija Korpela Arja Lyytikäinen Jukka Puolakka Jouko Ridell, Hygienist Sirpa Valkama</p> <p>Two health promotion projects and discussion Meidän Jykä Project on education in collaboration (Our Jykä) Ms Aila Koistinen, Ms Merja Larkkonen Leena Ruuskanen Organising physical rehabilitation for the elderly Ms Sirkka Kannas Kumppanuustalo – Partnership House Cooperation with the third sector – the NGOs WIRE-project, Ms Niina Koponen, Mr Antti Hakulinen Hyve-project</p> <p>Representatives of different sectors of municipal administration and the PolytechnicUniversity of Jyväskylä Lasse Kannas, Pia Laukkanen, Harri Suominen, Marjatta Marin, Ritva Sakari–Rantala, Jorma Tynjälä, Timo Ståhl</p>

Day	Time	Meeting
15.3.02		
WHO team visit to KUOPIO– Health Promotion Policies of the Municipal Social Services and Health Care and the University of Kuopio	0900 –1100	Harjula Hospital, Building 4, Meeting Room 4 Regional Government
	11.00	<p>Welcome to Kuopio</p> <p>The Kuopio Vision paper 1996 and its main strategies: Kuopio is a town of new, more comprehensive responsibility for health and welfare, and it is committed to preventing social exclusion and to responding to the needs of the citizens in its administration and decision–making. Future vision and strategy will be revised in 2002.</p> <p>– Ms Terttu Vilpponen-Salmela, Chief Doctor (councillor in the 1990s)</p> <p>Health Promotion in the 1990s</p> <p>Kuopion health education program 1992 – 1996 and the work of the Health and Social Welfare Group since 1996</p> <p>– Ms Marjatta Pirskanen, Planner</p> <p>The principal changes in social services and health care in the 1990s and their impact on the 1999 strategy. Health promotion and monitoring of health in annual budget and planning documents</p> <p>Chief doctor of out-patient care, Mr Matti Pietikäinen</p> <p>Promotion of well–being as the town leadership sees it – revising the Vision and the Strategy up to 2012</p> <p>Mr Jukka Pulkkinen, Deputy Mayor</p>
	12.15	Lunch at the Harjula Hospital Canteen
	13.30	<p>Health promotion – examples of the 1990s and beginning of the next century</p> <ul style="list-style-type: none"> – Children and young people’s health and welfare account of 1999, – Child and Youth Policy Document of 2000 – Substance Abuse Policy Document, <p>Ms Anneli Helminen, Director of Psycho–social work</p>

Day	Time	Meeting
15.3.02 Friday		<ul style="list-style-type: none"> – Need for Comprehensive Mental Health Promotion Planning Director Seppo Ikonen, Psychologist – Promoting the health of the elderly both at home and in hospital Ms Soili Paljärvi, director of Home Services, and Ms Terttu Vilpponen-Salmela, Chief Doctor – Nutrition in Health Promotion Ms Lea Turpeinen, Nutritionist – Developing care and promoting health (examples) Ms Pirja Pirja Varjoranta, Director of Nursing Services
	15.00 – 17.00	University of Kuopio in Health and Welfare Promotion <ul style="list-style-type: none"> – Prof Anna-Maija Pietilä, Dept of Nursing Science – Prof Juha Kinnunen, Health Administration and Health Economics – Prof Pirjo Pölkki, Dept of Social Sciences – Prof Jussi Kauhanen, Dept of Public Health – Ms Outi Nuutinen, Senior Lecturer, Dept of Nutrition Science
16–17.3.02 Sat/Sunday		Working days for the Review Group
18.3.02 Monday	0830–0900	Breakfast and briefing about the Reference Workshop
	0900–1400	Reference Workshop Members of Local Expert Group, MSAH senior officials, members of Public Health Advisory Board, municipal representatives, and others WHO Team
	1430–1630	Feedback from workshop and discussion on future steps WHO Team

Day	Time	Meeting
-----	------	---------

19.3.02	Various times	Briefing with MSAH Officials
Tuesday	during the day	Maarit Kokki (communicable diseases) Eero Lahtinen (mental health) Taru Mikkola (General secretary, Public Health Advisory Board) Antti Uutela (health behaviour surveys) WHO Team (part) MSAH Eero Lahtinen
		Briefing about the Health Care Project Jussi Huttunen (General Director KTL) WHO Team (part)

20.3.02	Travelling Day	
Wednesday		

MEMBERSHIP OF THE LOCAL EXPERT GROUP

Mr Risto Aurola MSAH, Branch of Environmental Health
Dr Jarkko Eskola, MSAH, Dept of Family matters and social affairs
Ms Mari Hakkala, MSAH, Technical Assistant
Dr Jorma Järvisalo, The Social Insurance Institution, Finland
Ms Meri Koivusalo, STAKES
Dr Eero Lahtinen, MSAH, Dept of Health
Prof Juhani Lehto, University of Tampere (chair)
Dr Tapani Melkas, MSAH, Dept of Health
Dr Aulikki Nissinen, Public Health Institute (KTL ETEO)
Ms Eeva Ollila, STAKES
Ms Liisa Ollila, MSAH, International Affairs Bureau
Dr Mikko Paunio MSAH, Branch of Environmental Health
Ms Marita Sihto, STAKES
Dr Harri Vertio, Finnish Centre for Health Promotion (TEK)

LITERATURE SOURCES for POLICY REVIEWING

- Bowling, A (2002) *Research Methods in Health*. Open University Press. Buckingham. UK
- European Commission (1997) *Evaluating EU expenditure programmes – Ex post and Intermediate evaluation*. 1st ed. Luxembourg.
- Fosse, E (1999). *Implementation of health promotion policy in Norwegian municipalities*. Chapter 7 in: *Researching Health Promotion* (Eds Watson, J, Platt, S). London.
- House, E.R (1993). *Professional Evaluation – Social Impact and Political Consequences*. Newsbury Park, US.
- Macdonald, G (2000). *A new evidence framework for health promotion practice*. In: *Health Education Journal*, 59, 2000.
- Milio, N (2001). *Evaluation of health promotion policies: tracking a moving target*. Chapter 16 in: *Evaluation in health promotion – Principles and perspectives*. WHO Regional Publications European series, No 92. Copenhagen.
- Nutbeam, D (1999). *Health Promotion Effectiveness – The questions to be answered*. Chapter 1 in: *The evidence of Health Promotion Effectiveness – Shaping Public Health in a New Europe*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels–Luxembourg.
- Nutbeam, D (2001). *Evidence-based public policy for health: matching research to policy need*. In: *Promotion & Education, IUHPE.*, Supplement 2.2001.
- Pawson, R, Tilley, N (1997). *Realistic evaluation*. London.
- Ritsatakis, A, Barnes, R, Dekker, E, Harrington, P, Kokko, S, Makara, P. (eds, 2000). *Exploring health policy development in Europe*. WHO Regional Publications European series, No 86. Copenhagen.
- Rütten, A (2001). *Evaluating healthy public policies in community and regional contexts*. Chapter 15 in: *Evaluation in health promotion – Principles and perspectives*. WHO Regional Publications European series, No 92. Copenhagen.
- Rütten, A, Lüschen G, von Lengerke, T et al. (1999). *Health Promotion policy in Europe*. Chapter 6: *Policy evaluation practices and instruments*. München.
- Speller, Viv (2001). *The next challenge – getting evidence into practice*. In: *Promotion & Education, IUHPE.*, Supplement 2.2001
- Walt, Gill (1994). *Health policy: An introduction to process and power* (3rd ed. 1998). London.
- Warren, R., Rootman, I, Wilson, R (2001). *Evaluation of countrywide health promotion policies: the Canadian experience*. Chapter 17 in: *Evaluation in health promotion – Principles and perspectives*. WHO Regional Publications European series, No 92. Copenhagen, 2001.
- Vedung, E (1997). *Public policy and program evaluation*. New Brunswick, NJ, US.

- Vedung, E (1994). *Utvärdering i offentliga sektorn – problem och lösningar*. Rapport utgiven av Statkommunberedningen, Civildepartementet. Ds 1994:117: Stockholm.
- Vedung, E (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*, 2:a upplagan. Studentlitteratur: Lund.

Liite 6

Ensimmäinen kansainvälinen terveyden edistämistä käsittelevä konferenssi järjestettiin Ottawassa 21.11.1986. Konferenssissa hyväksyttiin ns. Ottawan asiakirja terveyden edistämiseksi. Asiakirja korostaa terveyden edistämistä olennaisena kansan terveyttä tukevana toimintastrategiana, esittelee tärkeimpiä terveyden edistämisen keinoja ja esittää tulevaisuuden haasteita.

OTTAWAN ASIAKIRJA

Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseenkin. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä tunnistamaan ja toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöään tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa.

Terveys on positiivinen käsite, joka painottaa yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja samoin kuin fyysisiä toimintamahdollisuuksia. Sen vuoksi terveyttä pidetään jokapäiväisen elämän voimavarana, ei elämisen tavoitteena. Terveyden edistäminen ei näin ollen ole yksinomaan terveydenhuollon vastuulla, vaan laajempi kokonaisuus hyvinvoinnin saavuttamiseksi.

Terveyden perusedellytykset

Terveyden perusedellytykset ja voimavarat ovat rauha, turvallisuus, ravinto, tulot, vakaat ekologiset olosuhteet, koulutus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Terveyden edistämisen ehtona on, että nämä perusedellytykset ovat varmalla pohjalla.

Terveyden merkityksen korostaminen

Hyvä terveys on merkittävä sosiaalisen, taloudellisen ja henkilökohtaisen kehittymisen voimavara ja elämisen laadun olennainen tausta. Monet tekijät – poliittiset, taloudelliset, yhteiskunnalliset ja biologiset sekä kulttuuriin, ympäristöön ja käyttäytymiseen liittyvät – voivat tukea terveyttä tai vahingoittaa sitä. Terveyttä edistävä toiminta pyrkii luomaan terveydelle suotuisat edellytykset korostamalla terveyden merkitystä.

Terveyden mahdollistaminen

Terveyden edistämällä pyritään tasa-arvoisuuden saavuttamiseen terveydessä. Terveyttä edistävä toiminta pyrkii vähentämään nykyisiä terveyseroja ihmisten välillä ja turvaamaan heille yhtäläiset mahdollisuudet ja voimavarat, jotta kaikille

ihmisille voitaisiin luoda edellytykset parhaaseen mahdolliseen terveyteen. Lähtökohtana on, että ihmisille taataan terveyttä tukeva ympäristö, tiedonsaanti, elämäntaidot sekä mahdollisuudet terveellisten valintojen tekemiseksi. Ihmiset eivät voi saavuttaa heille parhainta mahdollista terveyttä, elleivät he pysty vaikuttamaan niihin tekijöihin, joista heidän terveytensä riippuu. Nämä periaatteet koskevat samalla tavalla sekä miehiä että naisia

Välittäjänä toimiminen

Terveydenhuolto ei pysty yksin takaamaan terveyden edellytyksiä eikä toteuttamaan tulevaisuuden toiveita. Terveyden edistäminen vaatii koordinoitua toimintaa kaikilta asianosaisilta: hallituksilta, terveydenhuollon sektorilta sekä muilta sosiaalisilta ja taloudellisilta toimintasektoreilta, kansalaisjärjestöiltä, kunnallisilta viranomaisilta, elinkeinoelämlältä ja tiedotusvälineiltä. Kaikkia elämäntaloja edustavat ihmiset osallistuvat tähän toimintaan yksilöinä, perheinä ja yhteisöinä. Ammatti- ja yhteiskunnallisilla ryhmillä sekä terveydenhuollon ammattilaisilla ryhmillä on merkittävä vastuu yhteyksien hoitamisessa yhteiskunnan eri eturyhmien välillä terveyden kehittämiseksi.

Terveyden edistämistä koskevat kansainväliset ja kansalliset toimintasuunnitelmat ja ohjelmat tulee sopeuttaa eri maiden ja alueiden paikallisiin tarpeisiin ja mahdollisuuksiin, jotta suunnitelmissa ja ohjelmissa voidaan ottaa huomioon erilaiset sosiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset järjestelmät.

Terveyttä edistävä toiminta

Terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen

Terveyden edistäminen on enemmän kuin vain terveydenhuoltoa. Terveys sisältyy yhteiskuntapolitiittisten ohjelmien suunnittelijoiden työhön kaikilla sektoreilla ja tasoilla. Tämän tulisi ohjata päätöksentekoa niin, että päätösten terveysvaikutukset otetaan huomioon ja päättäjät kantavat vastuunsa myös terveystyönsä.

Terveyttä edistävä politiikka yhdistää erilaisia toisiaan täydentäviä lähestymistapoja, esim. lainsäädännön, valtion taloussuunnittelun, verotuksen sekä hallinnolliset muutokset. Se on koordinoitua toimintaa, joka johtaa kasvavaa tasa-arvoisuutta edistävään tulo- ja sosiaaliturvapolitiikkaan. Yhteistoiminta auttaa osaltaan takaamaan turvallisempien ja terveellisempien tavaroiden ja palvelujen tuottamisen, terveellisemmät julkiset palvelut sekä puhtaamman ja viihtyisemmän ympäristön.

Terveyttä edistävä politiikka edellyttää, että selvitetään terveellisen yhteiskuntapolitiikan toteuttamisen esteet myös muilla kuin terveysaloilla ja keinot näiden esteiden poistamiseksi. Tavoitteena tulee olla, että terveellisempi valinta on helpompi valinta myös poliittisille päättäjille.

Terveellisen ympäristön aikaansaaminen

Yhteiskuntamme toiminnot ovat moninaisia ja keskenään riippuvuussuhteessa. Terveyttä ei voida erottaa yhteiskunnan muista päämääristä. Ihmisten ja ympäristön väliset monimutkaiset yhteyssiteet muodostavat perustan lähestyttäessä terveyttä sosio-ekologisesta näkökulmasta. Yleisenä johtavana periaatteena niin koko maailmalle, kansakunnille, alueille kuin yhteisöillekin on rohkaisu keskinäiseen avunantoon – toinen toisestaan huolehtimiseen, huolenpitoon yhteisöistämme ja ympäristöstämme. Kaikkialla maailmassa tulisi korostaa luonnonvarojen säilyttämistä yleismaailmallisen vastuun kannalta.

Elämäntavan, työn ja vapaa-ajan käytön muutoksilla on merkittävä vaikutus terveyteen. Työn ja vapaa-ajan olisi voitava olla terveyden lähde. Työ tulisi järjestää siten, että se tukee terveen yhteiskunnan kehittymistä. Terveyttä edistävä toiminta luo sellaiset elin- ja työolot, jotka ovat turvallisia, antavat virikkeitä ja tyydytystä ja ovat miellyttäviä.

Nopeasti muuttuvan ympäristön terveysvaikutusten järjestelmällinen arviointi – erityisesti tekniikan, työn,

energiantuotannon ja kaupungistumisen kannalta on olennaista ja siihen tulee liittyä toimintaa, joka takaa nimenomaan väestön terveyden edistämisen. Luonnon ja rakenteellisen ympäristön suojaaminen sekä luonnonvarojen säilyttäminen tulee sisällyttää jokaiseen terveyden edistämistä koskevaan toimintastrategiaan.

Yhteisöjen toiminnan tehostaminen

Terveyden edistämistä toteutetaan yhteisöjen konkreettisilla ja tehokkailla toimenpiteillä. Asioiden tärkeysjärjestystä arvioitaessa, päätöksiä tehtäessä, toimintastrategioita suunniteltaessa ja niitä toteutettaessa tavoitteena on paremman terveyden saavuttaminen. Olennaista tässä prosessissa on yhteisön mahdollisuus vaikuttaa omiin pyrkimyksiinsä ja omaan tulevaisuuteensa.

Yhteisön kehittäminen perustuu sen omiin henkisiin ja aineellisiin voimavaroihin. Niihin nojautuen lisätään oman avun käyttöä ja sosiaalista tukea sekä kehitetään joustavia järjestelmiä, jotta julkinen osallistuminen terveystieteiden käsittelyyn ja suuntaamiseen voimistuisi. Edellytyksenä on, että ihmisille annetaan terveystieteiden perusteellista ja jatkuvaa tietoa ja järjestetään koulutustilaisuuksia sekä annetaan myös taloudellista tukea.

Henkilökohtaisten taitojen kehittäminen

Terveyden edistäminen tukee henkilökohtaista ja yhteiskunnallista kehitystä jakamalla tietoa, antamalla terveystieteiden sekä lisäämällä elämäntaitoja. Näin lisätään saatavilla olevia vaihtoehtoja, joita käyttämällä ihmiset voivat vaikuttaa omaan terveyteensä ja elinympäristöönsä sekä tehdä terveyteen johtavia valintoja.

On tärkeää, että ihmiset saavat mahdollisuuksia läpi koko elämän jatkuvaan oppimiseen, valmistumiseen elämän kaikkiin vaiheisiin ja sopeutumiseen pitkäaikaisiin sairauksiin ja vammoihin. Tätä toimintaa tulee tukea koulussa, kotona, työssä ja yhteisön muissa toiminnoissa. Työssä tarvitaan sekä koulutus- ja ammattijärjestöjen, kaupallisten ja vapaaehtoisten järjestöjen että yhteiskunnallisten laitosten panosta.

Terveyshuollon uudistaminen

Terveyshuollon vastuu terveyden edistämisestä jakautuu ihmisten, kansalaisryhmien, terveyshuollon ammattihenkilöiden, terveyshuollon laitosten ja valtionhallinnon kesken. Näiden tulee työskennellä yhdessä sellaisen terveyshuollon järjestelmän luomiseksi, jonka tavoitteena on terveys.

Terveyshuollon tehtäviä on jatkuvasti kehitettävä terveyden edistämisen suuntaan, jotta terveyshuollon vastuu voidaan ulottaa kliinisten ja hoitavien palvelujen ulkopuolelle. Terveyshuollon tulee omaksua aikaisempaa laajempi tehtävä, joka ottaa huomioon myös ihmisten kulttuuriympäristön ja sen tarpeet. Tämän tehtävän tulee tukea yksilöiden ja yhteisöjen terveellisempään elämään kohdistuvien tarpeiden tyydyttämistä ja avata väyliä terveyshuollon ja laajempien sosiaalisten, poliittisten, taloudellisten ja fyysisen ympäristön tekijöiden välille.

Terveyshuollon uudistaminen edellyttää myös yhä suuremman huomion kiinnittämistä terveystieteiden tutkimukseen sekä terveyshuollon ammattihenkilöstön koulutuksen ja valmennuksen muutoksiin. Tämän tulee johtaa terveyshuollon organisaatio- ja asennemuutoksiin, mikä merkitsee panostamista yksilöön kokonaisuutena ottaen huomioon hänen kaikki tarpeensa.