

EUROOPAN UNIONI



Alueiden komitea



Toissijaisuusperiaatteen  
toteutumisen seurantaverkosto

# Toimintasuun- nitelma 2010

Terveyspolitiikka:  
Terveyserot EU:ssa

**Johtava kumppanitaho**



**Regione Lombardia**

**Terveyspolitiikka:  
Terveyserot EU:ssa**

**Kumppanit**



**Raportin on laatinut terveyspolitiikkaa käsittelevä työryhmä**

**Lombardian (Italia) alueen johdolla.**

**Se ei edusta alueiden komitean virallisia näkemyksiä.**

Lisätietoa Euroopan unionista ja alueiden komiteasta on saatavilla internetissä osoitteissa  
<http://www.europa.eu> ja <http://www.cor.europa.eu>.

## Terveyserot

### Keskeiset näkökohdat

#### 1. Taustatietoa

Terveyseroja käsittelevä työryhmä on pyrkinyt arvioimaan parhaita tapoja käsitellä tätä ongelmaa koko EU:ssa. Alueiden komitea osallistui vuonna 2009 Euroopan komission ehdotuksen "Solidaarinen terveydenhuolto" alueellisen vaikutuksen arviointiin. Alueiden komitea antoi asiasta myöhemmin lausuntonsa, ja Dave Wilcox (UK, PSE) oli alueiden komitean esittelijä. Tämän työryhmän työssä otetaan tämä kaikki huomioon, ja sen tavoitteena on analysoida terveyseroja koskevaa ongelmaa toissijaisuusperiaatteen kannalta esittämällä lukuisia parhaita käytäntöjä ja tekemällä toimintalinjoja koskevia suosituksia.

Subsidiariteetti ja erityisesti horisontaalinen subsidiariteetti ovat ratkaisevia terveyserojen käsittelyssä. Terveyserot ovat myös politiikanala, jolla toissijaisuusperiaate voidaan selkeästi kytkeä yhteisvastuuseen. Terveyserot ovat myös ala, jossa ohjaus on osoittautunut hyvin hyödylliseksi, ja sille on toissijaisuusperiaatteen tavoin ominaista ajatus palvelemisesta ja auttamisesta. Ohjauksella voitaisiin tukea subsidiariteettia sen varmistamiseksi, että asiaankuuluvat vastuualueet jaetaan asianmukaisesti solidaarisuuden hengessä.

#### 2. Työryhmän jäsenet ja niiden esittelemät parhaat käytännöt:

Työryhmää johti Lombardian aluehallitus (Italia), ja sen jäseniä olivat Valencian alue (Espanja), Länsi-Götanmaan alue (Ruotsi) ja Suomen kuntaliitto. Kukin jäsen antoi esimerkkejä parhaista käytännöistä terveyserojen alalla.

- Lombardian alue: ROL (*Rete Oncologica Lombarda*)
- Suomen kuntaliitto: Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeen Kainuun osahanke
- Valencian alue: Terveystieteiden toimintasuunnitelma
- Länsi-Götanmaan alue: Marmot Review ja Angeredin sairaala

#### 3. Päätelmät

Terveyseroja

- A. on sekä jäsenvaltioiden välillä että jäsenvaltioissa
- B. on mahdollista vähentää, jos (poliittista) tahtoa on
- C. voidaan vähentää eri tason aloitteilla, ulottuen Euroopan komissiosta ja EU:n virastoista aina valtiolliselle, alueelliselle ja paikallisyhteisön tasolle – ja viime kädessä on tuettava myös perheiden ja yksittäisten ihmisten motivaatiota ja sitoutumista

- D. voidaan vähentää, jos aloitteet ovat entistäkin parempia sekä yksittäisen ihmisen että perheen ja paikallisyhteisön tasolla, toimittaessa terveydentilan heikkenemisen ehkäisemiseksi ja terveiden elintapojen edistämiseksi

#### *Toteutettavat aloitteet*

- A. EU:n tason toimintamahdollisuuksia ovat muun muassa
- yhteiset mittaukset, analyysit, raportit ja vertailutoimet
  - tutkimuksen avulla saatava tietämys
  - tietojen ja parhaiden käytäntöjen vaihto julkaisujen, konferenssien, hankkeiden ja tukiverkostojen avulla
  - edellä mainittujen aloitteiden rahoittaminen ja seuranta.
- B. Valtiollisella tasolla voidaan saada paljon aikaan, kun osallistutaan aktiivisesti EU:n aloitteisiin, muun muassa edellä mainittuihin, ja mukautetaan kyseisiä aloitteita kansallisiin tarpeisiin, mieltymyksiin ja kulttuureihin.
- C. Alueellisella tasolla, missä ollaan vielä lähempänä väestöä ja missä on usein tarjolla sangen vahvat hallinnolliset valtuudet ja käyttökelpoiset resurssit, voidaan panna täytäntöön edellä mainitun kaltaisia aloitteita, seurata edistystä, kerätä tietoa ja hankkia kokemusta yhdessä muiden alueiden kanssa (tällaisia ovat useimmat tässä raportissa kuvatut käytännöt).
- D. Koska yhteisötaso on vielä yhden askelen lähempänä eri asukasryhmien merkittäviä tarpeita ja koska siellä on mahdollista havaita ja arvioida niitä, terveyserojen vähentämiseen keskittyviä tukitoimia voidaan enenevästi yhdistää ja liittää parhaisiin mahdollisiin käytäntöihin (esimerkiksi Angeredin lähisairaala, Länsi-Götanmaan alue)
- E. "Tekemällä oppiminen" on muiden keinojen ohella tehokas ja innostava tapa edistyä. Yhteisen ongelman ratkaisemiseksi erilaisten näkemysten huomioonottaminen ja moninaisten kokemusten hyödyntäminen ovat palkitseva ja varteenotettava mahdollisuus tämän päivän EU:ssa. Työskentely terveyseroja käsittelevässä työryhmässä toissijaisuusperiaatteen toteutumisen seurantaverkoston toimintasuunnitelman puitteissa on ollut vaikuttava oppimiskokemus, ja menettely kannattaa toistaa terveydenhuoltoalalla sekä monilla muilla aloilla.

#### *Poliittiset suositukset alueiden komitealle*

Työryhmän mielestä alueiden komitea voisi muun muassa

- auttaa lisäämään EU:n ja sen alueiden kansalaisten tietoisuutta toissijaisuusperiaatteesta sekä sen vertikaalisessa että horisontaalisessa ulottuvuudessa.
- pyytää muita EU:n elimiä viemään tämän käsitteen myös terveydenhuoltoalalle ja kiinnittämään erityistä huomiota WHO:hon, jossa olisi pohdittavasubsidiariteetin ja ohjauksen asianmukaista suhdetta terveydenhuoltoalalla.

## Sisällys

1.	Ryhmän jäsenet.....	4
2.	Tilannekatsaus .....	4
3.	Toissijaisuusperiaatteen noudattamisen analyysi ja terveyseroja koskevat toimet.....	8
4.	Parhaat käytännöt.....	12
4.1	Lombardian alue: ROL .....	12
4.2	Suomen kuntaliitto – Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeen Kainuun osahanke.....	19
4.3	Valencian alue – terveydenhuollon toimintasuunnitelma .....	27
4.4	Länsi-Götanmaan alue – Marmot Review ja Angeredin sairaala .....	31
4.4.1	Toimintasuunnitelma .....	31
4.4.2	Angeredin sairaala .....	32
5.	Päätelmät ja poliittiset suositukset .....	33
5.1	EU:n tasolla.....	33
5.2	Alueellisella tasolla .....	34
5.3	Työryhmän havainnot .....	35
5.4	Toteutettavat aloitteet.....	35
5.5	Poliittiset suositukset alueiden komitealle .....	36

**Tässä asiakirjassa on 38 sivua.**

## 1. Ryhmän jäsenet

Lombardian aluehallitus (IT) (johtava kumppanitaho)

- Länsi-Götanmaan alue (SE)
- Suomen kuntaliitto (FI)
- Valencian alue (ES)

## 2. Tilannekatsaus

Käsitteellä "terveyserot" tarkoitetaan yksittäisten ihmisten tai väestöryhmien välisiä eroja, vaihtelua tai eroavaisuuksia terveydenhuollossa. Käsitteellä "eriarvoisuus" viitataan terveydenhuollon eroihin, jotka ovat tarpeettomia ja vältettävissä olevia ja jotka sen lisäksi katsotaan epäoikeudenmukaisiksi ja kohtuuttomiksi<sup>1</sup>. Terveyserot ovat eri väestöryhmien (jotka määritellään asuinpaikan tai sosioekonomisten syiden perusteella) välisiä terveyden alan järjestelmällisiä eroja, jotka eivät ole sattumaa eivätkä johdu yksittäisen ihmisen päätöksestä vaan yhteiskuntaa, taloutta ja ympäristöä koskevien muuttujien vältettävissä olevista eroista, joihin yksittäinen kansalainen ei juurikaan voi vaikuttaa. Käsitteellä terveysero tarkoitetaan tavallisessa kielenkäytössä terveydenhuollon eriarvoisuutta.

Terveyserot tunnustetaan yhä yleisemmin huomattavaksi kansanterveysongelmaksi koko EU:ssa. EU:n jäsenvaltioiden välillä ja niiden sisällä olevat suuret erot terveyden alalla ovat merkittävä haaste EU:lle. Terveyserojen laajuutta ja vaikutuksia koskevien huolten vuoksi Euroopan unioni ja monet maat ja alueet pyrkivät tarttumaan asiaan laatimalla politiikkaa, strategioita ja toimintasuunnitelmia monin eri tavoin.

Jäsenvaltioilla on päävastuu terveyserojen käsittelemisessä sekä valtakunnallisella että alueellisella tasolla, mutta EU:n toimilla voisi olla siinä osansa paitsi siksi, että ne vaikuttavat välillisesti terveydenhuoltoon, myös siksi, että niillä voitaisiin auttaa voittamaan joitakin nykyisistä esteistä erojen lieventämiseksi. EU aikoo erityisesti tutkia vaihtoehtoja tukeakseen ja täydentääkseen jäsenvaltioiden ja sidosryhmien ponnistuksia ja ottaakseen käyttöön toimia, joilla pyritään vähentämään terveyseroja, täysin toissijaisuusperiaatetta noudattaen<sup>2</sup>.

Terveyseroja koskevan EU:n toiminnan tavoitteen osalta pidetään EU:n eri puolilla elävien ihmisten ja sosiaalisesti parempi- ja heikompiosaiten EU:n kansalaisten välisten terveyserojen laajuutta haasteena EU:n sitoutumiselle solidaarisuuteen, sosiaaliseen ja taloudelliseen yhteenkuuluvuuteen,

---

<sup>1</sup> Terveyttä kaikille 21 –puiteohjelma Euroopan aluetta varten. WHO:n Euroopan aluetuimisto, Kööpenhamina 1999.

<sup>2</sup> Komission yksiköiden valmisteluasiakirja, *Impact Assessment*, accompanying the Communication from the Commission the European Parliament, Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU, SEC(2009) 1396 final, Bryssel, 20.10.2009.

ihmisoikeuksiin ja yhtäläisiin mahdollisuuksiin. Konkreettisesti tässä toiminnassa käsitellään koko väestön terveyden parantamista ja keskitytään erityisesti vältettävissä olevien ja epäoikeudenmukaisten terveyden taustatekijöiden merkityksen vähentämiseen yhteiskunnallisten ryhmien välillä, suojelemaan heikommassa asemassa olevien ryhmien terveyttä ja edistämään tarpeen mukaan nopeampia parannuksia väestöryhmien terveyden osalta niillä EU:n alueilla, jotka ovat jääneet kehityksessä muista jälkeen.

EU:n perussopimus tarjoaa toimille oikeusperustan. Neuvosto hyväksyi toiminnan "poliittiseksi" taustaksi vuonna 2006 päätelmät terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista ja totesi, että niillä pyritään vähentämään terveyseroja, joista EU:n jäsenvaltiot ovat huolissaan<sup>3</sup>. Marraskuussa 2006 se hyväksyi päätelmät terveyden huomioonottamisen tärkeydestä kaikilla politiikanaloilla ja totesi siinä yhteydessä terveyden taustatekijöiden merkityksen ja kehotti ryhtymään niiden suhteen alojenväliseen ja laajaan yhteiskunnalliseen toimintaan<sup>4</sup>. Terveyseroja koskevaa poliittista toimintaa suunniteltiin komission lokakuussa 2007 antamassa valkoisessa kirjassa "Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013" (EU:n terveysstrategia)<sup>5</sup>, jossa korostettiin, että jäsenvaltioiden välisiä ja niiden sisäisiä terveyseroja on vähennettävä ja että se kattaa parhaiden käytäntöjen vaihdon ja terveyden edistämisen. Euroopan parlamentti, neuvosto ja alueiden komitea korostivat terveysstrategiasta antamissaan lausunnoissa, että terveyseroihin puuttumiseksi tarvitaan EU:n toimintaa. Kesäkuussa 2008 Eurooppa-neuvosto korosti lisäksi jäsenvaltioiden välillä ja niiden sisällä terveydessä ja eliniänodotteessa olevan eroavuuden poistamisen merkitystä<sup>6</sup>. Heinäkuussa 2008, uudistetusta sosiaalisesta ohjelmastaan antamassaan tiedonannossa<sup>7</sup> komissio puolestaan korosti uudelleen yhdenvertaisiin mahdollisuuksiin, saatavuuteen ja yhteenkuuluvuuteen perustuvan Euroopan unionin sosiaalisia perustavoitteita. Lisäksi komission vuonna 2009 julkistama, terveyseroja koskevalle kysymykselle omistettu tiedonanto<sup>8</sup> käynnisti keskustelun, jota tarvittiin määrittämään mahdolliset EU:n tason liitännäistoimenpiteet jäsenvaltioiden ja muiden toimijoiden terveyserokysymystä koskevan toiminnan tukemiseksi.

Terveyserojen vähentämistä edistävien EU:n toimien ja aloitteiden joukossa käynnistettiin äskettäin EU:n köyhydenvastainen foorumi osana Eurooppa 2020 -kasvustrategiaa<sup>9</sup>, osallistavaa kasvua koskevan ensisijaisen tavoitteen nojalla. Siinä myönnettiin, että terveys ja hyvinvointi ovat keskeinen keino syrjäytymisen torjumiseksi, kun taas EU:n vähemmän vauraille alueille osoitettu ja koheesiopolitiikan varoja voidaan käyttää investointeihin, joilla pyritään vaikuttamaan terveyserojen

---

3 EUVL C 146, 22.6.2006, s.1.

4 [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/lsa/91975.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/91975.pdf), s. 10.

5 "Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013" [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)

6 [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/ec/101346.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/101346.pdf), s. 13.

7 Uudistettu sosiaalinen toimintaohjelma: mahdollisuudet, välylät ja yhteisvastuu 2000-luvun Euroopassa, KOM(2008) 412 lopullinen.

8 Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, Neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja Alueiden komitealle - Solidaarinen terveydenhuolto: terveyserojen vähentäminen EU:ssa, KOM(2009) 567 lopullinen, Bryssel, 20.10.2009.

9 [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_fi.htm)



tärkeimpiin taustatekijöihin, kuten elinolot (vesi- ja jätevesijärjestelmät), koulutus ja työllisyyspalvelut, liikenne ja tekniikat. Tässä yhteydessä on huomattavia investointeja terveydenhuoltojärjestelmiin tuettu rakennerahastoista, joiden varoja on osoitettu terveydenhuoltoinfrastruktuuriin, valmiuksien vahvistamiseen ja terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen, terveydenhoidon tarjontaan ja tukeen terveyden edistämiseen ja tautien ehkäisyyn.

EU tarjoaa myös mittavan oikeudellisen kehyksen muilla asiaan liittyvillä saroilla. Se on laatinut työläinsäädäntöä työterveys- ja työturvallisuussäädöksiä: parannukset työntekijöiden terveyden ja turvallisuuden suojelussa ovat huomattava panos terveyserojen vähentämiseen EU:ssa, koska niillä vähennetään tiettyjen taustatekijöiden kielteistä vaikutusta.

Sisämarkkinat voivat lisäksi edistää terveyserojen vähentämistä vauhdittamalla talouskasvua, alentamalla hintoja, luomalla työllistymismahdollisuuksia ja parantamalla siten elintasoja. Konkreettisemmin, terveyteen liittyvät rikkomusmenettelyt (esimerkiksi sijoittautumisvapauden ja palvelujen tarjoamisen vapauden osalta, apteekkien omistamiseen ja niiden sijaintiin kohdistuvat rajoitukset, rajoitukset, jotka koskevat laboratorioiden omistusta ja niiden aukioloaikoja, jotka saattavat johtaa myyntimonopoleihin ja luoda saatavuuden esteitä) voivat edistää terveydenhuollon hintojen alenemista ja siten hyödyttää erityisesti alemmista sosioekonomisista ryhmistä peräisin olevia kansalaisia.

EU:n tätä asiaa koskevien ponnistelujen ohella jäsenvaltiot ovat viime vuosina korostaneet tämän ongelman käsittelemisen merkitystä. Jäsenvaltiot sopivat vuonna 2006 ottavansa tavoitteekseen terveydenhoidon saatavuuden ja terveyden alan eriarvoisuuden käsittelyn,<sup>10</sup> sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen osallisuuden avoimen koordinoitimenetelmän (sosiaalialan avoin koordinoitimenetelmä) puitteissa<sup>11</sup>. Jäsenvaltioiden välillä ja niiden sisällä olevien terveyserojen vähentämisestä sovittiin myös vuonna 2006, kun sitä alettiin pitää kestävästä kehityksestä koskevan EU:n uudistetun strategian operatiivisena tavoitteena<sup>12</sup>. Myös sosiaalisesta suojelusta ja osallisuudesta annetussa yhteisessä kertomuksessa korostettiin terveyserojen sitkeyttä<sup>13</sup>. Kansainvälisestä näkökulmasta todettakoon, että jäsenvaltiot hyväksyivät vuonna 2008 Tallinnan peruskirjan<sup>14</sup>, jossa terveydenhuoltojärjestelmien tavoitteiksi vahvistetaan "terveydenhuollon tason ja jakamisen, rahoituksen tasavertaisuuden ja hoidon saatavuuden yhdenvertaisuuden parantaminen." Sen lisäksi terveyden sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevän WHO:n komission vuonna 2008 antamassa raportissa<sup>15</sup> kuvailtiin terveyserojen aiheuttamaa maailmanlaajuista rasisitua ja kehoitettiin yhteisiin toimiin kaikilla hallinnon tasoilla niihin puuttumiseksi.

---

10 [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/common\\_objectives\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/common_objectives_fi.htm)

11 Katso <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=448&langId=fi>

12 Kestävästä kehityksestä koskevan EU:n strategian tarkistus. Euroopan unionin neuvosto. Asiakirja 10117/06. 9. kesäkuuta 2006 <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/06/st10/st10117.en06.pdf>

13 [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/joint\\_reports\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm)

14 [http://www.euro.who.int/document/hsm/6\\_hsc08\\_edoc06.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_edoc06.pdf)

15 *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Terveyden sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevän WHO:n komission loppuraportti. Maailman terveysjärjestö, Geneve 2008. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html)

Nämä laajat puitteet osoittavat, että jäsenvaltioiden välillä ja niiden sisällä oleviin suuriin ja itsepintaisina jatkuviin terveyseroihin kiinnitetään entistä enemmän huomiota ja että yhä enemmän ollaan huolissaan niiden kielteisistä seurauksista terveydelle, sosiaaliselle yhteenkuuluvuudelle ja taloudelliselle kehitykselle, mikäli niihin ei puututa tehokkaasti. Näyttö siitä perustuu muun muassa alueiden komitean vuonna 2009 toissijaisuusperiaatteen noudattamisen seurantaverkoston kumppanitahojen piirissä käynnistämään, vaikutustenarviointiin tähtäävään kuulemismenettelyyn. Sen tarkoituksena oli edistää mahdollisesta Euroopan tason toiminnasta Euroopan unionin terveysalan eriarvoisuuden vähentämiseksi saatavien alueellisten vaikutusten arviointia<sup>16</sup>.

Ihmisten keskimääräinen terveydentila on EU:ssa viime vuosikymmeninä jatkuvasti parantunut, mutta EU:n eri osissa elävien ja väestön parempi- tai heikompiosaisten ryhmien väliset terveyserot ovat edelleen huomattavat ja joissakin tapauksissa ne ovat jopa kasvaneet. Alle vuoden ikäisten vauvojen kuolleisuudessa on EU:n jäsenvaltioiden välillä viisinkertainen ero. Miesten elinajanodotteessa syntymähetkellä on 14 vuoden ero. Naisilla vastaava ero on 8 vuotta. Mittavia terveyseroja on myös alueiden, maaseutu- ja kaupunkialueiden ja eri asuinalueiden välillä. Kaikkialla EU:ssa sosiaalinen asema vaikuttaa terveydelliseen tilanteeseen siten, että heikommin koulutetut, heikommassa ammattiasemassa olevat tai pienituloisemmat kuolevat nuorempina ja kärsivät muita yleisemmin useimmista terveysongelmista<sup>17</sup>. Työntekijöillä, jotka tekevät pääsääntöisesti ruumiillista työtä tai rutiiniluonteisia toistuvia työtehtäviä, on huonompi terveys kuin niillä, joiden työ ei ole ruumiillista ja työtehtäviin kuuluu vähemmän toistoa. Myös sukupuolella on suurta merkitystä: naiset elävät yleensä miehiä pidempään mutta saattavat viettää suuremman osan elämästään sairaina. Muita heikommassa asemassa olevien ja sosiaalisesti syrjäytyneiden ryhmien – kuten joihinkin maahanmuuttaja- tai etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvat, vammaiset tai asunnottomat – keskimääräinen terveydentila on erityisen huono<sup>18</sup>.

Alan kirjallisuudesta saatava näyttö osoittaa, että terveyserot johtuvat siitä, että väestöryhmät eroavat toisistaan useiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden ja taustatekijöiden osalta. Näihin tekijöihin kuuluvat elinolosuhteet, eliniänodote ja kuolleisuus, terveyteen liittyvä käyttäytyminen (epäterveellinen ruokavalio, kuntoilun puute, tupakointi, liiallinen alkoholinkäyttö, liikenneonnettomuudet), sosioekonomiset olot (työttömyys ja sosiaalinen syrjäytyminen, koulutus ja sivistystaso, sukupuoli, laittoman maahanmuuttajan asema, tulot ja resurssien jakautuminen), terveydenhoito, sairauksien ehkäiseminen, altistuminen terveysriskeille ja terveyden edistämistä koskevat palvelut, terveydenhuoltopalvelujen saatavuus (mukaan luettuna yleislääkäripalvelut, sairaalahoidot ja lääkkeiden kulutus, vakuutuksen puute, hoidon korkeat kustannukset, puutteellinen tieto tarjotuista palveluista) ja infrastruktuuri; alueen maantieteelliset ominaisuudet (syrjäisyys, pirstoutuneisuus, saari- ja vuoristoympäristöt, jotka kaikki ovat konkreettisia esteitä palvelujen ja infrastruktuurin käytölle) sekä näiden tekijöiden määrään, laatuun ja jakamiseen vaikuttavat julkiset

---

16 Yhteenvetoraportti– Arviointi terveyserojen vähentämistä koskevan EU:n toiminnan alueellisista vaikutuksista, alueiden komitea, huhtikuu 2009.

17 *Health inequalities: Europe in profile*. Mackenbach J., 2006.

18 SEC(2006) 410.

toimet. Vaikka ennaltaehkäisevät palvelut ja erityisapu ovat yleisesti saatavilla ja maksuttomia, niissä voi silti olla eriarvoisuutta aivan kuin muissa hoitomuodoissa, joita terveydenhuoltojärjestelmät eivät kata. Ihmisten kokemana eriarvoisuus koulutuksen, työpaikkojen ja terveydenhoidon saannissa varhaisiässä sekä sukupuoleen ja rotuun pohjautuva eriarvoisuus voivat vaikuttaa ratkaisevasti ihmisten terveydentilaan koko heidän elämänsä ajan. Köyhyys yhdessä muiden yksilön asemaa heikentävien tekijöiden kanssa – joita ovat esimerkiksi ikä (lapsuus tai vanhuus), vammaisuus tai vähemmistötausta – lisää terveysriskejä entisestään.

Näissä puitteissa alue- ja paikallisviranomaisten rooli olisi tunnustettava sekä terveystilanteeseen että terveyden sosiaalisiin taustatekijöihin liittyvien palvelujen tuottamisessa. Terveellisiä elämäntapoja edistävien ja terveyden huonontumiseen johtavia olosuhteita ehkäisevien paikallisten toimien merkitys on esitetty strategioissa, joita monet Euroopan alueet ovat jo kehittäneet. Kuten alueiden komitea korostaa<sup>19</sup>, tehokas ennaltaehkäisy edellyttää erityisen paikallista toimintaa, joka on räätälöity kyseisten yhteisöjen tarpeisiin. Vaikka terveyden huonontumiseen johtavat ongelmat saattavat olla samanlaisia jäsenvaltioissa, terveellisestä elämäntavasta tiedottaminen edellyttää usein paikallistuntemukseen perustuvia pienimuotoisia toimia. Tällaiset toimet saattavat olla tehokkaita monien jäsenvaltioiden paikallisyhteisöissä.

Alueiden komitea suhtautuukin myönteisesti siihen, että komissio on vakaasti päättänyt tukea ja täydentää jäsenvaltioiden ja paikallis- ja alueviranomaisten toimia terveyserojen tasoittamiseksi Euroopan unionissa, ja on tyytyväinen siihen komission arvioon, että terveyseroihin liittyvät ongelmat ovat hyvin monisyisiä ja terveyserojen kehitys riippuu monista tekijöistä. Niistä on syytä mainita: sen myöntäminen, että erot ovat nähtävissä kaikilla tasoilla – Euroopan tasosta paikallistasoon –; sosiaalisen aseman merkitys sekä terveyden ja vaurauden tiivis yhteys; epäsuotuisan aseman vaikutukset terveyteen muita heikommassa asemassa olevissa ja sosiaalisesti syrjäytyneissä ryhmissä; sosiaalipoliittisten päätösten eriyttävät vaikutukset terveydenhuoltopalvelujen ja sosiaalipalvelujen tarjonnassa.

### **3. Toissijaisuusperiaatteen noudattamisen analyysi ja terveyseroja koskevat toimet**

#### *Yleisiä huomioita*

Työryhmän tehtävänä oli hankkia aiempaa tarkempi näkemys siitä, miten terveyseroja voidaan käsitellä toissijaisuusperiaatteeseen perustuvien toimien ja toimenpiteiden avulla.

Kuten 1. luvussa pantiin merkille, terveyserot voivat tarkoittaa yhden tai useamman, terveyteen liittyvän näkökohdan järjestelmällisiä ja mahdollisesti korjattavissa olevia eroja koko yhteiskunnan, väestörakenteen tai maantieteen perusteella määritetyssä väestöryhmässä tai väestön alaryhmissä.

---

<sup>19</sup>

Alueiden komitean lausunto aiheesta ”Solidaarinen terveydenhuolto: terveyserojen vähentäminen EU:ssa”, 14. ja 15. huhtikuuta 2010 pidetty 84. täysistunto.

Toissijaisuusperiaatteen mukaan ylemmän tason yhteisön ei pitäisi puuttua alemman tason yhteisön sisäiseen elämään ja viedä siltä sen toimintoja, vaan sen olisi pikemminkin tuettava sitä tarvittaessa ja autettava sovittamaan sen toimintaa yhteen muun yhteiskunnan toimien kanssa. Tämä määritelmä on erityisen hyödyllinen ja mielenkiintoinen terveyseroista puhuttaessa, koska ne ovat politiikanala, jolla näitä ongelmia koskevaa tietoa samoin kuin ratkaisu niihin voidaan löytää yhteiskunnasta.

Yhteiskunta n mahdollista nähdä eroja tuottavana koneistona, jossa julkisen vallan tehtävänä on suunnitella ja panna täytäntöön mukautuksia.

Se voisi kuitenkin olla aivan päinvastaista kuin se, mitä työryhmää on tässä tapauksessa pyydetty tekemään. Työryhmä tahtoo korostaa asemaa, joka toissijaisuusperiaatteella olisi oltava tällä politiikan alalla, eli **solidaarisuuteen** tähtäävää subsidiariteettia.

Toissijaisuusperiaatteella voidaan katsoa olevan kaksi ulottuvuutta: vertikaalinen ja horisontaalinen. Subsidiariteetin vertikaalinen ulottuvuus viittaa suhteeseen hallinnon eri tasojen välillä, kun taas horisontaalinen subsidiariteetti koskee suhdetta julkishallinnon ja kansalaisten välillä. Viimeksi mainitussa tapauksessa viranomaiset eivät vain sanele "vialliselle" yhteiskunnalle sen tarvitsemia korjauksia.

Subsidiariteettikäsitteen taustalla ja sen perustana olevassa myönteisesti ihmisiin suhtautuvassa näkemyksessä julkishallinnon ei oleteta aina tietävän, mikä on yhteiskunnalle parasta ja miten se voidaan saavuttaa. Itse yhteiskunta laajasti ymmärrettyä on tämän tiedon lähde.

Se kätkeytyy toissijaisuusperiaatteen niin sanottuun horisontaaliseen ulottuvuuteen ja soveltuu erinomaisesti terveyseroja koskevan ongelman ratkaisemiseen.

Kuten jo pantiin merkille, niin sanotun vertikaalisen subsidiariteetin osalta käsitellään julkisten elinten "arvojärjestyksen" eri tasoja, ja tällöin periaatteessa määrätään, että ylemmän tason ei pitäisi puuttua alemman tason toimiin, vaan pikemminkin tukea sitä tarvittaessa ja auttaa (eli antaa sille *subsidiumia*, joka on latinaksi "apu"). Horisontaalisessa ulottuvuudessa on kyse Euroopan unionin julkisesta elämästä pienimpään kuntaan asti – työskentelystä yhteiskunnallisten toimijoiden (yksittäisistä henkilöistä perheisiin, järjestöihin, yrityksiin ja niin edelleen) kanssa sangen samalla tavalla: on oltava valmiina kuuntelemaan, antamaan apua, missä ja milloin sitä tarvitaankin, sen sijaan, että esiinnyttäisiin kaikkietävinä elimenä.

Tämä käsite sisällytettiin Lombardian aluehallituksen uuteen johtosääntöön, jonka 3 artikla kuuluu seuraavasti:

*"2. Pannessaan horisontaalisen subsidiariteetin periaatetta täytäntöön alue tunnustaa ja edistää kansalaisten riippumatonta aloitteellisuutta sekä yksittäin että yhdessä, perheenä, yhteiskunnallisina muodostelmina ja laitoksissa, järjestöissä ja uskonnollisissa ja muissa kuin uskonnollisissa yhteisöissä, ja takaa heidän osallistumisensa julkisen toiminnan ja palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen alueellisella lainsäädännöllä vahvistettujen menettelyjen mukaisesti."*

Eroihin puuttuminen tarkoittaa heikoimmista ja hiljaisimmista huolehtimista, ei niinkään niistä, joilla on vahva edustus. Tätä näkökulmaa olisi tutkittava yksityiskohtaisemmin. Myös **ohjauksen** (*stewardship*) käsite on otettava huomioon selvittäessä toissijaisuusperiaatetta ja terveyseroja. Kyseinen käsite otettiin WHO:ssa käyttöön yhtenä terveydenhuoltojärjestelmien perustehtävänä, ja se vahvistettiin WHO:n Euroopan aluetoimiston vuonna 2008 laaditussa Tallinnan peruskirjassa (lainattu 1. luvussa).

Mainittua käsitettä käytetään terveydenhuollon puitteissa julkisen vallan tahojen ja niiden terveydenhuoltojärjestelmien vastuualueiden arvioimiseen. Ohjauksella viitataan moniin erilaisiin toimiin, joita valtiot suorittavat pyrkiessään saavuttamaan terveyspolitiikkansa tavoitteet (yhdenvertaisuus, kattavuus, saatavuus, laatu, potilaiden oikeudet ynnä muut seikat). Terveydenhuoltopolitiikassa voidaan myös määritellä julkisen ja yksityisen sektorin ja vapaaehtoissektorin – sekä kansalaisyhteiskunnan – asiaankuuluvat tehtävät ja vastuut terveydenhoidon tarjoamisessa ja rahoittamisessa. Ohjaus on poliittinen prosessi, jossa on kyse tasapainon etsimisestä keskenään kilpailevien vaikutusten ja vaatimusten välillä.

Toisin sanoen hallitusvallan käyttäjien on taattava, että ne vastaavat väestönsä terveydenhuoltoa koskeviin tarpeisiin ja odotuksiin. Se ei kuitenkaan tarkoita, että hallitustahot eivät luo kumppanuuksia julkisten tai yksityisten toimijoiden kanssa tai edistä kansalaisyhteiskunnan aktiivista asemaa.

Mahdollinen tapa liittää toisiinsa kaksi edellä mainittua ja erilaisissa ympäristöissä kehittynyttä käsitettä, subsidiariteetti ja ohjaus, voisi olla muistaa se, että molemmat ovat lähtöisin palvelun, avun, ajatuksesta. Ohjauksella voitaisiin tukea subsidiariteettia sen varmistamiseksi, että kullekin osoitetaan asiaankuuluvat vastuualueet asianmukaisesti solidaarisuuden hengessä.

Horisontaalisen subsidiariteetin kannalta "kolmas sektori" katsotaan arvokkaaksi inhimillisen energian, tiedon ja valmiuksien lähteeksi. Se on vaihtelevassa määrin mukana hankkeissa, jotka tässä esitellään parhaina käytäntöinä. Asianmukainen väline parempien terveydenhoitopalvelujen tarjoamiseksi voi olla verkostojen kehittäminen ja täytöntöönpano (sairaalaverkostot, yleislääkäreiden verkostot ynnä muut).

Esitellyt erilaiset verkostot ovat yksi parhaita käytäntöjä ilmentävä hyvä esimerkki.

Ensinnäkin, verkostot ovat tai ne voivat olla perusväline toissijaisuusperiaatteen soveltamiseen ja erityisesti horisontaalisen subsidiariteetin toteuttamiseen terveydenhoidossa, kun kaikki asiaankuuluvat toimijat ovat mukana.

Toiseksi, verkostoilla on luonnostaan hyvät valmiudet käsitellä terveyseroja tai ainakin niiden tiettyjä ulottuvuuksia, koska niiden puitteissa kansalaisille tarjotaan laajempi ja yhtenäisempi palvelujen saatavuus asuinpaikasta riippumatta.

Näin on Lombardian syöpätutkimusverkoston (ROL, *Rete Oncologica Lombarda*) tapauksessa. ROL on innovatiivinen malli terveydenhoidon tarjoamiseksi syöpäpotilaille. Se perustuu sairaaloiden yhteistyöhön, tietojen vaihtamiseen ja jakamiseen ja olemassa olevien syövänhoitovalmiuksien yhdistämiseen kauttaaltaan järjestöjen ja alan ammattilaisten muodostamassa alueellisessa verkostossa. ROL:n tavoitteena on luoda syöpäpotilaiden yhteinen terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen verkosto, jolla tarjotaan puitteet tietojen, valmiuksien ja asiantuntemuksen keskinäiseen vaihdantaan ja jonka turvin voidaan siten antaa tarkempia diagnooseja, hoitoja ja syövänseuranta.

Toinen sovelias esimerkki toissijaisuusperiaatteen toteuttamisesta terveyserojen alalla tarjoutuu Länsi-Götanmaan esittämästä parhaasta käytännöstä. Se on esimerkki työstä, joka kuuluu alueviranomaisten tehtäviin ja joka koostuu tietojen keräämisestä, tietämyksen, tietokantojen ja indikaattorien kehittämisestä. Alueellisella tasolla on tässä kokonaisvaltaisessa toiminnassa ainutlaatuinen asema.

Lisäksi yleistä lähestymistapaa, jonka voidaan katsoa ilmentävän subsidiariteettipolitiikkaa terveydenhoidon alalla, voitaisiin kutsua *"terveydenhoitopalveluksi mahdollisimman lähellä kansalaisia ja heidän tarpeitaan"*.

Tällä tavoin pystytään puuttumaan myös terveyseroihin, ja niinpä sitä voitaisiin kutsua "toimivaksi subsidiariteetiksi".

Sen osalta esitellään esimerkkitapaukset kahdesta tärkeimmästä toimintatavasta:

1. kansalaisten lähestyminen ottamalla kohteeksi tietty alue
2. kansalaisten lähestyminen verkostomuotoisia palveluja toimittamalla.

Työryhmän jäsenten esittämien parhaiden käytäntöjen hankekuvauksista hahmottuu kaksi hyvin erilaista aluetta.

Toinen on harvaanasuttu alue Itä-Suomessa, Kainuu, joka kärsii jatkuvasta poismuutosta ja ikääntyvästä väestöstä. Eräitä keskeisiä tekijöitä ovat tiedonkeruun lisääntyminen, kansalaisten osallistuminen sähköisen asiakaspalautteen kokeilujärjestelmiin sekä hallinnon tasojen välisten vastuualueiden määrittely.

Länsi-Götanmaan alueella kohteena oli Angeredin alue Koillis-Göteborgissa. Kyseiselle alueelle on keskittynyt erityisesti viime aikoina maahanmuuttoa, väestöstä 50 prosenttia on syntynyt Ruotsin ulkopuolella, työttömyysaste on suhteellisen suuri ja epäterveellisiin elämäntilanteisiin liittyvät indikaattorit ovat korkealla. Hankkeen tavoite ilmentyy juuri samassa hoitoyksikössä, jonka luomisen on tarkoitus olla sen konkreettinen tulos: Angereds Närsjukhus, lähisairaala tai paikallissairaala. Hankkeen keskeisistä piirteistä kannattaa korostaa seuraavia:

- tiivis yhteys muiden paikallisten sosiaalipalvelujen kanssa;
- yhteistyö yli hoitorajojen (perusterveydenhuollosta kaupungin suurimpaan sairaalaan).

Viimeksi mainittu tekijä yhdistää tämän hankkeen verkostojen kehittämistä koskevaan malliin, josta on esimerkkinä Lombardian tapaus.

Ryhmän jäsenten esittämien parhaiden käytäntöjen pohjalta voidaan tehdä seuraavat toissijaisuusperiaatetta koskevat päätelmät:

1. Horisontaalinen subsidiariteetti on keskeinen tekijä terveyseroihin puuttumisessa, kun yhteiskunnasta kerätään tietoa. Kaikkien asiaankuuluvien toimijoiden osallistuminen on ratkaisevaa.
2. Alueellinen taso on ensisijaisessa asemassa kerätessä tietoja taustatekijöiden ja indikaattorien määrittämiseksi.

#### **4. Parhaat käytännöt**

##### **4.1 Lombardian alue: ROL**

###### *Taustatiedot*

Italian terveydenhuoltojärjestelmä on alueisiin perustuva kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä. Se perustuu yleisen saatavuuden (koskee kaikkia kansalaisia), terveydenhuollon yhdenvertaisuuden ja yhteisvastuun (rahoitus verotuksesta) periaatteisiin. Yksi kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän päätavoitteista on taata kaikille yhdenvertainen pääsy "hoidon olennaisille tasoille" (LEA), jotka maan hallitus määrittää joka vuosi. Se tarkoittaa palvelujen peruspakettia, jonka on oltava kaikkien asukkaiden saatavilla koko maassa. LEA:n saatavuus on taattava tulotasosta tai maantieteellisestä sijainnista riippumatta, jotta eroja terveydenhoidon maantieteellisessä jakautumisessa voidaan vähentää.

Kansallisessa puitelainsäädännössä määritetään vain yleiset periaatteet kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän järjestämiselle, rahoittamiselle ja valvonnalle. Valtakunnallisella tasolla määritetään LEA ja ehdotetaan, miten resurssit olisi jaettava hoidon tasojen välillä (sairaala, alueellinen hoito ja perusterveydenhoito, kuntien terveydenhoito). Kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on ollut vuodesta 1992 asti käynnissä hajauttamisprosessi, jossa terveydenhoidon toimijoiden tehtävien, tehokkuuden ja tuloksekkuuden hallinnollista valvontaa siirretään asteittain alueellisille terveydenhuoltoyksiköille ja paikallisille terveysviranomaisille (ASL). Italian kaikki 20 aluetta ovat nyt täysimääräisesti vastuussa terveydenhoidon järjestämisestä ja hallinnosta ja LEA:n toteuttamisesta asiaankuuluvalla väestöryhmälle.

Lombardia on yksi Italian 20 hallinnollisesta alueesta, ja se sijaitsee Pohjois-Italiassa. Alueella on 9,6 miljoonaa asukasta, se on Italian rahoitusalan, kaupan ja teollisuuden ydin ja sen talouden osuus koko maan bruttokansantuotteesta on viidesosa (bruttoaluetuote >20 % bruttokansantuotteesta)

### Lombardian terveydenhuoltoinfrastruktuuri koostuu

- 95 julkisesta sairaalasta, jotka kuuluvat 29:ään julkisten sairaaloiden säätiöön (AO – *Aziende Ospedaliere*)
- 91 yksityisestä valtuutetusta sairaalasta (joista kuusi voittoa tavoittelematonta)
- 24 kansallisesta tieteellisestä tutkimuslaitoksesta (IRCCS – *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*), jotka ovat tutkimukseen keskittyviä sairaaloita (5 julkista, 19 yksityistä)
- 991 liikkuvasta erityispalveluyksiköstä, mukaan luettuna diagnoosi-, hoito- ja laboratoriopalvelut (717 julkista, 274 valtuutettua yksityistä)
- 15 paikallisesta terveystoimintayksiköstä (ASLs – *Aziende Sanitarie Locali*), jotka ovat maantieteellisin perustein määritettyjä julkisia laitoksia, jotka hankkivat palveluja julkisilta ja yksityisiltä tarjoajilta alueellisen terveydenhuoltojärjestelmän lukuun ja tekevät koordinaatiotyötä ensihoidon ja jatkuvan hoidon osalta vastuulleen kuuluvien väestöosien suhteen sekä hallinnoivat ensisijaisia ja toissijaisia ennaltaehkäisyohjelmia.
- noin 8 300:sta perusterveydenhuollon lääkäristä ja lastenlääkäristä, jotka työskentelevät itsenäisinä alihankkijoina ASL:ille (Lombardiassa on noin 1 yleislääkäri 1 100 asukasta kohti).

Lombardian terveydenhuoltojärjestelmä erottuu muista Italian alueiden järjestelmistä, koska siinä on otettu käyttöön välineitä, joilla siirretään valta tehokkaasti terveysjärjestöltä, jolla on omat etunsa ja hallinnolliset menettelynsä, potilaana olevalle kansalaiselle, jonka asema koko palveluverkostossa on keskeinen. Alue hyväksyi kattavan terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksen vuonna 1997, ja tukea antava "hyvinvointiyhteisö" perustettiin seuraavien periaatteiden pohjalta:

- kokonaisvaltaisuus ja yhteisvastuu
- läheisyysperiaate ja kansalaisten vapaus valita hoitopaikka
- julkisten, yksityisten ja voittoa tavoittelemattomien järjestöjen (myös osuus- ja yhteisötalouden) voimien yhdistäminen
- räätälöidyt terveydenhoitopalvelut, joissa sovelletaan tieto- ja viestintätekniikkaa henkilökohtaisen ja kotona annettavan hoidon tueksi.

Lombardian uudistuksessa tehtiin selvä ero terveydenhuoltopalveluja hankkivien ja valvovien ASL:ien ja palveluja tuottavien julkisten ja yksityisten "tarjoajien" (sairaalasäätiöt tai yritykset) verkoston välillä. Alueen asema maksavana kolmantena osapuolena vähenee ALS:ien myötä henkilöverojärjestelmän nojalla, ja ASL:t hankkivat palveluja tarjoajilta (sekä julkisilta että yksityisiltä) alueellisiin hintoihin perustuvien neuvottelujärjestelmien avulla. Lombardiassa kehitettiin tämän vuoksi yhdistetty terveydenhuoltojärjestelmä, joka koostuu julkisista ja yksityisistä sairaaloista. Kaikkien tarjoajien on käytävä läpi valtuutusprosessi, joka on samanlainen (vaatimusten osalta) sekä julkiselle että yksityiselle terveydenhoidolle.



Edellä mainituista ominaisuuksista käy ilmeiseksi, että Lombardian terveydenhuoltojärjestelmässä pannaan täysimääräisesti täytäntöön sekä vertikaalisen että horisontaalisen subsidiariteetin periaatteet. Epidemiologisia tietoja tarkastellessa voidaan kuitenkin edelleen havaita tiettyjä maantieteellisiä eroja sairauksien jakautumisessa (kuolleisuus, tiettyjen sairauksien esiintyminen jne.) sekä palvelujen käytössä (sairaalaanottoasteet, avohoidon osuus, apteekkipalvelut jne.). Työryhmässä on havaittu erityisesti se, että yleinen syöpäkuolleisuus on korkeampi tietyillä maantieteellisillä alueilla.

Olisi pantava merkille, että syöpä on yksi tärkeimmistä sairastumisten aiheuttajista Lombardiassa. Alueella on vuosittain noin 45 000 syöpätapausta ja 21 000 kuolemantapausta. Arvioiden mukaan alueella elää noin 370 000 henkilöä, joille on aiemmin tehty syöpädiagnoosi. Nämä "syövästä selviytyneet" ovat valtava rasite terveydenhuoltojärjestelmälle, sillä tarpeet vaihtelevat hoidon vaiheen mukaan. Syöpämenot ovat suurempi huolenaihe Lombardian kaltaisen alueen julkishallinnolle, jonka terveydenhuollon kokonaisbudjetti (noin 17 000 miljoonaa euroa vuonna 2008) on yli 70 prosenttia alueen yleisestä talousarviosta.

Erot syövänhoidossa huolestuttavat syöpäsairauksien tutkimusyhteisöä yhä enemmän. Hoidossa voi olla eroja monella tasolla, muun muassa diagnoosissa, hoidossa ja tuloksissa. Näiden puutteiden syyt voivat olla monitahoisia, ja niissä voi olla mukana talouteen, kulttuuriin ja yhteiskuntaan liittyviä tekijöitä. Kalliiden uusien syöpähoitojen ja -diagnoosien kasvava käyttöönotto aiheuttaa todennäköisesti taloudellista painetta potilaille, syöpälääkäreille, maksajille, yrityksille ja yhteiskunnalle. Voidaan odottaa, että uhka kyvyille varmistaa saatavuus ja tarjota laadukasta hoitoa kaikille potilaille kasvaa. Syöpäpotilaiden yhdistetyt terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut tarjoavat puitteet parhaiden käytäntöjen ja asiantuntemuksen jakamiselle, jotta kaikille syöpäpotilaille voidaan tarjota aiempaa asianmukaisempi syövän hoito ja valvonta.

#### *Tavoitteet*

Alueella hyväksyttiin vuonna 2004 "alueellinen syöpäsuunnitelma", kattava lähestymistapa, jossa toteutetaan pitkäaikaisia ja ylläpidettäviä toimenpiteitä syövän hoitamiseksi sairauden kaikissa vaiheissa alustavasta ennaltaehkäisystä syövästä selvinneiden kuntouttamiseen sekä kivunlievitykseen. Suunnitelmassa on toimia, joilla edistetään syövänhoitotaitojen parempaa yhdistämistä ja koordinoitua ja edistetään syöpätutkimusta tukemalla julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä ja koordinoitua toimia tutkijoiden, sairaalayksiköiden ja yksityisten yritysten välillä. Lombardiassa on kansainvälisesti tunnustetut syövänhoitotaitot, jotka vetävät puoleensa koko ajan enemmän potilaita muilta Italian alueilta ja ulkomailta. Lombardiassa on myös vahva ja erinomainen tiedeperusta, koska siellä on 12 yliopistoa (kuusi opetussairaaloihin liitettyä lääketieteellistä tiedekuntaa) ja monia tiedepuistoja, joissa keskitytään syöpään liittyvään tutkimukseen.

Vuoden 2004 syöpäsuunnitelman perusteella aluehallinto katsoi, että ROL-nimiseen (*Rete Oncologica Lombarda*) syöpätutkimusverkostoon perustuvan uuden organisaatiomallin kehittäminen ja täytäntöönpano ovat strateginen vastaus tarpeeseen tarjota potilaaseen keskittyvää laadukasta palvelua ja vähentää samalla kustannuksia ja edistää hoidon asianmukaisuutta.

Lombardian syöpätutkimusverkosto ROL on tyypillinen esimerkki toissijaisuusperiaatteen toteuttamisesta.

### ***ROL:n päämäärät:***

ROL:n tavoitteena on luoda syöpäpotilaiden yhdistetyt terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut ja tarjota puitteet tietojen, valmiuksien ja asiantuntemuksen vaihtoon. Verkosto perustuu kahteen tärkeimpään ohjaavaan periaatteeseen:

- aiempaa enemmän potilaaseen keskittyvän tarkastelutavan kehittäminen terveydenhuoltopalvelujen toimittamiseksi syöpäpotilaille
- syöpähoitopalvelujen parantaminen ja olemassa olevien syövänhoitovalmiuksien ja alan ammattilaisten liittäminen paremmin toisiinsa alueen 22 alueellisessa syöpätutkimusosastossa (DIPO).

Erityistavoitteena on

- parantaa hoidon toimittamista ja hoidon laatua kaikille alueen syöpäpotilaille ja puuttua terveyseroihin parantamalla yhteistyötä alan ammattilaisten ja terveydenhoitovalmiuksien välillä
- edistää ja vahvistaa monialaista lähestymistapaa syövän käsittelemiseksi kaikissa sairauden vaiheissa, alustavasta ennaltaehkäisystä kivunlievitykseen ja syövästä selviytyneiden kuntoutusohjelmiin
- varmistaa hoidon asianmukaisuus kehittämällä ja edistämällä näyttöön perustuvia parhaita käytäntöjä syövän ennaltaehkäisyssä, diagnoosissa ja hoidossa
- parantaa terveydenhuollon saatavuutta, vähentää terveyssyistä tapahtuvaa muuttamista, potilaiden liikkuvuutta ja odotusaikoja kehittämällä tietoteknisiä ratkaisua kliinisten tietojen jakamiseksi
- edistää hoidon jatkuvuutta ja parantaa reittiä diagnoosista hoitoon sairaudenhallintajärjestelmän puitteissa, jotta olemassa olevia valmiuksia voidaan yhdistää paremmin ja välttää toimien päällekkäisyyttä
- edistää kumppanuuksia monien alueen sidosryhmien kesken, mukaan luettuna kolmannen sektorin voittoa tavoittelevat ja voittoa tavoittelemattomat järjestöt sekä potilas- ja perhejärjestöt, horisontaalisen toissijaisuuden periaatteen mukaisesti yhteisin ponnistuksin ja yhteisesti sitoutuneena käsittelemään syöpää ja tarjoamaan parempia palveluja vastauksena potilaiden tarpeisiin
- edistää saatavilla olevien rajallisten resurssien parempaa käyttöä ja vähentää kustannuksia edistämällä hoidon tehokkuutta ja asianmukaisuutta
- helpottaa tiedon keräämistä ja jakamista tilastoja varten, tarjota vertailukelpoista tietoa sairaaloiden tai maantieteellisten alueiden vertailua varten sekä tukea terveysteknologian arviointimenettelyjä

- edistää tutkimusta (kliinistä tutkimusta, translaatiotutkimusta ja terveydenhuoltojärjestelmän tutkimusta) helpottamalla osuuskuntakumppanuuksia verkostoitumisen avulla ja edistämällä innovaatiota ja tieteellisen tietämyksen siirtoa kliiniseen käytäntöön vastauksena "syöpähätätilaan".

#### *Hankkeen kuvaus*

ROL-hanke suunniteltiin vuonna 2005, ja Lombardian aluehallitus käynnisti sen vuonna 2006 22:ssa Lombardian alueellisessa syöpätutkimusosastossa (DIPO). ROL on pantu täytäntöön perättäisissä vaiheissa, mutta sitä on sovellettu välittömästi sen osittaisissa sovelluksissa. Alun perin ROL:iin osallistui 22 alueellista syöpätutkimusosastoa (DIPO). Kun vuoden 2010 loppuun mennessä 90 prosenttia julkisista sairaaloista oli liittynyt ROL:iin, verkon kautta osallistui yli 500 lääkäriä ja noin 25 000 potilasta. Toisessa vaiheessa ROL avattiin muille julkisille ja yksityisille sairaaloille ja perusterveydenhuollon lääkäreille. ROL rakennettiin luomalla erityissovellukset, joilla laadittiin asteittain verkosto, josta saatiin konkreettisia tuloksia jo varhaisista vaiheista.

ROL:n täytäntöönpanostrategia perustuu kattavaan lähestymistapaan, jolle on ominaista kolme toiminnan tasoa, joissa jokaisessa on eri toimijat:

1. kliininen taso, joka koskee parhaiden käytäntöjen kehittämistä ja vaihtoa "syöpätutkimusyhteisössä" (ohjeita, pöytäkirjoja, kliinisiä asiakirjoja)
2. tekninen taso, joka koskee sellaisten tietoteknisten ratkaisujen kehittämistä kliinisten asiakirjojen jakamiseksi, jotka on yhdistetty alueelliseen terveydenhuollon tietojärjestelmään (SISS)
3. organisatorinen taso, joka koskee kaikkia toimia, joita tarvitaan verkkostrategian toteuttamiseksi Lombardian 22 alueellisessa syöpätutkimusosastossa (DIPO) sijaitsevilla syövänhoitoyksiköissä.

#### *Alue- ja paikallisviranomaisen asema*

Alun perin ROL:n kehittämistä ehdotti syövänhoidossa mukana olevien asiantuntijoiden ammatillinen yhteisö, koska uudet havainnot syövän bimolekulaarisesta perustasta ja niiden kliiniset seuraukset diagnoosin ja hoidon osalta edellyttivät lisää tietojen siirtoa ja jakamista lääketieteellisessä yhteisössä. Syöpäpotilaita koskeva kliininen lähestymistapa edellyttää itse asiassa monen alan ja monen ammattilaisen yhteistyötä.

Alueviranomaisen tärkein tehtävä ROL:n täytäntöönpanossa koskee edellä mainittujen toimien kolmatta tasoa eli organisatorista tasoa. Aluehallitus oli erittäin aktiivinen syövänhoitovalmiuksien välisen yhteistyön edistämiseksi ja sellaisen lombardialaisen syöpätutkimusyhteisön kehittämisen helpottamisessa, jossa olisi edustettuina eri alojen asiantuntijoita (syöpätutkijoita, kirurgeja, patologeja jne.), yleislääkäreitä eli monen alan ja monen ammattilaisen syöpätutkimusyhteisöä.

ROL:n panemiseksi täytäntöön 22 DIPOssa alueellinen terveydenhuollon pääosasto

- antoi suosituksia integroinnin ja koordinoinnin parantamiseksi DIPOissa ja sairaalapalvelujen verkostossa
- laati verkoston säännöt ja määräykset
- määrittä taloudellisia kannustimia sekä ROL:iin liittyviä tavoitteita sairaaloiden johtajille
- järjesti alueellisen terveydenhuoltojärjestelmän ammattilaisille suunnattua koulutusta
- rahoitti yhteisiä hankkeita DIPOjen ja paikallisen terveystoimintayksikön välillä.

Aluehallitus edisti lisäksi biolääketieteellisen tutkimuksen rahoitusmekanismeja ja teknisiä innovaatioita.

#### *Resurssit*

Alue tarjoaa varat verkoston koordinointiin, tietotekniikka-alustan kehittämiseen ja osallistuvien sairaaloiden tukemiseen aloitusvaiheessa. Yksittäiset sairaalat antavat lisärahoitusta yhdistääkseen ROL-tietovälineen sairaalansa tietojärjestelmään.

#### *Hallinto*

Edellä kuvatun alueviranomaisen tehtävän (ks. edellä) lisäksi hankkeen hallinto perustuu seuraavien yhteisöjen myötävaikutukseen:

- IRCCS-säätiö (*Istituto Nazionale dei Tumori*) Milanossa vastaa ROL:n tutkimuksen koordinoinnista, ja se koordinoi useita ammattilaisten "patologiaryhmiä" (yksi ryhmä kutakin kasvainta kohti).
- Lombardia Informatica SpA on ROL:n tekninen kumppani, ja se vastaa SISS-järjestelmään (terveys- ja sosiaalipalvelujen tietotekninen järjestelmä) liitetystä tietoteknisistä/telemaattisista näkökulmista
- Alueellinen "syöpätutkimusyhteisö" osallistuu ohjeiden kehittämiseen ja pyrkii saamaan aikaan yksimielisyyden strategisista valinnoista ja täytäntöönpanokäytännöistä.

#### *Esteet*

Tärkeimmät havaitut esteet koskivat

- ***tieto- ja viestintäteknistä ulottuvuutta***
  - lääkärit eivät aina hallitse tietotekniikkaa
  - eräät lääkärit valittivat, koska ROL-kotiutuskirjeen (ROL-DOC) laatiminen kysyy aikaa
  - jäseneltyjen sähköisten asiakirjojen hallinta edellyttää koulutusta
  - on liityttävä paikalliseen sähköiseen potilastietorekisteriin, jotta tietoja ei syötetä kahdesti
  - liittyminen muihin tietovirtoihin ei välttämättä tapahdu välittömästi

- **osallistumista**

- syöpätutkimusyhteisön on oltava motivoitunut voidakseen tehdä yhteistyötä, ja sen pitäisi tuntea olevansa osa verkostoa
- ylhäältä alas suuntautuva strategia ei ole suositeltava.

#### *Tulokset ja saavutukset*

ROL on tähän mennessä saavuttanut kaksi keskeistä tulosta:

1. Syöpätutkimusyhteisö jakoi jäsenellään "kotiutusraportin/avohoitraportin" semantiikka- ja koodausjärjestelmät. Semantiikan jakaminen on ollut ROL:n keskeinen seikka. Kotiutusraportissa esitettävät "vähimmäistiedot" hyväksyttiin tiedonkeräämis- ja jakamisvälineeksi, jotta vältettäisiin syöttämästä tietoja, jotka on jo syötetty sairaalassa. ROL:n kokemuksissa on käsitelty joitakin innovatiivisia tietoteknisiä ratkaisuja, jotka on yhdistetty sähköiseen SISS-terveysrekisteriin ja jotka otetaan käyttöön sairaalan "kotiutuskirjeenä". Vähimmäistiedot ovat ROL:n ydintietojen perusta, ja niiden pohjalta voidaan soveltaa etäkonsultaatiota ja Lombardian sairaaloiden ja asiantuntijoiden ja yleislääkäreiden välistä vuorovaikutusta.
2. Syöpätutkimusyhteisö jakoi kunkin neoplasian osalta kliinisten käytäntöjen ohjeet, jotka perustuvat näyttöön, yksimielisyyteen pyrkivän prosessin nojalla. Ensimmäisessä vaiheessa kehitettiin malli ja sovellettiin sitä kolmeen neoplastisen sairauden näytteeseen, joiden tiheys oli erilainen (harvasta tiheään), ROL:n potentialiteetin tutkimiseksi, ja asteittain sitä sovellettiin kaikkiin kiinteisiin kasvaimiin.

Lääketieteellisen syöpätutkimuksen kliiniseksi välineeksi kehitetty ROL on tällä hetkellä laajenemassa uusille toiminta-alueille. Äskettäin uuden yhteistyön aloittivat ROL ja Nerviano Medical Sciences, yksi Italian suurimmista syöpätutkimukseen keskittyneistä lääketieteellisistä tutkimus- ja kehitysyrityksistä, edistääkseen kliinistä tutkimusta ja siirtääkseen tieteellisen tiedon kliiniseen käytäntöön ja tarjotakseen kliinisen infrastruktuurin "alueellisen virtuaalisen kasvainkudosten biopankin" luomiselle.

#### *Menestyksen avaimet*

- **Hyvä kliininen yhteistyö**

- ROL:n ohjeista on kehittynyt yleinen viitekehys.
- Ohjeet ajantasaistetaan säännöllisesti.
- Kasvavan syöpätutkimusyhteisön kehittäminen (potilaiden / parhaiden käytäntöjen vaihto / tutkimusyhteistyö)

- **Vaikutus organisaatioon**
  - Yhteistyön paraneminen DIPO:iden kanssa
  - Hoitotasojen välisen yhteyden paraneminen (perusterveydenhuolto, asiantuntijat jne.)
  - Voittoa tavoittelemattomien järjestöjen osuus- ja yhteisötalouden tahojen osallistuminen erityistoimien tarjoamiseksi (esim. kotihoito, kivunlievitys, psykologinen tuki yms.)

#### *Yleistämismahdollisuudet*

Tätä mallia voidaan toistaa useista syistä, muun muassa seuraavista:

- Syövät yleistyvät.
- On olemassa syövästä selvinneitä ja iäkkäitä potilaita koskeva ongelma.
- Innovaation taso (diagnoosi, hoito) on korkea.
- Syövänhoito edellyttää kattavaa lähestymistapaa.
- Syöpä on EU:n terveysstrategian ensisijainen painopisteala.
- Syöpätutkimusverkostojen määrän odotetaan lisääntyvän EU:ssa.
- Potilaiden liikkuvuus lisääntyy.

## **4.2 Suomen kuntaliitto – Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeen Kainuun osahanke**

### *Taustatietoa*

Kainuu toimintaympäristönä poikkeaa hallintokokeilullaan muusta Suomesta. Hallintokokeilu toteutetaan alueen kahdeksassa kunnassa vuosina 2005–2012. Mallissa keskitetään sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kehittämistoimet alueelliselle tasolle niiden vaikutuksen, saatavuuden ja tehokkuuden parantamiseksi. Nämä toimet ovat tavallisesti kuntien vastuulla. Kehittämistoiminta liittyy kiinteästi Kainuun maakunta -kuntayhtymän strategiaan suunnitelmiin: ne ovat mukana maakuntasuunnitelmassa ja maakuntaohjelmassa sekä sosiaali- ja terveystoimialan suunnitelmissa.

Kainuun väestö ikääntyy, ja asukkaiden määrä on laskenut jatkuvasti noin 100 000 asukkaasta 1980-luvun alussa vain hieman yli 80 000:een tällä hetkellä. Suomen tilastokeskuksen arvioiden mukaan vuonna 2040 Kainuun väestömäärä on vain alle 74 000. Eläkeläisten määrä on lisäksi kasvanut väestön ikääntymisen vuoksi.

Kainuun väestön koulutus rakenne poikkeaa muusta maasta: vuoden 2005 lopussa Kainuussa 59,7 prosenttia yli 15-vuotiaasta väestöstä oli päättänyt ammattikoulutuksen verrattuna 63,4 prosenttiin koko Suomen väestöstä. Kainuussa 19,1 prosentilla väestöstä oli kolmannen asteen tutkinto vuoden 2005 lopussa (25,4 prosenttia koko Suomessa).

Alueella toteutettiin vuosina 2006–2008 hanke nimeltä "Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa". Hankkeessa havaittiin selkeitä tietopuutteita esimerkiksi lasten ja nuorten ihmisten terveyseroista. Lisäksi havaittiin selkeästi, että terveyserojen vähentämisessä ja eri ohjelmien

täytäntöönpanossa tarvitaan ehdottomasti paikallista yhteistyötä. Kainuun kokemukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi vuosina 2005–2008 ovat osoittaneet, että hyvinvoinnin ja terveyden tuen rakenteita ja hallintokäytäntöjä on ehdottomasti kehitettävä. On myös luotava pysyviä tukirakenteita ja yhteistyön toimintakulttuuri Kainuun maakunta -kuntayhtymän, alueen kuntien ja muiden toimijoiden välille.

#### *Tavoitteet ja kuvaus:*

Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeen Kainuun osahankkeen (2009–2011) tavoitteena on

- luoda tehokkaat ja pysyvät monialaiset ja poikkihallinnolliset rakenteet ja hallintomallit hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen Kainuun kuntiin, Kainuun maakunta -kuntayhtymään ja alueelle yhteistyössä kuntien kanssa
- tuottaa ajanmukaista tietoa eri-ikäisistä ihmisistä Kainuussa, muun muassa Suomen alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen puitteissa. Tiedot kerätään hyvinvointikertomuksissa, jotka ovat osa kunnallisia ja alueellisia suunnitelmia
- vahvistaa kansalaisten osallistumista palvelujen ja toimien suunnitteluun ja kehittämiseen esimerkiksi sähköisen asiakaspalautejärjestelmän avulla.

### **Organisaatio ja päätöksenteko**

#### ***Maakuntavaltuusto***

Korkein päätöksentekoviranomainen on maakuntavaltuusto, jonka alueen asukkaat valitsevat neljäksi vuodeksi. Valtuustossa on 59 jäsentä. Lisäksi Vaalan kunta nimeää valtuustoon 2 edustajaa, jotka ovat valtuuston jäseninä sen käsitellessä Kainuun liiton toimialaan kuuluvia asioita, rakennerahastovaroja ja niiden vastinrahoitusta koskevia asioita.

#### ***Maakuntahallitus***

Maakuntavaltuuston valitsema maakuntahallitus vastaa alueen yleisestä hallinnosta, valmisteluista ja täytäntöönpanosta. Maakuntajohtajan, joka on myös hallituksen puheenjohtaja, lisäksi neuvostossa on kymmenen varsinaista jäsentä ja kymmenen henkilökohtaista varajäsentä. Aluehallintokokeilua koskevassa laissa määritetään maakuntahallituksen kokoonpano ja käsitellään Kainuun kehitysrahoitusta ja tehtäviä rakennerahastoista annetun asetuksen mukaisesti.

Hallitus valitaan samaksi ajaksi kuin maakuntavaltuusto, ellei valtuusto päättä lyhyemmästä ajasta ennen vaaleja. Maakuntajohtaja on hallituksen kokouksissa esittelevä viranomainen.

### **Sosiaali- ja terveyslautakunta**

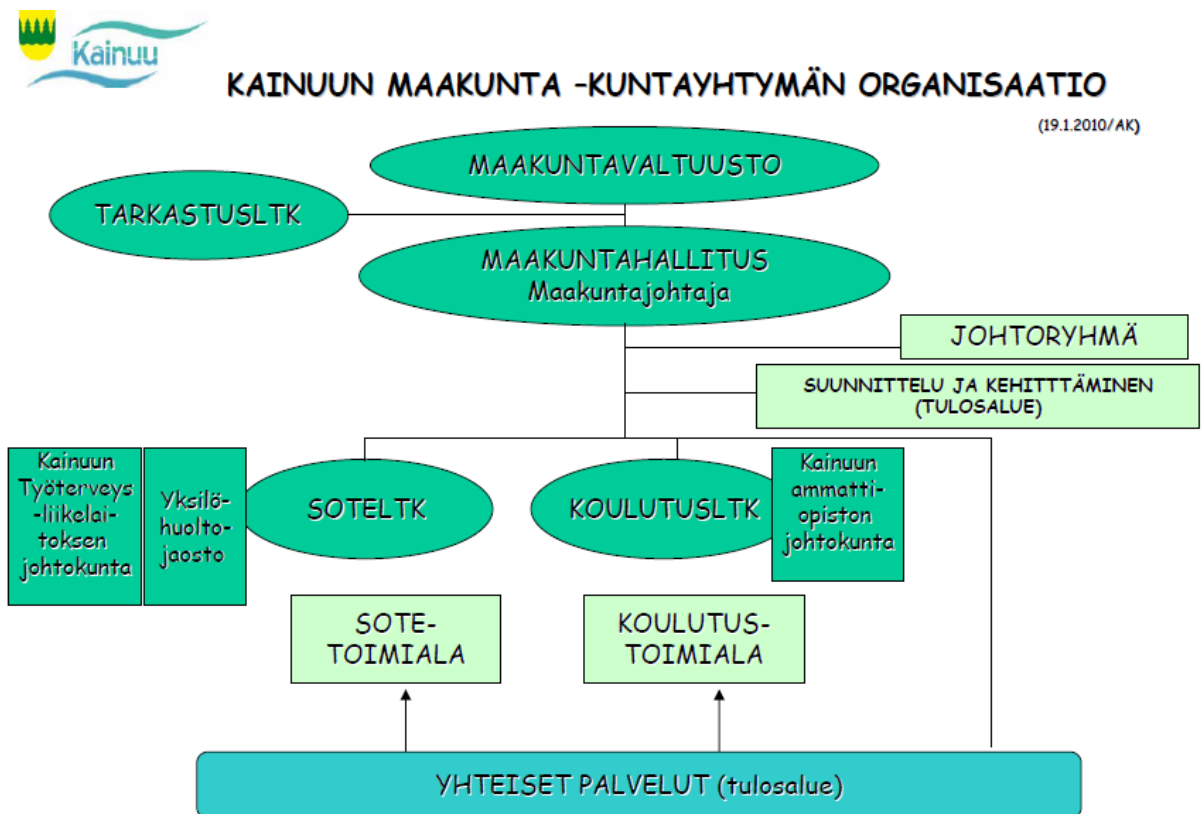
Sosiaali- ja terveyslautakunnassa on 11 jäsentä, joilla jokaisella on henkilökohtainen varajäsen, ja heidät kaikki valitsee maakuntavaltuusto. Lautakunta vastaa oman alansa palvelujen kehittamisestä sekä sosiaali- ja terveystoimialan rahoituskysymyksistä ja alan järjestämisestä. Lautakunnan tehtäviä ovat muun muassa uusien tavoitteiden asettaminen, käynnissä olevien toimien valvonta ja arviointi sekä suunnittelu- ja täytäntöönpanoprosessien seuranta.

### **Koulutuslautakunta**

Koulutuslautakunta koostuu 11:stä maakuntavaltuuston valitsemasta jäsenestä. Kullakin jäsenellä on henkilökohtainen varajäsen. Valtuusto nimittää lautakunnan jäsenistä yhden puheenjohtajan ja yhden varapuheenjohtajan. Koulutuslautakunnan vastuualueita ovat muun muassa kehitys, valvonta ja suunnittelun seuranta koulutuspalvelujen alalla. Lautakunta vastaa myös rahoituskysymyksistä koulustoimialalla sekä alan hallinnosta.

### **Tarkastuslautakunta**

Tarkastuslautakunta koostuu puheenjohtajasta, varapuheenjohtajasta ja viidestä muusta jäsenestä. Kullakin jäsenellä on henkilökohtainen varajäsen. Puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja ovat valtuutettuja. Lautakunta vastaa muun muassa maakunta-kuntayhtymän tarkastusprosessin valvonnasta.





### *Tulokset ja saavutukset*

Kainuun kaikkiin kuntiin on luotu poikkihallinnolliset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät. Kainuun maakunnan tasolla toimii erillinen maakunnallinen työryhmä, jolla on sama tavoite. Kainuussa tehty alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus on tuottanut ajankohtaista tietoa väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilasta sellaisena kuin yksittäiset henkilöt sen kokevat. Kainuun otoksen koko oli 9 000 ihmistä ja yleinen vastausaste oli noin 56 prosenttia. Aktiivisimpia vastaajia olivat 55–74-vuotiaat ihmiset, joiden vastausaste oli 65 prosenttia.

Kaikkiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän kuntiin on syntynyt hyvinvointikertomukset. Kertomukset on räätälöity sopimaan Kainuun hallintokokeilun tarpeisiin, ja ne perustuvat malliin, joka on kehitetty yhteistyössä Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeen koordinoinnin, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansallisesta kehitysohjelmasta rahoitetun kroonisten kansanterveydellisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon keskittyvän hankkeen kanssa. Kainuun maakunta -kuntayhtymälle on tuotettu erillinen hyvinvointikertomus. Kertomuksissa on tietoja maakunnan terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta, joka julkaistaan pian, ja lapsille ja nuorille suunnatusta kansallisesta terveystieteiden tutkimuksesta. Kertomukset ovat osa kuntien ja maakunnan suunnitelmia ja rahoitussuunnitelmia. Maakunta-kuntayhtymän hyvinvointikertomuksesta on määrä julkaista sähköinen versio hankkeen lopuksi. Koko Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeen puitteissa on määrä julkaista sähköinen versio myös Haukiputaan (Pohjois-Pohjanmaa) hyvinvointikertomuksesta.

Hankkeessa keskitytään vuoden 2011 aikana kansalaisosallistumiseen ja tavoitteena on kehittää kokeiluversio sähköisestä asiakaspalautejärjestelmästä.

### *Haasteet ja tärkeimmät prosessit*

Hankkeen haasteena ja esteenä on ollut ymmärtää, kuka on vastuussa terveyden ja hyvinvoinnin kehittämisestä Kainuun maakunnassa hallintokokeilun aikana. Poikkihallinnollisen työtavan ymmärtäminen ja omaksuminen on vienyt aikaa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen voidaan katsoa sosiaali- ja terveystoimialan vastuualueeksi, vaikka kunnat ovat loppujen lopuksi vastuussa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Kunnat vaikuttavat päätöksillään ja toimillaan eri-ikäisten asukkaiden elämiseen, työskentelyyn ja kasvuympäristöön. Yleisen tietämyksen ja ymmärryksen lisäämiseksi tarvitaan yhteisiä kokouksia ja yhteistä suunnittelua ja toimien kohdentamista. Se voidaan toteuttaa vain varaamalla aikaa yhteistyölle.

Keskeiset prosessit:

- hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevien rakenteiden ja toimien kuvaaminen alueellisella ja paikallisella tasolla
- hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinointi alueellisella ja paikallisella tasolla

- hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan vastuun määrittäminen alueellisella ja paikallisella tasolla
- tiedon jakaminen hyvinvoinnin edistämisestä eri toimijoille (laajasti kunnille ja maakunnalle sekä yrityksille, järjestöille ja erityisesti päätöksentekijöille)

#### *Yleistämismahdollisuudet*

Yhteinen hyvinvointikertomus (sähköinen versio on määrä julkaista hankkeen aikana).

Kainuun maakunnan, Kainuun maakunta -kuntayhtymän ja Kainuun kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevat rakenteelliset mallit.

Hyvinvointikertomus: Kainuun maakunnan ja kuntien hyvinvointikertomukset on määrä julkaista sähköisesti hankkeen aikana. Tällä hetkellä laadittavissa hyvinvointikertomuksissa on jo rakenne, joka vastaa sähköisten kertomusten rakennetta. Indikaattoreihin perustuva tieto esitetään käyttämällä TEHO-välinettä, joka on alue- ja paikallisviranomaisten väline väestön hyvinvoinnin ja terveyden mittaamiseen. TEHO tuottaa selkeitä ja helppolukuisia kaavioita ja esityksiä, jotka perustuvat syötettyyn tietoon. Hyvinvointikertomusten laadinnassa noudatetaan kunnallisia suunnitelmia ja rahoitussuunnitelmia koskevien toimien tavallista aikataulua.

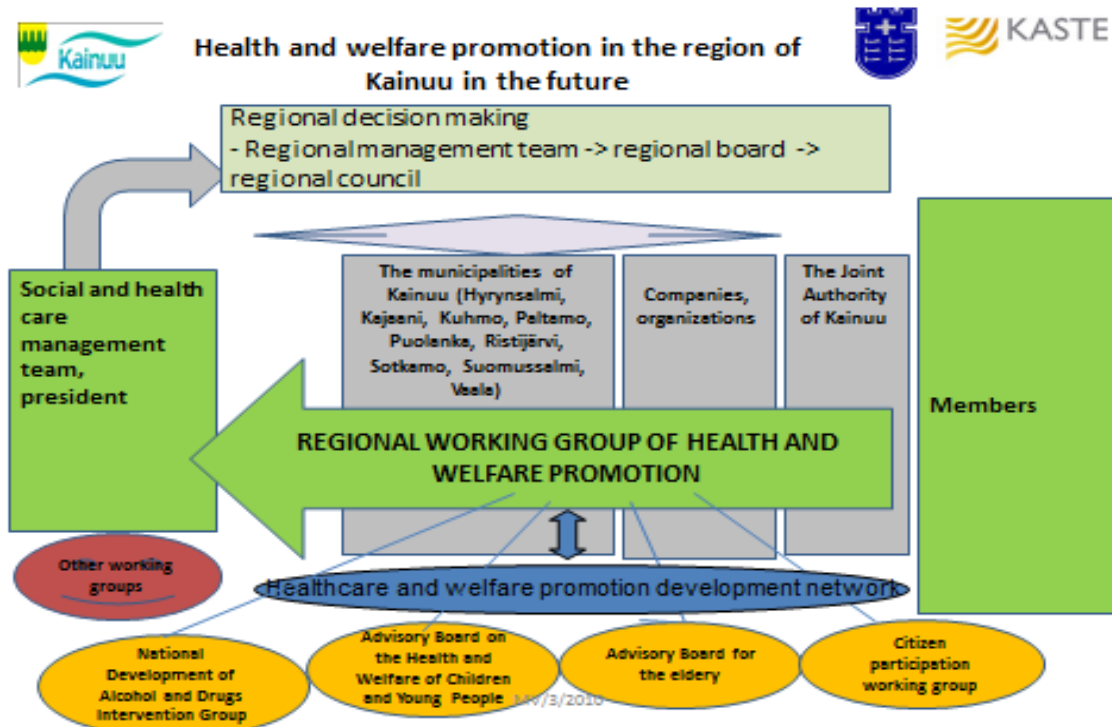
Hyvinvointikertomuksen laatiminen osana kunnan toiminta-aikataulua

HVK= hyvinvointikertomus

Kuu- kausi	<b>Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen maakunnallinen työryhmä</b>	<b>Hallintoryhmä (Sosiaali- ja terveystoimiala)</b>	<b>Sosiaali- ja terveyslautakunta</b>
1–2	<b>Edellisenä vuonna</b> toteutettujen toimien <b>arviointi</b> → hallintoryhmä ja kunnalliset ryhmät <b>HVK:n laadintaohjeet</b> – kuvaus palveluista ja väestön hyvinvoinnista, taustatiedot, indikaattorit	<b>Edellisenä vuonna</b> toteutettujen toimien <b>arviointi</b> → sisällyttäminen hyvinvointikertomukseen <b>HVK:n ohjeiden hyväksyminen</b>	Loppuunsaatettu vuosikertomus (edellinen vuosi)
3–4		HVK:n laadinnan edistymistä koskeva raportti	Tilinpäätös (edellinen vuosi); strategiakeskustelut, mukaan luettuna terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen
5–6			
8–9	Ehdotus seuraavan vuoden suunnitelmaan sisällytettävistä päätelmistä ja kysymyksistä (hallintoryhmän osalta)	Toiminta- ja rahoitussuunnitelmaan sisällytettävät terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevat kysymykset (yhteenveto, päätelmät ja toimintaehdotukset)	Keskustelut terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista kysymyksistä → esitetyt ehdotukset
10–11	Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevan suunnitelman hyväksyminen ja sen sovittaminen yhteen kunnallisten suunnitelmien kanssa		Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevan suunnitelman hyväksyminen
12			

## Kainuun maakunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenne

Kun rakenne on pantu täytäntöön, Kainuussa voidaan sen avulla edistää terveyttä ja hyvinvointia johdonmukaisesti ja loogisesti.



Kainuun maakunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen maakunnallisessa työryhmässä on jäseniä kaikista kunnista ja Kainuun maakunta -kuntayhtymästä. Jäsenet ovat joko kunnan virkamiehiä tai luottamushenkilöitä. Ryhmässä on myös edustajat järjestöistä ja **aluehallintovirastoista (Pohjois-Suomen aluehallintovirasto)**.

Ryhmän tehtävä on määritetty, ja maakunta-kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan johtaja toimii sen puheenjohtajana. Tulevaisuudessa ryhmä työskentelee interaktiivisesti kuntien vastaavien ryhmien kehitysverkoston avulla. Maakunnallisen työryhmän jäsenten olisi tulevaisuudessa oltava jäseniä myös omien kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmissä.

Maakunnallisen työryhmän erityistehtävät ovat

- osallistuminen terveyttä ja hyvinvointia koskevaan viestintään, yhteydet kansalaisiin
- maakunnallisten ja kunnallisten tietojen kerääminen, arviointi, käsittely ja jakaminen kansalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä ja palvelujärjestelmän valmiudesta vastata hyvinvoinnin tarpeisiin
- terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvän yleisen tietämyksen ja tietotaidon lisääminen, hyvien käytäntöjen kehittäminen ja niiden levittäminen koko maakuntaan
- osallistuminen hyvinvointistrategian, kertomusten ja suunnitelmien laadintaan paikallisella ja alueellisella tasolla
- terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kunnallisten ryhmien tukeminen ja ohjaaminen sen asiantuntija-aseman mukaisesti
- eri toimijoiden liittäminen toisiinsa

Indikaattoreihin perustuva tieto esitetään käyttämällä TEHO-välinettä, joka on alue- ja paikallisviranomaisten väline väestön hyvinvoinnin ja terveyden mittaamiseen. TEHO tuottaa selkeitä ja helposti luettavissa olevia kaavioita ja esityksiä, jotka perustuvat syötettyyn tietoon.

Indikaattorit:

- keskimääräinen eläkeikä
- yli 15-vuotiaat korkeakoulutuksen saaneet henkilöt prosenttiosuutena samanikäisestä kokonaisväestöstä
- yli 15-vuotiaat toisen asteen koulutuksen saaneet henkilöt prosenttiosuutena samanikäisestä kokonaisväestöstä
- yli 75-vuotiaat ihmiset prosenttiosuutena kokonaisväestöstä

Kainuu

Kainuu 2009

Indikaattorit	Kainuu	Muutos	Suomi
<a href="#">keskimääräinen eläkeikä</a> (2008)	57,3	↔	57,8
yli 15 -vuotiaat korkeakoulutuksen saaneet henkilöt prosenttiosuutena samanikäisestä kokonaisväestöstä <a href="#">(2007)</a>	20	↑	26,2
<a href="#">yli 15-vuotiaat toisen asteen koulutuksen saaneet henkilöt prosenttiosuutena samanikäisestä kokonaisväestöstä</a> (2007)	41,6	↔	38,4
yli 75-vuotiaat ihmiset prosenttiosuutena kokonaisväestöstä	9,9	↑↑↑	8

↑ nousua

↓ laskua

↔ ei muutosta tai alle 5 prosenttia

↑↓ muutos vähintään 5 prosenttia

↑↑↓ muutos vähintään 10 prosenttia

↑↑↑↓ muutos vähintään 15 prosenttia

↑↓ positiivinen muutos

↑↓ negatiivinen muutos

tilanne vähintään 10 prosenttia vertailuryhmää parempi

ei eroa vertailuryhmään tai ero alle 10 prosenttia

tilanne vähintään 10 prosenttia vertailuryhmää huonompi

### 4.3 Valencian alue – terveydenhuollon toimintasuunnitelma

#### *Taustatiedot*

Terveyserot ovat eri väestöryhmien välisiä terveystilanteen järjestelmällisiä eroja, jotka johtuvat yhteiskunnasta. Kyseinen ilmiö ei koske vain äärimmäisiä yhteiskuntaryhmiä, vaan ongelma koskettaa koko yhteiskuntaa: terveydentila heikkenee asteittain, kun yhteiskunnallinen asema laskee.

Valencian itsehallintoalueella terveyseroja aiheuttavat tekijät liittyvät pääasiassa terveyden rakenteellisten ja välillisten taustatekijöiden epätasa-arvoiseen jakautumiseen, aivan kuten terveyden sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevä WHO:n komissio vastikään kuvaili.

Näytöt osoittavat, että terveyserot ovat vältettävissä, joten voimme vähentää niitä terveys- ja sosiaalipolitiikalla.

Valencian itsehallintoalueella terveystalitiikasta säädetään terveydenhuoltosuunnitelmaksi kutsutussa asiakirjassa, joka sisältää sitä ohjaavat periaatteet ja arvot, saavutettavat päämäärät ja tavoitteet ja niiden saavuttamiseen käytettävät strategiat ja toimenpiteet.

Terveydenhuoltosuunnitelmassa esitetään Valencian alueen terveystalitiikka, joka perustuu väestön tarpeisiin ja jossa otetaan huomioon terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset resurssit ja sen strategiset puitteet.

Dynaamisen ja muuttuvan yhteiskunnan, jollainen Valencian alue tällä hetkellä on, tarpeet edellyttävät, että laaditaan terveydenhuoltosuunnitelma, joka sopii näihin prosesseihin ja jossa otetaan huomioon uudet tavat ymmärtää ja niin muodoin arvostaa terveyttä.

Terveydenhuoltosuunnitelmalla pyritään tuomaan terveyden käsite terveystalitiikasta käytävän keskustelun ytimeen. Sen avulla voidaan laatia monia terveydenhuoltoskenaarioita, joissa ihmiset voivat toteuttaa päivittäisi toimiaan ja joissa ympäristöön liittyvät, organisatoriset ja henkilökohtaiset tekijät ovat vuorovaikutuksessa ja tuottavat todellisia tuloksia terveyden ja hyvinvoinnin paranemisen osalta. Se on avoin asiakirja, ja sen tavoitteet tarkistetaan sen voimassaolon aikana.

Espanjassa laadittiin ja hyväksyttiin vuonna 1990 Terveystä kaikille -strategian periaatteet.

Kaikki alueviranomaisten laatimat terveydenhuoltosuunnitelmat perustuvat kyseiseen strategiaan ja monissa alueellisissa suunnitelmissa on suunnilleen samanlaiset terveystavoitteet.

Valencian terveysvirasto (AVS) vastaa Valencian itsehallintoalueen 5 200 000 ihmisen terveydenhoidosta. Tästä väestöstä 16 prosenttia on maahanmuuttajia, jotka on pystytty luokitteluun eri ryhmiin väestötietojärjestelmän (SIP) ansiosta. Yli 65-vuotiaita on 17 prosenttia.

Tämän vuosituhannen alusta alkaen alueellinen terveysviranomaisen – *Conselleria de Sanidad* – on tehnyt merkittäviä ponnisteluja parantaakseen tietojärjestelmiä ja tieto- ja viestintäteknologiaa Valencian itsehallintoalueen terveystalossa.

Otettakoon esimerkiksi Valencian asukkaille luotu tietokanta, jonka nimi on *Sistema de información poblacional – SIP*, ja sen, että se on yhteydessä kaikkiin perusterveydenhuollon tietojärjestelmiin, *Abucasisiin*, erikoissairaanhoidon sairaaloihin ja klinikoihin, julkisiin terveyskeskuksiin ja muihin terveydenhuoltoresursseihin, jotka hyödyntävät tietokannan sisältöä.

#### *Hankkeen/aloitteen tavoitteet ja kuvaus*

Terveydenhuoltosuunnitelma on terveystalouden väline strategista suunnittelua varten ja ensisijaisten tavoitteiden ja terveystavoitteiden asettamista varten.

Sen toimeksiannosta on säädetty terveyslainsäädännössä (vuoden 2003 terveysasetus).

Se perustuu osallistumisen (yhteiskunnan ja terveysalan ammattilaisten) arvoihin ja vastaa Haddonin matriisia. Terveydenhuoltosuunnitelma perustuu yhteiskunnan terveydellisiin tarpeisiin ja liittyy joka viides vuosi tehtävään terveystutkimukseen.

Se liittyy muihin julkisen vallan suunnitelmiin, jotka koskevat esimerkiksi seuraavia aloja: miesten ja naisten yhdenvertaiset mahdollisuudet; vammaiset; maahanmuutto; perhesuunnittelu; nuorisosuunnittelu ja muut terveydenhuoltosuunnitelmat, kuten kansanterveys, terveystutkimus ja iäkkäitä koskevat suunnitelmat.

Valitut painopistealat liittyvät lähinnä terveysongelmiin, tottumuksiin ja elintapoihin mutta myös terveydenhuoltopalveluihin: vammaisuuteen ja kroonisiin sairauksiin, taustatekijöihin (elintapoihin, ympäristöön, yhteiskunnalliseen asemaan).

Terveysalan asiantuntijat ovat valinneet painopistealat seuraavista: edellisessä terveydenhuoltosuunnitelmassa määritetyt terveydelliset tarpeet, tutkimukset kansalaisten terveyttä koskevista mielipiteistä Delphi-tekniikkaa käyttämällä, aiemmin tehdyt terveys- ja seksuaalisuustutkimukset, normaaliryhmäteknikalla saadut asiantuntijoiden mielipiteet. Työtä tehdään myös epidemiologisen tiedon ja edellisten terveydenhuoltosuunnitelmien parissa sekä yhdessä muiden terveysalan ammattilaisten, kuten terveydentilasta tiedottajien, kanssa.

Näitä aloja ovat:

- 1 Elämäntavat
  - 1.1 Tupakka
  - 1.2 Alkoholi ja huumeet
  - 1.3 Ruokavalio ja ravinto
  - 1.4 Fyysinen harjoittelu
  - 1.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveys
- 2 Ympäristö ja terveys:
  - 2.1 Työterveys
  - 2.2 Ympäristö
  - 2.3 Elintarviketurvallisuus
  - 2.4 Perinataalinen terveys
  - 2.5 Lasten ja nuorten terveys
- 3 Rokotuksella estettävissä olevat taudit
- 4 Sydän- ja verisuonitaudit ja aivoverisuonisairaudet
- 5 Diabetes
- 6 Syöpä
- 7 Dementia
- 8 HIV/Aids
- 9 Tuberkuloosi kehittyvänä sairautena
- 10 Osteoartroosi
- 11 Mielen terveys
- 12 Tapaturmat
- 13 Kotiväkivallasta aiheutuneet vammat
- 14 Sosiaalilääketiede:
  - 14.1 Ikääntyminen
  - 14.2 Kivunlievitys
- 15 Lääkkeiden järkevä käyttö
- 16 Ensiapu
- 17 Terveysterot

Tietojärjestelmien indikaattorien analysointi sukupuolen, iän, koulutustason, taloudellisen tason ja yhteiskuntaluokan perusteella.



### *Tulokset ja saavutukset*

Suunnitelman seuranta on parhaillaan käynnissä.

On kehitetty valvontajärjestelmä. Tärkeimmät indikaattorit ovat terveyteen liittyvä käytös (seksuaalisuus, fyysinen harjoitus, ravinto, tupakointi, alkoholin kulutus), ammatti, koulutustaso ja asuinpaikka, iän perusteella muokatut kuolleisuusmittarit, terveyden itsearviointi, vammaisuus, pitkäaikainen sairaus, krooninen sairaus, sydänkohtaus, liikalihavuus.

### *Yleistämismahdollisuudet*

Näkökohtina mainittakoon terveysedut ja terveyden yhdenvertaisuus, taattu yhdenvertaisuus, tiedot, investointi terveyteen, tehokkuus ja ylläpidettävyys.

Tiedämme siis kansalaisten kriteerien merkityksen terveystuunnittelullemme, otamme uutta terveydenhuoltosuunnitelmaa varten käyttöön innovatiivisen osan, jossa järjestetään 10–12 osallistavaa viestintäfoorumia, joissa on kattava yhteiskunnallinen edustus, sillä foorumeihin osallistuu noin 200 henkilöä. Uudessa terveydenhuoltosuunnitelmassa käytetään menetelmää, jossa sekä terveydenhoidon ammattilaiset että sosiaaliset elimet asettavat ensisijaiseksi osallistumisen ja yksimielisyyden. Juuri tämä on yksi sen vahvuuksista, kun kansalaiset kertovat meille, mitä he tarvitsevat parantaakseen yleisesti terveyttään.

Samalla valvomme ja kehitämme strategisia puitteita, jotka tarjoavat uudelle terveydenhuoltosuunnitelmallemme perusarvot, jotka ohjaavat terveystuunittikkaa ja edistävät

- osallistumista, tiedotusta ja viestintää
- pysyvää takuuta
- terveydensuojelua, ennaltaehkäisyä ja edistämistä
- erityisen huomion kiinnittämistä kroonisiin sairauksiin
- uusien terveysteknologioiden soveltamista
- yhdenvertaisuutta terveystuunitteluun saatavuudessa

Edistämme muun muassa seuraavia yleisiä tavoitteita uuden terveydenhuoltosuunnitelman puitteissa:

- terveystuunittikan alojen välisen yhteistyön kehittäminen tunnuksena "terveys kaikissa toiminna", mikä kattaa kaikki eri alueet tai ryhmät väestön terveyden parantamisessa
- terveystuunitteluun vähentäminen, yhteiskunnallisen asemansa takia heikommassa asemassa olevien ihmisten, erityisesti lasten, iäkkäiden ihmisten ja huollettavien, tukeminen
- aiempaa tehokkaampien tapojen kehittäminen, jotta voidaan saada aikaan parhaat terveystuunitteluun elämäntavan mahdollisuudet kansalaisillemme ja paras koulutustaso, jotta potilaat voivat huolehtia itsestään

- terveyden edistämistoimien tehostaminen terveellisen käytöksen ja terveellisen elämäntavan edistämiseksi
- kansalaisten osallistumisen helpottaminen aivan terveydenhuoltosuunnitelman laatimisen alusta alkaen, missä otetaan huomioon kansalaiset ajatukset terveydellisistä tarpeistaan, tulevien toimien ohjaamiseksi,
- uusien terveysteknologioiden kehittämisen tehostaminen terveydenhuoltojärjestelmämme hallinnan ja kestävävyn parantamiseksi ja väestön terveyden parantamiseksi
- sen toteaminen, että luotettavan ja laadukkaan tiedon virran terveysviranomaisilta on oltava jatkuvaa koko terveydenhuoltosuunnitelman ajan
- perusterveydenhuollon tehostaminen keskittymällä yhteisöön ja perheeseen ja hyväksymällä merkityksellinen yhteinen lähestymistapa
- terveystutkimuksen tehostaminen
- Valencian terveydenhuoltojärjestelmän strategisen suunnitelman yhdentämisen hallinta sekä terveystuunnittelun että strategisen hallinnon välisen synergian lisäämiseksi
- saatavilla olevien taloudellisten resurssien tehokkaan käytön takaaminen nykyisessä taloustilanteessa
- kroonisten tautien monialaisen hoidon lisääminen ja hoitavien, kuntouttavien ja kipua lieventävien hoitojen tehokkuuden parantaminen
- potilaiden koulutuksen ja heidän omaa sairauttaan koskevan osallistumisensa lisääminen, jotta he voivat ottaa kantaakseen yhteistä vastuuta hoidosta.

#### 4.4 Länsi-Götanmaan alue – Marmot Review ja Angeredin sairaala

##### 4.4.1 Toimintasuunnitelma

Terveyserot ovat yksi suurimmista poliittisista haasteista Länsi-Götanmaan alueella. Alueellisessa tutkimuksessa havaittiin, että terveyserot vaikuttivat noin 70 000:een 25–74-vuotiaaseen ihmiseen (noin kahdeksan prosenttia väestöstä). Sama tutkimus osoitti, että jos kuolleisuusaste ennen 75 ikävuotta olisi ollut sama alimmantasoisien koulutuksen saaneilla kuin pisimmän koulutuksen saaneisiin, nykyinen kuolleisuusaste olisi laskenut kolmanneksella. Mahdollisten menetettyjen elinvuosien määrä olisi vähentynyt noin 40 prosenttia.

Siksi maakuntajohtaja päätti käynnistää huhtikuussa 2010 hankkeen alueellisten terveyserojen tarkistamiseksi ja ehdotti myös toimintasuunnitelmaa kyseisten erojen torjumiseksi. Alueen kansanterveyslautakunta määrättiin tähän tehtävään.

Ruotsin kansanterveyspolitiikka perustuu oletukseen, jonka mukaan poliittisilla päätöksillä voidaan vaikuttaa terveyden sosiaalisiin taustatekijöiden erojen vähentämiseksi taustatekijöiden *jakautumisessa*. Hankesuunnitelmassa alueen kansanterveyslautakunta ehdottaa, että eroja käsittelevässä toimintasuunnitelmassa olisi

- määritettävä päätökset, aloitteet ja ohjelmat, joilla voidaan nykyisen tiedon ja kokemuksen perusteella todennäköisimmin vähentää terveyseroja

- rajattava ehdotukset alueellisen kansanterveyspolitiikan perusteella käsiteltävissä olevaan määrään, jolla on kohtuulliset mahdollisuudet onnistua
- otettava mukaan kunnat ja kansalaisjärjestöt
- viitattava vastaaviin käynnissä oleviin aloitteisiin muissa Ruotsin osissa mutta myös käynnissä olevaan työhön WHO:ssa ja Euroopan unionissa.

Tiettyihin aloihin kiinnitetään erityisen tarkkaa huomiota. Erityisen merkittävänä pidetään sellaisten kotitalouksien köyhyyttä, joissa on lapsia, kuten myös kouluikää edeltäviä ja koulunkäynnin aikaisia mahdollisuuksia. Muita merkittäviä aihealoja ovat työttömyys ja terveenä ikääntyminen.

Toimintasuunnitelma toteutetaan kumppanuudessa, yhdessä kuntien, alueviranomaisten, yliopistojen, tutkimuslaitosten ja kansalaisjärjestöjen kanssa. Myös ulkomaisten kollegojen ja verkostojen kanssa tehdään yhteistyötä, esimerkiksi WHO:n alueiden terveysverkoston kanssa.

Hanke käynnistetään tammikuussa 2011 ja päätetään vuoden 2012 loppuun mennessä. Vuoden 2011 syksyllä järjestetään konferenssi, jossa tehdään yhteenveto annetusta tehtävästä sekä laaditaan siitä tilannekatsaus.

#### **4.4.2 Angeredin sairaala**

Angeredin sairaala on julkinen paikallinen erityisasiantuntemuksen keskus, jota rakennetaan Koillis-Göteborgiin. Uusi sairaalarakennus valmistuu vuonna 2014. Siihen asti sairaalassa on kahdeksan klinikkaa, jotka tarjoavat räätälöityä erikoishoitoa väliaikaisissa tiloissa. Angeredin sairaalan yleinen tavoite on parantaa Koillis-Göteborgin väestön terveyttä. Aluetta kuvaa parhaiten ilmaus "vähäosainen alue". Se koostuu neljästä kaupunginosasta, joissa on 95 000 asukasta. Noin 50 prosenttia väestöstä on maahanmuuttajia tai pakolaisia. Työttömyysaste on korkeampi kuin muilla Ruotsin alueilla, ja tulotaso on yleisesti matala. Alueen asukkaiden terveydentila on huono. Sydän- ja verisuonitaudeista, keuhkohtaumataudista/keuhkosityövästä ja alkoholiin liittyvistä kuolemista johtuva kuolleisuusaste on huomattavasti korkeampi kuin alueen muissa osissa. Liikalihavuuden, päivittäisen tupakoinnin, fyysisen passiivisuuden ja stressin kaltaiset ongelmat ovat yleisempiä tässä Göteborgin osassa.

Angeredin sairaala on tehnyt vuodesta 2007 alkaen onnistuneesti työtä luodakseen houkuttelevan, esteettömän ja viihtyisän sairaalaan. Olemme yrittäneet yhdistää kansanterveyttä ja epidemiologiaa mahdollisimman paljon.

Tämän työn tärkeimmät menestystekijät ovat olleet

- kattavan tarvearvioinnin laatiminen paikallisiin tarpeisiin perustuvan sairaalan suunnittelemiseksi
- onnistuneet vuoropuhelut asukkaiden ja sidosryhmien kanssa odotusten määrittämiseksi. Olemme myös saaneet kuulla suosituksia siitä, miten sairaala suunnitellaan ja miten luodaan avoin ja viihtyisä ilmapiiri.

- valmiudet palkata ammattitaitoista henkilökuntaa, jolla on monipuolisia kulttuurisia taitoja. Nykyään 127 työntekijän joukossa osataan 22 kieltä.
- keskittyminen diagnosointiin ja seulontaan. Angeredin sairaalassa käyvillä keskimääräpotilailla on usein monia ongelmia (esimerkiksi diabetes, sydäntauteja, liikalihavuutta, uniongelmia ja tupakan käyttöä). Potilailta seulotaan automaattisesti myös muut yleiset sairaudet kuin ne, joiden takia he etsivät lääkärin apua. Potilaille annetaan myös terveystietoa.
- monien joustavien ratkaisujen luominen esteettömyyden tunteen lisäämiseksi: Hyväksymme omalähteet, ajanvarauksia on mahdollista tehdä vastaanotossa ilman edeltävää yhteydenottoa sekä puhelimitse. Kotikäyntejä ja liikkuvia yksiköjä käytetään mahdollisuuksien mukaan. Olemme lisäksi suunnitelleet tutkimushuoneita, joihin mahtuu perheenjäseniä ja tulkkeja. Myös lastenhoitopalveluja suunnitellaan.
- vahva sitoutuminen kansanterveyteen. Se toteutetaan kampanjoina ja strategisina liittoutumina asukkaiden keskeisten terveysongelmien käsittelemiseksi.
- keskittyminen markkinointiin ja viestintään, mihin liittyy kulttuurienvälisten mukautusten korkea taso (sekä käännökset että kanavien valinta) ja sosiaalisen median käyttö.
- alan ammattilaisten suurempi tietoisuus terveystietoisuudesta ja virallinen rakenne terveyskeskustelujen sisällyttämiseksi potilastapaamiseen esimerkiksi mainitsemalla tupakointi jokaisessa potilastapaamisessa.

Monet yhteisön sitouttamiseksi toteutetut toimet ovat antaneet hankeryhmälle kokonaisnäköyksen siitä, mitkä Koillis-Göteborgin asukkaiden mieltymykset ovat terveyspalvelujen osalta. Tärkeimmät tulokset olivat, että kansalaiset haluavat tuntea, että heitä kuunnellaan, että viestinnän terveydenhoidon tarjoajien kanssa pitäisi olla vuoropuhelua (eikä yksisuuntaista) ja että he haluavat tulla kohdelluiksi paineettomasti ja saada tietoa itsehoitosta. Angeredin sairaalan henkilökunta osallistuu jatkuvasti koulutukseen saadakseen aikaan viihtyisän ilmapiirin. He tunnustivat, että potilaan kokemuksen parantamiseksi on aina mahdollista tehdä enemmän. Työ on johtanut toimiin mahdollisimman hyvän ensikokemuksen tarjoamiseksi potilaalle. Vastaanotossa ei esimerkiksi käytetä lasi-ikkunoita, ja saatavilla on matalia pöytiä ja tuoleja, jotta ensikosketus sairaalaan olisi miellyttävä ja avoin.

## **5. Päätelmät ja poliittiset suositukset**

### **5.1 EU:n tasolla**

Työryhmän mielestä EU:n tasolla voitaisiin ja pitäisi auttaa alueita ja paikallishallinnon tahoja huolehtimaan tehtävistään.

Monille EU:n kansalaisille alue tai vastaava alueellinen hallinnollinen kokonaisuus on nykyään tärkein julkinen yhteys, jossa käsitellään terveyttä ja terveydenhoitoa. Alueviranomaiset ovat vastuussa kansalaistensa terveydestä. Yksi aloista, joilla alueet voivat odottaa unionilta apua (*subsidium*), on työryhmän mielestä juuri se, että osapuolet oppivat tuntemaan toisensa paremmin.

EU:n alueet ovat kovin erilaisia keskenään niin väestörakenteen eri ulottuvuuksien kuin maantieteen tai ilmasto-olojen osalta. Niillä ja niiden terveydenhuoltojärjestelmillä on kuitenkin ehdottomasti tiettyjä yhteisiä haasteita ja mahdollisuuksia. Ne voivat toimia paremmin, jos ne tuntevat toinen toisensa. Yksi ensinnä mainituista seikoista on ehdottomasti terveyserot. Työryhmä on varma, että käsillä oleva pieni askel vie kohti kasvavaa keskinäistä tietämystä.

Tätä voidaan pitää EU:n toimielinten pitkän aikavälin tehtävänä. väSe edellyttää aktiivista osallistumista myös alueilta itseltään.

Voidaan muokata keskinäisen tiedon välineitä, hyvien käytäntöjen vaihdosta aina laajempaan vertailuun asti.

Päätelmässään työryhmä vaikuttaa yhtyvän siihen yleisempään näkemykseen, jonka esittivät ne 13 tahoa, jotka vastasivat kyselylomakkeeseen *arvioinnissa terveyserojen vähentämistä koskevan EU:n toiminnan alueellisista vaikutuksista* (22. huhtikuuta 2009).

## 5.2 Alueellisella tasolla

On tiedettävä tarkasti, miten julkisen vallan tai hallinnon asemaa hyödynnetään parhaiten.

Se tarkoittaa, että tietoja on voitava kerätä, käsitellä ja arvioida huolellisesti. Se merkitsee kuitenkin myös sitä, että yhteiskuntapiirejä omilla alueillamme tai paikallishallinnon tahojen ryhmiä on kuunneltava.

Tämä tarkoittaa yksittäisiä kansalaisia, perheitä, paikallisyhteisöjä, sairaiden ihmisten ja heidän omaistensa järjestöjä, vapaaehtoisia, terveydenhuollon ammattilaisia, yliopistoja ja tutkimuslaitoksia ynnä muita. Kansalaisistamme ja kansalaisiltamme ja heidän tarpeistaan saatavan tiedon ehdoton merkitys on ensisijainen päätelmä, joka asiasta voitaneen laatia alueellisella tasolla.

Toinen opetus, joka yhteisestä pohdinnastamme ja tässä yhteydessä jakamistamme konkreettisista käytännöistä voidaan saada, on se, että erilaisia maantieteellisiä ja yhteiskunnallisia kokonaisuuksia olisi käsiteltävä eri tavoilla. Erityisillä alueilla saattaa olla erityisiä tarpeita, ja ne olisi otettava erityiseksi huomion kohteeksi. Tässä asiakirjassa esitetään kaksi hyvin erilaista tilannetta. Ne vaihtelevat kompleksiselta kaupunkialueelta sytjäiseen ja harvaanasuttuun suureen alueeseen. Samojen toimenpiteiden ei voida odottaa toimivan ympäristöissä, jotka ovat niin jyrkästi erilaisia. Tässä on työryhmän mielestä mahdollisuudet yleisempään tarkasteluun käsiteltäessä terveydenhuoltojärjestelmien valmiuksia puuttua tilanteisiin, jotka ovat selkeästi erilaisia ja joissa käsitellään todellisia tai potentiaalisia suuria eroja, jotka saattavat koskea koko terveydenhuoltojärjestelmää.

Tästä tullaankin kolmanteen saamaamme opetukseen. **Terveydenhoitoverkostot tarjoavat suurenmoisen mahdollisuuden ratkaista** ongelma, joka koskee maantieteellisiä tai maantieteellisyhteiskunnallisia todellisia tai potentiaalisia eroja.

Verkostoituminen tarkoittaa, että kansalaista lähinnä olevat palvelut ovat saatavilla. Lisäksi, ja tämä on yhtä tärkeää, se tarkoittaa laadukkaan saatavuuden takaamista. Yhteyden saaminen verkostoksi jäseneltyyn palveluun vähentää huomattavasti sen merkitystä, että on kaukana hoitopisteestä tai kaupunginsairaalaista.

Olemme tietenkin tietoisia siitä, että terveydenhoitopalvelut ovat osa yhteiskunnallisia resursseja, joiden pitäisi olla saatavilla hyvän terveyden ja paremman yhdenvertaisuuden edistämiseksi, mutta se lienee valtava askel.

Niitä ei pidä katsoa poikkeaviksi lähestymistavoiksi. Ne tulee nähdä toisiaan täydentäviksi.

Niinpä olisi mahdollista

- selvittää ensin tarpeet
- räätälöidä sitten vastaukset havaittuihin eroihin
- ja sitten rakentaa verkostoja, joissa nämä erilaiset vastaukset yhdistetään laadukkaassa alueellisessa palvelussa.

Ketään ei saisi unohtaa, ei etenkään näkymättömiä ja hiljaisimpia.

### 5.3 Työryhmän havainnot

Terveyseroja

- on sekä jäsenvaltioiden välillä että jäsenvaltioissa
- on mahdollista vähentää, jos (poliittista) tahtoa on olemassa
- voidaan vähentää eri tason aloitteilla: Euroopan komissiosta ja EU:n virastoista aina valtakunnalliselle, alueelliselle ja paikallisyhteisön tasolle – ja lopuksi on tuettava myös perheiden ja yksittäisten ihmisten motivaatiota ja sitoutumista
- voidaan vähentää, jos aloitteet ovat entistäkin parempia sekä yksittäisen ihmisen että perheen ja paikallisyhteisön tasolla, huonon terveyden vähentämiseksi ja terveiden elintapojen edistämiseksi.

**Johtopäätös: toissijaisuusperiaatteen** näkökulmasta eri sidosryhmät ovat erityisen hyvin varustettuja, niillä on erityisiä taitoja, jotta ne voivat käsitellä terveyserojen aiheuttamien ongelmien eri näkökohtia.

### 5.4 Toteutettavat aloitteet

- EU:n tason mahdollisuuksia ovat muun muassa
  - yhteiset mittaukset, analyysit, raportit ja vertailutoimet
  - tutkimuksen avulla hankittava tietämys

- tietojen ja parhaiden käytäntöjen vaihto julkaisujen, konferenssien, hankkeiden ja tukiverkoston avulla
  - edellä mainittujen aloitteiden rahoittaminen ja seuranta.
- Valtiollisella tasolla voidaan saada paljon aikaan, kun osallistutaan aktiivisesti EU:n aloitteisiin, muun muassa edellä mainittuihin, ja mukautetaan kyseisiä aloitteita kansallisiin tarpeisiin, mieltymyksiin ja kulttuureihin.
  - Alueellisella tasolla, jolla ollaan vielä lähempänä väestöä ja jolla on usein käytettävissä sangen vahvat hallinnolliset valtuudet ja tarkoituksenmukaiset resurssit, voidaan panna täytäntöön edellä mainitun kaltaisia aloitteita, seurata edistystä, kerätä tietoa ja hankkia kokemusta yhdessä muiden alueiden kanssa (mihin lukeutuvat useimmat tässä raportissa kuvatut käytännöt)
  - Koska yhteisötaso on vielä yhden askelen lähempänä eri asukasryhmien merkittäviä tarpeita ja koska siellä on mahdollista havaita ja arvioida kyseisiä tarpeita, terveyserojen vähentämiseen keskittyviä tukitoimia voidaan yhä enemmän integroida ja liittää parhaisiin mahdollisiin käytäntöihin (esimerkiksi Angeredin lähisairaala, Länsi-Götanmaan alue)
- F. "Tekemällä oppiminen" on muiden keinojen ohella tehokas ja innostava tapa edistyä. Yhteisen ongelman ratkaisemiseksi on erilaisten näkemysten huomioon ottaminen ja erilaisten kokemusten hyödyntäminen palkitseva ja mittava mahdollisuus tämän päivän EU:ssa. Työskentely terveyseroja käsittelevässä työryhmässä toissijaisuusperiaatteen toteutumisen seurantaverkoston toimintasuunnitelman puitteissa on ollut vaikuttava oppimiskokemus, ja menettely kannattaa toistaa terveydenhuoltoalalla sekä monilla muilla aloilla.

## 5.5 Poliittiset suositukset alueiden komitealle

Työryhmän mielestä alueiden komitea voisi muun muassa

- auttaa lisäämään EU:n ja sen alueiden kansalaisten tietoisuutta toissijaisuusperiaatteesta sekä sen vertikaalisessa että horisontaalisessa ulottuvuudessa
- pyytää muita EU:n elimiä siirtämään tämän käsitteen myös terveydenhuoltoalalle ja kiinnittämään erityistä huomiota WHO:hon, jossa olisi tutkittava asianmukaista suhdetta terveydenhuollon subsidiariteetin ja ohjauksen välillä.

## Lisätietoja:

Toissijaisuusperiaatteen toteutumisen seurantaverkosto

[subsidiarity@cor.europa.eu](mailto:subsidiarity@cor.europa.eu)  
[www.cor.europa.eu/subsidiarity](http://www.cor.europa.eu/subsidiarity)



EUROOPAN UNIONI



Alueiden komitea