

Kasteohjelma 2008–2011:n sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen tavoitteen toteutuminen

TAUSTAA

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut usean eri ohjelman ja politiikan tavoitteena, mutta erot näyttävät vain jatkavan kasvuaan. Halusin etsiä selitystä tähän yhden keskeisen suomalaisen ohjelman, Kasteen, kautta.

Ensimmäisen Kasteohjelman (2008–2011) on sanottu olleen tärkein sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämispönnistus vuosikymmeniin. Sosiaali- ja terveydenhuollon vuotuinen kehittämisrahoitus oli noin 110–120 miljoonaa euroa, josta Kaste I -ohjelman osuus oli 25 miljoonaa euroa (1). Ohjelman (2) tavoitteena oli, että ensiksi kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, toiseksi hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat sekä kolmanneksi että, palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähentyvät. Ohjelma määritteli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen tavoitteen siten, että tupakoinnilla, alkoholinkäytöllä ja ylipainolla on keskeinen merkitys useiden kansansairauksien synnissä. Ohjelman oletuksena oli, että kun näitä riskitekijöitä vähennetään, kavennetaan tehokkaimmin myös terveyseroja. Tavoitteen odotettiin toteutuvan myös lapsiperheiden köyhyyttä vähentämällä. Käytännössä yleisen terveyden edistämisen nähtiin toteuttavan myös terveyserojen kaventamisen tavoitetta. Konkreettisimmillaan tämä näkyy erään hankkeen käsitelmäritellyssä:

”Terveyden edistämisellä tarkoitetaan laajalaista toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveyden, hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden tautien ja terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen.

Ihmiset vastaavat itse oman terveytensä edistämistä, mutta heidän mahdollisuutensa edistää oman ja lähiympäristön terveyttä paranevat, jos terveellisten valintojen tekemisen mahdollisuuksia tuetaan ja terveyteen myönteisesti vaikuttavia tekijöitä vahvistetaan.”

Etsin sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen tavoitteen toteuttamistapoja käymällä läpi 27 väli- tai loppuraporttia, jotka olivat saaneet rahoitusta vuosina 2008–2011. Lisäksi haastattelin / sain tietoja 12 ohjelman asiantuntijalta, ohjausryhmän jäseneltä, hankejohtajalta ja -työntekijältä.

KUINKA KASTE PYRKI KAVENTAMAAN TERVEYSEROJA?

Raporteista etsin suoria mainintoja hankkeiden tavoitteesta terveyden eriarvoisuuden kaventamiseksi sekä maininnoista terveyserojen kaventamisesta yleensä. Tässä haussa löytyi ainoastaan kaksi hanketta, joiden loppuraporteissa oli pohdittu toiminnan kohdentumisesta tai vaikutuksia sosioekonomisiin ryhmiin:

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (3) hankkeessa terveyden edistämisen osana terveyseroja kavennettiin elämäntapaohjauksella. Elämäntapaohjauksen toteutuksen yhteydessä pohdittiin ryhmätoiminnan kohdentumista koulutuksen ja sukupuolen mukaan. Pohdittiin, *kiinnostaako Ikiviiväryhmätoiminta enemmän koulutettuja henkilöitä?*

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä oli myös pohdittu (4) kuntalaisten tavoittamista erillisten terveyspisteiden toteuttamisella. Hankkeessa oli tunnistettu, että *pisteillä on oma osansa myös terveyserojen kaventamisessa, sillä ne tavoittavat ihmisiä tasapuolisesti heidän taustoistaan riippumatta.*

Koska suoria mainintoja ei tämän enempää löytynyt, laajensin etsintää universaaleihin ja varhaisen tunnistamisen palvelujen hankkeisiin, jotka eivät ainakaan lisäisi palveluiden tarjonnan tai käytön epätasa-arvoista jakautumista. Näitä hankkeita olikin, vaikka ne eivät olleetkaan lausuneet ääneen pyrkivänsä totuttamaan ohjelman päätavoitetta. Esimerkiksi osallisuutta parantamaan pyrkivissä hankkeissa kehitettiin kokemusasiantuntijuutta ja erilaisia asiakaspalaute- ja

asiakastiedonkeruutekniikoita tai saavutettavuutta parannettaessa madallettiin palveluiden hakeutumiskynnystä terveystieteisiin tai jalkautumalla kotiin.

MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Esimerkkejä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumisen pohdintoista on hankkeiden loppuraportteista vaikea löytää. Esimerkkien vähäinen määrä puhuu karua kieltään siitä, että Kaste I -ohjelmakaudella hankkeen toteuttajat eivät ankkuroituneet ääneen lausuttuna sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämisen tavoitteeseen. On kuitenkin muistettava, että tämä huomio on tullut esiin etsittäessä erojen kaventamiseen pyrkineitä hankkeita, eikä tämä tutkimus ole systemaattinen tarkastelu Kaste I -hankkeiden pyrkimyksistä vaikuttaa sosioekonomiin hyvinvointi- ja terveyseroihin.

Syy ei ole hanketoimijoiden, sillä ohjelmalla ei tuolloin ollut tarjota tukea, indikaattoreita tai ohjeita eriarvoisuuden tunnistamiseen. Resurssiin liittyvä yleinen hanketyön ongelma näkyy raportoinnissa. Monessa hankkeessa voitiin toteuttaa vain minimiarviointi tehdystä työstä, eikä ollut mahdollisuutta pysähtyä syvällisemmin arvioimaan omaa työtä.

Huomio muuttuu astetta huolestuttavammaksi, kun koko ohjelman valtakunnallisista arvioinneissa ei palata päätavoitteiden toteutumista tukevien toimien arviointiin. Valtakunnallisesti päätavoitteet operationalisoidaan hyvin nopeasti

osatavoitteiksi, joiden yhteys erojen kaventamiseen jää määrittämättä. Ohjelman osatavoitteiden löysäksi jäänyt yhteys ohjelman konkreettiseen toimeenpanoon on tunnistettu myös ohjelman valtakunnallisissa arvioinneissa, kuten myös se, että tavoitteen asettelu olisi pitänyt olla terävempi (1).

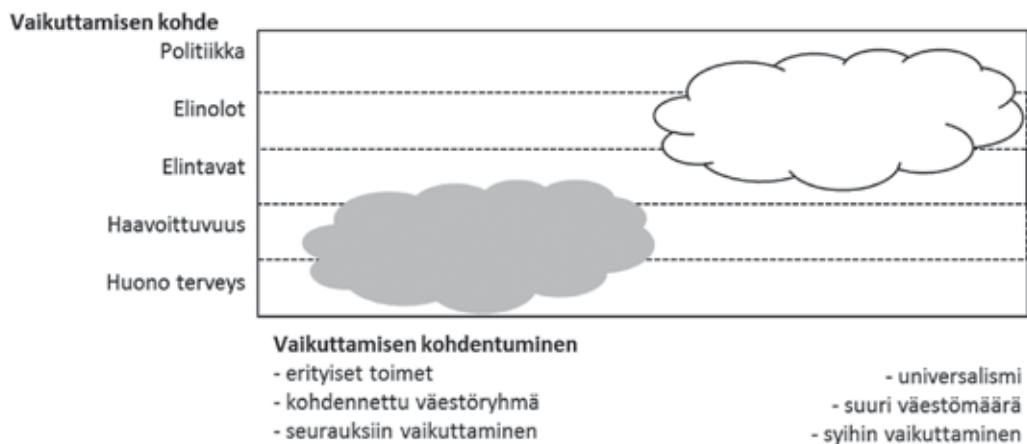
Palosuon (5) huomio terveyserojen politiikkatason vaikuttamisen ohuudesta saa tämän artikkelin myötä vahvistusta. Poliittinen tavoite ei suoraan konkretisoidu perustelluiksi strategioiksi. Kuvion 1 poliittisen tason vaikuttaminen jää konkretisoitumatta.

Kuvioon 1 on jäsennetty vaikuttamisen kohde suhteessa vaikuttamisen kohdentumiseen. Kuvion alalaidassa (harmaa pilvi) voivat olla hankkeet ja toimet, jotka kohdentuvat erityisen haavoittuviin tai jo syrjäytymisuhan alla oleviin väestöryhmiin ja oikeassa yläkulmassa vaikutetaan politiikka-keinoin koko väestötasolla hyvinvoinnin osatekijöihin.

Ohjelmatasolla hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumisen oletettiin toteutuvan yleisen terveyden edistämisen myötä ilman väestöryhmittäistä näkökulmaa. Hanketasolla erojen näkymättömyys konkretisoituu selvimmän oletuksessa, että kaikki terveyden edistäminen on samalla terveyserojen kaventamista. Ohjelmassa on saatettu kehittää esimerkiksi varhaisen tunnistamisen toimintatapoja, jotka perustuvat kuntalaisten tai asiakkaiden omaan ilmoittautumiseen, vapaaehtoiseen seulontaan tai kyselyihin, joissa ei välttämättä

Kuvio 1.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen vaikuttamisen kohteet ja kohdentumiset.



oltu kiinnostuneita niistä, jotka jättivät vastamatta. Tällöin ne, jotka saattavat olla kipeimmin palvelun tarpeessa, saattavat jäädä löytymättä. Pahimmillaan hankkeet ovat siis saattaneet hyvää tarkoituksesta ja universalistisesta lähtökohdasta huolimatta lisätä hyvinvointi- ja terveyseroja palvelun kohderyhmässä.

Kuvion 1 jaottelun mukaan Kaste I -ohjelman tässä tarkastellut hankkeet keskittyvät elintapoihin ja haavoittuvuuteen vaikuttamiseen. Hankkeet pyrkivät vähentämään elintavoista aiheutuvaa altistusta, lisäämään haavoittuvassa asemassa olevien osallisuutta, sairaudesta tai vammasta aiheutuvaa haavoittuvuutta tai parantamaan palveluiden saavutettavuutta. Näin kuvion 1 vasempaan alalaitaan näyttää keskittyvän suurin osa Kastetyöstä.

Jatkossa tulisi kaikkeen hanketoimintaan kiinnittää väestöryhmittäisen tunnistamisen elementti, jotta hankkeet eivät tahattomasti lisääisi eriarvoisuutta. Nyt on tarjolla erilaista tukea eriarvoisuuden tunnistamiseksi, mikä Kaste I -ohjelman aikana puuttui. Tarjolla on erilaisia työkaluja, kuten oman työn vaikutusten tunnistamistyöväline (6), indikaattorilistaus kuntien eriarvoisuuden yleiseen seurantaan (7) ja esimerkkejä erojen kaventamistoimista (8,9).

Vaikka lyhytkestoisen hankkeen vaikutusta eriarvoisuuden muutokseen on erittäin vaikea mitata, on mahdollista pyrkiä tunnistamaan oman työn tavoitteita ja pyrkiä kuvaamaan ja seuraamaan millä prosessilla hankkeessa oletetaan vaikutettavan näihin tavoitteisiin.

LÄHTEET

- (1) Lähteenmäki-Smith K, Terävä E. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) 2008-2011 arviointi : loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2012.
- (2) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma : Kaste 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2008.
- (3) Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. PaKaste Raportti 1.3.2009–30.10.2011. Rovaniemi: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus; 2011.
- (4) Renfors T. (toim.) Kyllä terveyteen tartuttiin! Kansansairauksien ehkäisy ja hoidon yhtenäisyyteen KYS erityisvastuualueella Kanerva2-KASTE-hankkeen loppuraportti 2010–2012. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri; 2012.
- (5) Palosuo H, Sihto M, Lahelma E, Lammi-Taskula J, Karvonen S. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2013.
- (6) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tarkistuslista hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi, Tiedä ja toimi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2013.
- (7) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Keskeiset indikaattorit. Luettu 18.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/tilastot/keskeiset-indikaattorit>
- (8) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Esimerkkejä. Luettu 18.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/keinot/esimerkkeja>
- (9) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuntaan elinvoimaa ja kuntalaisille hyvinvointia eriarvoisuutta vähentämällä. Kide 24. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2014c.

TAPANI KAUPPINEN

FT

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos