

Mira Tikkanen

TERVEYS KAIKISSA POLITIIKOISSA

Poikkihallinnollisen yhteistyön edistäminen

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Kandidaatintutkielma

Joulukuu 2019

TIIVISTELMÄ

Mira Tikkanen: Terveys kaikissa politiikoissa: Poikkihallinnollisen yhteistyön edistäminen
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, kansanterveystiede
Joulukuu 2019

Terveys kaikissa politiikoissa tarkoittaa terveyden huomioon ottamista kaikessa päätöksenteossa, kaikilla politiikan tasoilla ja osa-alueilla. Lähestymistapa perustuu ymmärrykseen siitä, ettei vastuu väestön terveydestä ole vain terveyssektorin, vaan myös terveyssektorin ulkopuolisilla politiikoilla, päätöksillä ja toimilla on vaikutusta. *Terveys kaikissa politiikoissa* -periaatteeseen sisältyy vahva pyrkimys poikkihallinnolliseen koordinointiin, jotta eri politiikkasektoreilla ymmärrettäisiin terveyden sosiaalisten determinanttien merkitys terveyden rakentumisessa. Lähestymistavan tärkeimpänä päämääränä nähdään olevan erilaisiin toimintapolitiikkoihin vaikuttaminen.

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa poikkihallinnollisen yhteistyön edistämisen näkökulmasta. Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, millaisia keinoja tai strategioita *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan paremmaksi poikkihallinnolliseksi omaksumiseksi on esitetty. Tarkoituksena oli myös tarkastella, millaisten tekijöiden voidaan katsoa olevan onnistumisen edellytyksiä *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan poikkihallinnollisen yhteistyön toteutumiseksi.

Muiden hallinnonalojen päämäärät saattavat poiketa terveyssektorin päämääristä, eivätkä terveystavoitteet automaattisesti saavuta etulyöntiasemaa suhteessa muihin tavoitteisiin. *Terveys kaikissa politiikoissa* vaatii yhteistyötä ja integrointia, jotka taas tarvitsevat vahvaa rakenteellista tukea taustalleen. *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa voidaan vahvistaa lisäämällä tilivelvollisuutta ja kannustinmekanismeja, jotka tukevat yhteistyötä ja muodostavat virallisia yhteyksiä ja rakenteita. Win-win-strategioiden on todettu hyödyttävän kaikkia osapuolia ja ne nähdään poikkihallinnollista yhteistyötä helpottavina strategioina. Hallinnonalojen terveystavoitteisen motivaation lisäämiseksi on havainnollistettava, miksi ilmiö on hyödyllinen tai haitallinen myös muiden sektoreiden näkökulmasta. Myös taloudelliset kannustimet, korkean tason johtaminen riittävien resurssien ja valtuuksien turvaamiseksi, terveysvaikutusten arviointi ja entistä parempi toisten sektoreiden ja sidosryhmien tarpeiden ymmärtäminen on keskeistä.

Sektoreiden väliset terveystavoitteiset ohjelmat kohtaavat yhteistyön ja pysyvyyden ongelmia. Poliittinen johtajuus, byrokratian muutos ja epäsuorat strategiat ovat keinoja yhteistyön ja pysyvyyden kohtaamiin haasteisiin. Hallinnonalojen tyypilliseen siiloutumiseen on mahdollista puuttua luomalla koko hallinnon kattavia tapoja. Koko hallinnon kattavat tavat on nähty välttämättöminä, jotta terveyden sosiaalisten determinanttien haasteisiin on mahdollista tarttua. Myös eri hallinnonalojen väliset tapaamiset ovat merkityksellisiä toisten sektoreiden tarpeiden ja prioriteettien ymmärtämiseksi. Toisaalta hallinnonalojen välisten uusien työryhmien tai komiteoiden muodostaminen saattaa johtaa uusien hallinnollisten, huonosti integroitujen rakenteiden syntyyn, joille ei muodostu virallista auktoriteettia tai toimivaltaa muita sektoreita kohtaan. Hallinnonalojen väliset ryhmät tarvitsevatkin vahvaa rakenteellista tukea ja tilivelvollisuusmekanismeja.

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavan omaksuminen ja sen periaatteiden pohjalta syntyneiden päätösten ja käytännön toimien toteutus ei ole yksinkertaista. Tässä tutkielmassa viitatus systeemiteoreettisen ajattelun mukaan on ymmärrettävä, että *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan täytäntöönpanon lopputulemat ovat usein ennalta-arvaamattomia, eikä yhtä selvää keinovalikoimaa ole mahdollista osoittaa. *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan onnistumiseksi on perehdyttävä hallintoon ja johtamiseen, resursseihin, erilaisiin lähtökohtiin ja voimavaroihin, työskentelytapoihin, seuranta-, raportointi- ja arviointikäytäntöihin sekä vallitseviin prioriteetteihin ja lopputuloksiin. On ymmärrettävä keskenään kilpailevia prioriteetteja, politiikan kentällä tapahtuvaa jatkuvaa vaihtuvuutta sekä poliittisen agendan muutoksia.

Avainsanat: Terveys kaikissa politiikoissa, terveyden sosiaaliset determinantit, poikkihallinnollisuus, yhteistyö

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 TERVEYS KAIKISSA POLITIIKOISSA	3
2.1 <i>Käsite ja määritelmät.....</i>	3
2.2 <i>Terveyden sosiaaliset determinantit.....</i>	5
2.3 <i>Keskeiset sopimukset</i>	8
3 POIKKIHALLINNOLLISEN YHTEISTYÖN EDISTÄMINEN	10
3.1 <i>Poliittisen toimintaympäristön haasteet.....</i>	10
3.2 <i>Poikkihallinnollista yhteistyötä vahvistavat keinot ja strategiat.....</i>	12
3.3 <i>Onnistumisen edellytykset.....</i>	19
4 POHDINTA.....	25
LÄHTEET.....	30

1 JOHDANTO

Onnistuneen terveystalouden lähtökohdaksi on riittävä ymmärrys siitä, miten ja missä terveys muodostuu. Tiedon lisäksi käsitys politiikan eri osa-alueilla tehtävien päätösten vaikutuksista terveyden taustatekijöihin on keskeistä – eri politiikkasektoreilla on erilaisia keinoja vaikuttaa terveyden determinantteihin. (Palosuo & Lahelma, 2013, 39.) Terveys on arvo itsessään, mutta se toimii myös yhteiskunnan etuna, investointina ja kilpailuvalttina, minkä vuoksi terveyttä edistävillä toimilla on yhä enemmän kysyntää (Niemi & Korhonen 2019; Ollila ym. 2006, 269). Suomi toimii parhaillaan Euroopan unionin puheenjohtajamaana, ja yhtenä tavoitteena onkin nostaa ymmärrys hyvinvointitaloudesta EU:n päätöksentekoon. Hyvinvointitaloudessa hyvinvoinnin ja talouden ymmärretään olevan yhteydessä toisiinsa, jolloin ihmisten yhdenvertaiset lähtökohdat, eriarvoisuuteen puuttuminen, ennaltaehkäisevät toimet ja hyvinvointi nähdään edellytyksinä vakaudelle ja kasvulle. (Niemi & Korhonen, 2019.)

On siis selvää, että terveys on perusedellytys monille muille yhteiskunnallisille ja taloudellisille tavoitteille (WHO & Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2014, 7, 10; Kickbusch & Buckett 2010, 4). Tätä ajatusta voidaan pitää *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan (*Health in All Policies*, HiAP) innovatiivisena perusideana (Kickbusch & Buckett 2010, 4–5; Ollila ym. 2006, 269). *Terveys kaikissa politiikoissa* on johdonmukainen, päätöksenteon eri sektoreita yhdistävä, väestön terveyttä ja terveyden oikeudenmukaista jakautumista korostava lähestymistapa. Sen tarkoituksena on huomioida päätöksenteon yhteydet terveyteen, etsiä yhteisvaikutuksia ja välttää väestön terveyttä ja terveyden oikeudenmukaisuutta vahingoittavia vaikutuksia (ks. esim. Sihto, Ollila & Koivusalo 2006, 3–6; WHO & Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2014, 1–2, 7–9; Ollila, Baum & Peña 2013, 3–7.)

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavassa poliittiseen päätöksentekoon kiinnitetään erityistä huomiota. Näin ollen strategiat, normit, erilaiset ohjelmat sekä näiden kehittäminen, toimeenpano ja resursointi ovat keskeisiä tarkastelun kohteita. (Ollila ym. 2013, 7.) Eri toimijoista koostuva poikkihallinnollinen järjestelmä muodostuu moniulotteisista tekijöistä, jotka toimivat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Järjestelmän tekijöitä ovat valtionhallinnon ja eri sektoreiden poliittiset agendat, avainasemassa olevat asiantuntijat ja

poliittinen eliitti, *Terveys kaikissa politiikoissa* -periaatteeseen kohdistuva rahoitus, lainsäädäntö ja johtaminen unohtamatta järjestelmän ulkopuolisia vaikuttajia. (Shankardass ym. 2018.) Terveystavoitteisen yhteistyön alkamisen jälkeen myös yhteistyön pysyvyys kohtaa haasteita, joihin on syytä kiinnittää huomiota (Greer & Lillvis 2014).

Tässä kandidaatintutkielmassa tarkastellaan *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa poikkihallinnollisen yhteistyön edistämisen näkökulmasta. Tutkimuskysymyksenä selvitetään, millaisia erilaisia keinoja tai strategioita on esitetty, jotta terveys otettaisiin paremmin huomioon kaikissa politiikoissa, eli myös varsinaisen terveyssektorin ulkopuolisilla sektoreilla. Lisäksi selvitetään, millaiset tekijät tai puitteet edistävät poikkihallinnollisen yhteistyön toteutumista. Jatkossa tässä tutkielmassa käytetään selvyuden vuoksi yleisesti käytössä olevaa, englanninkielisestä termistä johdettua lyhennettä HiAP, jolla tarkoitetaan *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa.

2 TERVEYS KAIKISSA POLITIIKOISSA

2.1 Käsite ja määritelmät

Terveys kaikissa politiikoissa tarkoittaa terveyden huomioon ottamista kaikessa päätöksenteossa, kaikilla väestön terveyteen vaikuttavilla politiikan tasoilla ja osa-alueilla. Lähestymistapa perustuu ymmärrykseen siitä, ettei vastuu väestön terveydestä ole vain terveyssektorin, vaan myös terveyssektorin ulkopuolisilla politiikoilla, päätöksillä ja toimilla on huomattava merkitys terveyden rakentumisessa. Ydinajatuksena on ymmärrys terveyttä määrittävien tekijöiden roolista: olosuhteet, elinolot ja elinympäristöt sekä muut yhteiskunnalliset ja taloudelliset tekijät ovat merkittävällä tavalla mukana terveyden syntymekanismeissa. (ks. esim. Sihto ym. 2006, 3–5; Ollila ym. 2013, 3–5; Melkas 2013b; WHO & Finland Ministry of Social Affairs and Health 2014, 1–2, 7–9.) Toisin sanoen esimerkiksi koulutus- ja tulotasolla, ympäristöllä ja asuinoloilla sekä geeniperimällä on terveyden kannalta keskeisempi merkitys, vaikkakin terveyspalveluiden yleisesti ajatellaan olevan terveydelle tärkeämmässä roolissa (WHO 2019; Sihto ym. 2006, 3–4).

Käsitteenä *Terveys kaikissa politiikoissa* nivoutuu läheisesti muiden, samankaltaisiin tavoitteisiin tähtäävien lähikäsitteiden kanssa. Muun muassa englanninkieliset käsitteet ”Intersectoral Action for Health” ja ”Healthy Public Policy” painottavat pohjimmiltaan samoja asioita kuin HiAP, vaikka termien historiallisessa kehityksessä onkin havaittavissa painotuseroja. (Kickbusch & Buckett 2010, 4; Melkas 2013b; Sihto ym. 2006, 3–6.) HiAP ideana ja käsitteenä silti poikkeaa lähes vaihtokelpoisena vastineena pidetystä ”Healthy Public Policy” -käsitteestä sen strategisten erityispiirteidensä johdosta. Käytettäessä juuri HiAP-käsitettä, on perimmäisenä tarkoituksena kuvata HiAPille ominaista ja täsmällistä strategiaa väestön terveyden edistämiseksi lisäämällä terveyden huomioimista muiden hallinnonalojen päätöksenteossa (Carey, Crammond & Keast 2014; Sihto ym. 2006, 3–18.)

Mikäli terveys ymmärretään kokonaisvaltaisena ja laajamittaisena asiana, tarkoittaa se sitä, että myös harjoitetut politiikat ja toimet seuraamuksineen ymmärretään olevan osa sitä. Tällä tavoin on perusteltua, miksi suuri osa toimintaperiaatteista tulisi toteuttaa nimenomaan terveyssektorin vastuualueen ulkopuolella. (Sihto ym. 2006, 10–11.) Muita hallinnonaloja,

jotka varsin olennaisella tavalla ovat mukana terveyteen liittyvässä päätöksenteossa, ovat muun muassa koulutus-, ympäristö- ja työ- ja elinkeinopolitiikka sekä asumis-, liikenne-, ravitsemus- ja maatalouspolitiikka. Mainituilla sektoreilla onkin terveyden näkökulmasta tapahtunut merkittävää kehitystä. (Ollila ym. 2006, 271.) Terveyssektorin ohella työsuojelu, liikenneturvallisuus ja elintarvikevalvonta ovat esimerkkejä hallinnonaloista, joilla on säädöspohjaisia terveyteen tähtääviä tehtäviä, ja näiden piirissä tapahtuvia tuloksia myös mitataan terveystoimittajain. (Melkas 2013a, 193.)

Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu perustuu vahvasti ihmisoikeuksiin (Ollila ym. 2013, 6–7) ja sekä kansallinen että kansainvälinen lainsäädäntö tukee HiAP-periaatteen soveltamista kaikilla tasoilla (Melkas 2013a, 192–193). HiAP on lisäksi nähty tärkeänä useiden sidosryhmien toimintaa edistävänä työvälineenä YK:n kestävä kehityksen tavoitteiden saavuttamiseksi (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7; Lin, Kickbusch & Baer 2017, 5–7). Suomen perustuslain (731/1999 § 19) nojalla on säädetty julkisen vallan velvoitteeksi turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä velvoite väestön terveyden edistämisestä. Julkisen vallan velvoite ei siis koske vain terveyssektoria, vaan koko julkista valtaa (Melkas 2013a 193). Myös terveydenhuoltolain (1326/2010 § 2) tarkoituksena on muun muassa väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertainen saatavuus sekä tarkoitus ”– – parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.”

Suomessa poikkihallinnollisen yhteistyön kehittäminen tapahtuu sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimana. (Rotko & Kauppinen 2013, 37). Systemaattisuus terveyttä ja tasa-arvoa koskevissa asioissa on kuitenkin Rotkon ja Kauppisen (2013, 37) mukaan ollut puutteellista eri hallinnonalojen omilla vastuualueilla ja päätöksenteossa. Terveiden taustatekijät herättävät keskustelua eri hallinnonaloilla, mutta kyseisten taustatekijöiden ja oman toiminnan välistä yhteyttä ei aina tästä huolimatta hahmoteta. Toisaalta Ståhl (2018) esittää ajankohtaisemmin, että aiempaa systemaattisempaa ministeriöiden välistä työtä aloiteltiin Sipilän hallituskaudella.

Rotko ja Kauppinen (2016, 30) huomauttavat, että *Terveys kaikissa politiikoissa* -käsite on saanut osakseen myös kritiikkiä, joka kohdistuu käsitteestä muodostuvaan ristiriitaiseen

ajatteluun. Käsitteen ajatellaan ohjaavan helposti muita hallinnonaloja ajattelemaan, että terveysasiat kuuluvat yksinomaan esimerkiksi ministeriötasolla sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin, ei siis omiin tehtäviin. Tästä käsitteenmäärittelyn luomasta ristiriidasta johtuen muiden hallinnonalojen motivointi terveyden huomioivaan yhteistyöhön on toisinaan nähty haastavana. Huomionarvoista on, että *Terveys kaikissa politiikoissa* -ajatteluun liittyy erityinen painoarvo terveyden taustatekijöitä kohtaan, jolloin puhutaan juuri niistä tekijöistä, joihin muilla hallinnonaloilla on erityisen suuri terveyttä edistävä vaikutus. (Rotko & Kauppinen 2016, 30.)

Näin ollen *Terveys kaikissa politiikoissa* -periaatteeseen sisältyy vahva pyrkimys poikkihallinnolliseen koordinointiin, jotta eri politiikkasektoreilla ymmärrettäisiin terveyden sosiaalisten determinanttien olevan juurisyitä muun muassa sosiaaliselle epäoikeudenmukaisuudelle ja terveyden eriarvoistumiselle. (Sihto ym. 2006, 9–17; Molnar ym. 2016.) Terveyserot kumpuavat sosiaalisista determinanteista, joihin puututaan yhteiskuntapoliittisin keinoin. Tämän vuoksi HiAP on keskeinen menetelmä muun muassa terveyserojen vähentämisessä. (Melkas 2013b). Myös Rotko ja Kauppinen (2016, 33) toteavat, että WHO:n ajattelussa HiAP-lähestymistapaan ajatellaan jo lähtökohtaisesti sisältyvän terveyserojen kaventaminen, vaikkei tämä näkökulma olekaan Suomessa itsestään selvää.

2.2 Terveyden sosiaaliset determinantit

Terveys toimii lähtökohtana koko yhteiskunnan toiminnalle ja kehitykselle (Kickbusch & Buckett 2010, 4–5; Ollila ym. 2006, 269). Kickbusch ja Buckett (2010, 4) perustelevat tätä toteamalla ”*terve väestö on edellytys työelämään osallistumiselle, tuottavuudelle ja taloudelle ja siten tulevaisuuden elintasolle – väestön terveyden edistämisestä muodostuu näin ollen kaikkien sektoreiden jaettu päämäärä.*”. Myös Maailman terveysjärjestön (WHO) linja terveyden taustatekijöiden ja terveyden suhteesta on suoraviivainen. WHO:n mukaan (2019) terveyden taustatekijät, eli determinantit (*determinants of health*), määrittävät sen, onko yksilö terve vai ei. Terveyden determinantteja ovat esimerkiksi yksilön tulot, sosiaalinen asema, koulutus sekä fyysinen, sosiaalinen ja taloudellinen elinympäristö. Lisäksi henkilökohtaiset ominaisuudet ja käyttäytyminen, sosiaalinen tukiverkosto, geeniperimä, terveyspalvelut sekä sukupuoli määrittävät terveydentilaa. On siten

epätodennäköistä, että ihmiset pystyisivät itse suoraan vaikuttamaan kaikkiin näihin tekijöihin. (WHO 2019.)

WHO:n asettaman komission (CSDH 2008, 1, 34; WHO 2019) mukaan terveyden sosiaaliset determinantit (*social determinants of health*) ovat niitä olosuhteita, joihin ihmiset syntyvät, ja joissa he kasvavat, elävät, työskentelevät ja ikääntyvät. Komission mukaan terveyden eriarvoisuus ilmenee systemaattisina eroina yksilöiden terveydentilassa, ja itse eriarvoisuuskehitys nähdään yhteiskunnallisina toimin vältettävissä olevana. Komission laatimassa raportissa nostetaan esiin väestöryhmien välisten terveyserojen juurisyitä, jotka komission asiantuntijoiden mukaan ovat lähtöisin sosiaalisista eroista. Terveyden eriarvoisuus ja köyhyyden vahingolliset vaikutukset terveydelle johtuvat sekä kansallisesti että kansainvälisesti vallan, varallisuuden sekä hyödykkeiden ja palvelujen epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta yhteiskunnassa. (CSDH 2008, 1, 34–35; Melkas 2013b.)

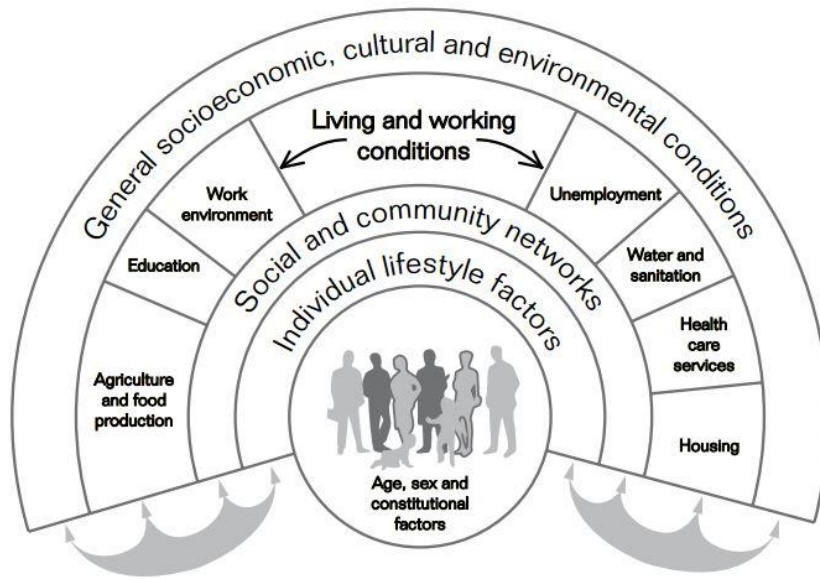
Voimavarojen epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta johtuen eriarvoisuus näkyy niin terveystalouteen ja koulutukseen pääsyssä, työoloissa ja vapaa-ajassa kuin asuinoloissa ja elinyhteisöissäkin (CSDH 2008, 1; Melkas 2013b). Raportin (CSDH 2008, 1, 34–35) mukaan tämä epäoikeudenmukaisuus ei ole luonnollinen tai normaali ilmiö, vaan seurausta heikosta yhteiskuntapolitiikasta ja toimenpideohjelmista, epäoikeudenmukaisista taloudellisista asetelmista ja huonosta, epäonnistuneesta poliittisesta päätöksenteosta. Nämä rakenteelliset taustatekijät ja päivittäisen elämän olosuhteet yhdessä muodostavat terveyden sosiaaliset determinantit. Olennaista on, että tilanne terveyden sosiaalisten determinanttien ja terveyden eriarvoisuuden osalta on hallittavissa ja muutettavissa, mikäli niihin puututaan poliittisin ja hallinnollisin interventioin (CSDH 2008, 1, 34–35; WHO 2019). Myös Melkas (2013b) toteaa esitettyyn komission raporttiin perustaen, että ratkaisut ovat suurelta osin terveydenhuollon vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella, jolloin koko hallituksen ja kaikkien hallinnonalojen on yhtä lailla otettava vastuu väestön terveydestä.

Tähän kandidaatintutkielmaan valittiin näkökulmaksi Dahlgrenin ja Whiteheadin (1991, 11–13) terveyden sosiaalisten determinanttien sateenkaarimalli (kuvio 1 sivulla 8) sillä sen viidestä eri tasosta koostuvan rakenteen avulla on mahdollista selkeästi havainnollistaa sekä terveystalouden että sen ulkopuolisten sektoreiden vaikuttamistasot. Myös Dahlgren ja Whitehead (1991, 11–13) itse ovat havainnollistaneet mallin johtamista poliittisten toimien

tarkasteluun. Toisaalta Palosuo ja Lahelma (2013, 50) toteavat, ettei malli luokittele politiikkaa omana erillisenä osuutenaan, jollaisena se olisi perusteltua nähdä. Kuitenkin mallin kokonaisvaltaisen tarkastelutavan vuoksi sitä hyödynnetään yhä ajankohtaisessa keskustelussa (ks. esim. Ståhl 2018). Tässä tutkielmassa tarkastelu rajataan mallin kahteen ylimpään tasoon.

Mallin ylin taso koostuu rakenteellisesta sosioekonomisesta ympäristöstä, kulttuurista ja ympäristöolosuhteista. Tällä tasolla poliittiset toimet tähtäävät pitkän aikavälin rakenteellisiin muutoksiin esimerkiksi talouden strategioihin, ympäristösopimuksiin, kaupankäyntiin ja elinkeinoiniin vaikuttaviin tekijöihin, jotka ilmenevät pitkälti kansainvälisellä tasolla. Mallin toiseksi ylin taso koostuu usean eri sektorin aikaansaamista materiaalisista ja sosiaalisista tekijöistä, joiden ympärillä ihmiset elävät ja työskentelevät. Tällä tasolla pyritään erilaisin poliittisin toimin parantamaan työ- ja elinoloja sektoreittain, esimerkiksi sosiaaliturvaetuksien ja terveyspalveluiden avulla tai työllisyyspoliittisin keinoin. Poliittisen päätöksenteon ohella yritysten, ammattiliittojen ja järjestöjen päätökset ovat olennainen osa tätä tasoa. (Dahlgren & Whitehead 1991, 11–13.)

Dahlgrenin ja Whiteheadin (1991, 11–13) mukaan mallin jokaisen tason on ymmärrettävä kuuluvan osaksi terveystaloudellisia tavoitteita. Terveystaloudellista tulosta tulisi suunnitella ja toteuttaa kaikilla näistä viidestä tasosta, jotta saavutettaisiin vaikuttavampia tuloksia esimerkiksi eriarvoisuuskehityksen osalta. On yhtä lailla tärkeää ymmärtää, että myönteiset toimet yhdellä tasolla saattavat kompensoida toisella tasolla tehtyjen terveyden näkökulmasta haitallisten toimien vaikutuksia. (Dahlgren & Whitehead 1991, 13.) Näin voidaan havaita, että päätökset ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään.



Kuvio 1. Terveysten determinantit (Dahlgren & Whitehead 1991)

2.3 Keskeiset sopimukset

Terveys kaikissa politiikoissa -näkökulma voidaan hahmottaa terveystalouden laajaa toimintaympäristöä yhteen kokoavaksi lähestymistavaksi (Ståhl 2018). Tällaisena uudenlaisena sateenvarjokäsitteenä HiAP hahmotettiin ensimmäisen kerran Suomen EU-puheenjohtajakauden aikana vuonna 2006, jonka jälkeen terveystalouden horisontaalista tarkastelutapaa on vakiinnutettu Euroopassa ja globaalilla tasolla. (Ståhl 2018; Melkas 2013b; Euroopan unionin neuvosto 2006, 1–8). Peruseriaatteiltaan HiAP ei kuitenkaan ole uusi näkökulma (Lin 2017, 2; Ståhl 2018). Kansainvälisesti tarkasteltuna HiAPin muotoutuminen voidaan nähdä alkaneen WHO:n perusterveydenhuollon konferenssissa annetusta Alma-Atan julistuksesta (1978), jossa korostettiin muiden kuin terveyssektorin vaikutuksia ja vastuuta väestön terveyden rakentumisessa (WHO 1978; Ståhl 2018; Sihto ym. 2006, 8). Myöhemmät WHO:n globaalit terveyden edistämisen konferenssit, ja Euroopan unionin sopimukset ovat jatkaneet tätä työtä.

Alma-Atan konferenssia ja siitä seurannutta ”Health for All” -näkökulmaa seurasi WHO:n vuonna 1986 järjestämä ensimmäinen terveyden edistämisen globaalikonferenssi Ottawassa, jonka pohjalta WHO julkaisi asiakirjan *Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO 1986). Ottawan julistus korosti ”Healthy Public Policy” -näkökulmaa ja se identifioi

terveydelle perustavanlaatuisesti tärkeitä olosuhteita ja resursseja. Myös näkökulmaa terveyden eriarvoisuuden vähentämisen tärkeydestä korostettiin jo tällöin. Ottawa Charter laajensi silloista elämäntapatekijöihin kohdistuvaa tarkastelua koskettamaan kattavammin terveyden determinantteja ja terveyttä tukevia ympäristöjä viiden strategisen terveyden edistämisen näkökulman avulla. (Sihto ym. 2006, 8; WHO 1986.) Ståhlin (2018) mukaan Ottawan julistusta voidaan pitää edelläkävijänä ja yhä ajankohtaisena, sillä julistus viitoitti tietä kokonaisvaltaisemmalle käsitykselle muiden sektoreiden roolista terveyden tekijöinä.

Myöhemmissä terveyden edistämisen globaalikonferensseissa yhä kattavammin täydennettiin ja korostettiin ”Healthy Public Policy” -periaatetta, minkä ohella lisättiin huomiota myös terveyttä tukevia elinympäristöjä kohtaan Sundsvallin julkilausumalla (WHO 1991, 1–6; Baum, Ollila & Peña 2013, 32) sekä puolesta puhuttiin julkisen sektorin, ja ensimmäistä kertaa myös yksityisen sektorin, terveyden edistämisen ja poikkihallinnollisen lähestymistavan puolesta Jakartan julistuksessa (WHO 1997, 3–6; Baum ym. 2013, 33). HiAP -periaatetta vahvisti myös vuonna 2010 annettu Adelaiden julistus (WHO 2010, 1–4; Baum ym. 2013, 33), jossa korostettiin, että valtioiden hallitusten tavoitteet saavutetaan parhaiten silloin, kun kaikki sektorit sisällyttävät terveyden ja hyvinvoinnin avaintekijöiksi politiikkoja ja toimintatapoja kehittäessään. Myös vuonna 2011 Rio de Janeirossa pidetty maailmanlaajuinen konferenssi ja sen pohjalta laadittu julistus *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health* painottaa HiAP-lähestymistapaa sekä poikkihallinnollista yhteistyötä eriarvoisuuden vähentämisessä ja tilivelvollisuuden kehittämisessä (WHO 2011, 1–7; Baum ym. 2013, 33).

Moni asia muuttui terveystalouden kentällä, kun Suomi liittyi Euroopan unioniin vuonna 1995 (Melkas 2013b). Euroopan unioniin kuulumisen toi mukanaan sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia yksittäisen jäsenmaan kannalta. Esimerkiksi useiden hallinnonalojen lainsäädäntö päätettiin vastedes unionin tasolla (Melkas 2013b). EU:n perussopimukseen, *sopimus Euroopan unionista* ts. *Maastrichtin sopimus* (1992/168), sisällytettiin artikla, jonka mukaan ”Kaikkien unionin politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojele.” Poliittikan tasoja tarkasteltaessa EU näyttäytyy Suomen kannalta tärkeimpänä kansallisen toiminnan yläpuolella olevana tasona, sillä juuri EU:n päätöksenteon ja lainvalmistelutyön kautta terveystavoitteiden sisällyttäminen muiden hallinnonalojen toimintaan tapahtuu parhaiten (Melkas 2013a, 191).

3 POIKKIHALLINNOLLISEN YHTEISTYÖN EDISTÄMINEN

3.1 Poliittisen toimintaympäristön haasteet

Kansainvälisyyden huomiointi

Valtioiden hallituksilla on samanaikaisesti monia keskeisiä poliittisen toiminnan tavoitteita ja laaja skaala erilaisia prioriteetteja, jolloin terveys ja oikeudenmukaisuus eivät automaattisesti saavuta etulyöntiasemaa tai suurempaa jalansijaa suhteessa muihin tavoitteisiin (WHO & Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2014, 2). Tämä realiteetti tiedostaen Helsingissä vuonna 2013 järjestetyn kahdeksannen terveyden edistämisen globaalikonferenssin lopputulemana tuotettiin julkilausuma (2014, 1–3), jossa konferenssin asiantuntijat korostivat päättäjien vastuuta terveydestä, päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja kaikkien sektoreiden välisiä jaettuina hyötyinä. Julkilausumassa korostettiin myös *Terveys kaikissa politiikoissa* -toimintatavan lähtökohtien omaksumista, jotta jaetut hyödyt olisi mahdollista saavuttaa.

Kansainvälinen politiikka ja muiden sektoreiden oikeudellisesti sitovat sopimukset saattavat rajoittaa terveyspolitiikan saamaa tilaa sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla (Koivusalo, Labonte, Wibulpolprasert & Kanchanachitra 2013, 97). Esimerkiksi yhteiselo osana EU:ta on tuonut historiaa tarkastellen myös haasteita ja ristiriitoja kansallisen terveyspolitiikan ja poikkihallinnollisen yhteistyön osalta. Melkaksen (2013b) mukaan *Terveys kaikissa politiikoissa* -periaate ei jäsenyyden alkuvaiheissa käytännön tasolla toteutunut onnistuneesti. Intressiristiriitoja kansallisen terveyspolitiikan ja EU:n politiikan välillä nousi esiin erityisesti ravitsemus-, alkoholi- ja tupakkapolitiikassa, joissa Suomen ja EU:n prioriteetit olivat keskenään erilaisia. Talouden ja kaupankäynnin argumentit painottuivat terveyden kustannuksella varsin kauppapoliittisessa unionissa, ja monista terveystavoitteista jouduttiin luopumaan.

Esimerkiksi alkoholipolitiikassa terveyden edistämisen näkökulmasta pyrittiin painottamaan alkoholisairauksia merkittävänä kansanterveysongelmana, mutta EU:n osalta alkoholipolitiikka nähtiin tavoitteiltaan kaupallisena. Lääkepolitiikassa taas terveyden

edistämisen näkökulmasta pyrittiin optimoimaan lääkkeiden käyttö ja kustannukset, mutta unionin tasolla lääkepolitiikka nähtiin kasvua tavoittelevana teollisuuspolitiikan alueena. Toisaalta esitetty EU:n perussopimus on tukenut terveystavoitteista HiAP-näkökulmaa ja ajan saatossa edistysaskeliakin saavutettiin – myös tupakka- ja alkoholipolitiikan osalta (Melkas 2013b). Suomen vuoden 2006 EU-puheenjohtajuuden jälkeen HiAP-näkökulma on edennyt EU:ssa, ja siitä on tullut yksi osa terveysstrategioiden päälinjauksista. (Melkas 2013a, 191, 197).

Talouspolitiikkaa ja terveystaloutta

Ollilan ym. (2006, 270–271) mukaan poliittisessa päätöksenteossa terveystalouden huomiotta jättäminen saattaa koitua kalliiksi. Terveystalouden huomiotta jättämisen kustannukset kohdistuvat terveyssektorille kasvavien terveystalouden kustannusten muodossa, mutta ne päätyvät lopulta myös yksilöiden ja perheiden maksettaviksi. Lisäksi yhteiskunta kokonaisuutena kantaa terveystalouden huomiotta jättämisestä aiheutuvat kustannukset heikentyneenä hyvinvointina sekä sairauspoissaoloista ja ennenaikaisesta eläköitymisestä aiheutuvana tuottavuuden laskuna. (Ollila ym. 2006, 270–271.) Terveystalouden edistämiseen liittyvien politiikkamuutosten arvioinnissa saattaa vaakakupissa painaa myös laajempia kauppa-, teollisuus- tai veropolitiittisia tavoitteita, kuin vain terveystalouden edistämistoimien vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Nämä mainitut tavoitteet voivat olla ristiriidassa terveystalouden kanssa. Eri politiikkojen painotukset ratkaistaan lopulta poliittisessa päätöksentekoprosessissa. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 116.)

Huomionarvoista kuitenkin on, että terveystalouden edistämistoimien vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus voivat antaa päätöksentekijöille luottoa siitä, että positiivisia väestötason terveystaloudellisia vaikutuksia on mahdollista saada aikaan kohtuullisin kustannuksin, vaikkakin luotettavia väestövaikutusten tuloksia säästöjen ja kustannusvaikuttavuuden kannalta on vaikea arvioida. Poliittikatason toimien on kuitenkin osoitettu olevan kustannusvaikuttavuudeltaan selvästi yksilötasolle kohdistuvaa ehkäisyä edullisempaa. (Kiiskinen ym. 2008, 121–122.)

Toisaalta kasvava talouspolitiittisten argumenttien saama yleinen painoarvo asettaa haasteita terveystalouden ja terveystalouden oikeudenmukaisuuteen tähtääville tavoitteille. Terveystalouden

saattaa helposti ajautua välilliseen asemaan jonkin muun tavoitteen saavuttamiseksi. Tällöin terveys ymmärretään vain keinona, jonka perimmäisenä tarkoituksena on saavuttaa talouspoliittisia kasvutavoitteita, enemmän kuin toimia sellaisenaan tärkeänä ja tavoittelun arvoisena päämääränä, jolla itsessään on talouden kannalta positiivisia vaikutuksia. (Ollila ym. 2006, 273.) Ristiriitatilanteissa taloudellisesti painottuvat arvot näyttävät saavan määräävän aseman ja ohittavan terveystavoitteet, jolloin terveyden taloudellista merkitystä, kuin myös terveyden menetysten taloudellista merkitystä, on pystyttävä arvioimaan paremmin. (Melkas 2013a, 198.) Pinto, Molnar, Shankardass, O'Campo ja Bayoumi (2015) toteavat, että terveyssektori käyttää tällä hetkellä taloudellisia näkökohtia menetelmänään edistääkseen HiAPin legitimeettiä muilla sektoreilla. Tällä tavoin terveyssektori pyrkii turvaamaan resurssit HiAPille. Toisaalta taloudelliset argumentit saattavat olla pois terveyden vastaavista argumenteista, tai käytetyt taloudelliset argumentit eivät ole riittävän tarkkoihin taloudellisiin arviointi- ja analyysimenetelmiin perustuvia, vaan lähinnä maalaisjärjellä perusteltavissa olevia. Terveyden vakiinnuttaminen eri agendoja ajavien hallinnonalojen prioriteettilistan kärkeen, eli terveyden saaminen kaikkiin politiikkoihin, onkin siis merkittävä haaste (Ollila ym. 2006, 273).

3.2 Poikkihallinnollista yhteistyötä vahvistavat keinot ja strategiat

Melkas (2013a, 190–191) nimeää neljä strategista mallia, joiden avulla eri politiikkalohkoja on pyritty saamaan mukaan terveystavoitteiden ja HiAP-näkökulman omaksumiseen. Näistä ensimmäinen, terveysstrategia, on lähtökohtaisesti vanhin. Se korostaa kansanterveydellisiä terveystavoitteita, joihin muut hallinnonalat halutaan mukaan. Toinen, win-win-strategia, korostaa jaettuja hyötyjä kaikille kyseiseen hankkeeseen osallistuville osapuolille, ei siis vain terveyssektorille. Kolmas, yhteistyöstrategia, painottaa muiden kuin terveyssektorin tavoitteita, mutta samalla terveyssektori tulee edistäneeksi omia tavoitteitaan tarjotessaan asiantuntemustaan muille. Neljäs, haittojen rajoittamisen strategia, tiedostaa vastakkaisten intressien olemassaolon ja sen, että muiden kuin terveyssektorin päätöksistä syntyy väistämättä haittoja terveyssektorin näkökulmasta katsottuna. Strategia pyrkii ongelmien tunnistamisen kautta estämään tai minimoimaan syntyviä haittoja, jos esimerkiksi alkoholipolitiikassa kaupalliset ja hyvinvoinnin intressit ovat ristiriidassa keskenään. Kaikki edellä kuvatut strategiat jakavat Melkaksen (2013a, 190–191, 193) mukaan saman perusidean. Kukin esitetyistä strategioista tarkastelee asiaa pääasiassa

terveydenhuollon näkökulmasta, ja niissä korostuu eri hallinnonalojen oikeus omiin päätöksiin ja itsenäiseen toimintaan.

Molnar ym. (2016) toteavat, ettei perinteinen tietoisuuden lisääminen eikä toimintaa suorasti ohjaavat strategiat sellaisinaan riitä saamaan muiden sektoreiden kiinnostusta ja sitoutumista HiAPin implementointia kohtaan. Terveyssektorin ulkopuolisten sektoreiden päämäärät saattavat poiketa terveyssektorin päämääristä, ja usein näiden sektoreiden tavoitteet ja investoinnit kohdistuvat lyhyellä aikavälillä tapahtuviin muutoksiin. Tällöin pelkkä tietoisuuden lisääminen ei ole toimiva strategia. Erityisesti kaupallisen sektorin kohdalla tietoisuuden lisääminen yksinään on riittämätöntä, sillä se ei kyseisen sektorin näkökulmasta tarjoa riittävää hyötyä poikkihallinnolliseen yhteistyöhön osallistumisesta. Myös Carey ym. (2014) toteavat, etteivät tiedon jakamisen keinot ole riittäviä, mikäli muutoksia itse järjestelmissä halutaan tapahtuvan. HiAP vaatii yhteistyötä ja integrointia, jotka taas tarvitsevat vahvaa rakenteellista tukea taustalleen. HiAP-periaatetta voitaisiin vahvistaa lisäämällä tilivelvollisuutta ja kannustinmekanismeja, jotka tukisivat yhteistyötä ja muodostaisivat virallisia yhteyksiä ja rakenteita sektoreiden välisten komiteoiden ja sektoreiden tai kohteena olevien organisaatioiden ja yksilöiden välille. (Carey ym. 2014.) Myös Greer ja Lillvis (2014) toteavat, ettei HiAPia voi panna alulle tai ylläpitää ilman yhteistyötä ja tilivelvollisuutta tukevia mekanismeja.

Suoraan toisten sektoreiden toimintaa ohjaavat strategiat yksinään taas voivat olla HiAP kannalta jopa haitallisia, sillä ne rajoittavat liikaa toisia sektoreita aiheuttaen jännitteitä ja hidasteita päätöksentekoprosesseissa. (Molnar ym. 2016). Myös Greerin ja Lillvisin (2014) mukaan ongelmia syntyy, jos muita hallinnonaloja määrätään muuttamaan toimintatapojaan terveystavoitteiden saavuttamiseksi. Todellisuudessa voi nimittäin olla, että vaaditut muutokset tulevat toteutettaviksi samalla työntekijöiden määrällä ja resursseilla, joita kyseinen hallinnonala käyttää omien, varsinaisten tehtäviensä hoitoon. Tällöin HiAP-periaatteen toteuttaminen kyseisen sektorin näkökulmasta tarkoittaa, että sen on osallistuttava HiAPin kustannuksiin, vaikka lopulliset hyödyt kohdistuvat terveyteen, eli sektorin näkökulmasta toisaalle. Tästä johtuen Molnar ym. (2016) korostavatkin kustannusneutraalien projektien edistämistä, sillä ne todennäköisimmin sitouttavat toimijoita.

Molnarin ym. (2016) mukaan win-win-strategiat sen sijaan hyödyttävät kaikkia osapuolia, jolloin ne nähdään toimivina ja poikkihallinnollista yhteistyötä helpottavina strategioina.

Terveyssektori toisin sanoen välttää määrittelemästä ongelmaa vain omasta perspektiivistään vaan havainnollistaa, miksi ilmiö on hyödyllinen tai haitallinen myös muiden sektoreiden näkökulmasta. Tämä kasvattaa motivaatiota ja asian ostamista omakseen. Win-win-strategiassa tärkeää on toisten sektoreiden mission ja kulttuurin ymmärtäminen sekä yhteisen kielen ja lopputulosten luominen. Apuna toimivat tieteellinen tutkimusnäyttö toimien vaikuttavuudesta, aiemmat poikkihallinnolliset rakenteet ja prosessit sekä uusien integroitujen agendojen luominen. Lisäksi taloudelliset kannustimet, korkean tason johtaminen riittävien resurssien ja valtuuksien turvaamiseksi, terveysvaikutusten arviointi ja entistä parempi toisten sektoreiden ja sidosryhmien tarpeiden ymmärtäminen ovat tärkeä osa win-win-strategiaa. Win-win-strategiaa hyödyntämällä eri sektoreiden on mahdollista nähdä terveyssektorin tavoitteet ja toimenpiteet hyväksyttävänä ja toteutuskelpoisina. (Molnar ym. 2016.)

Terveysvaikutusten arvioinnin merkitys

Terveyden edistämiseen tähtäävässä päätöksenteossa on huomioitava useita asiakokonaisuuksia ja näkökulmia, ja arvioitava päätösten aikaansaamia vaikutuksia sekä yhteiskunnan tasolla että eri väestöryhmissä (Kiiskinen ym. 2008, 121). Poliitiikan eri sektoreilla tehdyillä päätöksillä ja valinnoilla voi olla sekä positiivisia että negatiivisia seurauksia terveyden taustatekijöihin ja niiden välityksellä koko väestön terveyteen. Tehdyt päätökset voivat vaikuttaa eri tavoin eri väestöryhmissä, jolloin terveysvaikutusten arviointi (*Health Impact Assessment*, HIA) etukäteen on tärkeää (Rotko, Mustonen & Kauppinen 2013, 8). Terveysvaikutusten arviointi nähdään HiAPin implementoinnin suhteen toimivana työkaluna, sillä sen avulla terveyssektorin on mahdollista osoittaa, miten parempi terveys on hyödyksi myös jonkin toisen tavoitteen saavuttamisessa (Molnar ym. 2016; Kickbusch 2010, 20–21).

Suomessa suunnitteilla olevan lainsäädännön vaikutusten arviointi on pakollista, ja terveysvaikutukset arvioidaan osana luokkaa ”muut yhteiskunnalliset vaikutukset” (Oikeusministeriö; Ståhl 2018). Ståhl (2018) kuitenkin kritisoi juuri terveystieteiden jäävän vaikutusten arvioinnissa kohtalaisen kapea-alaiseksi. Suomessa myös terveydenhuoltolaki (1326/2010 § 11) velvoittaa kuntia ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymiä arvioimaan päätösten vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Terveysvaikutusten

arviointia käyttämällä voidaan osoittaa eri sektoreille syntyvän sekä niiden omia että sektoreiden välisiä jaettuja hyötyjä ilman, että terveyshyötyjä asetettaisiin muiden sektoreiden ensisijaisiksi tavoitteiksi (Kickbusch 2010, 20–21).

Greerin ja Lillvisin (2014) mukaan terveysvaikutusten arviointi on pääasiallinen HiAP-lähestymistapaa edistävä toimintatapa, vaikkakin Melkaksen (2013a, 198) mukaan terveysvaikutusten arviointia pitäisi edelleen kehittää ja sen käytännön soveltamista laajentaa. Terveysvaikutusten arvioinnin avulla byrokraattisia menettelytapoja voidaan muuttaa sisällyttämällä niihin vaatimus terveyden näkökohtien huomioinnista. Terveysvaikutusten arviointi ei välttämättä vallitsevalla tavalla aja päätöksiä, mutta se aikaansaa mahdollisuuksia terveystarkastusten sisällyttämiseksi menettelytapoihin, joissa muutoin terveystarkastuksille ei annettaisi lainkaan huomiota. (Greer & Lillvis 2014.) Terveysvaikutusten arvioinnin on havaittu olevan sekä vahva sektoreiden välinen motivaatiotekijä että päätöksentekoa nopeuttava tekijä (Molnar ym. 2016).

Yhteistyötä ja pysyvyyttä edistävät tekijät

Greerin ja Lillvisin (2014) mukaan sektoreiden väliset ohjelmat, jotka edellyttävät uusien tavoitteiden, kuten terveystavoitteiden omaksumista, kohtaavat yhteistyön ja pysyvyyden ongelmia. Ensinnäkin yhteistyön ongelmat ilmenevät jo alkuvaiheessa, sillä uusien tavoitteiden sisällyttäminen asianomaiselle sektorille on vaikeaa. Ulkopuolelta tulevien uusien tavoitteiden saatetaan ajatella lisäävän sektorin perustoiminnan kannalta epäolennaisia velvoitteita ja aiheuttavan sekaannusta sen omiin tehtäviin. Terveystavoitteisen yhteistyön alkamisen jälkeen yhteistyön pysyvyys on haasteellista. Onnistuneetkin hankkeet voivat heikentyä, mikäli hankkeelle kohdistettu budjetti loppuu, asiantuntijat ja avainasemassa olevat asian puolestapuhujat vaihtuvat, uudet johtamisreformit suuntaavat huomiota toisaalle tai kun uusia prioriteetteja muodostuu. Ennen kaikkea yhteistyön pysyvyyttä haastaa myös ministereiden ja hallitusten jatkuva vaihtuvuus.

Melkas (2013a, 190–191, 193) ehdottaa keskushallintomallia ratkaisuksi terveystavoitteiden saavuttamiseen ja hallinnonalojen välisen yhteistyön edistämiseen. Tällöin siis yksi yhteinen keskushallinto johtaisi kaikkia eri hallinnonaloja, ja sen tehtävänä olisi tunnistaa

hallinnonalojen terveyteen vaikuttavia mahdollisuuksia sekä asettaa yhteisiä tavoitteita, joita kukin hallinnonala edistäisi oman toimivaltansa piirissä. Terveystavoitteet ja konkreettisen toiminnan linjaukset tulisi tehdä keskitetysti yli hallinnonalojen: valtakunnallisella tasolla hallituksessa ja eduskunnassa, ja kuntatasoa tarkastellessa kunnanhallituksessa ja kunnanvaltuustossa. Melkaksen (2013a, 191) mukaan terveys on yhteiskunnan universaali tavoite, jolloin voitaisiin nähdä perusteltuna, että jonkinlainen keskushallinto valtuutettaisiin ottamaan vastuu suurista terveyttä koskevista toimintalinjoista.

Greerin ja Lillvisin (2014) mukaan poliittinen johtajuus, byrokratian muutos ja epäsuorat strategiat ovat keinoja yhteistyön ja pysyvyyden haasteisiin. Poliittinen johtajuus nähdään yleisimpänä, suorana ja kenties tarpeellisimpana menetelmänä, sillä johtavassa roolissa olevat poliittiset päätöksentekijät muuttavat agendoja, luovat ja uudelleenohjaavat verkostoja ja vaikuttavat suoraan sektoreiden välisiin toimintaperiaatteisiin. Korkean tason poliittisen johtajuuden kautta, eli valtionhallinnon sitoutumisella, on mahdollista muuttaa toisten sektoreiden agendoja. Yksityiskohtaisella, tavoitteellisella suunnittelulla voidaan selventää rooleja ja vastuita, jotta tavoitteiden täytäntöönpano olisi käytännössä mahdollista. Lisäksi suunnitteluprosessi itsessään saattaa olla tehokas tapa kouluttaa hankkeeseen osallistuvia hallinnonaloja HiAP-lähestymistavasta ja sen potentiaalista. Myös Careyn ym. (2014) mukaan vahvojen johtajien on todettu olevan ratkaisevassa asemassa kaikilla toiminnan tasoilla. Ilman aiheen puolesta puhuvaa johtajuutta koko hallinnon kattavaa näkökulmaa tavoitteleva ilmapiiri ei saa jalansijaa.

Melkaksen (2013a, 192) mukaan johtamisesta ja terveysalan roolista on käyty keskustelua. On esitetty näkökulmia, joiden mukaan terveysalan tulisi johtaa terveystavoitteista toimintaa asiantuntemuksensa, kantaman vastuunsa ja terveyteen liittyvän kiinnostuksensa vuoksi. Melkas kuitenkin toteaa, ettei muiden hallinnonalojen terveyslähtöistä sitoutumista tapahdu terveysalalta käsin, vaan johtamisen on tapahduttava jokaisen hallinnonalan yläpuolelta, eli valtionhallinnosta, jolloin toiminta lähtisi liikkeelle pääministerin ja kunnassa keskushallinnon toimesta. Tästä johtuen poikkihallinnollisessa yhteistyössä valmistellut terveysohjelmat on Suomessa viety valtioneuvoston päätettäväksi. Terveysala ottaisi toisin sanoen asiantuntijan ja terveyden puolesta puhujan roolin. Usein tehokas menetelmä on myös se, että terveydestä vastaavan ministeriön virkamiehillä on asiankuuluvaa asiantuntemusta sektoreiden välisissä komiteoissa, joita monet valtionhallitukset käyttävät päätöksentekonsa koordinointiin (Greer & Lillvis 2014).

Toisaalta Greer ja Lillvis (2014) kritisoivat edellä kuvattua vahvaa ja omistautunutta poliittista johtajuutta toteamalla sen olevan liian yksinkertaistava, henkilöstä riippuvainen ja jopa ongelmallinen. Poliittinen johtajuus yksinään ei kykene tuottamaan yhteistyötä ja on hyvin epätodennäköistä, että johtajuus olisi kestävää modernissa, alati muuttuvassa poliittisessa järjestelmässä. Kuitenkin esimerkiksi pääministerin osallistuminen HiAPia käsitteleviin tilaisuuksiin tai HiAP-lähestymistavan keskusteluun nostaminen osoittaa vahvan aiheen puolesta puhuvan viestin.

Myös byrokratian muutos täydentää poliittista johtajuutta. Byrokratiaa, eli rakenteita muuttamalla HiAPin toteutuminen ei ole yhtä riippuvainen poliitikkojen jatkuvasta painostuksesta. Byrokraattisiin rakenteisiin paneutumalla tartutaan byrokratialle ominaiseen piirteeseen eli pysyvyyteen, joka on samanaikaisesti sekä ongelmallista että hyödyllistä. Byrokraattisten rakenteiden muuttaminen voi nimittäin olla aikaa ja energiaa vievä prosessi, mutta toisaalta rakenteet ovat olemassa yksittäisten terveyssektorin ja muiden sektoreiden poliitikkojen virassaoloaikoja pidempään. Näin ollen rakenteiden muutoksen keinona toimii esimerkiksi se, että poliitikot voivat hyödyntää valtaansa nimittämällä tiettyjä, haluttuja preferenssejä omaavia virkamiehiä toimintaan sisään. Myös rakenteiden uudelleenorganisoinnilla on mahdollista aikaansaada tavoitteellisia muutoksia. Esimerkiksi uusien yksikköjen tai komiteoiden sisällyttäminen byrokratian rakenteiden sisälle voi olla toimiva keino. (Greer & Lillvis 2014)

Ståhl (2018) toteaaakin erilaisten komiteoiden tai toimikuntien olevan poikkihallinnollisten ohjelmien valmistelun ja implementoinnin kannalta keskeisiä, sillä niiden avulla eri sektoreiden edustajat tapaavat toisiaan säännöllisesti. Hallinnonalojen välinen tapaaminen on merkityksellistä ei vain tietyn ohjelman implementoimiseksi, vaan myös toisten sektoreiden tarpeiden ja prioriteettien ymmärtämiseksi. Henkilökohtaisten yhteistyösuhteiden luominen onnistuu myös helpommin, mikä taas edistää yhteisymmärrystä ja kummankin osapuolen edun mukaisten ratkaisujen saavuttamista ristiriitatilanteissa. Toisaalta Careyn ym. (2014) mukaan tällaiset hallinnonalojen väliset komiteat tai ryhmät saattavat johtaa uusien hallinnollisten, huonosti integroitujen rakenteiden syntyyn, joille ei muodostu virallista auktoriteettia tai toimivaltaa muita sektoreita kohtaan. Tällöin sektorit jatkavat entisten toimintatapojen parissa samaan aikaan, kun hallinnonalojen väliset komiteat kehittävät ideoitaan. Muodostetut komiteat jäävät vaille implementointia mahdollistavista kapasiteeteista, eivätkä saa toimeenpantua ideoitaan.

Carey ym. (2014) itsekin toteavat tuloksen olevan sinänsä kiinnostava, sillä hallinnonalojen väliset ryhmät ovat pitkälti muodostuneet jo jonkinlaisiksi tukipilareiksi alalla. Hallinnonalojen väliset ryhmät tarvitsevatkin vahvaa rakenteellista tukea ja linkkejä yhteistyöorganisaatioihinsa esimerkiksi tilivelvollisuutta vahvistamalla. (Carey ym. 2014.) Myös win-win-strategian näkökulmasta eri sektoreiden välinen yhteistyö vaatii taustalleen tukea onnistuakseen halutulla tavalla. Yhteisen kielen ja synergioiden saavuttaminen tarvitsee ennen kaikkea riittävästi aikaa. (Molnar ym. 2016).

Epäsuorien strategioiden tarkoituksena on hyödyntää nykyisiä toimia tulevaisuuden politiikkojen muuttamiseksi. Näkökulmaa on kansanterveyden tutkimusalalla tutkittu vähäisesti, mutta politiikan tutkimuksessa sitä on tutkittu paljon. Epäsuorana strategiana voidaan esimerkiksi pitää panostamista jonkin asian puolesta puhumiseen tai säännöllistä tietojen julkaisua helposti ymmärrettävässä muodossa. Lisäksi lainsäädännöllisiä mandaatteja luomalla mahdollistetaan esimerkiksi säännöllinen tietojen julkaiseminen, jolloin tulevien hallitusten mahdolliset tiedon pimittämiseen tai manipulointiin tähtäävät yritykset tulevat kalliiksi. Epäsuorin strategioiden on mahdollista voimaannuttaa yhteistyökumppaneita antamalla heille sananvaltaa poliittisissa prosesseissa sekä varustamalla heitä tiedolla, jota on mahdollista hyödyntää HiAP-periaatteen puolesta puhuessa ja keskusteluun nostaessa. (Greer & Lillvis 2014.)

Tällaiset epäsuorat strategiat rajoittavat tulevia päättäjiä siinä, etteivät he täysin kumoaisi aiemmin aikaansaatuja sektoreiden välisen yhteistyön saavutuksia (Greer & Lillvis 2014). Myös win-win-strategiassa painotetaan korkean tason johtajuuden sitouttamisen ylläpitoa HiAPia kohtaan. Johtajat tarvitsevat jatkuvaa muistutusta siitä, miksi HiAP-käytäntö on merkityksellinen. Näin varmistetaan kestävyys, jatkuva tuki sekä mandaatti ja resurssit HiAP-periaatteelle. (Molnar ym. 2016.) Epäsuorien strategioiden tavoitteena on siis sekä luoda paineita päättäjille että muodostaa vakiintuneita mahdollisuuksia yhteistyökumppaneille, eli toisille poliitikoille, kansalaisjärjestöille ja jopa kansainvälisille organisaatioille HiAP-lähestymistavan poikkihallinnollisen omaksumisen mahdollistamiseksi. (Greer & Lillvis 2014.)

3.3 Onnistumisen edellytykset

Systemiteoreettinen viitekehys

Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelutavan omaksuminen ja sen periaatteiden pohjalta syntyneiden päätösten, käytännön toimien ja hankkeiden toteutus ei ole yksinkertaista. *Terveys kaikissa politiikoissa* -toimintatapaa onkin kuvattu aivan omana prosessinaan (Shankardass ym. 2018). Shankardass ym. (2018) esittävät HiAP täytäntöönpanon kehittämiseksi systemiteoriaan pohjautuvan viitekehysten, jonka avulla implementoinnin prosessi on mahdollista hahmottaa. Prosessi pitää sisällään itse järjestelmän, järjestelmään kuuluvia pienempiä osajärjestelmiä sekä komponentteja, joista osajärjestelmät koostuvat. Lisäksi järjestelmään kuuluu olennaisena osana erilaisia ulkopuolisia vaikuttajia, jotka vaikuttavat prosessin tapahtumiin. Näiden järjestelmän osatekijöiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta muodostuu HiAPin täytäntöönpanon prosessi.

Näitä poikkihallinnollisen järjestelmän tekijöitä ovat muun muassa valtionhallinnon ja sen eri sektoreiden poliittiset agendat, ideologiat ja valtasuhteet, tietyt vaikutusvaltaiset asiantuntijat ja virkamiehet, poliittinen eliitti sekä HiAPiin kohdistuva rahoitus, lainsäädäntö ja johtaminen. Prosessissa on mukana myös hallituksen ja ministeriöiden ulkopuolisia vaikuttajia. Eri organisaatiot esimerkiksi osallistuvat erilaisiin HiAPin implementointiin liittyviin yhteistyöryhmiin, poliittiset lobbaajat pyrkivät epäsuorasti vaikuttamaan implementointiprosessiin ja kansainväliset tutkimusohjelmat ja tietopajat tuottavat tietoa implementoinnin tueksi. (Shankardass ym. 2018.)

Tällaista systemiteoreettista ajattelua hyödyntämällä voidaan ymmärtää miten ja miksi jotkin päätöksenteon käytännöt eri toimintaympäristöissä ovat joko helpottaneet tai hankaloittaneet HiAPin implementointia (Shankardass, Rehany, Muntaner & O'Campo 2015; Shankardass ym. 2018). Systemiteoreettisen ajattelun mukaan ei kuitenkaan ole mahdollista osoittaa tiettyä yksinkertaista näkökulmaa tai keinovalikoimaa, jota hyödyntämällä aina onnistuttaisiin HiAP-lähestymistavan implementoinnissa. Ennemmin on ymmärrettävä, että HiAP-periaatteen täytäntöönpanon lopputulemat ovat usein ennalta-arvaamattomia, sillä järjestelmä, jossa HiAP tapahtuu, koostuu usein monimutkaisista, eri osatekijöiden välisistä keskinäisriippuvuuksista. On esimerkiksi ymmärrettävä keskenään kilpailevia prioriteetteja, politiikan kentällä tapahtuvaa jatkuvaa vaihtuvuutta sekä poliittisen

agendan muutoksia. (Shankardass ym. 2018.) Molnarin ym. (2016) mukaan systeemiteoreettisiin lähestymistapoihin tulisikin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota, jotta HiAP-periaatteen lopputulemia voitaisiin paremmin ymmärtää.

Hallinnonalojen ja sidosryhmien osallisuus

Hallinnonalojen tyypilliseen siiloutumiseen on mahdollista puuttua luomalla koko hallinnon kattavia tapoja, eli "Whole-of-Government" tai "Joined-up-Government" -tapoja (Carey ym. 2014; Christensen & Laegreid 2007). Koko hallinnon kattavat lähestymistavat on nähty jopa välttämättöminä, mikäli terveyden sosiaalisten determinanttien haasteisiin aiotaan tarttua. (Carey ym. 2014). Careyn ym. (2014) mukaan HiAP on suunnattu koko hallinnon kattavaksi lähestymistavaksi, sillä sen tarkoituksena on "*aiheuttaa häiriötä [pääöksenteon] luonnolliseen järjestykseen*", eli toisin sanoen tulla perinteisten menetelmien ja niistä muodostuvien tyypillisten lopputulosten väliin.

Careyn ym. (2014) termein kansanterveyttä edistävien toimijoiden interventioita valtionhallinnon prosesseissa voidaan nimittää instrumentaalisina prosessi-interventioina (*instrumental process-based interventions, IPIs*). Tällaisiin instrumentaalisiiin tai välillisiin interventioihin ei sellaisenaan liity oletus suoranaisesta terveyden edistämisen mahdollisuudesta, vaan näiden interventioiden täytäntöönpano toimii välillisesti paremman ja terveellisemmän yhteiskuntapolitiikan luomisessa (Carey ym. 2014). Tässä työssä aiemmin esitelty Greerin ja Lillvisin (2014) tulkinta terveysvaikutusten arvioinnin eräänlaisesta välillisestä, mahdollisuuksia aikaansaavasta roolista päätöksenteossa vastaa Careyn ym. kuvaamaa instrumentaalisten prosessi-interventioiden luonnetta.

Carey ym. (2014) toteavat, että onnistuneille, koko hallinnon kattaville aloitteille, on tyypillistä se, että niihin osallistuu myös valtiosta riippumattomia toimijoita, esimerkiksi kansalaisjärjestöjä. Onnistumiselle olennaista ovat yhteistyössä laaditut, keskinäiselle luottamukselle perustuvat työjärjestelyt – ei siis vain teetetyt, sopimukseen perustuvat sopimusjärjestelyt. Onnistumisen taustalla nähdään olevan se, että valtionhallinnot ovat riippuvaisia yksilöistä, yhteisöistä ja organisaatioista. Toisaalta nämä toimijat ovat valtionhallinnon harjoittamien toimintapolitiikkojen ja linjausten piirissä, mutta eivät itse kuitenkaan kuulu osaksi sitä, vaan sijaitsevat valtionhallinnon ulkopuolella. Näin ollen

aloitteisiin ja hankkeisiin tulisi sisällyttää näitä laajoja, dynamiikaltaan aktiivisia toimijoita. (Carey ym. 2014.)

Käytännönä ja toimintatapana *Terveys kaikissa politiikoissa* vaatii pitkäkestoista sitoutumista ja pitkän tähtäimen visiota. Suomessa pitkäjänteisyyttä on rakennettu kansallisten strategioiden muodossa, lainsäädännön avulla sekä kansainvälisiä tilaisuuksia hyödyntämällä. Kansallisella tasolla myös useita toimijoita kattava konsultointi toimintatapojen, lainsäädännön luonnosten ja erilaisten ohjelmien suhteen on laajalti käytössä. Käytännössä tämä tarkoittaa, ettei konsultointi ja asioista neuvottelu rajoitu vain ministeriöihin, vaan myös kansalaisjärjestöt, ammattiliitot, tutkimusyhteisö, kunnat ja yksityinen sektori ovat niissä mukana. (Ståhl 2018.) Toisaalta Melkas (2013a, 198) huomauttaa, että esimerkiksi nykyisen lainsäädännön riittävyttä tulisi arvioida ja entisestään kehittää.

Hyvänä esimerkkinä kansallisista strategioista toimii vuonna 2001 alkanut *Terveys 2015* -kansanterveysohjelma, joka luotiin valtioneuvoston periaatepäätöksellä linjaamaan suomalaista terveystaloutta 15 vuoden ajalle. Sen valmisteli silloinen valtioneuvoston asettama kansanterveyden neuvottelukunta. Ohjelma kehitettiin terveyden edistämisen yhteistyöohjelmaksi eri toimijoiden ja osa-alueiden välille ja se korosti sektorirajat ylittävien toimien merkitystä terveyden määrittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 3–4.)

Terveys 2015 -ohjelman loppuarvioinnissa HiAP-toimintatapaa ja sen onnistumiseen kohdistettiin erityistä huomiota. Loppuarvioinnissa ohjelman havaittiin sisältäneen useita heikkouksia ja kehityskohteita, ja erityisesti juuri poikkialueellisen yhteistyön tarve todettiin suureksi. (Rotko & Kauppinen 2016, 3, 20, 25.) Kansanterveyden neuvottelukunta toimi tärkeänä poikkialueellista työtä mahdollistavana linkkinä, mutta käytännön toiminnan tasolla sen toiminta jäi vain ministeriöiden väliseksi keskustelufoorumiksi. Neuvottelukunnassa olivat osallisina eri ammattiliitot sekä sosiaali- ja terveysalan kansalaisjärjestöt, mutta sekä kolmannen sektorin toimijat että elinkeinoelämän toimijat olivat heikosti edustettuina ohjelman toimeenpanossa. Loppuarvioinnissa havaittiin, ettei neuvottelukunnalla todellisuudessa ollut riittävästi toimivaltaa, ja etteivät keskustelussa olleet asiat edenneet edes osallistuneiden omiin organisaatioihin. (Rotko & Kauppinen 2016, 20–21.) Carey ym. (2014) ovat päätyneet samankaltaisiin johtopäätöksiin hallinnonalojen välisten komiteoiden muodostamien haasteiden osalta sekä ei-valtiollisten organisaatioiden

ja muiden sidosryhmien osallisuuden merkityksestä, kuin edellä kuvatut Terveys 2015 -ohjelman loppuraportin päätelmät.

Mainituista ongelmista huolimatta loppuarvioinnissa todetaan HiAP-lähestymistavan vahvistuneen Terveys 2015 -ohjelman aikana muun muassa sektoreiden terveyteen ja hyvinvointiin linkittyvän raportoinnin kasvamisena ja kehittymisenä. Neuvottelukunta nähtiin myös tärkeänä sektoreiden välistä keskustelua ylläpitävänä tahona. Verkostomainen toiminta nähtiin haasteistaan huolimatta edellytyksenä terveydenedistämistyön onnistumiseksi, sillä ilman verkostoja niukat aineelliset ja ajalliset resurssit asettaisivat omat rajoitteensa työlle. (Rotko & Kauppinen 2016, 20–21, 25–26.)

Ohjelman loppuarvioinnissa poikkihallinnollinen yhteistyö nähtiin tärkeänä keinona terveyden edistämistavoitteiden ja eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävien tavoitteiden saavuttamisessa. Myös itse ohjelmatyön seurannalla on tärkeä asema. Seurannan avulla tulisi pystyä näyttämään, millaisissa asioissa toimeenpano on onnistunut ja millaisia hyötyjä eri sektorit saavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja eriarvoisuuden vähentämisen kautta. Poikkihallinnollisen yhteistyön parantamiseksi ehdotettiin ilmiölähtoisempää ja arkityömäisempää otetta organisaatioiden kahdenvälisessä yhteistyössä ja myös win-win-strategian hyödyntämistä korostettiin (Rotko & Kauppinen 2016, 3, 20).

Onnistuakseen hankkeet on suunniteltava niiden tarkoituksen ja tavoitteiden sekä kontekstin, eli rakenteiden, arvojen ja normien pohjalta (Carey ym. 2014). Käytännössä siis molemmat, sekä ”top-down” että ”bottom-up” tyyppiset aloitteet on nähty välttämättömiä (Carey ym. 2014), joskin HiAPin ”top-down” tyyppisten toimien on todettu olevan tyypillisiä silloin, kun HiAP-perusteinen ajattelu on vasta kehittymässä. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 8). HiAPin implementointi hallinnon eri tasoilla, kuten paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla, sekä kansainvälisellä tasolla maiden välillä on kuitenkin mitä todennäköisimmin haasteellista. (Carey ym. 2014).

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavasta opittua

Poikkihallinnollisuus on haastavaa, ja *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa tuleekin edelleen kehittää ja tutkia lisää (Melkas 2013a, 198). Aivan hiljattain julkaistun

ensimmäisen *Terveys kaikissa politiikoissa* -periaatetta käsittelevän globaaliraportin (2019) tutkimustulokset antavat kuvan HiAPin nykytilasta ja käytännöistä ympäri maailmaa. Raportissa analysoidaan uudella tavalla HiAPin kypsyyttä ja kehitysastetta. HiAP-lähestymistavan onnistumisen edellytyksiksi kiteytetään hallinto ja johtaminen, resurssit, lähtökohtien huomiointi, yksilölliset ja organisatoriset voimavarat, työskentelytavat, seuranta-, raportointi- ja arviointikäytännöt sekä prioriteetit ja lopputulokset. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9.)

Mitä vakiintuneemmasta HiAP-käytännöstä on kyse, sitä todennäköisemmin se globaaliraportin (2019, 7–9, 58–63) tulosten mukaan tapahtuu vahvan poliittisen tuen ja rakenteiden sekä hallintomekanismien tukemana. Resurssit, kuten henkilöstö ja rahoitus, ovat tarpeellisia HiAP-käytännön tukemiseksi ja ylläpitämiseksi. Omistautunut henkilökunta ja vahvat yhteistyösuhteet edistävät käytännön onnistumista ja HiAP-käytäntöä on mahdollista toteuttaa pienelläkin budjetilla. HiAP-käytännölle tarkoin kohdistetut resurssit ovat yleisiä HiAPin vakiintuneessa vaiheessa. Raportissa (2019, 7–9, 58–63) lähtökohtien huomioinnilla tarkoitetaan, ettei HiAP-periaatteen agendalle saamiseksi voida osoittaa olevan vain yhtä toimivaa tapaa, vaan juuri kontekstispesifisyys on tarkoin huomioitava. Tämäkin päätelmä on yhtenevä useille muille tutkimustuloksille, joihin tässä tutkielmassa on aiemmin viitattu (ks. esim. Carey ym. 2014; Shankardass ym. 2015; Shankardass ym. 2018).

HiAP-käytännön onnistuminen vaatii yksilöiltä kattavia neuvottelutaitoja ja diplomaattisia valmiuksia. Lisäksi kyky navigoida järjestelmässä ja kyky reagoida erilaisiin muutoksiin poliittisessa ja hallinnollisessa ympäristössä kulttuuriset seikat huomioiden on tärkeää. HiAP-käytännön kehittyessä kehittyvät myös henkilökohtaiset taidot ja kokemukset muiden sektoreiden kanssa työskentelystä. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9, 58–63.) HiAP-käytäntöä tarkastelevissa case-tutkimuksissa on havaittu tiiviin ja omistautuneen HiAP-asiantuntijoista koostuvan tiimin olevan merkittävässä aloitteellisessa roolissa ja toimivan oleellisena liikkeelle panevana voimana (Kickbusch, Lin & Baer 2017, 182). Työskentelytavat taas ovat sitä kattavampia, mitä kehittyneempi HiAP-käytäntö on. HiAP-lähestymistavan tärkeimpänä päämääränä nähdään olevan erilaisiin toimintapolitiikkoihin vaikuttaminen. Muita työskentelymenetelmiä ovat epämuodolliset rakenteet, tutkimustiedon ja työkalujen hyödyntäminen, tapaamisten ja tapahtumien hyödyntäminen tiedon jakamiseksi sekä HiAPin vaikutusvaltaisten avainhenkilöiden sitouttaminen. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9, 58–63.)

HiAP-käytännön kypsyyden ja olemassa olevien raportointi- ja arviointimekanismien välillä on selvä yhteys. Myös virallisten hallintorakenteiden sekä seurannan, raportoinnin ja arvioinnin olemassaolon välillä on positiivinen yhteys. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9, 58–63.) Suomessa seuranta- ja arviointia on erityisesti kuntatasolla toteutettu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA-viisarin avulla. TEA-viisari tarjoaa vertailukelpoisia, objektiivisia indikaattoreita kunnan terveydenedistämiseksi seitsemän eri ulottuvuuden avulla, joihin perehtymällä voidaan arvioida kuntakohtaisia heikkouksia ja vahvuuksia. (Ståhl 2018.) Tulevaisuudessa tarvitaan kuitenkin yhtenevät määritelmät siitä, mitä seuranta-, raportointi- ja arviointikäytännöt käytännössä pitävät sisällään, sillä nykyisellään ne vaihtelevat suuresti maittain. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9, 58–63.) Raportin tutkimustulokset (2019, 7–9, 58–63) osoittavat prioriteettien asettamisen olevan tärkeää kaikissa HiAP-käytännön kypsyyden vaiheissa. Prioriteetteihin vaikuttavat keskeisellä tavalla hallinnon taso ja poliittinen ilmapiiri.

Lyhyen ja pitkän aikavälin lopputulemien, kuten poliittisen sitoutumisen kasvun tai terveyden determinantteihin liittyvän poikkihallinnollisen yhteistyön kehittymisen osoittaminen on tulevaisuudessa tärkeää. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9, 58–63.) Terveyspolitiikka on varsin merkittävä tutkimusalue sekä taloudellisesti että yhteiskunnallisesti tarkasteltuna. Keskeisestä merkityksestään ja tärkeydestään huolimatta tutkimukseen kohdistetut voimavarat ovat sangen niukat. Terveystyö, mutta myös muut hallinnonalat ja kansalaistoiminta, tarvitsevat osaajien koulutusta ja vahvoja aihepiirin puolustajia. (Melkas 2013a, 198.) Yhteistyön onnistumiseksi on toimittava joustavasti eri toimijoiden ja heidän intressiensä kanssa. Eri tasoiset sitoutumisen ja asiaan panostamisen asteet on huomioitava. Niinpä vaikuttava poikkihallinnollinen eri sektoreiden ja sidosryhmien kanssa työskentely tarkoittaa oman toimialan näkökulmasta kenties tavanomaisesta poikkeavia ja uusia ajattelu- ja työskentelytapoja. (Kickbusch ym. 2017, 182.)

4 POHDINTA

Tässä kandidaatintutkielmassa tarkasteltiin *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa poikkihallinnollisen yhteistyön edistämisen näkökulmasta. Tutkimuskysymykseksi rajautui HiAP-lähestymistavan poikkihallinnollisen omaksumisen edistämiseksi esitettyjen keinojen ja strategioiden selvittäminen. Lisäksi tarkasteltiin, millaisten tekijöiden tai puitteiden on nähty olevan poikkihallinnollisen yhteistyön onnistumisen edellytyksinä. HiAP-ajattelutavan perusteiden tunteminen, terveyden sosiaalisten determinanttien lähtökohdat sekä poikkihallinnollisen terveystalouden ja HiAPin kehittyminen ovat keskeisessä roolissa terveyden edistämiseen tähtäävän yhteistyön ymmärtämiseksi. Tästä syystä näihin lähtökohtiin perehdyttiin tämän tutkielman alussa.

HiAP-käytännön kautta on mahdollista tarkastella terveyden ja oikeudenmukaisuuteen liittyvää sääntelyä ja käytännön toimia, sekä havainnollistaa erilaisia hallitsevia intressiristiriitoja esimerkiksi taloudellisten tavoitteiden näkökulmasta. HiAP-lähestymistavalla onkin vahva potentiaali kaikkien hallinnonalojen väliseen yhteistyöhön. (WHO & Finnish Ministry of Social Affairs and Health 1–19.) Lähestymistapana HiAP on varsin käytännöllinen ratkaisu väestön terveyden edistämisen kohtaamiin poliittisen toimintaympäristön ja päätöksenteon haasteisiin. HiAP on sellaisenaankin strateginen väestön terveyden edistämisen lähestymistapa, sillä se pyrkii poikkihallinnolliseen, eri sektoreiden väliseen yhteistyöhön erityisesti niiden hallinnonalojen ja kumppaneiden kanssa, joilla on mahdollisuus vaikuttaa terveyden sosiaalisiin determinantteihin.

Terveys ja hyvinvointi toimivat paitsi inhimillisinä myös yhteiskunnallisina pääomina. Niiden merkityksen ymmärtäminen ja huomiointi vaatii kuitenkin nyky-yhteiskunnassa muutakin kuin tietoa. Molnarin ym. (2016) mukaan eri toimijoihin kohdistettu tietoisuuden lisääminen yksinään on riittämätöntä, eikä tarjoa muille sektoreille riittävästi hyötyä sen oman toiminnan näkökulmasta. Ongelmia syntyy, mikäli muita hallinnonaloja määrätään toimintatapojen muutoksiin terveystavoitteiden saavuttamiseksi (Greer & Lillvis 2014). Sekä HiAP käytäntönä että muutokset itse järjestelmissä vaativat yhteistyötä ja integrointia, jotka taas tarvitsevat rakenteellista tukea, tilivelvollisuutta ja kannustinmekanismeja (Carey ym. 2014).

Win-win-strategiat hyödyttävät kaikkia osapuolia, ja ne nähdään toimivina ja poikkihallinnollista yhteistyötä edistävinä strategioina. Win-win strategiassa aiempia poikkihallinnollisia rakenteita on syytä hyödyntää uusien agendojen luomisessa unohtamatta taloudellisia kannustimia, korkean tason johtamista, terveysvaikutusten arviointia, riittäviä resursseja ja valtuuksia sekä toisten sektoreiden ja sidosryhmien tarpeiden ymmärtämistä. (Molnar ym. 2016.) Systeemiteoreettisen ajattelun mukaan HiAP voidaan hahmottaa prosessina, joka tapahtuu itseään suuremman järjestelmän sisällä. Systeemiteoreettista ajattelua hyödyntämällä on mahdollista ymmärtää kontekstisidonnaisuutta sekä sitä, miten ja miksi jotkin päätöksenteon käytännöt ovat joko edistäneet tai estäneet HiAPin toteutumista. Yhtä toimivaa keinoa tai strategiaa ei kuitenkaan ole mahdollista osoittaa. (Shankardass, Rehany, Muntaner & O'Campo 2015; Shankardass ym. 2018.) Toimintatapana HiAP edellyttää pitkäkestoista sitoutumista ja pitkän aikavälin visiota (Ståhl 2018). Lisäksi tarvitaan koko hallinnon kattavia lähestymistapoja, joissa HiAPin on mahdollista toimia myös välillisesti paremman ja terveellisemmän yhteiskuntapolitiikan luomisessa (Carey ym. 2014).

Voisi ajatella, että jo pelkän näyttöön perustuvan vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon perusteella terveyden edistämisen merkitys ja HiAP-lähestymistavan potentiaali olisivat nykyistä paremmin hyödynnettyinä poliittisessa päätöksenteossa. Terveys ei suinkaan ole ainoa teema, jota päätöksentekijät pyrkivät edistämään, vaan poliittisessa toimintaympäristössä on muitakin yhtä lailla tärkeitä tai tärkeämpiä pidettyjä asioita. On toisaalta ymmärrettävää, ettei HiAP-lähestymistapa saavuta jalansijaa terveyssektorin ulkopuolisilla sektoreilla, mikäli näyttöä sen vaikuttavuudesta kyseisen sektorin omassa toiminnassa ei ole riittävässä määrin osoitettu. Se, millaisissa asioissa on onnistuttu, ja millaisia hyötyjä eri sektorit ovat saaneet HiAP-lähestymistavan omaksumisesta, on tärkeä osoittaa. Myös terveyttä edistävästä valinnoista seuraavat palkitsemiskäytännöt ja niiden kehittäminen on ratkaisevaa. Edellisen hallituskauden aikana aloitettu suunnittelutyö kunnille osoitetun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtiosuuden lisäosan eli HYTE-kertoimen kehittämisestä toimii hyvänä esimerkkinä oikeasta suunnasta palkitsemiskäytännöissä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019).

Sektoreiden väliset, terveystavoitteita edellyttävät ohjelmat kohtaavat yhteistyön ja pysyvyyden ongelmia, ja onnistuneetkin hankkeet voivat heikentyä, mikäli muutoksia

prioriteeteissa, budjetissa, johtamisessa tai asiantuntijoiden keskuudessa tapahtuu. Poliittinen johtajuus, byrokratian muutos ja epäsuorat strategiat ovat eräitä keinoja yhteistyön ja pysyvyyden haasteisiin. (Greer & Lillvis 2014.) Byrokratian muutoksella tarkoitetaan byrokraattisiin rakenteisiin puuttumista, jolloin keskitytään byrokratialle ominaiseen pysyvyyden piirteeseen. Rakenteiden jäykkyys voi muutostilanteissa olla ongelma, mutta rakenteet eivät välttämättä näyttäydy ainoastaan pulmallisena piirteenä. Toisaalta byrokraattiset rakenteet nimittäin tuovat turvaa jo aikaansaaduille positiivisille muutoksille muutoin varsin nopeasti suuntaa ja prioriteetteja vaihtavassa poliittisessa toimintaympäristössä. Ilman vahvoja rakenteita *Terveys kaikissa politiikoissa* -ajattelutapa ei pysty juurtumaan käytäntöön ja aikaansaamaan pitkällä aikavälillä tapahtuvia muutoksia, jollaisia terveyteen ja hyvinvointiin linkittyvät tavoitteet ja lopputulokset tyypillisesti ovat.

On tiedostettava, että johtajat tarvitsevat jatkuvaa muistutusta siitä, miksi HiAP-käytäntö on merkityksellinen. Näin varmistetaan kestävyys, jatkuva tuki sekä mandaatti ja resurssit HiAP-periaatteelle. (Molnar ym. 2016.) Epäsuorat strategiat rajoittavat esimerkiksi tulevia päättäjiä siinä, etteivät he täysin kumoaisi aiemmin aikaansaatuja sektoreiden välisen yhteistyön saavutuksia (Greer & Lillvis 2014). Systemaattisemmin käytettyinä esimerkiksi epäsuorien strategioiden ja terveysvaikutusten arvioinnin keinot voisivat saada suuremman painoarvon yhteiskuntapolitiikassa, sillä niitä hyödyntämällä terveysvaikutusten sivuuttaminen olisi päätöksentekijöille vaikeampaa.

Jo jonkinlaisiksi alan poikkihallinnollisen yhteistyön tukipilareiksi muodostuneet hallinnonalojen väliset ryhmät tai komiteat kohtaavat myös haasteita, sillä niiden muodostaminen saattaa johtaa uusien hallinnollisten, huonosti integroitujen rakenteiden syntyyn, joille ei rakennu virallista auktoriteettia muita sektoreita kohtaan (Carey ym. 2014). Toisaalta erilaiset toimikunnat tai komiteat ovat tärkeitä kohtaamis- ja keskustelupaikkoja hallinnonalojen välisessä yhteistyössä, ja niiden avulla toisten sektoreiden tarpeiden ja prioriteettien ymmärrys mahdollistuu (Ståhl 2018).

Poikkihallinnollinen yhteistyö on haastavaa, eikä yhteistyö ei ole päätepiste, johon päästyä tavoitellut lopputulokset HiAPin kannalta on saavutettu. Pelkkä poikkihallinnollisen yhteistyön olemassaolo sellaisenaan ei aikaansaa haluttuja vaikutuksia. Yhteistyön pysyvyys tarvitsee taustalleen sitä mahdollistavia tekijöitä, kuten toimivia rakenteita, aikaa, poliittista tahtoa, resursseja, mandaatteja, johtajuutta ja aiheen puolesta puhumista (Molnar

ym. 2016; Carey ym. 2014; Greer ja Lillvis 2014). HiAP-lähestymistavan onnistumisen edellytyksiksi kiteytetään hallinto ja johtaminen, resurssit, lähtökohtien huomiointi, yksilölliset ja organisatoriset voimavarat, työskentelytavat, seuranta-, raportointi- ja arviointikäytännöt sekä prioriteetit ja lopputulokset. (Government of South Australia & GNHiAP 2019, 7–9.) Poikkihallinnollista yhteistyötä ei siis synny tyhjiössä tai ilman vahvaa taustatukea. Monet terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat ovat monimutkaisia, moniulotteisia, yhteydessä toisiinsa ja tapahtuvat samanaikaisesti. Terveys rakentuu järjestelmissä, siis ympäröivissä sosiaalisissa, taloudellisissa ja yhteiskunnallisissa rakenteiden kokonaisuuksissa, joissa itse terveyssektori ja terveyspalvelut ovat vain yksi systeemin osa. HiAPin poikkihallinnollisen yhteistyön moniulotteisuutta ja sovellettavuutta erilaisiin toimintaympäristöihin ei varmasti voida liikaa korostaa.

Esitetyt keinot ja strategiat sekä onnistumisen edellytykset tuovat osaltaan esiin HiAP-ajattelun kohtaamia realiteetteja ja poikkihallinnollisen yhteistyön erityispiirteitä. Hallinnonalojen dialogisuuden merkitys näyttäisi korostuvan silloin, kun tavoitteena on edistää oman sektorin päämääriä – esimerkiksi terveyttä kaikissa politiikoissa. Win-win-strategian mukaisesti on siis painotettava huomattavan paljon muiden sektoreiden tavoitteita ja hyötyjä, jolloin samalla saadaan hyötyjä myös terveyssektorin näkökulmasta. Poliitiikat, joita harjoitetaan ja kehitetään usean sektorin yhteistyönä ovat myös uskottavampia ja vakuuttavampia (Molnar ym. 2016).

Tässä kandidaatin tutkielmassa erityistä huomiota kiinnitettiin eettisyyden ja luotettavuuden arvioitiin, ja ne huomioitiin jatkumona työn jokaisessa vaiheessa. Työn luotettavuutta heikentää se, ettei katsausta toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tällöin on mahdollista, että jotain aiheen kannalta ajankohtaista tai merkittävää on jäänyt puuttumaan. Mahdollisen puutteellisuuden ohella tutkielma kohtaa haasteita myös yleistettävyyden kannalta: työssä käytetty kirjallisuus on ymmärrettävä yhdeksi, rajalliseksi näkökulmaksi aiheeseen. Kirjoittajana on myös tiedostettava omat arvot, mielenkiinnon kohteet ja siten tehdyt valinnat, jotka ohjaavat hyödynnetyn kirjallisuuden ja näkökulman valintaa. Kirjallisuudesta valitut näkökulmat ovat nostoja laajemmasta kontekstista, jolloin niiden irrallisuuden hyödyntäminen merkitysten vääristämisen kannalta on mahdollista.

Tässä työssä lähteisiin kuitenkin viitattiin tarkasti ja hyvää tieteellistä käytäntöä sekä eettisiä periaatteita noudattaen. Myös alkuperäislähteitä hyödynnettiin ensisijaisesti, jolloin

merkitysten vääristymistä toissijaisista lähteistä voitiin ehkäistä mahdollisimman hyvin. Jokainen lähde käytiin läpi kriittisesti, eikä kirjoittajan omasta mielipiteestä eriäviä näkökulmia jätetty kertomatta. Käytetty kirjallisuus koostui sekä kansallisista että kansainvälisistä lähteistä, kuten vertaisarvioituista artikkelijulkaisuista, virallisista raporteista ja sopimuksista sekä aihepiirin kannalta keskeisten asiantuntijoiden ja tutkijoiden teoksista. Kirjoittajana pohdin tietoisesti oman tieteenalani kantaa *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan ja poikkihallinnollisen yhteistyön puolesta, mutta läpi koko työn tavoiteltiin objektiivista lähestymistapaa, ja tuotiin esiin myös se, ettei HiAP ja poikkihallinnollinen yhteistyö ole kaikkivoipia tai aukottomia tapoja. Käsitellyn aiheen valinta ja sen puolesta puhuminen toimivat myös itsessään omanlaisenaan eettisenä kannanottona terveyden edistämisen, terveyden oikeudenmukaisuuden ja eriarvoisuuskehitykseen puuttumisen puolesta.

Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ilmiön ymmärtämiseksi ei riitä, että tarkastellaan vain terveyttä. Suomessa kehitetäänkin parhaillaan uudenlaista, laajennettua lähestymistapaa, joka yhdistää terveyden, hyvinvoinnin ja oikeudenmukaisuuden ”Health and Wellbeing in All Policies” eli HWiAP -nimisen käsitteen alle (Kickbusch ym. 2017, 178). Hyvinvoinnin onkin ymmärrettävä olevan jotakin kokonaisvaltaisempaa, kuin pelkkä terveys. Nykyinen suunta on oikea, mikäli sen avulla saavutetaan suurempi potentiaali terveyden ja hyvinvoinnin merkityksen huomioimiseksi poliittisessa päätöksenteossa. Myös sosiaalisiin determinantteihin läheisesti liittyvää ihmisten mahdollisuuksien tasa-arvoa tulisi jatkossa korostaa. Kaikille terveys ei näyttäydy ensisijaisena hyvinvoinnin, elämäntyytyväisyyden, osallisuuden tai onnellisuuden mittarina, jolloin muitakin kuin terveystavoitteisia tapoja hahmottaa hyvinvointia tarvitaan. Kiinnostava avaus erilaisesta lähestymistavasta on esimerkiksi Kuukan (2019, 21–22, 43–44) hiljattain julkaistu pro gradu -tutkielma ekososiaalisesta näkökulmasta terveyden edistämiseen, joka haastaa ihmis- ja talouskeskeisen terveyden edistämisen paradigman. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, millaisena HiAP-ajattelu ja poikkihallinnollinen yhteistyö nykyisellään näyttäytyvät kuntajohdossa strategisen päätöksenteon tasolla. Erityisesti voisi tarkastella, miten ja millaisin lopputuloksin kuntatasolla on pyritty osallistamaan yrityskentän ja järjestökentän erilaisia organisaatioita osaksi terveyden edistämisen poikkihallinnollista yhteistyötä.

LÄHTEET

- Baum, F., Ollila, E. & Peña, S. 2013. History of HiAP. Teoksessa Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. & Cooks, S. (toim.) Health in All policies – Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 32–33.
- Carey, G., Crammond, B. & Keast, R. 2014. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? BMC Public Health 14(1087), 1–11.
- Christensen, T. & Laegreid, P. 2007. The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. Public Administration Review 67(6), 1059–1060.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 1, 34–35.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies, Stockholm. Strategy paper originally published in print form in September 1991. 11–13. Haettavissa: Dahlgren, G. & Whitehead, M. 2007. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Euroopan unionin neuvosto. 2006. Neuvoston päätelmät Terveystä kaikissa politiikoissa (HiAP) – Yhteenveto asian käsittelystä. Brysseli. 1–8. Viitattu 25.10.2019. Haettavissa <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=FI&f=ST%2016167%202006%20INIT>
- Government of South Australia & Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). The Global Status Report on Health in All Policies. Adelaide: Government of South Australia, 7–9, 58–63. Haettavissa <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/1d798e50-b461-4f0b-a798-b5d27977b7f6/HiAP+Global+Status+Report+-+final+%28single+pages%29.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-1d798e50-b461-4f0b-a798-b5d27977b7f6-mSKfTCY>
- Greer, S.L. & Lillvis, D.F. 2014. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. Health Policy 116(2014), 12–17.
- Kickbusch, I. 2010. Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. Teoksessa Kickbusch, I. & Buckett, K. (toim.) Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. The Department of Health, Government of South Australia, 20–21.
- Kickbusch, I. & Buckett, K. 2010. Health in All Policies: the evolution. Teoksessa Kickbusch, I. & Buckett, K. (toim.) Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. The Department of Health, Government of South Australia. 4–5.
- Kickbusch, I., Lin, V. & Baer, B. 2017. Conclusions: an agenda for transformation. Teoksessa Lin, V. & Kickbusch, I. (toim.) Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world. Government of South Australia & World Health Organization. Adelaide: Government of South Australia. 178, 182.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1/2008. Helsinki, 116, 121–122.

- Koivusalo, M., Labonte, R., Wibulpolprasert, S. & Kanchanachitra, C. 2013. Globalization and national policy space for health and a HiAP approach. Teoksessa Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. & Cooks, S. (toim.) Health in All policies – Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 97.
- Kuukka, K. 2019. Luonnon hyvinvointi, ihmisen terveys: Ekososiaalinen näkökulma terveyden edistämiseen. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. 21–22, 43–44. Haettavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105733/1558009272.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lin, V., Kickbusch, I. & Baer, B. 2017. Health in All Policies: Introduction. Teoksessa Lin, V. & Kickbusch, I. (toim.) Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world. Government of South Australia & World Health Organization. Adelaide: Government of South Australia. 2, 5–7.
- Melkas, T. 2013a. Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP). Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L., & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 187–199.
- Melkas, T. 2013b. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. Yhteiskuntapolitiikka 78 (2), 181–196.
- Molnar, A., Rehany, E., O'Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A. & Shankardass, K. 2016. Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. PLoS One 11(2), 1–19. Haettavissa <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147003>
- Niemi, V-M. & Korhonen, P. 2019. Mitä on hyvinvointitalous ja miksi siitä pitää puhua? Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut, faktalehti. Viitattu 12.10.2019. Haettavissa https://stm.fi/documents/1271139/14654750/Faktalehti_Hyvinvointitalous.pdf/dd64695d-c7e4-ffde-296d-ab51ef1e67c4/Faktalehti_Hyvinvointitalous.pdf
- Oikeusministeriö. n.d. Vaikutusten arviointi. Viitattu 22.11.2019. Haettavissa <https://oikeusministerio.fi/vaikutusten-arviointi>
- Ollila, E., Baum, F. & Peña, S. 2013. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. Teoksessa Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. & Cooks, S. (toim.) Health in All policies – Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 3–7.
- Ollila, E., Lahtinen, E., Melkas, T., Wismar, M., Ståhl, T. & Leppo, K. 2006. Towards a healthier future. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.) Health in All Policies – Prospects and Potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health & European Observatory on Health Systems and Policies, 269, 271.
- Palosuo, H. & Lahelma, E. 2013. Terveystalouden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 39. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104409>
- Pinto, A.D., Molnar, A., Shankardass, K., O'Campo, P.J. & Bayoumi, A.M. 2015. Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia. BMC Public Health 15(171), 1–9.

- Rotko, T. & Kauppinen, T. 2016. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi-julkaisusarja 8/2016. Helsinki, 3–4, 20–21, 30, 33, 37. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/TY%c3%962016_8_Terveys%202015_WEB_korjattu%20ja%20linkitetty_6.4.16%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rotko, T., Mustonen, N. & Kauppinen, T. 2013. Eriarvoisuuden vähentäminen kaikissa politiikoissa – kokemuksia ministeriökierrokselta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi-julkaisusarja 32/2013. Helsinki, 8. <https://www.julkari.fi/handle/10024/110664>
- Shankardass, K., Muntaner, C., Kokkinen, L., Vahid Shahidi, F., Freiler, A., Oneka, G., Bayoumi, A.M. & O'Campo, P. 2018. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Research Policy and Systems* 16(26), 1–10.
- Shankardass, K., Rehany, E., Muntaner, C. & O'Campo, P. 2015. Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy and Planning* 30(4), 462–463, 469.
- Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo, M. 2006. Principles and challenges of Health in All Policies. Teoksessa Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (toim.) *Health in All Policies – Prospects and Potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health & European Observatory on Health Systems and Policies, 3–6, 10–11.
- Sopimus Euroopan unionista 1992/168/EU. Viitattu 29.10.2019. Haettavissa <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex:12016E168>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/2001. Helsinki, 3–4. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70092/terveys2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suomen perustuslaki 731/1999. Viitattu 9.11.2019. Haettavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki%20731#L2P19>
- Ståhl, T. 2018. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation – the Finnish experience. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(20), 38–46.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. HYTE-kerroin – kannustin kunnille. Viitattu 6.12.2019. Haettavissa <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyte-kerroin-kannustin-kunnille>
- Terveidenhuoltolaki 1326/2010 Viitattu 9.11.2019. Haettavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>
- World Health Organization (WHO). 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Viitattu 28.9.2019. Haettavissa http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO). 1978. Declaration of Alma-Ata. Paper presented at the International Conference on Primary Health Care. September 6–12.9.1978. Alma-Ata, USSR. Viitattu 28.9.2019. Haettavissa http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1

- World Health Organization (WHO). 1991. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Paper presented at the 3rd International Conference on Health Promotion. June 9–15.1991. Sundsvall, Sweden. Geneva: World Health Organization, 1–6.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59965/WHO_HED_92.1.pdf;jsessionid=B448BF21D28F5030F38BE1C01FE2C506?sequence=1
- World Health Organization (WHO). 1997. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Paper presented at the 4th International Conference on Health Promotion. July 21–25.7.1997. Jakarta, Republic of Indonesia. Geneva: World Health Organization, 3–6.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63698/WHO_HPR_HEP_4ICHP_BR_97.4_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (WHO). 2010. Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Paper presented at the Health in All Policies International Meeting. April 13–15.4.2010. Adelaide, South Australia. Geneva: World Health Organization. 1–4.
https://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
- World Health Organization (WHO). 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Paper presented at the World Conference on Social Determinants of Health. October 19–21.10.2011. Rio de Janeiro, Brazil. World Health Organization, 1–7.
https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO) & Finnish Ministry of Social Affairs and Health. 2014. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Paper presented at the 8th Global Conference on Health Promotion. June 10–14.6.2013. Helsinki, Finland. Geneva: World Health Organization, 1–2, 7–10.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (WHO). 2019. The determinants of health. Viitattu 12.10.2019. Haettavissa <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>