

”HELSINKI ON HYVÄÄ ELÄMÄÄ VARTEN”

Terveyden eriarvoisuus Helsingin kaupunkistrategiassa

Tua Tapper

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2019

TIIVISTELMÄ

Tapper, T. 2018. ”Helsinki on hyvää elämää varten”: Terveyden eriarvoisuus Helsingin kaupunkistrategiassa. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 49 s., (4 liitettä).

Terveyden eriarvoistuminen on ollut esillä julkisessa keskustelussa ja poliittisella agendalla viime vuosina. Terveysterot ovat jopa hyvinvointivaltiossa Suomessa kasvaneet 2000-luvulla ja terveyserot väestöryhmien välillä ovat merkittäviä. Perhetausta vaikuttaa yhä voimakkaasti koulutukseen ja köyhyysriskiin, jotka puolestaan ovat merkittäviä terveyden eriarvoisuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Tässä Pro Gradussa tarkastelen terveyden eriarvoisuutta Helsingin kaupunkistrategiassa. Kaupunkistrategia on vuonna 2017 voimaan tulleen uuden kuntalain määräämä kaupungin toimintaa ohjaava asiakirja. Maailman toimivin kaupunki - Kaupunkistrategia 2017 – 2021 on valmisteltu ja otettu käyttöön Jan Vapaavuoren pormestarikaudella syksyllä 2017. Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä strategiasta nousevien diskurssien mahdollisuuksista vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuu Ottawan julistuksen (1986) terveyden edellytyksiin sekä terveyserojen sosiaalisiin determinantteihin (Graham 2004; Sihto 2016).

Tutkimusmenetelmänä käytän teemoittelua sekä diskurssianalyysiä. Tarkastelen Helsingin kaupunkistrategiaa nostamalla ensin esiin siinä toistuvia teemoja. Aineistosta muodostui kuusi teemaa: infrastruktuuri, varhaiskasvatus ja koulutus, osallisuus ja työ, sosiaalipolitiikka, hyvinvointi ja terveys sekä tasa-arvo. Kussakin teemassa on 2-3 alateemaa. Teemoista muodostuvat terveyden eriarvoisuuden diskurssit, joissa kaupunkistrategia käsittelee terveyden eriarvoisuutta. Diskurssit olen nimennyt seuraavasti: 1) toimiva kaupunki, 2) vaikuttavin paikka oppia sekä 3) hyvä elämä. Lisäksi tarkastelen kaupungin subjektipositioita eli toimijuuksia terveyden eriarvoisuudesta puhuessaan. Tutkimuksen perusteella aineistosta muodostuneet Helsingin kaupungin subjektipositiot ovat: 1) mahdollistaja, 2) kumppani ja 3) terveyden edistäjä.

Johtopäätöksenä näyttää siltä, että kaupunkistrategia voi parhaimmillaan toimia terveyden eriarvoisuutta vähentävien toimien toteuttamista edesauttavana asiakirjana, kun se aidosti ohjaa kaupungin toimintaa eikä jää tekstin tasolle. Lisää laajempaa kansallista ja kansainvälistä tutkimustietoa tarvitaan kuitenkin edelleen tehokkaimpien terveyden eriarvoisuutta vähentävien strategialinjausten selvittämiseksi ja implementoimiseksi sekä näiden linjausten vaikutuksista terveyden eriarvoisuuteen.

Asiasanat: Terveyden eriarvoisuus, terveyserot, sosioekonomiset terveyserot, terveyden sosiaaliset määrittäjät, kaupunkistrategia

ABSTRACT

Tapper, T. 2018. "Helsinki is for a good life": Discourses of health inequities in Helsinki City Strategy. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 49 pp. 4 appendices.

Health inequities have been recently a common issue in public discussion and politics. Even in Finland which has been considered to be a welfare state, health inequities have risen in 2000s and differences in health between population are significant. Family background has an impact on educational level and the risk of poverty.

In this paper, I study health inequities in Helsinki City Strategy which is a statutory document guiding city operations by the Local Government Act. I also study in which subject positions Helsinki exists, when talking about health inequities. The Most Functional City in the World – Helsinki City Strategy sets the outlines for the city of Helsinki decision making in the years 2017–2021.

Research methods used in this master's thesis are thematic analysis and discourse analysis. The theory basis in my study is not only social determinants of health but also social determinants of health inequities. In this study, I did a systematic search for studies to find out the newest research on strategy based reducing of health disparities in cities.

First, as a result, six themes were found in the Helsinki City Strategy. Themes are: infrastructure, child care and education, participation and work, social politics, health and well-being and equality. Three discourses of health inequity and three different subject positions were also found in the Helsinki City Strategy. The discourses are: 1) Functional City, 2) The most impactful place for learning and 3) A good life. These discourses were developed from six different themes laid down in the City Strategy. The themes are based on health prerequisites in the Ottawa Charter for Health Promotion. Subject positions of Helsinki in the findings are 1) an enabler 2) a partner and 3) a health promoter.

As a conclusion, it seems that at best, a City Strategy can be a document to set guidelines to reduce health inequalities. Further research is needed to find the most effective ways to affect health inequalities by city strategies.

Key words: Health inequalities, Social Determinants of Health, health disparities, City Strategy

KÄYTETYT LYHENTEET

HIA	Health Impact Assessment (terveysvaikutusten arviointi, TVA)
HiAP	Health in All Policies (terveys kaikissa politiikoissa)
NEET	Not in Employment, Education or Training
SDH	Social Determinants of Health (terveyden sosiaaliset määrittäjät)
SES	Socio Economic Status (sosioekonominen asema)
WHO	Maailman terveysjärjestö

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 TERVEYDEN ERIARVOISUUS	3
2.1 Terveyden edellytykset.....	3
2.2 Sosioekonomiset terveyserot	3
2.3 Sosiaalis-rakenteelliset lähtökohdat terveyseroissa.....	5
2.4 Terveyserot kaupungeissa.....	8
3 STRATEGIA TOIMINTAA OHJAAVANA ASIAKIRJANA	13
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
5.1 Aineiston valinta.....	17
5.2 Aineiston analyysimenetelmät.....	17
5.3 Analyysin kulku.....	18
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	21
6.1 Eriarvoisuutta käsittelevät teemat Helsingin kaupunkistrategiassa.....	21
6.2 Terveyden eriarvoisuuden diskurssit Helsingin kaupunkistrategiassa	23
6.2.1 Toimiva kaupunki -diskurssissa panostetaan infrastruktuuriin	24
6.2.2 Vaikuttavin paikka oppia -diskurssissa investoidaan koulutukseen.....	25
6.2.3 Hyvä elämä -diskurssissa luodaan inhimillistä sosiaalipolitiikka.....	28
6.3 Helsingin kaupungin subjektipositiot terveyden eriarvoisuuden diskursseissa.....	29
6.3.1 Kumppanin subjektipositiossa korostuu turvallisuus ja yhteistyö.....	30
6.3.2 Mahdollistajan subjektipositiossa rahoitetaan palveluja	31

6.3.3 Terveyden edistäjän subjektiossa lisätään liikuntaa	32
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
7.1 Tulosten pohdintaa	34
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	38
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	40
LÄHTEET	43
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveyden eriarvoisuus on todettu ja tunnistettu uhkatekijä niin fyysiselle, psyykkiselle, sosiaaliselle kuin taloudellisellekin hyvinvoinnille yhteiskunnassa ja kaupungeissa. Tämä näkyy paitsi Sipilän hallituksen asettaman eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportissa (2018), myös muun muassa uutisissa, erilaisissa ohjelmissa sekä tutkimuksissa (mm. Parikka & Kestilä 2018; Marmot 2017), joissa tarkastellaan terveyseroja.

Uusi kuntalaki määrää kaupunkistrategian käytöstä kaupunkien toimintaa ohjaavana asiakirjana. Kaupunkiorganisaation strategia on Pällin (2009) mukaan myös merkittävä sosiaalipoliittinen toimintaohjelma, jossa viitataan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen. Tätä tutkimusta varten tein systemaattisen tiedonhaun tarkoitukseni löytää tutkimustieto, jossa strategioita on hyödynnetty kaupungin terveyserojen kaventamisena. Tiedonhaku on kuvattu liitteessä 1 ja siinä löydetty tutkimukset on koottu tutkimustaulukkoon (liite 2). Tämä tiedonhaku lisäsi aiempaa käsitystäni siitä, että aineistoa ei ole kovin paljon saatavilla.

Helsingin kaupunki pyrkii kaupunkistrategiassaan huomioimaan terveyden eriarvoistumiskehityksen ja ehkäisemään eri tasoilla tapahtuvaa polarisaatiokehitystä ja näin luomaan hyvän elämän mahdollisuuksia kaupunkilaisille. Helsingin kaupunkistrategiassa huomioidaan terveyden eriarvoisuuden vaikutukset niin kaupunkirakenteeseen ja kaupunginosiin kuin talouteen sekä yksilön terveyteen ja elämänlaatuun.

Tämä Pro Gradu tarkastelee terveyden eriarvoisuutta teemoittelun ja diskurssianalyysin keinoin. Kaupunkistrategian tekstuaalisessa tarkastelussa muodostetut teemat sisältävät poliittisessa käsittelyssä muodostettuja näkemyksiä kaupungin linjauksista ja heijastavat kaupunginvaltuuston luomaa arvomaailmaa. Tulkinallisella tasolla teemat muodostavat aineistosta terveyden eriarvoisuuden diskursseja eli puhetapoja, joita tarkastelen. Lisäksi kiinnitän huomiota siihen, millaisia terveyden eriarvoisuutta kaventavia toimia niissä esitellään

sosiaalis-rakenteellisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta. Tutkin myös, millaisia subjektipositioita eli toimijuuksia kaupungilla on terveyden eriarvoisuudesta puhuessaan.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä kaupunkistrategian mahdollisuuksista vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen. Tutkimukseni kuuluu terveystieteiden tutkimusalaan, mutta se on läheinen myös mm. yhteiskuntapolitiikan, sosiaalepidemiologian, terveyssosiologian ja kaupunkimaantieteen kanssa. Strategian tarkastelun osalta tutkimus on lähellä myös terveyshallintotieteiden tutkimuskenttää.

2 TERVEYDEN ERIARVOISUUS

2.1 Terveyden edellytykset

Terveyden ja hyvinvoinnin määritelmiä on lukuisia erilaisia. Terveyttä voidaan tarkastella monista eri näkökulmista ja jakaa erilaisiin kategorioihin. Käytän tässä työssä Ottawan julistuksen (1986) terveyden edellytyksiä kuvaamaan terveyden vaatimuksia, koska niiden voi sanoa olevan perustana lähes kaikille tulkinnoille terveydestä.

Maailman terveysjärjestön Ottawan julistuksen (1986) mukaan terveys edellyttää rauhaa, suojaa, koulutusta ja sosiaaliturvaa. Myös ihmissuhteet, ruoka, tulot, naisten yhteiskunnallisen aseman parantuminen ovat terveyden edellytyksiä. Lisäksi terveys edellyttää julistuksen mukaan tasapainoista ekosysteemiä, voimavarojen kestäväää käyttöä, sosiaalista oikeudenmukaisuus, ihmisoikeuksien kunnioitusta ja tasa-arvoa (Ottawan julistus 1986). Ottawan julistus (1986) kiteyttää terveyden edellytykset toteamalla, että köyhyys on suurin uhka terveydelle.

Ottawan julistusta (1986) voidaan pitää lähtökohtana yksilökeskeisyydestä terveyden rakenteellisiin määrittäjiin siirtymisessä, kun väestön terveyttä pyritään edistämään (Sihto, 2013). Suomalaisessa viitekehyksessä näitä pohditaan tarkemmin luvussa 2.3, jossa tarkastellaan sosiaalis-rakenteellisia lähtökohtia terveyseroissa, joka tarkoittaa niitä rakenteita jotka luovat sosioekonomisia terveyseroja yhteiskunnassamme. Sitä ennen kuitenkin selvitän seuraavaksi sosioekonomisten terveyserojen käsitettä.

2.2 Sosioekonomiset terveyserot

Terveyseroilla tarkoitan tässä työssä sosioekonomisesta asemasta johtuvia eroja terveydessä. Sosioekonominen asema (socioeconomic status, SES) tarkoittaa yksilön taloudellisen ja sosiaalisen aseman yhdistelmää (Winters-Miner & Miner 2015). Ihmiset, joilla on korkeampi

sosioekonominen asema, elävät pidempään, elävät terveempinä ja työkykyisempinä kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset (Demakakos ym. 2009).

Marmotin (2017) mukaan ensinnäkin lapsuuden varhaisvuosien kehitys ja koulutus vaikuttavat koko loppuelämään ja ovat näin tärkeässä osassa terveyserojen kehittymisessä. Thornton ym. (2016) päätyivät katsauksessaan siihen, että erityisesti lapsiin ja perheisiin kohdistuvat interventiot tuovat vaikuttavimpia tuloksia. Toiseksi Marmot (2017) toteaa, että käyttäytyminen kuten huumeiden ja alkoholin käyttö, tupakointi, ruokavalio ja liikunnan harrastaminen vaikuttavat terveyteen. Kolmanneksi stressin vaikutus fyysisiin sairauksiin on ratkaiseva (Marmot 2017). Neljäs seuraus sosiaalisesta huono-osaisuudesta ovat Marmotin (2017) mukaan mielenterveyden ongelmat. Kanadassa terveyden sosiaalisten determinanttien diskurssien tutkimuksessa (Raphael 2011) todetaan, että terveyden sosiaalisiin determinantteihin ei kohdisteta riittävästi julkisten sektoreiden ponnisteluja, koska valtiolliset tavoitteet ovat enemmän markkinasuuntautuneita.

Sihto (2017) toteaa, että terveyden edistämisessä ja koko terveystaloudessa tulisi huomioida paitsi terveydellinen huono-osaisuus myös gradientti. Terveydellinen huono-osaisuus tarkoittaa vältettävissä olevaa terveyden eriarvoisuutta ihmisten tai yhteiskuntien välillä (WHO 2018b). WHO:n (2018b) mukaan gradientti tarkoittaa sitä, että köyhimmistä köyhimmillä, kautta koko maailman, on heikoin terveys – mitä heikompi sosioekonominen asema, sitä huonompi terveys.

Väestön terveyden (ja terveyserojen) osoittimena käytetään monesti elinajanodotetta (Palosuo ym. 2016). Therbornin (2014, 154) mukaan pohjoismaiset hyvinvointivaltiot eivät ole kyenneet poistamaan luokkaperusteista elämänehtojen eriarvoisuutta kovin hyvin. Euroopan kasvaneesta terveyden eriarvoisuudesta ovat esittäneet tutkimustuloksia myös Mackenbach ym. (2014). Kuolleisuuserot lisääntyivät suhteellisesti eniten 1990-luvulta 2000-luvulle Pohjois-Euroopassa, Länsi-Euroopassa sekä Itä-Euroopassa, mutta eivät Etelä-Euroopassa. Alemman koulutustason kuolleisuutta lisää tupakointi, joka lisää kuolleisuutta keuhkosityöpään naisilla sekä alkoholinkäyttö, joka lisää kuolleisuutta maksakirroosiin ja ulkoisiin syihin (Mackenbach ym. 2014). Ulkoisilla syillä tarkoitetaan mm. tapaturmia, myrkytyksiä ja itsemurhia (Jousilahti ym. 2017).

2.3 Sosiaalis-rakenteelliset lähtökohdat terveyseroissa

Sosiaalis-rakenteelliset lähtökohdat terveyden edistämässä tarkoittavat ympäristöllisiä tekijöitä sekä olosuhteita, jotka luovat sosioekonomisia terveyseroja (Sihto, 2017). McCartney ym. (2014) selittävät rakenteellisia lähtökohtia teoreettiselta kannalta niin, ettei ongelmien aiheuttajat ole heikompiosaiset itse. Eriarvoisuuteen liittyvät ongelmat ovat seurausta hyväosaisten ja valtaapitävien toimista, jotka vaikuttavat rakenteisiin ja McCartneyn ym. (2014) mukaan kyse voi viimekädessä olla jopa ongelmien kieltämisestä.

Terveyseroja selittää voimakkaasti koulutustaso (mm. Melkas 2013a; Zimmerman 2014). Ne aikuiset, joilla on korkeampi koulutus käyttäytyvät terveyden kannalta edullisemmin eli eivät tupakoi, käytä alkoholia sekä harrastavat liikuntaa ja syövät terveellisesti kuin alemman koulutustason aikuiset (Zimmerman 2014). Tässä kontekstissa suomalainen, julkinen koululaitos ja terveystieto-oppiaine, eroaa kuitenkin useista maista, joissa ei anneta lainkaan terveystiedon opetusta (Raphael ym. 2014), luoden tasa-arvoa terveyteen. Toisaalta taas muualla maailmalla epätyypillinen työterveyshuolto ja yliopistossa opiskelevien eri tavoin organisoidut terveyspalvelut luovat terveyden eriarvoisuutta (Melkas, 2013a).

Perinteisiä asetelmia terveyden edistämisen politiikkaohjelmissa ovat olleet huomion kiinnittäminen alempiin sosioekonomisiin ryhmiin ja riskiryhmiin. Ehkäisevillä toimilla sekä yksilölliseen käyttäytymiseen vaikuttamalla (Sihto 2016) on pyritty kaventamaan terveyseroja, eikä sosioekonomisten terveyserojen juurisyihin ole puututtu. Kuitenkin Cooper ym. (2015) mukaan kaikkein tehokkaimmat tulokset saadaan, kun käytetään sekä yksilöön, että makrotasoon kohdistuvia keinoja. Makrotasolla tarkoitetaan tässä juuri tutkimusta, ohjelmia ja politiikkatoimia (Cooper ym. 2015). Vallalla oleva uusliberalistinen elämäntyyliin ja valinnanvapauden perustuva politiikka on Palosuon (2016) mukaan korvannut sosioekonomisten erojen kaventamisen politiikan toimilla, jotka perustuvat taloudelliseen kasvuun ja työllisyyden nostamiseen. Ohisalo (2017) varoittaa kasautumisefektistä, kun erilaisten politiikkatoimien vaikutukset koskevat yhä useammin samoja huono-osaisimpia ihmisryhmiä.

Sosiaalis-rakenteellisiin terveyseroihin puuttuminen tarkoittaa Sihdon (2016) mukaan toimenpiteitä, jotka ovat erilaisia eri sosiaaliryhmille. Tällaisia keinoja ovat politiikat, joilla voidaan:

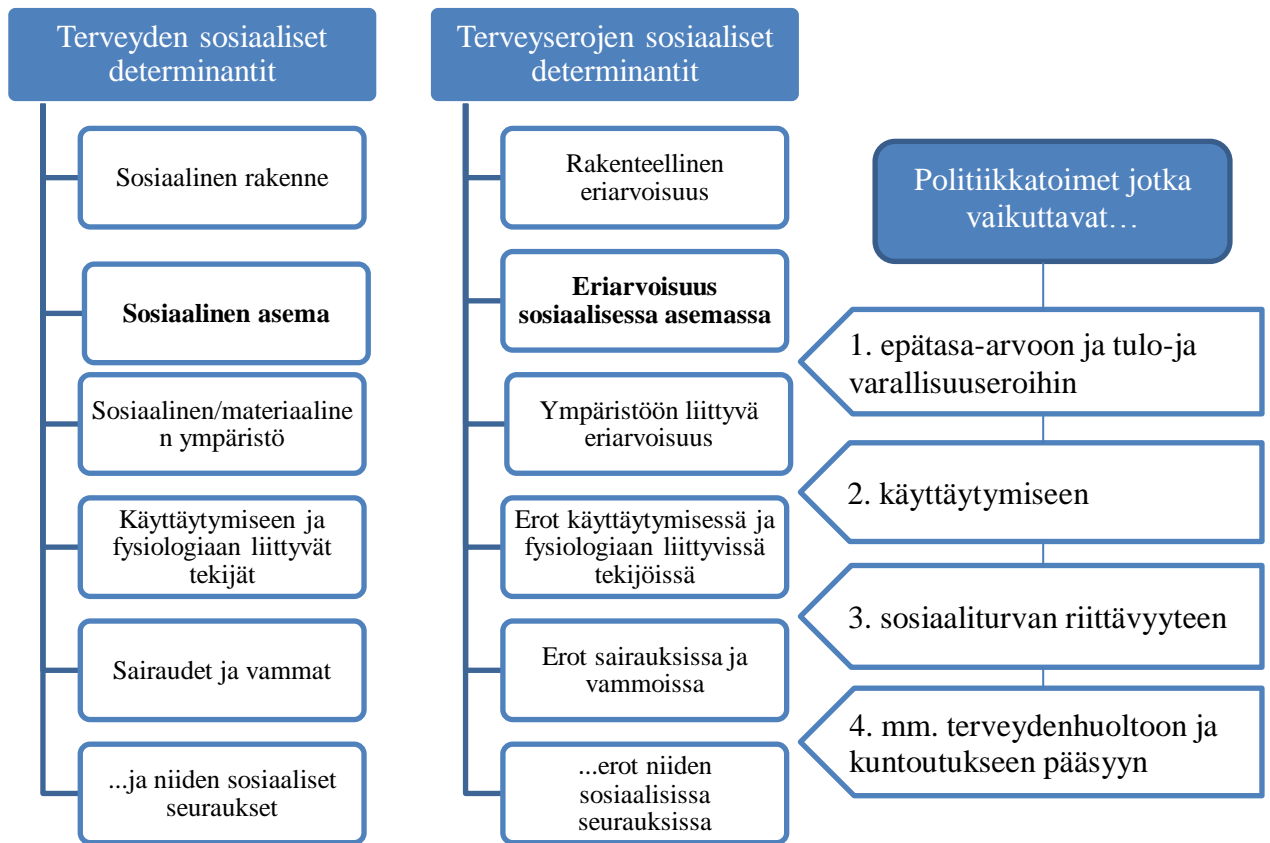
1) vähentää epätasa-arvoa ja jakautumisen vaikutusta, kuten esimerkiksi tulo- ja varallisuuseroja

2) vähentää huono-osaisten ryhmien altistumista terveyttä vahingoittaville tekijöille käyttäytymistä ohjaavilla politiikoilla, kuten tupakka- ja alkoholipolitiikka,

3) vähentää huonompiosaisten ryhmien haavoittuvuutta varmistamalla sosiaaliturvan riittävyys sekä

4) vähentää sairaudesta johtuvia epäedullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seurauksia eli varmistamalla esimerkiksi terveydenhuollon saavutettavuus ja kuntoutukseen pääsy (Sihto 2016).

Sihto (2016) toteaa, että terveyteen vaikuttavat tekijät ovat epätasa-arvoisesti jakautuneet, eivätkä samat keinot niihin vaikuttamiseksi sovellu kaikille, koska heikomman sosiaalisen aseman ryhmät elävät vähemmän suotuisissa oloissa kuin paremmassa asemassa oleva. Siksi näillä ryhmillä on enemmän terveydelle haitallisia tapoja ja vähemmän terveyttä edistäviä toimia. Näistä syistä tulisi tehdä ero terveyden sosiaalisten determinanttien ja terveyseroja tuottavien determinanttien välillä (kuvio 1).



KUVIO 1. Terveiden ja terveyserojen sosiaaliset determinantit ja niihin vaikuttaminen politiikoilla (mukaillen Graham 2004, 101-124; Sihto 2016, 22)

Terveyserojen sosiaalis-rakenteellisiin kohdistuvien keinojen ensimmäisessä kohdassa puhutaan politiikkatoimista, jotka vähentävät epätasa-arvoa ja vaikuttavat tulo- ja varallisuuseroihin (Sihto 2016). Korkeampi koulutustaso auttaa saamaan mielekkäämmän ja paremmin palkatun työn (Zimmerman 2014) ja näin ollen parantaa tulotasoa. Helsingissä tällainen keino on mm. positiivisen diskriminaation määräraha, jossa lisätään taloudellisia resursseja kouluihin, joiden oppilaaksiottoalueella on matala koulutus- tai tulotaso sekä runsaasti maahanmuuttajataustaisia oppilaita (Silliman 2017, 1). Tasa-arvoa lisäävät myös erilaiset ympäristöä ja asumista koskevat politiikat. Esimerkiksi asumisolosuhteiden (Egan ym. 2016) tai viheralueiden (Porcherie ym. 2017) parantamisella on merkittäviä terveyden eriarvoisuutta vähentäviä vaikutuksia, jotka heijastuvat mielenterveyden ja fyysisen terveyden osoittimiin.

Toisessa kohdassa sosiaalis-rakenteellisiin terveyseroihin vaikutetaan käyttäytymistä ohjaavilla politiikkatoimilla (Sihto 2016). Tällaisia ovat esimerkiksi tupakka- ja alkoholipolitiikka, jotka ovat valtakunnan tasolla käyttäytymistä ohjaavia. Kuntatasolla tällaisia ovat esimerkiksi tupakoinnin lopettamisryhmät terveyskeskuksissa tai liikuntapalvelujen subventoinnit. Kunnan hyvinvointistrategiaan on Mäki-Oppaan (2016) mukaan aiheellista sisällyttää terveyttä edistävä liikunta.

Kolmannessa kohdassa sosiaalis-rakenteellisiin epäkohtiin vaikutetaan takaamalla riittävä sosiaaliturva (Sihto 2016). Sosiaaliturva vähentää huono-osaisten ryhmien haavoittuvuutta. Jutzin (2015) mukaan runsaskätinen sosiaalipolitiikka on positiivisessa yhteydessä väestön terveyteen ja vähentää terveyden eriarvoisuutta. Suomalaisessa (ja pohjoismaalaisessa) kontekstissa esimerkiksi toimeentulotuki ja sairausvakuutus ovat tällaisia keinoja. Tällaisia keinoja ovat kuntatasolla esimerkiksi varhaiskasvatukseen ja koulutukseen investoiminen. Thornton ym. (2016) katsauksen perusteella politiikkatoimien panostaminen varhaiseen lapsuuteen vaikuttamalla tuo mittavia taloudellisia hyötyjä yhteiskunnalle koko yksilön elinikää ajatellen.

Neljännessä kohdassa terveyserojen sosiaalisiin determinantteihin vaikutetaan epäedullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seurauksia vähentämällä, terveydenhuollon saavutettavuudella ja kuntoutukseen pääsyllä (Sihto 2016). Terveyskeskukseen pääseminen, terveyskeskusmaksut ja niiden aukioloajat ovat kuntatasolla tällaisia keinoja.

2.4 Terveyserot kaupungeissa

Suurkaupunkien tavallinen ongelma on eri alueiden väliset erot monissa asioissa, myös terveydessä. Alueilla, joilla ihmiset käyttäytyvät terveyden kannalta epäedullisesti, on Karvosen (2011) mukaan erilaisia, mm. rakenteellisia ominaisuuksia, jotka vaikeuttavat terveellisten valintojen tekemistä riippumatta ihmisten motivaatioista. Terveyden kannalta epäedullista käyttäytymistä ovat mm. tupakointi, liiallinen alkoholinkäyttö, fyysisen aktiivisuuden matala taso, ruokavalion epäterveellisyys (Syddal ym. 2015) sekä näiden lisäksi myös huumeiden käyttö (Marmot ym. 2014).

Terveyserot ilmenevät myös elintapojen polarisoitumisena. Borodulin ym. (2016) selittävät elintapojen polarisaation tarkoittavan sitä, että väestössä on aiempaa selvemmin havaittavissa jakautumista vähän tai paljon liikuntaa harrastaviin sekä erittäin epäterveellisesti tai terveellisesti syöviin. Terveyseroihin alueilla vaikuttavat sosioekologisen tutkimussuunnan mukaan yhteisön sisäiset tuloerot. Marmot (2017) toteaa, että mitä köyhempi asuinalue, sen huonompi terveys siellä asuvilla on. Naapurustovaikutuksen tutkimussuunta tutkii naapuruston eri piirteiden vaikutusta terveyteen (Karvonen, 2011). Aluevaikutuksen teoriassa eli epidemisessä teoriassa naapuruston vaikutus ilmenee Karvosen (2011) mukaan elintapojen ”tarttumisenä”.

Maailman terveysjärjestön Hidden cities (2010) raportissa todetaan, että erityisiä kaupunkiympäristön terveyden determinanteja muokkaavat monet tekijät useilla eri tasoilla. Tällaisia tekijöitä ovat globaalit trendit, kunta- ja valtakunnan tason hallinto, kansalaisyhteiskunta, rahoitusmarkkinat sekä yksityisen sektorin toiminta. Jokainen näistä tekijöistä voi joko tukea tai heikentää asukkaan terveyttä. Maailman terveysjärjestön Hidden cities (2010) raportin mukaan terveyserojen olemassaolosta löytyy todisteita jokaisesta kaupungista ja terveyden eriarvoisuuden vähentämisen tulisikin olla yksi keskeinen tavoite kaupunkien terveys- ja kehittämissuunnitelmissa. Terveysriskit näyttäytyvät kaupungeissa eirtarttuvina sairauksina, joita ovat WHO:n (2018) mukaan fyysinen inaktiivisuus ja lihavuus, ilmansaasteista johtuvat keuhkosairaudet, iskeemiset sydäntaudit ja syövät, sisäilmaongelmien aiheuttama astma, kuumudesta johtuvat sydänkohtaukset ja sairaudet. Myös tarttuvien tautien, kuten tuberkuloosin leviäminen on tavallista suurten väestömäärien kaupungeissa kansainvälisesti (WHO 2018). Tsouroksen (2013) mukaan terveys tulisi tunnistaa kaupungeissa keskeiseksi arvoksi ja kaupunkien tulisi sitoutua monimutkaiseen ja pitkään prosessiin terveyserojen kaventamiseksi.

Suomalainenkin eriarvoisuus on yleisen hyvinvoinnin lisääntymisestä johtuvaa, kun kaikki eivät pääse hyvään kehitykseen mukaan (Eriarvoisuutta tutkivan työryhmän loppuraportti 2017). Samaa ilmiötä kuvailee Jutz (2014), ja toteaa, että keskimääräisen terveydentilan parantuessa terveyden eriarvoisuus säilyy, vaikka kansallinen tulotaso nousee. Eriarvoisuutta tutkivan työryhmän loppuraportin (2017) mukaan merkkejä eriarvoisuudesta suomalaisessa yhteiskunnassa ovat toimeentulotukiasiakkuuksien pidentyminen, pysyvät väestöryhmien

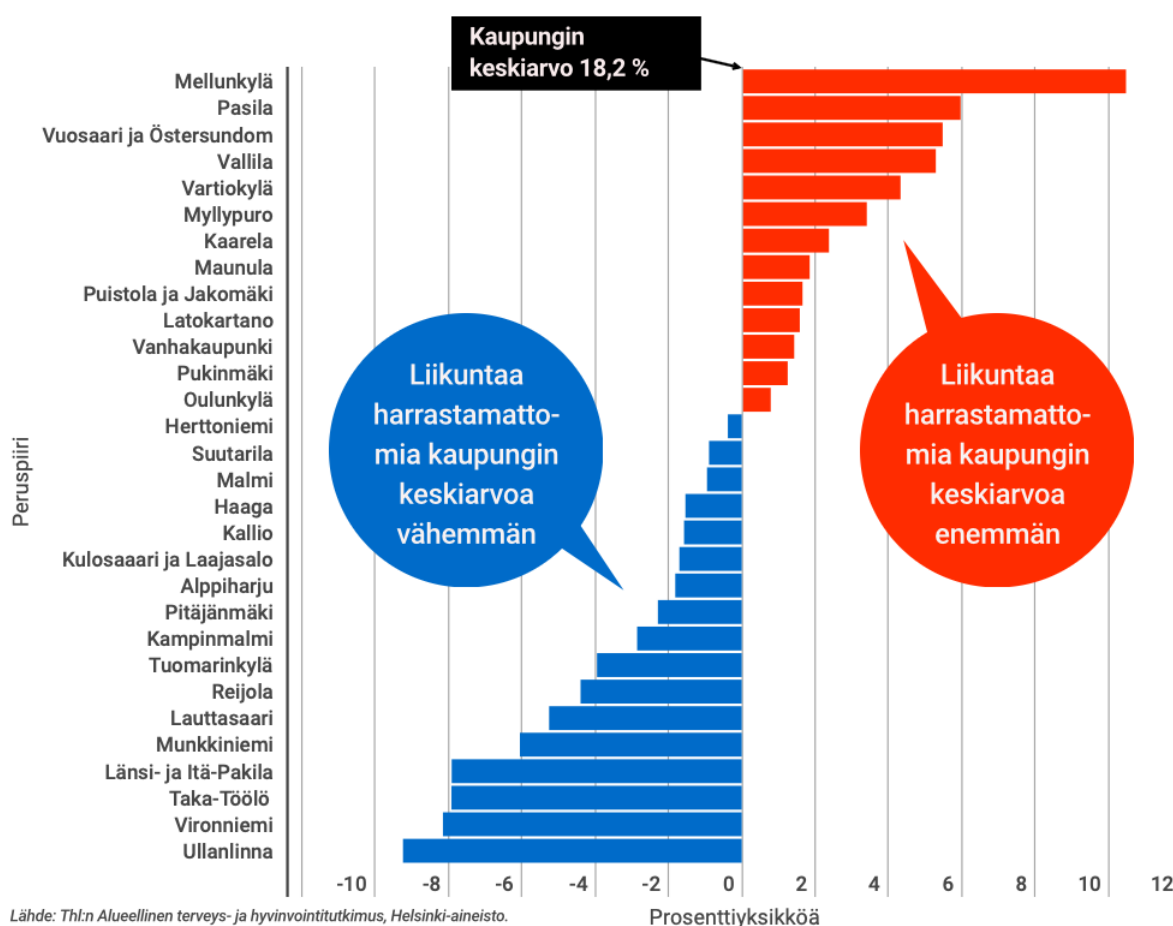
väliset terveyserot sekä korkea työttömyys. Eriarvoisuus näkyy myös äänestämässä ja poliittisessa osallistumisessa näkyvinä eroina, NEETtien (not in employed, education or training) osuudessa sekä ylivelkaantumisenä. NEETillä tarkoitetaan työelämän ja koulutuksen ulkopuolella olevia nuoria (Tilastokeskus 2018). Lisäksi eriarvoisuutta tutkivan työryhmän loppuraportti (2017) toteaa että kotoutumisen haasteet sekä alueellinen eriytyminen ovat myös merkkejä eriarvoistumiskehityksestä Suomessa.

Terveyserot Helsingissä. Terveydenhuoltolaissa sekä kuntalaissa määrätään väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja seurannasta kunnan tehtävänä (Kuntalaki 2015; Terveydenhuoltolaki 2010). Helsingin kaupungin toimialat raportoivat hyvinvoinnista ohjelmatasolla ja kaupunkitutkimuksen yksikkö tuottaa seurantatiedon (Hyvinvointi ja terveys 2018). Hyvinvoinnin kokonaiskuva on Helsingin kaupungin mukaan tällä hetkellä melko kaksijakoinen. Vaikka helsinkiläisten hyvinvointi ja terveys ovat valtakunnan tasolla vertailtuna hyvällä mallilla, hyvinvointi ei jakaudu tasaisesti (Hyvinvointi ja terveys 2018). Väestöryhmien väliset hyvinvointierot ovat suuria ja näkyvät hyvinvointi-indikaattoreiden alueellisina eroina (Hyvinvointi ja terveys 2018) sekä koulutusmuuttujan mukaan tarkasteltuna (Ahlgren-Leinvuo ym. 2017).

Helsingissä vähän koulutettujen sairastavuus erosi tarkastelujaksolla 2013-2015 korkeimmin koulutettujen sairastavuudesta kaikissa muissa sairauksissa paitsi syövässä ja aivohalvauksessa, sekä yli 75-vuotiaiden nivelrikossa (Mäki 2017a). Mäki (2017a) toteaa, että suurimmat suhteelliset erot sairastavuudessa ilmenivät kroonisen keuhkoputkentulehduksen ja keuhkolaajentuman ollessa kyseessä, joita vähiten koulutetut sairastivat lähes kolme kertaa enemmän kuin korkeimmin koulutetut. Keskitason koulutuksenkin saaneet sairastivat näitä sairauksia 50 prosenttia enemmän kuin korkeimmin koulutetut. Koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa Helsingissä olivat myös huomattavat niin ikään masennuksen, selkäsairauksien, diabeteksen ja korkean verenpaineen kyseessä ollessa (Mäki 2017a). Myös astma, nivelreuma, muut mielenterveys sairaudet sekä kohonnut kolesteroli olivat yleisempiä matalan koulutusryhmän väestöllä Helsingissä (Mäki 2017a).

Helsingiläiset liikkuvat Mäen (2017b), mukaan enemmän kuin suomalaiset keskimäärin: kun suomalaisista 20 – 55-vuotiaista 16 prosenttia harrasti suositusten mukaisesti kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoharjoittelua, niin helsinkiläisten vastaava osuus oli yli 20 prosenttia. Myös vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus on Helsingissä, erityisesti alle 75-vuotiaiden ikäryhmissä pienempi kuin muualla Suomessa (Mäki 2017b). Tästä huolimatta Helsingissä on myös runsaasti liikuntaa harrastamattomia ja liikunnan harrastaminen eroaa alueellisesti voimakkaasti: Ullanlinnan yhdeksästä prosentista Mellunkylän yli 28 prosenttiin (Mäki 2017b). Kuviossa 2 (Mäki 2018b) esitetään liikuntaa harrastamattomien osuus peruspiireittäin suhteessa kaupungin keskiarvoon.

Liikuntaa harrastamattomien ikävakioidun osuuden ero suhteessa kaupungin keskiarvoon peruspiireittäin 2013–2015



KUVIO 2. Liikuntaa harrastamattomien ikävakioidut osuudet Helsingissä (Mäki 2017b).

Kuviosta 2 nähdään, että esimerkiksi Mellunkylässä on yli 10 prosenttiyksikköä enemmän liikuntaa harrastamattomia kuin keskimäärin Helsingissä, kun taas Ullanlinnassa lähes 10 prosenttiyksikköä vähemmän (Mäki 2017b). Helsingin keskiarvoa yli viisi prosenttia enemmän liikuntaa harrastamattomia on myös Pasilassa, Vuosaassa, Östersundomissa sekä Vallilassa (Mäki 2017b). Vähiten liikuntaa harrastamattomia asui Ullanlinnan ohessa Vironniemellä, Taka-Töölössä ja Pakilassa (Mäki 2017b).

3 STRATEGIA TOIMINTAA OHJAAVANA ASIAKIRJANA

Strategia juontaa käsitteenä juurensa kreikan kielen sanasta *stratégos*, joka yksinkertaistettuna kuvastaa taitoa johtaa sotaa (Pälli 2009). Lammintakanen ja Rissanen (2011, 42) toteavat, että organisaatio saa strategiasta suunnan, strategia kohdistaa ja yhtenäistää organisaation tekemistä sekä rakentaa organisaation identiteettiä. Strategioita laativat nykyään liikemaailman lisäksi organisaatiot kirkoista ja urheiluseuroista aina päiväkoteihin ja oppilaitoksiin (Pälli 2009). Pällin (2009) mukaan strategia keskustelea aiempien organisaation strategioiden kanssa mutta on myös vuorovaikutuksessa erilaisten keskustelujen kanssa, joita yhteiskunnassa ja yhteisöissä käydään.

Kuntalaki määrää kuntastrategiasta. Kuntalain 37 §:n mukaan jokaisessa kunnassa tulee hyväksyä kuntastrategia, jossa valtuusto päättää kunnan toiminnan ja talouden pitkän aikavälin tavoitteet. Tämä on kunnille uusi velvoite, joka on säädetty laissa (Sallinen & Vainionpää 2015). Kuntalain 37 §:n mukaan kuntastrategiassa tulee huomioida kunnan asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen, palveluiden järjestäminen ja tuottaminen, kunnan tehtäviä koskevissa laeissa säädetty palvelutavoitteet, omistajapolitiikka, henkilöstöpolitiikka, kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sekä elinympäristön ja alueen elinvoiman kehittäminen. Näin ollen strategia luo suuntaviivat myös terveyden edistämiseksi ja terveyden eriarvoisuuden kaventamiseksi. Uutta kuntalakia on sovellettu toimielimiä, päätöksentekoa ja hallintomenettelyä koskevin osin kesäkuusta 2017. Kunnan toiminnan poliittinen johtaminen korostaa valtuuston ja hallituksen strategista johtamista (Sallinen & Vainionpää 2015). Kuntalain 37 §:n mukaan kuntastrategian tulee perustua arvioon kunnan nykytilanteesta ja tulevista toimintaympäristön muutoksista sekä niiden vaikutuksista lakisääteisten tehtävien toteuttamiseen. Toteutumisen arviointi ja seuranta tulee niin ikään määritellä kuntastrategiassa.

Kuntastrategiassa luodaan Sallisen ja Vainionpään (2015) mukaan visio kunnan tulevaisuudesta ja määritellään toimintaa ohjaavat strategiset tavoitteet sen mukaan, mihin käytettävissä olevat resurssit on päätetty suunnata. Strategiseen johtamiseen sisältyy Lammintakanen ym. (2011, 42) mukaan strategian luominen ja toimeenpano. Strategisen johtamisen kautta pyritään

ennakoimaan ja tekemään omaa tulevaisuutta sekä lisäämään mahdollisuuksia selviytyä epävarmassa toimintaympäristössä (Sallinen ja Vainionpää 2015). Sallinen ja Vainionpää (2015) kuvailevat strategisesta johtamisesta tuttua, perinteistä SWOT-analyysiiä toimintaympäristön uhkiin varautumiseksi, mahdollisuuksiin tarttumiseksi, omien heikkouksien tunnistamiseksi ja vahvuuksien kehittämiseksi.

Aineistonhakuani strategioiden hyödyntämisestä kaupunkitasolla (liitteet 1 ja 2) tarkastellessa kävi ilmi, että Richmondin kaupunki on tarttunut terveyden edistämisen mahdollisuuteen strategialähtöisesti ja kirjannut ainoana tämän aineiston tutkimuksista strategiaansa terveyden edistämisen HiAPin avulla kaikessa kaupungin toiminnassa (Corburn 2014). HiAP eli Health in All Politics (terveys kaikissa politiikoissa) on terveyden edistämisen näkökulma, jossa terveydelliset vaikutukset huomioidaan systemaattisesti kaikkien eri sektorien päätöksenteossa. HiAP etsii eri politiikoille yhteisiä näkökulmia ja pyrkii välttämään terveydelle haitallisten päätösten tekemistä kansanterveyden edistämiseksi ja terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi (Ollila ym. 2013).

Terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi käytetyt strategiat kaupungeissa. Tekemäni systemaattisen tiedonhaun (liitteet 1 ja 2) perusteella näyttää siltä, että kaupunkistrategioita ei ole vielä järjestelmällisesti hyödynnetty terveyden eriarvoisuuden vähentämisessä kaupungeissa tai ainakaan tutkimusnäyttöä tästä ei ole. Jo mainitsemani Corburnin ym. (2014) tutkimus Richmondin kaupungista on tässä systemaattisessa haussa löytynyt esimerkki kaupungista, jossa strategia käsittää koko hallinnon ja toimialat kaupungissa. Strategioiden tarpeellisuus terveyserojen kaventamisen näkökulmasta alkaa kuitenkin vähitellen nousta esiin. Esimerkiksi Donkinin ym. (2017) maailmanlaajuisessa katsauksessa todetaan, että toimet terveyden sosiaalisia determinanteja kohtaan ova lisääntyneet ja ne näkyvät mm. terveys kaikissa politiikoissa (HiAP) -lähestymistavan lisääntyneenä käyttönä hallintojen lähestymistavoissa. Tsouros (2013), peräänkuuluttaakin laajaa yhteistyötä, poliittista sitoutuneisuutta, visiota ja strategiaa sekä institutionaalista muutosta kun kaupunki johtaa hyvinvointia ja terveyttä. Poliittinen sitoutuneisuus näkyy Tsourosen (2013), mukaan siten, että terveyttä pidetään arvokkaana arvona ja resurssina – myös ekonominen kasvun ja kehityksen voimavarana.

Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapaa on tarkasteltu Porcherien ym. (2017) tutkimuksessa, jossa eri kaupunkeja profiloitiin sen perusteella, kuinka niillä on HiAP käytössään viheralueiden suunnittelussa. Porcherie ym. (2017) toteavat menetelmän sopivan kuntatasolle, kun halutaan tarkastella terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Corburnin ym. (2014), tutkimuksen mukaan HiAPin käyttöönotto näkyy Richmondin kaupungissa hallinnon suunnittelussa, rahoituksessa sekä palvelupäätöksissä. Corburnin ym. (2014) mukaan HiAPin tuominen ei yksinään riitä kaupungin hallinnossa tehtäviin terveyttä edistäviin muutoksiin, mutta myötävaikuttaa niihin merkittävästi.

Health impact assesment (HIA) eli terveysvaikutusten arviointi (TVA) on osa Health in All Politics -periaatetta ja kuuluu sovellettavaksi kaikilla hallinnon aloilla (Melkas 2013b). Yksittäisiä politiikkaohjelmia eri toimialoilla onkin laadittu hyödyntäen HIA eli health impact assesment -lähestymistapaa. Terveysvaikutusten arviointi on eri politiikkojen ja toimien sekä päätöksenteon apuna käytettävä työväline, jossa eri vaihtoehtojen myönteiset sekä kielteiset vaikutukset väestön terveyteen arvioidaan etukäteen (Melkas 2013b). Cooper ym. (2015) suosittelevat HIAa rutiiniksi kaikkia politiikkatoimia arvioitaessa, lisäämään tietoisuutta terveysvaikutuksista ja tehokkaista strategioista sosiaalisen ja terveydellisen eriarvoisuuden poistamiseksi.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tarkastella Helsingin kaupunkistrategiasta nousevia terveyden eriarvoisuuden diskursseja eli puhetapoja sekä sosiaalis-rakenteellisiin terveyseroihin kohdistuvia keinoja, jotka vähentävät terveyden eriarvoisuutta. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia subjektipositioita eli toimijuuksia Helsingin kaupunki käyttää terveyden eriarvoisuudesta puhuessaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia terveyden eriarvoisuutta käsitteleviä teemoja Helsingin kaupunkistrategiassa on?
2. Millaisia terveyden eriarvoisuuden diskursseja eli puhetapoja Helsingin kaupunkistrategiasta muodostuu ja millaisia sosiaalis-rakenteellisiin terveyseroihin kohdistuvia keinoja niissä esitellään?
3. Millaisia subjektipositioita eli toimijuuksia Helsingin kaupungilla on terveyden eriarvoisuudesta puhuessaan?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineiston valinta

Helsingin kaupunkistrategia on ajankohtainen ja valtakunnankin tasolla keskusteluun osallistuva asiakirja sote- ja maakuntauudistuksen ollessa käynnissä ja eduskunnan käsiteltävänä. Suomessa kunnat laativat strategiset linjauksensa yleensä valtuustokauden ensimmäisen vuoden aikana (Krohn & Wilskman 2012). Helsingin kaupunkistrategia Maailman toimivin kaupunki (2017) on pormestari Jan Vapaavuoren ensimmäinen kaupunkistrategia. Strategia on 14-sivuinen ja se on nähtävillä ja tulostettavissa kaupungin internet-sivuilla (Kaupunkistrategia 2018). Maailman toimivin kaupunki – Helsingin kaupunkistrategia 2017-2021 koostuu neljästä osasta: 1) Maailman toimivin kaupunki, 2) Kestävän kasvun turvaaminen kaupungin keskeisin tehtävä, 3) Uudistuvat palvelut sekä 4) Vastuullinen taloudenpito hyvinvoivan kaupungin perusta (Maailman toimivin kaupunki 2017).

5.2 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimuksen tekstuaalisen tarkastelun analyysimenetelmä on teemoittelu. Teemoittelussa olen painottanut kunkin aihepiirin mukaisten asioiden tuomista esiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Tekstin tulkinnallisessa tarkastelussa olen käyttänyt diskurssianalyysiä. Diskurssianalyysi on väljä teoreettinen viitekehys, jolla voi olla erilaisia painopisteitä ja menetelmiä tutkimusongelmasta ja –asetelmasta riippuen. Diskurssianalyysin teoreettinen tausta on sosiaalisen konstruktionismin traditiossa (Jokinen ym. 2016; Yazdannik ym. 2017). Kaupungin strategia-asiakirjan ollessa tarkastelun kohteena, on syytä huomioida aineiston poliittinen luonne. Poliittisessa diskurssianalyysissä tarkastellaan poliittista valtaa poliittisen puheen välittämänä (Fairclough & Fairclough 2012, 17). Silverman (2014, 319) toteaa, että diskurssianalyttinen tutkimus kohdistetaan usein yhteiskunnallisiin aiheisiin, kuten siihen, miten eriarvoisuus ja alistussuhteet on tuotettu ja oikeutettu puheessa.

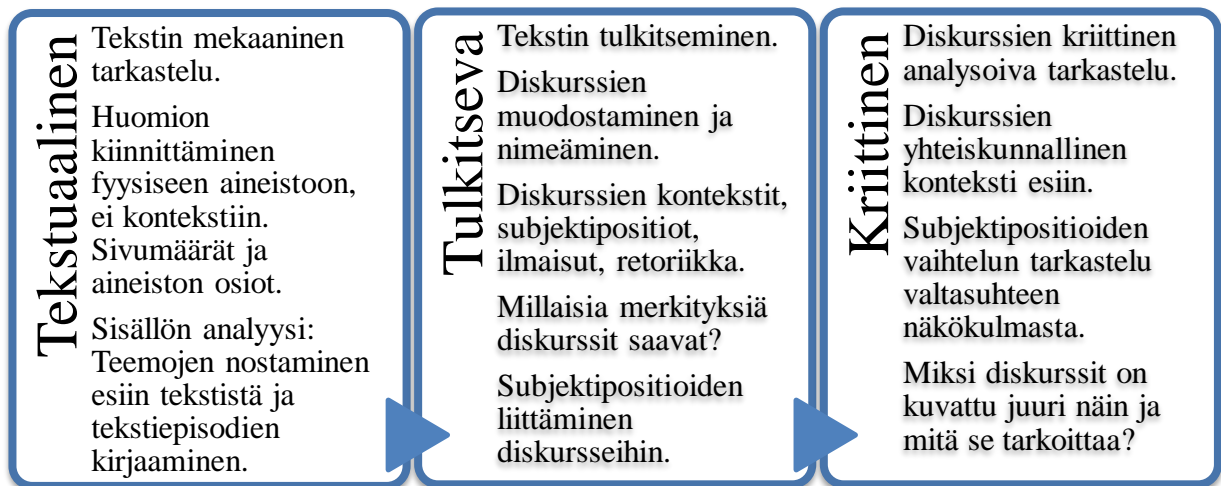
Terveysalan tutkimuksessa diskurssianalyysi on ollut toistaiseksi vähän käytetty tutkimusmenetelmä (Yazdannik ym. 2017). Diskurssianalyysi on ollut menetelmänä

esimerkiksi Perttilän ja Sinkkosen (1998) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin terveyden edistämispuhetta kuntien sanomalehdissä. Perttilän ja Sinkkosen (1998) tutkimuksessa terveyden edistäminen kuvattiin aineistossa useimmiten yksilön käyttäytymisenä, eikä terveydenhuollon roolia terveyden edistäjänä juuri mainittu. Raphael (2011) toteaa, että terveyden sosiaaliset determinantit tuntuvat olevan käsitteenä ristiriidassa valtiollisten lähestymistapojen kanssa, jotka ennemminkin supistavat hyvinvointivaltiota kuin tunnistavat terveyden sosiaalisia determinantteja ja niihin kohdistuvien toimien vaikutuksia. Tässä tutkimuksessa diskurssit ovat kaupunkistrategian välittämää poliittista, toimintaa ohjaavaa - ja minun tutkijan asemassa tulkitsemaani puhetta terveyden eriarvoisuudesta.

5.3 Analyysin kulku

Analyysi noudattaa hermeneuttista tutkimustraditiota ja on lähestymistavaltaan siten aineistolähtöinen. Aloitin aineistoon tutustumisen lukemalla Helsingin kaupunkistrategiaa useita kertoja. Lukemisen myötä aineistosta alkoi löytyä erilaisia terveyden eriarvoisuutta käsitteleviä teemoja, jotka toistuivat tekstissä.

Analyysi noudattaa kolmivaiheista prosessia, jossa tulkinta etenee tekstitasolta syventyen ensin tulkintaan ja sitten kriittiseen tarkasteluun (Kuvio 3). Näin ollen teemat muodostuivat aineiston tekstuaalisessa tarkastelussa. Tulkinnallisessa tarkastelussa muodostuivat diskurssit ja subjektipositiot, kun kriittinen tarkastelu puolestaan toteutui pääosin pohdinnassa ja johtopäätöksissä.



KUVIO 3. Analyysin kolmivaiheinen prosessi. (Mukaiillen Pynnönen 2013, 32).

Aineiston tekstuaalinen tarkastelu. Käytin aineiston jäsentämiseen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Ryhmittelin ja pilkoin aineistoa aihepiirien mukaisiksi teemoiksi ja alateemoiksi, jolloin niiden vertailu on mahdollista (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 93). Määrällistämistä olen käyttänyt kuvaamaan löytämieni terveyden eriarvoisuutta käsittelevien tekstiepisodiin lukumäärää. Aineistosta nousi esiin kuusi pääteemaa, joissa terveyden eriarvoisuutta käsitellään. Teemat jaoin vielä 2-3 alateemaan ja koodasin niihin kuuluvat alkuperäiset tekstiepisodit kuhunkin teemaan ja alateemaan sopiviksi. Teemat sisälsivät yhteensä 96 tekstiepisodia. Tekstiepisodit eivät välttämättä noudata kaupunkistrategian kappale- tai lausejakoa. Olen erottanut episodeja kokonaisuudesta, mikäli terveyden eriarvoisuuteen vaikuttava teema vaihtuu esimerkiksi kesken kappaleen.

Aineiston tulkitseva tarkastelu. Teemojen pohjalta kaupunkistrategiasta muodostui kolme diskurssia. Nimesin diskurssit aineistosta löytyvien ilmaisujen mukaan. Diskurssit muodostuivat teemojen ja alateemojen sisältöjen perusteella. Diskurssien nimet kokoavat tekstiepisodit, alateemat ja niitä määrittävät tekijät kuvaaviksi otsakkeiksi. Diskurssien tarkastelussa kiinnitin huomiota terveyden eriarvoisuuden ilmenemiseen ja sen parantamiseksi esitettyihin keinoihin erityisesti sosiaalis-rakenteellisesta lähtökohdasta tarkasteltuna. Myös subjektipositiot nousivat esiin tekstistä tulkitsevassa tarkastelussa. Subjektiposition käsitettä

voidaan käyttää kuvaamaan toimijan aseman vaihteluita diskursseissa (Jokinen ym. 2016). Subjektiposition käsitteen käyttäminen toimii Jokisen ym. (2016) mukaan hyvin analyysissä, jossa pohditaan valtasuhteita ja toimijan aseman vaihteluita. Helsingin kaupunginvaltuusto on ylin valtaa käyttävä elin Helsingissä, jonka poliittiset voimasuhteet vaihtuvat valtuustokausien mukaan ainakin osittain. Eräs vallan ja diskurssin keskinäisen suhteen tekijöistä on Pynnösen (2013) mukaan se, kuinka eri sosiaaliryhmät pystyvät osallistumaan diskurssiin, ja siten ilmenevään epätasa-arvoon.

Kriittinen tarkastelu. Olen tässä tutkimuksessa tarkastellut myös retoriikkaa, joita Helsingin kaupunkistrategiassa käytetään terveyden eriarvoisuutta käsittelevien teemojen yhteydessä. Retorinen näkökulma erittelee Perttilän (1999, 46) mukaan käsitteiden valitsemisen, perustelujen tekniikoiden sekä muiden kielellisten käytäntöjen vaikutusta ihmisten toimintaan ja yhteiskuntaa koskevaan tietoon. McCartney ym. (2013) toteavat myös, että terveyserojen kohdalla poliittinen retoriikka puhuu usein kulttuurin muutoksesta yleisesti, eikä esitä konkreettisia muutoksia vallan jakautumiseen, tuloihin ja yhteiskunnan sääntelyjärjestelmiin.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Eriarvoisuutta käsittelevät teemat Helsingin kaupunkistrategiassa

Aineiston tekstuaalisen tarkastelun perusteella muodostui 6 teemaa, joilla kullakin on kahdesta kolmeen alateemaa (kuvio 4). Teemat olen nimennyt seuraavasti: 1) Infrastruktuuuri, 2) Koulutus ja varhaiskasvatus, 3) Osallisuus ja työ 4) Sosiaalipolitiikka 5) Hyvinvointi ja terveys 6) Tasa-arvo. Näissä teemoihin heijastuvat Ottawan julistuksessa mainitut terveyden edellytykset. Teemojen sisällä käsitellään myös terveyden sosiaalis-rakenteellisiin eroihin kohdistuvia toimenpiteitä, joita käsitelen tarkemmin diskurssien yhteydessä. Teemat sekä tekstiepisodit olen koonnut liitteeseen 3. Olen merkinnyt diskurssin, johon tekstiepisodi kuuluu, jokaisen episodin perään (D1, D2 tai D3).



KUVIO 4. Teemat ja alateemat.

Infrastrukturi. Tämä teema käsittelee terveyden eriarvoisuuden kannalta olennaista kaupungin infrastruktuuria, jossa kehitetään ja järjestetään palveluita, korjataan palvelutiloja ja rakennetaan asuntoja. Lisäksi tämä teema keskittyy kaupungin toimivuuden kehittämiseen ja palvelujen saatavuuden parantamiseen. Infrastrukturi-teeman alateemoja ovat palvelut, rakennukset ja toimivuus.

Varhaiskasvatus ja koulutus. Teemassa pohditaan varhaiskasvatuksen aloittamisikää ja koulutuksen tasapuolisuutta mm. lähikoulujen merkitystä pohtimalla. Varhaiskasvatus ja koulutus -teeman alateemoja ovat koulutuksen laatu, koulutukseen inventoiminen sekä koulutuksen tasa-arvoisuus.

Osallisuus ja työ. Tämä teema jakautuu yhteisöllisyyden ja työllisyyden alateemoihin. Teemassa pohditaan työllistämisen parantamista ja tukikeinoja osallisuuden lisäämiseksi ja edistämiseksi.

Sosiaalipolitiikka. Tässä teemassa käsitellään eriarvoisuutta inhimillisyyden, syrjäytymisen ehkäisyn ja alueellisen eriytymisen ehkäisyn alateemoissa. Teema korostaa inhimillisyyttä ja suvaitsevaisuutta sekä rakenteellisella tasolla aluepolitiikkaa kaupunginosien eriytymisen ehkäisemiseksi.

Hyvinvointi ja terveys. Tämä pääteemaa koostuu elämänlaatu ja terveyden edistäminen -alateemoista. Teemassa korostuu liikunnan lisääminen hyvinvoinnin edistämiseksi.

Tasa-arvo. Teema jakautuu suvaitsevaisuus ja tasavertaisuus -alateemoihin. Tasa-arvoteman alateemoineen tavoitteena on tasa-arvoiset mahdollisuudet käyttää palveluita ja elää hyvää elämää sekä ylläpitää sosiaalista koheesiota.

6.2 Terveyden eriarvoisuuden diskurssit Helsingin kaupunkistrategiassa

Kaupunkistrategiasta nousseiden teemojen pohjalta muodostui kolme diskurssia, joissa terveyden eriarvoisuutta käsitellään. Olen nimennyt diskurssit seuraavasti: 1) Toimiva kaupunki, 2) Vaikuttavin paikka oppia sekä 3) Hyvä elämä.

Taulukossa 1 on esitetty diskurssit keskeisimpine määrittäjinään sekä niihin liittyvät suhteet teoriataustaan. Taulukkoon on koottu lisäksi kunkin diskurssin subjektipositiot, niissä käytetty retoriikka sekä suhde terveyserojen sosiaalisiin määrittäjiin (Sihto 2017).

TAULUKKO 1. Helsingin kaupunkistrategian terveyden eriarvoisuuden diskurssien suhteet

Diskurssit	Toimiva kaupunki	Vaikuttavin paikka oppia	Hyvä elämä
Ulottuvuudet			
Merkittävimmät teemat	Infrastrukturi Osallisuus ja työ	Varhaiskasvatus ja koulutus	Sosiaalipolitiikka Hyvinvointi ja terveys Tasa-arvo ja ihmissuhteet
Keskeisin määrittäjä	Toimivuus	Laadukkuus	Tasavertaisuus
Merkittävin subjektipositio	Kumppani	Mahdollistaja	Terveyden edistäjä
Retoriikka	Havainnollistaminen	Asiantuntijuus	Tiede Tunteisiin vetoaminen
Terveyserojen ” sosiaaliset määrittäjiin vaikuttavat keinot esim.	Terveydenhuollon saavutettavuus ja kuntoutukseen pääsy	Tulo- ja varallisuuserojen vähentäminen (koulutuksen kautta)	Käyttäytymistä ohjaavat politiikat, sosiaaliturvan riittävyys

Tutkimuksen tuloksena muodostui kolme diskurssia sekä kolme subjektipositiota, joiden suhteita toisiinsa sekä tutkimuksessa käyttämiini teoreettisiin viitekehyksiin olen seuraavassa tarkastellut. Olen koonnut nämä suhteet taulukkoon 1. Strategia on kirjoitettu kirjavasti ja diskurssit muodostuvat aineistosta hajanaisesti. Diskurssit ja subjektipositiot esiintyvät usein

limittäin, mutta terveyden eriarvoisuutta olisikin lähes mahdotonta tarkastella vain yksi teema kerrallaan, sillä terveys ja sen eriarvoisuuteen vaikuttavat mekanismit esiintyvät useilla eri tasoilla samanaikaisesti.

Varhaiskasvatuksen ja koulutuksen irrotin muusta infrastruktuuria ja palveluja käsittelevästä Toimiva kaupunki -diskurssista, koska koulutus nousee itsenäisenä diskurssina vahvasti esiin aineistosta ja on yksi merkittävimpiä tekijöitä eriarvoisuuden vähentämisessä, kohdistuen eriarvoisuuden juurisyihin. Vaikuttavin paikka oppia -diskurssi on toinen kolmesta diskurssista. Kolmas ja viimeinen diskurssi on nimeltään Hyvä elämä.

Seuraavaksi käsitelen kutakin diskurssia erikseen. Diskurssien sisällön avaamiseksi olen tuonut mukaan joitakin alkuperäisiä tekstiepisodeja, jotka kuvaavat hyvin diskurssin keskeisimpiä piirteitä. Alkuperäisen tekstiepisodin perässä on sen koodi, joka vastaa teemaa ja alateemaa, mihin episodi sijoittuu.

6.2.1 Toimiva kaupunki -diskurssissa panostetaan infrastruktuuriin

Toimiva kaupunki -diskurssiin sisältyvät kunnan lakisääteisten palveluiden järjestämisen lisäksi infrastruktuurin kehittämiseen ja palveluiden tavoittamiseen liittyvät asiat. Infrastruktuurilla tarkoitan tässä työssä niitä rakenteita ja palveluja, joita tarvitaan toimivan yhteiskunnan muodostamiseksi. Näitä ovat mm. terveydenhuollon palvelut, liikunta- ja ulkoilupalvelut, teiden ja katujen turvallisuus, sisäilman terveellisyys, asuntotuotanto sekä varhaiskasvatus ja opetus. Toimiva kaupunki -diskurssia määrittävät toimivuus, helppous, eriytymisen vähentäminen.

Toimiva kaupunki -diskurssissa palvelut tuodaan kaikkien ulottuville ja tavoitellaan palvelujen kehittämistä myös digitaalisten palvelujen kehittämisellä ja aukioloaikoja uudistamalla. Palvelujen kehittämisessä ilmaistaan asukkaiden tarpeiden merkitys uudistusten lähtökohtana. Toimiva kaupunki -diskurssissa huolehditaan myös sote-uudistuksen tuomista muutoksista. Tässä diskurssissa puhutaan yhden luukun periaatteesta.

”Helsinki rakentaa sote-palveluja, jotka helsinkiläiset haluavat valita. Riippumatta sote-uudistuksen etenemisestä Helsinki kehittää palveluita ja niiden saatavuutta. Yhden luukun periaatetta vahvistetaan ja hoitoon pääsyä edistetään oikea-aikaisen avun saamiseksi.” (1.1.6)

Diskurssissa tunnistetaan alueellisen eriytymisen eli segregaaation aiheuttamat pulmat. Keinona segregaaation vähentämiseksi mainitaan asuntojen hallintamuotojen sekoittaminen kaupunginosien hyvinvointierojen kaventamiseksi.

”Asuntotarjonta on monipuolista, sekä uusille että täydennysrakennettaville asuinalueille rakennetaan kaikkia hallintamuotoja Helsingin kaupungin vuokra-asunnoista vapaarahoitteisiin omistusasuntoihin. Tavoitteena on, että Helsingin alueiden välinen eriytyminen vähenee ja kaupunginosien väliset hyvinvointierot kaventuvat.” (1.2.4)

Toimiva kaupunki -diskurssissa panostetaan palvelutilojen korjausinvestointeihin. Oppimisympäristöjen sisäilmaongelmien korjaaminen nähdään investointina tulevaisuuteen. Tässä yhteydessä diskurssi liittyy Vaikuttavin paikka oppia -diskurssiin koska kohteena ovat oppimisympäristöt. Toiseksi tässä diskurssissa liitytään läheisesti Hyvä elämä -diskurssiin, koska tavoitteena on parantaa tilojen turvallisuutta ja terveellisyttä:

”Kaupungin palvelutilojen korjausinvestointien tasoa nostetaan tulevan kiinteistöstrategian mukaisesti tehokkaan tilaverkon käyttökelpoisuuden turvaamiseksi. Painopisteenä tilojen turvallisuus ja terveellisyys. Sisäilmakorjauksista aiheutuvat investoinnit eivät nosta tiloista perittävää käypää vuokraa.” (1.2.3)

6.2.2 Vaikuttavin paikka oppia -diskurssissa investoidaan koulutukseen

Maailman vaikuttavin paikka oppia -diskurssissa käsitellään varhaiskasvatusta ja koulutusta. Diskurssia määrittävät koulutuksen laadukkuus, elämänmittaisuus ja tasa-arvoisuus. Maailman

vaikuttavin paikka oppia diskurssissa nähdään varhaiskasvatukseen ja koulutukseen investoiminen eriarvoisuutta ehkäisevänä tekijänä.

Tasa-arvoiseen koulutukseen panostaminen nähdään investointina tulevaisuuteen. Tulevaisuuteen investoiminen nimenomaan koulutukseen panostamalla näyttäytyy vastavetona hallituspolitiikan tuomille koulutusleikkauksille valtakunnan tasolla.

”Kasvava Helsinki tarvitsee toimia tasavertaisten mahdollisuuksien rakentamiseksi, mikä tarkoittaa ennen kaikkea investointeja koulutukseen.”
(2.2.1)

Vaikuttavin paikka oppia -diskurssissa koulutus ulotetaan kaikkien saataville ja osoitetaan, että koulutustakuuta käytetään aktiivisesti:

”Helsingissä toteutuu koulutustakuu: perusopetuksen jälkeen kaikki saavat opiskelupaikan lukiosta tai ammatillisesta koulutuksesta. Helsingin tavoitteena on, että toisen asteen läpäisyaste myös paranee selvästi. Kaupungissa huolehditaan siitä, että koulutus tavoittaa paremmin ilman toisen asteen tutkintoa olevat nuoret aikuiset.” (2.3.8)

Yksilön elämänlaatua ja turvallisuutta kouluissa lisätään aloittamalla kiusaamisen vastainen ohjelma. Ohjelmaa kuvataan kunnianhimoiseksi. Tämä voi kertoa halusta osoittaa tarttumisen hankalan ja vaativan asian kimppuun. Asia esitetään varmana, jo päätettynä, mikä luo vakuuttavan vaikutelman ”apua on jo tulossa”-tyyliin.

”Helsingin kouluissa aloitetaan kunnianhimoinen kiusaamisen vastainen ohjelma.” (5.1.9)

Eriarvoisuuden kaventaminen koulutukseen panostamalla aloitetaan varhaiskasvatuksen osallistumisasteen nousemista tavoittelemalla:

”Eriarvoistumista vähentää erityisesti laadukas opetus ja varhaiskasvatus.”
(2.2.1)

”Siksi Helsinki tavoittelee varhaiskasvatuksen osallistumisasteen nostamista”
(2.2.3)

Myönteisen erityiskohtelun määrärahasta puhutaan kaupunkistrategiassa kolmesti ja se esitetään myönteisenä keinona vähentää alueelliseen eriarvoistumiseen liittyvää kehitystä. Toisto on yksi retoriikan keino (Jokinen 2016b). Eriarvoisuutta kaventaa myös koulutuksen tasa-arvoisuus, se, että jokaisella alueella saa yhtä laadukasta opetusta. Tasa-arvoisuus tarkoittaa tässä sitä, että lähikoulu on niin hyvä, ettei tarvetta hakeutua muualle ole:

”Helsingin jokaisen koulun on oltava niin hyvä, että vanhemmat valitsevat mielellään lähikoulun.” (2.1.2)

Tasa-arvoisuutta pohditaan myös Helsingin kaksikielisyyden näkökulmasta:

”Helsinkiiläisillä on tasa-arvoiset koulutusmahdollisuudet. Suomen- ja ruotsinkielinen varhaiskasvatus ja perusopetus ovat vetovoimaisia lähipalveluita.” (2.3.7)

Tässä diskurssissa tuodaan esiin huoli maahanmuuttajien koulutuksesta ja kotoutumisesta ja strategiassa esitetään myös keinoja tämän ryhmän koulutustason ja työllisyysasteen parantamiseksi. Diskurssi osittain vahvistaa käsityksiä maahanmuuttajien tilanteesta työ- ja koulutusmarkkinoilla. Kuitenkaan tämä näkemys ei jää vain toteamisen tasolle, vaan strategiassa esitetään konkreettisia keinoja ja halua ponnistella tilanteen muuttamiseksi:

”Ennakointiin perustuva ammatillinen koulutus luo hyvät edellytykset työttömien ja maahanmuuttajien työllistymiselle. Helsingissä laaditaan maahanmuuttajien osaamistason kohottamiseksi maahanmuuttajien

kasvatuksen ja koulutuksen kehittämissuunnitelma, joka ulottuu varhaiskasvatuksesta koulutukseen.” (2.3.5)

6.2.3 Hyvä elämä -diskurssissa luodaan inhimillistä sosiaalipolitiikkaa

Helsingin kaupunkistrategiassa toivotaan kaupungin olevan paikka, jossa on mahdollisuus elää hyvää elämää. Hyvä elämä -diskurssi käsittää ihmisen terveelliseen elämäntapaan ja sairauden hoitoon liittyvien asioiden lisäksi työllisyyteen ja osallisuuteen vaikuttavia teemoja, jotka mahdollistavat perinteisesti käsitetyn hyvän elämän ja siten vähentävät terveyden eriarvoisuutta. Hyvä elämä -diskurssia määrittävät elämänlaatu, palvelujen saatavuus ja laatu.

”Neuvoloiden, päiväkotien ja koulujen ja vapaa-ajan mahdollisuuksien korkea laatu kaupungissa on edellytys tasavertaiselle hyvälle elämälle.” (1.1.3)

Hyvä elämä tarkoittaa kaupunkistrategian kontekstissa sitä, että on mahdollisuus käydä koulussa ja töissä, on sosiaalisesti hyväksytty, harrastusmahdollisuuksia ja mahdollisuus saada hoitoa sairastuessa. Tässä diskurssissa viitataan myös sosiaalipoliittisiin linjauksiin ja pohditaan syrjäytymiskehityksen haasteita kaupungille.

”Helsingissä on myös paljon ihmisiä, joiden elämässä on lyhytaikaisia tai pitkäaikaisia vaikeita ongelmia: sosiaalipolitiikkamme on inhimillistä, mahdollisimman ajoissa toimivaa ja pitkäjänteistä.” (4.1.2)

Hyvä elämä -diskurssissa Helsinki nostaa arvoikseen huolehtimisen ja ymmärtämisen. Hyvä elämä merkitsee kuitenkin eri ihmisille eri asioita, näihin strategia vastaa viittaamalla suvaitsevaisuuteen ja huolenpitoon:

”Niistä, joita elämä on kolhinut, on pidettävä huolta. Kaupunkiin mahtuu laaja kirjo ihmisten kohtaloita.” (4.1.1)

”Helsinki edistää suvaitsevaisuutta ja monimuotoisuutta, lisää kansainvälisyyttään ja luo edellytyksiä mielenkiintoisten kohteiden ja tapahtumien synnylle.” (6.1.3)

Eriarvoisuuden vähenemistä tavoitellaan kaupunkistrategiassa korostamalla tasavertaisuutta niin sosioekonomisen, etnisen kuin erilaisten erityistarpeidenkin osalta.

6.3 Helsingin kaupungin subjektipositiot terveyden eriarvoisuuden diskursseissa

Kolmas tutkimuskysymykseni tarkastelee Helsingin kaupungin subjektipositioita eli toimijuuksia terveyden eriarvoisuuden diskursseissa. Toimijuudet rakentuvat tekstistä ja vahvempaa toimijuutta syntyy aktiivimuodossa kirjoitetusta toiminnasta. Monissa kohdin strategia on kirjoitettu passiivissa, jolloin itse käytännön toimen toteuttaja jää etäiseksi ja epäselväksi. Helsinki on kaupunkistrategiassaan myös suoraan luonut itselleen rooleja, jotka ohjaavat toimintaa. Kaupunkistrategian terveyden eriarvoisuusdiskursseista määrittelin kolme subjektipositiota, jotka kuvaavat siis Helsingin kaupungin rooleja terveyden eriarvoisuudesta puhujana: 1) Mahdollistaja, 2) Kumppani sekä 3) Terveyden edistäjä. Olen tiivistänyt subjektipositioden keskeisimmät elementit taulukkoon 2.

TAULUKKO 2. Diskurssien subjektipositiot ja niiden keskeisimmät elementit

Diskurssi	Diskurssin keskeisimmät määrittäjät	Diskurssin tyypillisin subjektiposito	Subjektiposition keskeisin elementti
1 Toimiva kaupunki	Toimivuus Edelläkävijyys	Kumppani	Aktiivinen Turvallinen
2 Vaikuttavin paikka oppia	Laadukkuus Investoiminen	Mahdollistaja	Tasavertaistava
3 Hyvä elämä	Tasa-arvoisuus Suvaitsevaisuus	Terveyden edistäjä	Vastuuntuntoinen Edelläkävijä

Seuraavaksi käsittelen kaikkia subjektipositiota yksityiskohtaisemmin. Olen tuonut alkuperäisiä tekstiepisodeja mukaan osoittamaan kullekin subjektipositiolle ominaisia piirteitä. Tekstiotteiden perässä oleva koodi ilmaisee alkuperäisen tekstiepisodin sijainnin suhteessa teemoihin ja alateemoihin, subjektipositiota ilmaiseva tekstiosio voi olla myös suora lainaus kaupunkistrategiasta ja viittaus on tällöin suoraan asiakirjaan.

6.3.1 Kumppanin subjektipositiossa korostuu turvallisuus ja yhteistyö

Kumppanina Helsinki luo suhteita ja antaa turvaa. Kumppani toimii kotimaassa sekä kansainvälisissä yhteyksissä. Kumppanin roolia määrittävät yhteistyö, dialogisuus, ikäihmisten aktivoiminen, osallisuus ja suvaitsevaisuus.

Kumppanin subjektipositiossa Helsinki on kaupunkilaisten ja kaikkien suomalaisten turvallinen isähahmo. Vaikutelma luodaan tekstissä viittaamalla kotiin ja olohuoneeseen.

”Helsinki on hyvä koti ja maan pääkaupunkina kaikkien suomalaisten yhteinen olohuone. Kansainvälisesti orientoituneen metropolina Helsinki palvelee myös muualta tulevia.” (Maailman toimivin kaupunki 2017, 3)

Kumppanina Helsinki luo suhteita paitsi kotimaahan, myös ulkomaille ja tavoittelee myös kansainvälistä yhteistyötä:

”Helsinki käynnistää laajan ja kokonaisvaltaisen hankkeen yhdessä kumppanien kanssa systeemisten ratkaisujen löytämiseksi nuorten syrjäytymishaasteeseen.” (4.2.)

Kumppanin subjektipositiossa Helsinki on salliva ja moniarvoinen väestöryhmien välisiä kohtaamisia edistävä:

”Helsinki on elävä ja monikulttuurinen, liberaalin demokratian ja suvaitsevaisuuden vahva edistäjä. Kasvavassa Helsingissä on

moniarvoisuuttasalliva kulttuuri, joka mahdollistaa eri väestöryhmien kohtaamiset.” (3.1.3)

6.3.2 Mahdollistajan subjektiossa rahoitetaan palveluja

Mahdollistajan subjektiossa Helsinki luo edellytyksiä ja tarjoaa mahdollisuuksia niin investoimalla kuin luomalla toimivaa infrastruktuuria palvelukokonaisuuksineen. Mahdollistajan osassa Helsinki antaa myös mahdollisuudet terveelliseen elämään ja hyvinvoivaan arkeen. Mahdollistajaa määrittää rahoituksen lisääminen, varhaiskasvatuksen osallistumisasteen nostaminen, koulutukseen investoiminen sekä asuntotuotantoon panostaminen.

”Helsinki ymmärtää roolinsa yhä enemmän edellytysten luojana ja mahdollistajana.” (Maailman toimivin kaupunki 2017, 4)

Mahdollistajan subjektiossa sosiaalis-rakenteellista eriarvoisuutta kavennetaan kohdistamalla positiivisen diskriminaation määrärahaa heikommassa asemassa olevien koulutuksen toteuttamiseen eli investoimalla koulutuksen tasa-arvoisuuteen. Menetelmän tutkitut hyödyt on kirjattu strategiaan. Määrärahan käyttämisen laajentamisesta ammattikouluihin päätettiin kasvatus- ja koulutuslautakunnassa helmikuussa 2018. Tutkitun tiedon huomioiminen on vahva retorinen argumentti menetelmän käytön puolesta ja näin kaupunki ainakin osittain näyttäisi paikkaavan tällä menetelmällä valtakunnan tasolla tehtyjä koulutusleikkauksia.

”Tulokselliseksi osoitettua myönteisen erityiskohtelun rahoitusta lisätään maltillisesti ja suunnataan lisäksi ammatilliseen koulutukseen ja lukioon” (2.2.2)

Strategiaan kirjattu terveystieteiden maksuttomuus mahdollistaa ja varmistaa, että myös kaikkein heikoimmassa olevilla on pääsy terveydenhuollon piiriin. Maksuttomuudesta johtuen ainakaan taloudelliset seikat eivät ole estämässä hoitoon hakeutumista.

Mahdollistajan positiossa Helsinki näkee itsensä myös edelläkävijänä, joka edesauttaa erilaisista lähtökohdista tulevien mahdollisuuksia varhaiskasvatukseen, opiskeluun, toimivaan arkeen ja terveyteen. Opiskelua mahdollistetaan tässä positiossa digitaalisilla tekniikoilla, maahanmuuttajien osaamistason kehittämissuunnitelmalla sekä lähikoulujen vetovoimaisuuteen panostamalla.

6.3.3 Terveyden edistäjän subjektipositiossa lisätään liikuntaa

Terveyden edistäjän subjektipositiossa Helsingin kaupunkistrategiassa ilmaistaan huoli liikkumattomuudesta ja lasten harrastusmahdollisuuksista. Sote-uudistuksen lopputuloksesta riippumatta terveyden edistäjän positiossa Helsinki luo kaupunkilaisten valitsemia palveluita. Terveyden edistäjän subjektipositiota määrittää sosioekonomiset terveyserot, terveyden edistäminen, harrastus, liikunta, turvallisuus, terveellisyys, toimintakyky, sote.

Helsingin kaupunkistrategia vastaa runsaasti esillä olleeseen ja taas ajankohtaiseen homekoulukeskusteluun huomioimalla oppimisympäristöjen terveellisyyden:

”Helsinki tekee aktiivista yhteistyötä, valtiovallan, muiden suurempien kaupunkien, korkeakoulujen ja tutkijoiden sekä rakennusalan kanssa toimivien ratkaisujen löytämiseksi julkisten tilojen ja erityisesti koulujen sisäilmaongelmiin.” (5.2.4)

Terveyden edistäjän positiossa Helsinki tuo esiin tieteen ja vaikuttavuuden merkityksen sosioekonomisten ja alueellisten terveyserojen kaventamisessa. Tämä luo vastuuntuntoisen toimijuuden mielikuvan:

”Sosioekonomisia ja alueellisia terveys- ja hyvinvointieroja kavennetaan tietoon ja vaikuttavuuteen perustuvilla menetelmillä.” (4.3.4)

Sosiaalis-rakenteellisiin eroihin pystytään tarttumaan säilyttämällä terveyskeskusten maksuttomuus sekä terveyspalvelujen aukioloaikoja kehittämällä. Sen sijaan toimintakyvyn

lisäämisen argumentointi jää etäiseksi, ja passiivin käyttö vain lisää vaikutelmaa. Tämän voi tulkita niin, että asia on vaativa ja strategian julkaisemiseen mennessä tarkempia suunnitelmia asiasta ei vielä ollut

”Terveysten edistämiseksi Helsingissä lisätään kaupunkilaisten toimintakykyä ja mahdollisuuksia turvalliseen itse- ja omahoitoon ja kotona asumiseen. Helsingissä vahvistetaan kotihoitoa ja sen asiakkaiden ja työntekijöiden hyvinvointia sekä pyritään ennaltaehkäisemään akuutteja tilanteita” (5.2.8)

Terveellisten ympäristöjen vaikutus ulottuu vaikuttavin paikka oppia -diskurssiin sisäilmaongelmien huomioimisena ja esimerkiksi koulujen sisäilmaongelmien korjaaminen nähdään investointina. Sosiaalis-rakenteellisten terveyserojen kannalta ympäristön parantaminen terveyserojen ehkäisyssä on tunnistettu Helsingin kaupunkistrategiassa.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tulosten pohdintaa

Teemat. Tutkimuksen tuloksena syntyneet teemat liittyvät tutkimuksen teoreettisena lähtökohdana olleisiin sosiaalis-rakenteellisia terveyseroja luovien mekanismien kaventamiseen tarkoitettuihin politiikkakeinoihin (Graham 2014; Sihto 2017). Nämä ulottuvuudet on esitetty taulukossa 1. Sosiaalis-rakenteellisiin mekanismeihin vaikuttavat politiikkakeinot (kuvio 1), jotka kohdistuvat terveyserojen sosiaalisiin determinantteihin, voidaan nähdä pohjautuvan Ottawan julistuksen (1986) terveyden edellytyksiin.

Diskurssit, politiikkakeinot ja subjektipositiot. Tutkimuksen tuloksena muodostetuissa diskursseissa nousevat esiin erityisesti asukaslähtöisyys, tasavertaisuus ja investoiminen koulutukseen. Seuraavassa tarkastelen kunkin diskurssin ja subjektiposition tuloksia tarkemmin. Tutkimuksessa muodostuneissa subjektipositioissa korostuu aktiivinen ja vastuuntuntoinen tasavertaisien mahdollisuuksien luominen. Terveyserojen sosiaalis-rakenteellisiin määrittäjiin kohdistuvia politiikkakeinoja esitellään kussakin diskurssissa. Pohdin seuraavaksi kunkin diskurssin sisällä näitä tutkimuskysymyksiini vastaavia aiheita.

Toimiva kaupunki -diskurssissa korostettu asukaslähtöisyys päätösten taustalla kertoo Helsingin kaupungin tavoittelemasta kaupunkilaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämisestä kaupungin uudistamiseen. Osallisuuden lisäämisellä voidaan nähdä tavoiteltavan eriarvoisuuden ja eriarvoisuuskokemuksen vähentämistä. Jäin kaipaamaan lisää tarkennuksia tekstissä mainittuun yhden luukun periaatteeseen, joka kuulostaa byrokratiaa vähentävältä ja käytännön elämää helpottavalta periaatteelta. Helsingin kaupunki hakee strategiassaan voimakkaasti kumppanuutta valtion kanssa eurooppalaisten pääkaupunkien ja valtioiden tavoin (Maailman toimivin kaupunki 2017, 14). Toimiva kaupunki -diskurssi ilmentää yhteistyörakenteiden merkitystä politiikkaprosessien käynnistämisessä ja toimeenpanossa ja arvostaa eri toimialoilla ja kolmannella sektorilla olevaa tietoa ja taitoa terveyden eriarvoisuutta ajatellen. Terveyserojen sosiaalis-rakenteellisiin syihin kohdistuvana politiikkakeinona toimiva kaupunki -diskurssissa on havainnollistettu asuinmuotojen sekoittaminen segregaatioon

vähentämiskeinona. Havainnollistaminen retorisena keinona lisää Jokisen (2016b), mukaan argumentin ymmärtämistä ja vastaanottamista. Helsingin kaupungin kumppanin subjektipositio näkyy voimakkaimmin toimiva kaupunki -diskurssissa ja luo Helsingistä kuvaa kaupunkilaisten elämänkumppanina sekä erilaisten yhteistyötahojen ja kumppanuuksien hakijana. Kumppanin subjektipositiossa Helsinki on kansainvälinen ja suvaitsevainen. Kumppanina Helsinki haluaa toimia pääkaupungin roolissa koko maata palvelevana metropolina. Helsinki voisi kumppanuutta silmällä pitäen ottaa tärkeän roolin Healthy Cities-verkostossa, jossa mukana ovat jo esimerkiksi pohjoismaista Tukholma ja Kööpenhamina, Euroopasta mm. suurkaupungin Barcelona ja Wien sekä Suomesta Turku ja Kuopio. Olisi ensiarvoisen tärkeää pysyä kansainvälisen ja tuoreimman tutkimuksen tuoman tiedon parissa ja hyödyntää sitä terveyden eriarvoisuuden kaventamisessa ja segregaatian ehkäisyssä. Ongelmien ehkäisyssä muiden suurten kaupunkien kokemuksista voisi ottaa oppia organisoidulla ja systemaattisella yhteistyöllä. Helsingin kaupungin segregaatian ehkäisyn kansainvälisen edelläkävijyyden tavoittelu olisi luonteva paikka Suomen suurimpana kaupunkina olla mukana Healthy Cities-verkostossa. Kaupunkistrategia olisi oivallinen paikka osoittaa siihen kuulumisen yhtenä osana eurooppalaista ja suomalaista terveyden edistämisen edelläkävijöiden yhteisöä. Jään kaipaamaan strategiaan myös mainintaa siitä, että toimialakohtaiset strategiat täsmentävät ja täydentävät strategian linjauksia. Helsingin kaupungin kumppanin subjektipositio näkyy voimakkaimmin toimiva kaupunki -diskurssissa ja luo Helsingistä kuvaa kaupunkilaisten elämänkumppanina sekä erilaisten yhteistyötahojen ja kumppanuuksien hakijana.

Vaikuttavin paikka oppia -diskurssissa näkyvät kaupunkirakenteeseen liittyvät segregatio- ja syrjäytymisongelmat paitsi vahvana tasa-arvopuheena, joka ulotetaan kaikkiin väestöryhmiin, myös tasa-arvoisen laadukkuuden tuomiseen koulutukseen. Tasa-arvoisuus ilmaistaan niin vetovoimaisena lähipalveluna, kuin heikomman kielitaidon tai sosiaalisen aseman tuomien ongelmien tunnistamisenakin. Puhetapana tämä tuo esiin näkemystä siitä, että heikommassa asemassa olevien aseman parantaminen ei ole välttämätön kuluerä vaan panostus tulevaisuuteen. Strategiaan on kirjattu, että kaikki saavat opiskelupaikan peruskoulun jälkeen. ”Kaikki” on retorisena keinona ääri-ilmaisun käyttöä (Jokinen 2016b) ja koulutustakuun esille nostaminen voidaan nähdä tunnollisuuden osoittamisena. Kuten jo aiemminkin totesin, tämän diskurssin voi nähdä myös vastareaktiona hallituksen tekemiin koulutusleikkauksiin. Tässä kontekstissa diskurssissa on havaittavissa poliittista vallankäyttöä suhteessa valtiovaltaan.

Myönteisen erityiskohtelun eli positiivisen diskriminaation määräraha erottuu eriarvoistumista vähentävänä tekijänä ja argumentoidaan tieteellä: valtiontalouden tutkimuskeskuksen raportti (Silliman 2017), osoittaa positiivisen diskriminaation määrärahan toimivaksi eriarvoisuuden kaventajaksi. Retorisena keinona tämä on asiantuntijuudella perustelua (Jokinen, 2016a). Sosioekonominen tausta vaikuttaa koulun valikoimiseen (Pulkinen 2018; Kalalahti ym. 2015) ja Helsingissä oppimistuloksissa on havaittu alueellisia eroja (From ym. 2014) Lähikoulun vetovoimaisuuden tärkeys korostuu vaikuttavin paikka -diskurssissa. Tämän voi nähdä siten, että yhä yleistyvään koulushoppailuun eli koulupaikan valintaan muualta kuin asuinalueen lähikoulusta, on kiinnitetty huomiota. Näin koulujen ja oppimistulosten eriarvoistumiseen pyritään puuttumaan. Vaikuttavin paikka oppia -diskurssin merkittävin subjektipositio on mahdollistaja, jossa Helsinki käyttää taloudellisia resursseja positiivisen diskriminaation määrärahan käytön jatkamiselle ja laajentamiselle. Nämä strategiassa esille nostetut toimet lisäävät vaikutelmaa siitä, että toimija on vastuuntuntoinen ja koulutus on arvoasteikolla korkealla.

Hyvä elämä -diskurssissa tuodaan valtakunnanpolitiikkaa ehkä kritisoiviakin sanakäänteitä ja luodaan inhimillisyyttä ja välittämisen mielikuvaa. Hyvä elämä on moraalifilosofinen ja sosiaalipolitiikassa sekä elämänlaadun tutkimuksessa käytetty termi. Sihvolan (2006) mukaan Aristoteles muotoili hyvän elämän tarkoittavan samaa kuin onnellisuus. Aristoteleen tutkimus Nikomakhoksen etiikka liittyy hyvän elämän käsitteeseen myös elämän miellyttävyyden, arvostettavuuden ja kohtuullisen varakkuuden (Sihvola 2006). Strategia ei kuitenkaan antanut vastausta, kuinka siinä kuvailtu inhimillinen sosiaalipolitiikka käytännössä toteutuu. Toimeentulotuen siirryttyä Kelan hoidettavaksi, on julkisuudessa ollut valtavasti keskustelua uudistuksen epäkohdista. Kuntien vastuulle on kuitenkin jäänyt ennaltaehkäisevä ja täydentävä toimeentulotuki, jonka mahdollisuuksia eriarvoistumisen ja siten myös terveyden edistämisen kannalta voisi pohtia rohkeasti ja tuoda yhtä innokkaasti esille kuin koulutukseen investointia. Hyvä elämä -diskurssin merkittävin subjektipositio on terveyden edistäjä. Terveyden edistäminen nähdään kuitenkin käytännön tasolla lähinnä liikunnallisuuden lisäämisenä. Terveyden edistäjän subjektipositiossa Helsinki korostaa tiedettä ja näyttöä ratkaisujensa taustalla, esimerkiksi hakiessaan syrjäytymiseen ratkaisuja. Retorisena keinona tämä voidaan tulkita asiantuntijan lausunnolla vahvistamiseksi (Jokinen 2016b). Vaikuttaa siltä, että viheralueet on melko laajalti tunnistettu keinona kaventaa terveyden eriarvoisuutta ja viher- ja

sinialueiden merkitys terveyserojen kaventajana on huomioitu myös Helsingin kaupunkistrategiassa. Hyvän elämän luomiseksi Helsinki voisi lisätä tukea perheisiin, sillä kaikkein vaikuttavin tuki kohdistuu kaikkein nuorimpiin. Perhe tarkoittaa kuitenkin myös vanhempia ja heidän jaksamistaan sekä verkostojaan. Varhaiskasvatuksella voidaan vaikuttaa lapsen elinolosuhteisiin niitä kohentavasti (Karila 2016). Hyvä elämä -diskurssissa toimii myös mahdollistajan positiossa. Eräs käytetty keino on strategiaan kirjattu subjektiivinen päivähoito-oikeus, joka säilyy Helsingissä, vaikka Sipilän hallitus sitä rajasi. Subjektiivisen päivähoito-oikeuden laajennus ja maksuttomuus ovat politiikkatoimia, joilla kavennetaan sosiaalis-rakenteellista terveyden eriarvoisuutta. Strategiaan kirjattua subjektiivista päivähoito-oikeutta laajennettiin sekä varhaiskasvatuksen maksuttomuus ulotettiin koskemaan 5-vuotiaita syksyllä 2018 (Kasvatuksen ja koulutuksen tulosbudjetti 2018). Mahdollistajan subjektiopositiossa Helsinki käyttää tutkittua tietoa tukeaan ja nostaa esiin koulutustakuun käyttämisen. Kaupunkistrategian tavoittelema harrastus jokaiselle lapselle ja nuorelle on myös heikommassa asemassa oleville perheille merkittävä palvelu.

Yhteenveto. Helsingin kaupunkistrategian terveyserojen sosiaalisiin determinantteihin kohdistuva politiikkakeino, positiivisen diskriminaation määräraha, näkyy vaikuttavin paikka oppia- sekä hyvä elämä -diskurssissa. Myös toimiva kaupunki -diskurssi liittyy tähän politiikkakeinoon. Positiivisen diskriminaation kohteena olevat koulut sijaitsevat alueilla, joissa alueellisen eriytymisen ja segregaaation ongelmat on Helsingissä tunnistettu. Eri diskurssien liittyminen toisiinsa mm. juuri positiivisen diskriminaation määrärahan kautta kiinnittää huomion siihen tosiasiaan, ettei terveyden eriarvoisuutta ja siihen vaikuttamista voi irrottaa erilleen ympäristöstä ja sosiaalisista suhteista.

Eri subjektiopositiot esiintyvät diskurssissa limittäin, mutta painottuvat kunkin diskurssin teemoille tyypillisesti. Toimiva kaupunki -diskurssissa kumppani on aktiivinen toimija, vaikuttavin paikka oppia -diskurssissa taas mahdollisuuksia luova ja tasa-arvoisuutta edistävä. Hyvä elämä -diskurssissa korostuu puolestaan terveyden ja ”hyvän elämän” edistäminen.

Helsingin kaupunkistrategiassa on tunnistettu sosiaalis-rakenteellisen eriarvoisuuden mekanismeja sekä niiden vaikutuksia paitsi yksilön, myös yhteisön hyvinvointiin. Strategia tuo esiin vaikuttavia politiikkakeinoja, joita on myös pantu täytäntöön.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys. Olen noudattanut tutkimuksen tekemisessä hyvää tieteellistä käytäntöä. Vaikka tutkimus tulee toteuttaa mahdollisimman objektiivisesti, lienee mahdotonta kokonaan poistaa omiin tulkintoihin liittyviä taustatekijöitä. Diskurssianalyysissä tutkijan positioita ovat analytikko, asianajaja, tulkitsija sekä keskustelija (Juhila 2016). Tässä työssä olen toiminut asianajajan positiossa ja terveystieteiden sekä yhteiskuntapolitiikan opiskelijan asemassa. Tutkijan positiossani heijastuu myös sosiaali- ja terveyshallintotieteiden opinnot strategian tarkastelua kohtaan suuntautuneessa analyysissä. Juhilan (2016) mukaan asianajaja pyrkii tutkimuksellaan edistämään jotakin asiaa ja tässä tutkimuksessa minä pyrin edistämään ymmärrystä terveyden eriarvoisuuden mekanismeista ja lisäämään tietoa terveyden eriarvoisuuden ilmenemisestä kaupunkistrategiassa strategiatekstiä analysoimalla. Tutkimus tuottaa tietoa haavoittuvammassa asemassa olevien väestöryhmien terveyden edistämisestä julkisen vallan tuottamaa asiakirjaa tarkastelemalla.

Luotettavuus. Laadullisen tutkimuksen luonteelle ominaisesti olen pyrkinyt selostamaan tutkimuksen teoriaosan ja tuloksien analyysin selkeästi ja jäljitettävästi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133–138). Tutkimuksen laatua heikentää se, että olen tutkijana kokematon ja että tutkimusmenetelmä on minulle uusi. Diskurssianalyysi on menetelmänä väljä ja joustava, joka on sen etu, mutta myös heikkous. Haasteelliseksi muodostui mm. rajan vetäminen siitä, mitkä kaikki tekstiepisodit poimin tutkimukseen mukaan. Esimerkiksi infrastruktuuri -teeman sisällä on paljon asioita, jotka vaikuttavat terveyden sosiaalisiin determinantteihin. Pyrin pitämään linjan mahdollisimman selkeänä eli esimerkiksi asunto-ohjelmaan viittaavat tekstiosiot olen ottanut mukaan, mutta kun mennään kaavoitukseen ja liikennesuunnitteluun, jäävät ne tämän analyysin ulkopuolelle, vaikka toki viime kädessä vaikuttavat terveyteen. Haasteellista oli myös joidenkin tekstiepisodien kohdalla päättää, mihin teemaan ne liitän. Esimerkiksi terveyskeskusten maksuttomuus on mitä selvimmin sosiaalipoliittinen ratkaisu ja edistää juuri

haavoittuvimmassa asemassa olevien terveyttä, mutta episodin olisi voinut liittää kuuluvaksi myös palveluteemaan. Toisaalta nämä ongelmat kertovat siitä, että terveyden eriarvoisuuden rakenteellisella tasolla vaikuttaessa operoidaan monella hallinnonalalla samanaikaisesti.

Tutkimusaineisto on vapaasti saatavilla olevaa julkisen toimijan tuottamaa materiaalia. Helsinkiläiset antoivat vahvan mandaatin Jan Vapaavuoren pormestariudelle ennätysellisellä lähes 30 000:llä äänellä. Hänellä on siis vahva tuki kaupunkistrategian luojana ja kaupunkinsa johtajana. Kaupunkistrategian legitimitettiin ja siten tutkimusaineiston luotettavuutta lisää se, että kaupunkilaiset ovat osallistuneet sen tekoon ja asiakirja on käsitelty kaupunginvaltuustossa avoimesti ja julkisesti. Avoimuus ja läpinäkyvyys tuodaan esiin myös kaupungin toimintamallina (Maailman toimivin kaupunki 2017, 5). Materiaalin läpinäkyvyys ja analyysin kulun tarkka kuvaus lisäävät tutkimuksen toistettavuutta. Tutkimustulokset eivät ole suoraan siirrettävissä tai yleistettävissä, mutta antavat viitteitä siitä, mitä strategian diskursiivisessa tarkastelussa voi löytyä, kun tutkitaan terveyden eriarvoisuutta.

Luotettavuuden kannalta olen pyrkinyt kriittisesti ja aktiivisesti reflektoida omaa tulkintaani strategiasta. Tiedostan, että valintojani teemoihin ja diskursseihin ohjaavat omat opintoni ja yhteiskunnalliset mielenkiinnonkohteeni. Strategiaa pystyisi tarkastelemaan toisenlaisistakin lähtökohdista todennäköisesti päätyen kirjaamaan tulokset eri tavoin.

Aiempi tutkimusnäyttö. Tutkimusta varten toteutin systemaattisen aineistohaun saadakseni ajankohtaisinta mahdollista tietoa käsiteltävästäni aiheesta. Pyrin muodostamaan hakulausekkeen siten, että tuloksia muodostuu riittävästi, mutta ei liikaa, huomioon ottaen Pro Gradu-työn laajuus. Olen esittänyt haun ja sen perusteella löydetty tutkimukset liitteenä. Tutkimusten laadun olen arvioinut Kmet ym. (2004) kvalitatiivisten tutkimusten laadunarviointikriteeristöä käyttäen ja arviointi on tutkimuksen liitteenä. Nämä seikat lisäävät tutkimuksen läpinäkyvyyttä. Kaikki mukaan otetut artikkelit olivat vertaisarvioituissa julkaisuissa julkaistuja. Otin tutkimukseeni mukaan myös ei-tutkimusluonteiset artikkelit, kuten katsauksen ja pääkirjoituksen, koska niiden tuoma kiteytys aiheesta on oman tutkimukseni kannalta olennainen.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää myös teoriaan liittyvä triangulaatio. Tutkimuksessa on otettu huomioon terveyden sosiaaliset determinantit sekä sosiaalis-rakenteelliset lähtökohdat

eriarvoisuuteen vaikuttavina tekijöinä. Analyysi, joka hyödyntää ensin tekstin mekaanista analyysii ja sitten kriittistä tarkastelua, on analyysin triangulaatiota ja lisää tulkinnan tarkkuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 145). Tässä työssä on käytetty tekstitason tarkastelussa teemoittelua ja kriittisessä tarkastelussa diskurssianalyysii. Tutkimuksen raportoinnissa olen tarkastellut eri osa-alueita Kmet ym. (2004) kvalitatiivisten tutkimusten arviointiin tarkoitetun kriteeristön avulla.

Tutkimuksen vahvuudeksi voidaan lukea sen tuottama uusi tieto kaupunkistrategiasta muodostuvista terveyden eriarvoisuuden diskursseista ja sosiaalis-rakenteellisiin tekijöihin vaikuttamisesta terveyserojen kaventamisessa. Tutkimusaihe on ajankohtainen ja aineisto tuore julkinen asiakirja. Tutkimuksen heikkoudeksi voi sanoa sen, että laadukasta tutkimusaineistoa strategioiden hyödyntämisestä terveyden eriarvoisuuden kaventamisesta ei ole vielä runsaasti saatavilla. Sen sijaan tutkimusnäytön saamisen tarpeellisuus on kyllä huomattu ja osaltani pyrin vastaamaan tähän tarpeeseen.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

On selvää, että kaupunkistrategiassa ei voida vastata kaikkiin terveyden eriarvoisuutta luoviin ongelmiin eikä suurta osaa sosiaalisia ja rakenteellisia eriarvoisuutta luovia mekanismeja voida ratkaista pelkästään kaupunkien ja kuntien tasolla. Kaikkiin terveyseroja luoviin sosiaalisiin determinantteihin voidaan kuitenkin löytää keinoja myös kaupunki- ja kuntatasolla. Näin ollen kunnilla on mahdollisuuksia omilla toimialoillaan vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen niin halutessaan ja nähdessään terveyden voimavarana ja investoinnin arvoisena kohteena. Helsingin kaupunkistrategia haastaa valtakunnanpolitiikkaa useissa politiikkatoimissaan.

Helsingin kaupunkistrategia huomioi kaupungin sisäisten hyvinvointi- ja terveyserojen merkityksen segregaaation kasvattajana ja pyrkii kaventamaan näitä eroja mm. asuntopolitiikalla ja varhaiskasvatukseen sekä koulutukseen panostamalla. Vaatisi eri toimialojen strategioiden tarkastelua tarkempien rakenteellisten toimien selville saamiseksi, mutta puhetapana strategian linjauksista näkyy rakenteellisten syiden ymmärtäminen terveyserojen taustalla. Tutkimusta tehdessä ja asiakirjoihin perehtyessä, huomasin, että terveysvaikutuksia arvioidaan päätöksiä

tehdessä systemaattisesti. Tämä voisi olla strategiassa maininnan arvoinen asia, varsinkin kun strategiassa usein puhutaan näyttöön ja tieteeseen perustuvuudesta suunniteltujen toimien taustalla. Helsingin kaupunki sai Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta kunniamaininnan päätöksensä ennakoarvioinnista (Ajankohtaista 2018). Terveyden eriarvoisuuden kaventamisen näkökulmasta tarkastellen olisi hyvin tärkeää ottaa huomioon myös päätösten sosiaaliset vaikutukset.

Helsingin kaupunkistrategia luo uutta tai ainakin harvemmin kuultua rakenteellisiin eroihin kohdistuvaa puhetapaa terveyden eriarvoisuudesta. Konkreettisiin rakenteelliseen eriarvoisuuteen kohdistuvista keinoista on tässä strategiassa positiivisen diskriminaation määräraha, jonka käyttöä Helsingissä on laajennettu peruskouluista ammattikouluihin, kuten strategiaan on kirjattu.

Tärkeää olisi löytää lisää haavoittuvimmille ryhmille sopivia terveyden eriarvoisuutta vähentäviä keinoja ja ymmärtää syvällisesti se, etteivät koko väestölle kohdistetut parannukset tavoita niitä, jotka kärsivät terveyden eriarvoisuudesta eniten. Olisi myös tärkeää huomata se, mitkä asiat lisäävät yksilön omaa ymmärrystä oman terveytensä ja hyvinvoinnin edistämisestä. Esimerkiksi terveystietäminen on tässä merkityksessä tärkeä ja tämän oppiaineen merkitys ammatillisessa koulutuksessa tulisi huomioida. Miksi ammattikouluissa on vähemmän terveystietoa kuin lukioissa (Lausunto ammatillisen koulutuksen lakimuutoksesta)? Voisi ajatella, että asian tulisi olla päinvastoin. Mäki-Oppaan (2016) mukaan koulutuksen mukaan tarkasteltuna heikommassa sosiaalisessa asemassa olevat henkilöt hyötyvät mahdollisesti muita ryhmiä enemmän erityisesti liikunta- ja elämäntapaohjauksesta. Toki opetussuunnitelmien perusteet laaditaan opetushallituksessa, mutta voisiko pohtia olisiko kaupunkitasolla mahdollisuuksia tarttua tähän epäkohtaan? Liikunnan lisääminen peruskoulussa koulupäiviin on toki hyvä asia, mutta ratkaisuna terveystietoon päälle liimattua verrattuna syvällisempään ymmärtämiseen liikunnan ja muiden terveellisten elintapojen vaikutuksista terveyteen.

Terveyden edistäminen pelkästään yksilöön kohdistuvina interventioina tai elintapaohjauksena näyttäisi vähitellen muuttuvan rakenteellisten eriarvoisuutta aiheuttavien mekanismien

tarkasteluun, kun eriarvoisuutta halutaan vähentää. Esimerkiksi Osallistava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen -hanke (PROMEQ) pyrkii vaikuttamaan rakenteellisiin epäkohtiin eriarvoisuuden kitkemiseksi (Itä-Suomen yliopisto 2017). Myös tässä kaupunkistrategiassa nähdään rakenteellisiin eriarvoisuutta muodostaviin tekijöihin puuttumista. Tämän tutkimuksen voi katsoa osoittavan, että parhaimmillaan kaupunkistrategia voi toimia terveyden eriarvoisuutta vähentävien toimien toteutumista edesauttavana asiakirjana. Tämä voi onnistua, kun strategian linjaukset eivät jää korulauseiksi vaan aidosti ovat toiminnan ja toimenpiteiden suunnittelun ja implementoinnin lähtökohtia.

Jatkotutkimusehdotukset. Tutkimusta voisi jatkossa syventää tarkastelemalla Helsingin kaupungin toimialakohtaisia strategioita ja näin löytää yksityiskohtaisempia tavoitteiden asetteluja ja keinovalikoimaa terveyden eriarvoisuuden diskursseista ja eriarvoisuuden kaventamisesta. Tärkeää olisi tutkia näiden politiikkatoimien todellista vaikuttavuutta. Kiinnostavaa olisi tarkastella myös sitä, kuinka terveyden eriarvoisuuden käsittely Helsingin kaupunkistrategioissa on muuttunut, esimerkiksi suhteessa poliittisiin valtasuhteisiin. Tarkastelua voisi myös suhteuttaa muihin pohjoismaihin, joissa on myös universalistinen hyvinvointivaltion malli.

LÄHTEET

- Ahlgren-Leinvuo, H., Högnabba, S., Mäki, N., Ranto, S. & Sulander, J. 2017. Hyvinvoinnin monet ulottuvuudet. Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuskatsauksia 2017:3. Helsingin kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot.
- Ajankohtaista. Helsinki ja Kuopio palkittiin edistyksellisestä päätösten vaikutusten ennakoarvioinnista. Viitattu 27.11.2018. thl.fi
- Cooper, L. A., Ortega, A. N., Ammerman, A. S., Buchwald, D., Paskett, E. D., Powell, L. H., Thompson, B., Tucker, K. L., Warnecke, R. B., McCarthy, W. J., Viswanath, K. V., Henderson, J. A, Calhoun, E. A. & Williams D. R. 2015. Calling for a Bold New Vision of Health Disparities Intervention Research. *American Journal of Public Health*. 105 (S3)
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E. & Marmot, M. 2008. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*. 67 (2), 330 – 340.
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V. & Marmot, M. 2017. Global action on the social determinants of health. *BMJ Global Health*. doi:10.1136/ bmjgh-2017-000603
- Egan, M., Kears, A., Srinivasa, K. V., Curl, A., Lawson, K. & Tannahill, C. 2016. Proportionate universalism in practice. A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programmes's impact on health inequalities. *Social Science & Medicine* 152, 41 - 49.
- Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti 2018. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1:2018. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Fairgough, I. ja Fairgough N. 2012. *Political Discourse Analysis. A method for advanced students*. Oxon: Routledge.
- From, T., Kalalahti, M., Mietola, R., Paakkari, A., Sahlström, F., Varjo, J. & Vartiainen, H. 2014. Eriytyvä peruskoulu. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5), 553 – 559.
- Graham, H. 2004. *Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings*. *The Milbank Quarterly* 82 (1), 101-124.

- Hyvinvointi ja terveys 2018. Tilasto- ja tutkimustietoa Helsingistä. Viitattu 8.11.2018.
<https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/tietoa-helsingista/tilastot-ja-tutkimukset/Hankkeet/Hyvinvointi-ja-terveys/>
- Itä-Suomen yliopisto. Uutiset. Hyvinvointi ja terveys jakautuvat epätasaisesti, vaikeudet keskittyvät. Viitattu 12.1.2019. <https://www.uef.fi/-/hyvinvointi-ja-terveys-jakautuvat-epatasaisesti-vaikeudet-keskittyvat>
- Jokinen A. 2016a. Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen E. 2016. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö Tampere: Vastapaino.
- Jokinen A. 2016b. Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen E. 2016. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen E. 2016. Diskurssianalyysin kuvakulmat. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen E. 2016. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö Tampere: Vastapaino.
- Jousilahti, P., Vienonen, M., Mackiewicz, K., Koistinen, V. & Vohlonen, I. 2017. Ennenaikaisten kuolemien aiheuttamat elinvuosien menetykset pohjoisen ulottuvuuden kumppanuusmaissa 2003 – 2013. Potilaan lääkirilehti. 72 (46), 2681 - 2692.
- Juhila, K. 2016. Tutkijan positiot. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen E. 2016. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö Tampere: Vastapaino.
- Kalalahti, M., Silvennoinen, H. & Varjo, J. 2015. Kouluvalinnat kykyjen mukaan? – Erot painotettuun opetukseen valikoitumisessa. Kasvatus 1, 19 – 35.
- Karila, K. 2016. Vaikuttava varhaiskasvatus. Tilannekatsaus toukokuu 2016. Raportit ja selvitykset 2016:6. Helsinki: Opetushallitus.
- Kasvatuksen ja koulutuksen tulosbudjetti 2018. Viitattu 6.11.2018.
https://www.hel.fi/static/public/hela/Kasvatus_ja_koulutuslautakunta/Suomi/Paatos/217/Kasko_2017-12_12_Kklku_7_Pk/0D9A59D4-4408-C578-98A1606E62200003/Kasvatuksen_ja_koulutuksen_toimialan_tulosbudjetti.html
- Kaupunkistrategia. Maailman toimivin kaupunki – Helsingin kaupunkistrategia 2017-2020. Verkkodokumentti. Viitattu 10.4.2018.
<https://www.hel.fi/Helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/kaupunkistrategia/>

- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. 2004. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative # 13. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Krohn, M. & Wilskman, K. 2012. Kuntapolitiikkaan vaikuttaminen. Teoksessa: Hänninen, S. & Junnilla, M. 2012. Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuntalaki 410/2015.
- Lausunto ammatillisen koulutuksen lakimuutoksista 2016. Liikunnan ja terveystiedon opettajat ry. Viitattu 27.11.2018. liito.fi
- Maailman terveysjärjestö. Ottawan julistus. Viitattu 21.4.2018. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_karta_decaration_finish.pdf.
- Maailman toimivin kaupunki. Helsingin kaupunkistrategia 2017-2020. Viitattu 2.3.2018. <https://www.hel.fi/static/helsinki/kaupunkistrategia/kaupunkistrategia-2017-2021.pdf>.
- Mackenbach, J. P., Kulhanova, I., Menvielle, G., Bopp, M. Borrell, C. Costa, G., Deboosere, P., Esnaola, S., Kelediene, R., Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Regidor, E., Rodriguez-Sanz, M. Strand B. H., Hoffmann, R., Eikemo, T. A., Östergren, O. Eurothine & EURO-GBD-SE consortiums 2014. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204319>
- Marmot, M. & Allen, J. J. 2015. Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*. Doi: 10.2105/AJPH.2014.302200
- Marmot, M. 2017. Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*. 32(7), 537–554.
- Melkas, T. 2013a. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78(2), 181 – 196.
- Melkas, T. 2013b. Terveysvaikutusten arviointi: hyviä esimerkkejä, mutta ei systemaattista käyttöä eikä eriarvoisuuden arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50, 176 – 178.
- McCartney, G, Collins, C. & Mackenzie, M. 2013. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy*. 113 (3), 221 – 227. Doi:

- Mäki, N. 2017a. Sairauksien yleisyys ja koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa. Teoksessa: Ahlgren-Leinvuo, H., Högnabba, S., Mäki, N., Ranto, S. & Sulander, J. 2017. Hyvinvoinnin ulottuvuudet. Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuskatsauksia 2017:3. Helsingin kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot.
- Mäki, N. 2017b. Kokemus lähiympäristöstä ja liikunta-aktiivisuus. Teoksessa: Ahlgren Leinvuo, H., Högnabba, S., Mäki, N., Ranto, S. & Sulander, J. 2017. Hyvinvoinnin ulottuvuudet. Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuskatsauksia 2017:3. Helsingin kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot.
- Mäki-Opas, T. 2016. Liikunta kuuluu kaikille – liikuntapolitiikan mahdollisuudet sosiaaliset eriarvoisuuden vähentämisessä. Teoksessa: Sihto, M. ja Karvonen, S. 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kasvatus- ja koulutuslautakunta 2018. Ammatillisen koulutuksen positiivisen diskriminaation määrärahan käyttöperiaatteet. Viitattu 1.10.2018. <https://dev.hel.fi/paatokset/asia/hel2017-012979/>.
- Ohisalo, Maria 2017. Murusia hyvinvointivaltion pohjalla. Leipäjonot, koettu hyvinvointi ja huono-osaisuus. Itä-Suomen yliopisto. Publications of University of Eastern Finland, Dissertations of Social Sciences and Business Studies, 148.
- Ollila, E., Baum, F. & Peña, S. 2013. Introduction to Health in All Policies and the framework of the book. Teoksessa: Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. & Cook, S. 2013. Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social affairs and Health.
- The Ottawa Charter 1986. Health Promotion. WHO. Viitattu 12.5.2017. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Palosuo, H. 2016. Terveyden sosiaaliset määrittäjät, elämäntyö ja huono-osaisuuden ongelma. Teoksessa: Sihto, M. ja Karvonen, S. 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E. & Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystilastossa. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Parikka, S. & Kestilä, L. 2018. Kuolema tilastoissa: luvut kertovat suomalaisten eriarvoisuudesta. *Ilmiö. Sosiologinen media kaikille*. Viitattu 4.3.2019. <https://ilmiomedia.fi/artikkelit/kuolema-tilastoissa-mihin-suomalaiset-kuolevat/>
- Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. *Stakes tutkimuksia*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Perttilä, K. & Sinkkonen, S. 1998. Sanomalehdet terveyden edistäjinä kunnissa diskurssianalyttinen tutkimus maakunta- ja paikallislehtien sisällöstä. *Hallinnon tutkimus* 2 (17), 98 - 108.
- Porcherie, M., Vaillant, Z., Faure, E., Rican, S., Simos, J., Cantoreggi, N. L., Heritage, J., Le Gall, A. R., Cambon, L., Diallo, T. A. & Vides, E. 2017. The GREEN-City interventional research protocol on health in all policies. *BMC Public Health*. 820 (17).
- Pulkkinen, S. 2018. Koulutusmahdollisuuksien tasa-arvossa riittää korjattavaa. *Koulutuksen laatu*. OAJ. Viitattu 12.1.2019. www.oaj.fi
- Pynnönen, A. 2013. Diskurssianalyysi. Tapa tutkia, tulkita ja olla kriittinen. Working paper N:o 379/2013. Jyväskylän yliopisto.
- Pälli, P. 2009. Strategia merkitysneuvotteluna: Strategiakeskustelun ja tekstin vuorovaikutuksesta. *Puhe ja kieli* 29 (2), 75-88.
- Raphael, D. 2011. A Discourse Analysis of the Social Determinants of Health. *Critical Public Health* 21(2): 221 – 236.
- Raphael, D., Brassolotto, J. & Baldeo, N. 2014. Ideological and organizational components of differing health strategies for addressing the social determinants of health. *Health Promotion International* 30 (4), 855-865.
- Saaranen-Kauppinen, A. ja Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 18.4.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sallinen, S. ja Vainionpää, A. 2015. Uuden kuntalain merkitys kunnan johtamisjärjestelmän kehittämiseen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Sihto, M. 2013. Terveystilastossa, kansanterveys ja terveyden edistäminen. Käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo,

- K. 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sihto, M. 2016. Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis- rakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa: Sihto, M. ja Karvonen, S. 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sihvola, J. 2006. Hyvän elämän eväät. Viitattu 2.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00002
- Silliman, M. 2017. Targeted Funding, Immigrant Background and Educational Outcomes: Helsinki’s “Positive Discrimination” Policy. VATT Working papers 91. Helsinki: Valtiontalouden tutkimuskeskus.
- Silverman, D. 2014. Interpreting qualitative data. Lontoo: Sage.
- Syddal, H. E., Westbury, L. D., Simmonds, S. J., Robinson, S., Cooper, C. & Aihie Sayer, A. 2015. Understanding poor health behaviours as predictors of different types of hospital admission in older people: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*.
- Thornton, R. J. L., Glover, C. M., Cené, C. W., Glik, D. C., Henderson, J. A. & Williams, D. R. 2016. Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health. *Health Aff (Millwood)* 35 (8), 1416-1423. doi:10.1377/hlthaff..20151357.
- Tilastokeskus 2018. Ei työelämässä, asevelvollisuutta suorittamassa tai koulutuksessa olevien nuorten osuus. Luettu 29.11.2018. https://www.stat.fi/meta/kas/ei_tyossa__koul.html
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- WHO 2018a. About health risks in cities. Viitattu 6.11.2018. <http://www.who.int/sustainable-development/cities/health-risks/about/en/>.
- WHO 2018b. Social determinants of health. Key concepts. Viitattu 6.11.2018. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/.
- Winters-Miner, L. A. & Miner, G. D. 2015. Socioeconomic Status Data. Viitattu 11.11.2018. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/socioeconomic-status>

Yazdannik A., Yousefy A. ja Mohammadi, S. 2017. Discourse analysis: A useful methodology for healthcare system researches. Journal of Education and Health Promotion. 6, 111. doi: [10.4103/jehp.jehp_124_15

LIITE 1. Aikasemmat tutkimukset: kirjallisuushakutaulukko

Hakulauseke: **health disparities AND strategy AND city** (sisäänotto- ja poissulkukriteerit esitetty)

Tietokannat	Academic Search Elite (EBSCO)	CINAHL	PMC	Ovid Medline	PubMed
Osumat ilman filttäreitä	165	18	11 926	11	151
Osumat filttäreillä	42	3	38 (Open access, MEDLINE journals, Author manuscripts, 2013-2018)	4	55
	(abstract available, linked full text, English, 2013-2018, peer review, human)				
Otsikon perusteella jätetty pois (Poisjättökriteerit: yksittäistä sairautta tai väestöryhmää koskevat, ei Eurooppa, Kanada, USA, Australia)	-39	-2	-37	-3	-53
Poistetut kaksoiskappaleet	0	0	0	0	0
Luettavien abstraktien määrä yhteensä	3	1	1	1	2 (myös mukana kandityössä)
Abstraktin lukemisen perusteella pois suljettuja artikkeleita	0	0	0	-1	2
Sisällön arviointiin otettavien artikkelien määrä yhteensä. Maa, jossa artikkeli kirjoitettu. Maanosat: Australia, Eurooppa, Kanada, USA	3 Eurooppa 1 Kanada 1 USA 1	1 Iso-Britannia	1 USA	0	2 Tanska, USA
Artikkelin sisällön perusteella karsitut	0	0	0	0	0
Systemaattisella katsauksella valitut artikkelit	3	1	1	-	2
Artikkeleiden lähteistä manuaalisella haulla valitut	-	-	-	-	-

LIITE 2. SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSHAKU

Systemaattisella haulla löydetty tutkimukset esitetty tuoreimmasta vanhimpaan.

Nro	Tietokanta	Tutkimusjulkaisun nimi	Tutkimuksen/artikkelin tyyppi	Toteutusmaa	Kohde	Käytetty menetelmä	Tulokset	Johtopäätökset	Huomioita
1.	Academic Search Elite (EBSCO)	Porcherie, M., Vaillant, Z., Faure, E., Rican, S., Simos, J., Cantoreggi, N. L., Heritage, Z., Le Gall, A. R., Cambon, L., Diallo, T. A., Vidades, E. & Pommier, J. 2017: The GREENH-City interventional research protocol on health in all policies	Tutkimusmenetelmän kuvaus	Ranska	Healthy Cities verkostoon kuuluvien kaupunkien HiAPin käyttö	HiAP	Kaupunkien profiilit voidaan identifioida niiden käyttämien HiAP lähestymistapojen avulla	Tämän menetelmän avulla voidaan paremmin tunnistaa niitä tekijöitä, jotka mahdollistavat HiAP-lähestymistavan kuntatasolla sekä edistämään viheralueiden kehittämistä urbaaneilla alueilla terveyden sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi	HiAP
2.	PMC	Thornton, R. L. J., Glover, C. M., Cené, C. W., Glik, D. C., Henderson, J. A. & Williams, D. R. 2016: Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health	Katsaus	USA	Centers for Population Health and Health Disparities (CPHHD)-organisaatioissa toteutetut interventiot	Erilaisia	Käytäntöihin liittyvät interventiot ovat tehokkaita vähentämään terveyseroja. Erityisesti varhaislapsuuteen kohdistettuina niillä on vaikutuksia terveyteen pitkällä aikavälillä.	Perinteiset sosiaali- ja terveyssektorin interventiot eivät ole niin tehokkaita. Toimien pitää kohdistua sosioekonomisten terveyserojen juurisyihin.	Mukana olleista interventioista kaikkia ei oltu suunniteltu erityisesti kaventamaan terveyseroja. Useat tutkimukset eivät olleet satunnaistettuja eikä niissä ollut pitkän aikavälin seuranta.

3.	CINAHL	Egan, M., Kears, A., Katikreddi, S. V., Curl, A. & Lawson, K. 2016: Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities	Kohortti	Iso-Britannia	Iso-Britannian asuin ympäristön parantamis ohjelman vaikutukset Glasgown asuin ympäristöihin	Ei-terveyssektoria koskeva interventio	Itsearvioidun mielenterveyden keskiarvo parani kaikissa ryhmissä mutta erityisesti alueilla, joissa investoitiin enemmän asumisen uudistamiseen. Fyysinen terveys huonontui kaikilla tutkimukseen kuuluvilla alueilla mutta vähiten niillä alueilla, joissa asumisen parannuksiin panostettiin enemmän.	Terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää kohdentamalla ei-terveyssektorin interventioihin ja asumiseen keskittyminen edesauttaa sosioekonomisten terveyserojen kaventamista.	
4.	Academic Search Elite	Cooper, L. A., Ortega, A. N., Ammerman, A. S., Buchwald, D., Paskett, E. D., Powell, L. H., Thompson, B., Tucker, K. L., Warnecke, R. B., McCarthy, W. J., Viswanath, K. V., Henderson, J. A., Calhoun, E. A. & Williams D. R. 2015: Calling for a Bold	Pääkirjoitus (American Journal of Public Health)	USA	Centers for Population Health and Health Disparities (CPHHD) -keskusten ohjelmat	Erilaisia	Seitsemän suositusta terveyserojen kaventamiseksi.		HIA

**New Vision of Health
Disparities Intervention
Research**

5.	CINAHL	Raphael, D., Brassolotto, J. & Baldeo, N. 2014: Ideological and organizational components of differing public health strategies for addressing he social determinants of health	Dokumentti- ja haastatteluanalyysin kuvaus	Kana -da	Ontarion Public health unitit (PHU)		Yksiköiden kolme erilaista näkökulmaa terveyden sosiaaliin determinantteihin: a) käytännöllinen-, b) mahdollistava- sekä c) rakenteellinen suuntaus	Mitä laajemmin terveyden sosiaaliset determinantit yksikössä ymmärrettiin, sitä aktiivisempaa yksikön toiminta oli.	Rakenneorientoituneet yksiköt ymmärtävät terveyserojen syyt sosiaalisissa rakenteissa
6.	PubMed	Corburn, J., Curl, S., Arredondo, G. & Malagon J. 2014: Health in All Urban Policy: City Services through the Prism of Health	HiAP:in käyttöön oton kuvaus ja analysointi	USA	HiAP	4 v. Retrospektiivinen	Terveyden oikeudenmukaisuuden tavoite näkyy lähes kaikessa Richmondin hallinnon päätöksenteossa; suunnittelussa, fiskaalissa ja palvelupäätöksissä.	HiAPin tuominen ei yksin ole aiheuttanut kaikkia rakenteellisia muutoksia hallinnossa mutta on ollut merkittävä myötävaikuttaja	Kandityössä HiAP
7.	PubMed	Tsouros, A. 2013: City Leadership for Health and Well-being: Back to the future	Ohjelman tavoitteiden tarkastelu	Tanska					Kandityössä
		Healthy cities -ohjelman, vaiheen 6 tavoitteiden tarkastelua	(Healthy cities, phase VI)						

LIITE 3. Tutkimusten raportoinnin laatu

Kmetiä ym. (2004) mukaillen.

1. Oliko tutkimuskysymys/ tutkimuksen tarkoitus kuvattu riittävän tarkasti?
2. Oliko tutkimusasetelma luotettava ja sopiva?
3. Oliko tutkimuksen viitekehys selkeä?
4. Oliko yhteys teoreettiseen viitekehykseen/laajempaan tietoon?
5. Oliko otosmenetelmä kuvattu, tarkoituksenmukainen ja perusteltu?
6. Oliko tiedonkeruu selkeästi kuvattu ja systemaattinen?
7. Oliko aineiston analyysi systemaattinen ja selkeästi kuvattu?
8. Käytettiinkö luotettavuuden todentamiseksi vahvistettavuutta?
9. Tukivatko tulokset johtopäätöksiä?
10. Oliko tutkimuksen kuvaus reflektiivistä?

Kyllä = 2

Osittain = 1

Ei = 0

Tutkimus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kokonais- Pisteet (n)	Laatupisteet
1. Porcherie M. ym. 2017	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19/20	0,95
2. Thornton, R. L. J. ym. 2016	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7/20	0,35
3. Egan M. ym. 2016	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	19/20	0,95
4. Cooper, L. ym. 2015	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	5/20	0,25
5. Raphael, D. ym. 2014	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	18/20	0,90
6. Corburn, J. ym. 2014	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	17/20	0,85
7. Tsouros, A. ym. 2013	2	1	2	2	0	0	1	0	2	2	12/20	0,60

LIITE 4. TERVEYDEN ERIARVOISUUTTA KÄSITTELEVÄT TEEMAT

Pääteema	Alateemat	Tekstiepisodit	Episodien lukumäärä	Terveyden eriarvoisuuden diskurssia määrittävät tekijät
1 Infrastrukturi	1.1 Palvelut	1.1.1 – 1.1.11	11	Palvelujen laadukkuus, palveluketju, virkistysmahdollisuudet, kaupunkiluonnon terveysvaikutukset, palvelujen saavutettavuus. Palvelut sote-uudistuksessa.
	1.2 Rakennukset	1.2.1 – 1.2.4	4	Tilojen turvallisuus ja terveellisyys, kohtuuhintaisuus, korjausinvestoinnit
	1.3 Toimivuus	1.3.1 – 1.2.6	6	Palvelujen saavutettavuus, viihtyisyys, edistyksellinen arki, palveluketjujen vahvistaminen, sosiaalinen koheesio, esteettömyys, liikenteen toimivuus
2 Varhaiskasvatus ja koulutus	2.1 Koulutuksen laatu	2.1.1 – 2.1.4	4	Laadukkuus, lähikoulu, hyvä elämä
	2.2. Koulutukseen investoiminen	2.2.1- 2.2.5	5	Osallistumisasteen nostaminen, myönteinen erityiskohtelu, subjektiivinen päivähoido-oikeus
	2.3 Koulutuksen tasa-arvoisuus	2.3.1 – 2.3.9	9	Ajasta ja paikasta riippumattomuus, suomen- ja ruotsinkielisyys, koulutustakuu, oppimisen tuki, yksilöllinen eteneminen
3 Osallisuus ja työ	3.1 Yhteisöllisyys	3.1.1 – 3.1.6	6	Yhteisöllisyys, osallisuuden ja väestöryhmien välisen ymmärryksen lisääminen, kaupunkilaisen osallisuus omissa palveluissaan
	3.2 Työllisyys	3.2.1 – 3.2.8	8	Helsinkiläiset osaamista, kykyjä ja koulutusta vastaavassa työssä. Työllisyyspalvelujen suuntaaminen niitä eniten tarvitseville, yrittäjyyden tukeminen, lähtömaiden tutkintojen tunnustaminen
4 Sosiaalipolitiikka	4.1 Inhimillisyys	4.1.1 – 4.1.5	5	Ihmiskohtaloiden laaja kirjo, omaehtoisuus, osallisuus ja avoimuus, väestöryhmien välisen ymmärryksen lisääminen, asukaslähtöisyys,
	4.2 Syrjäytymisen ehkäisy	4.2.1 – 4.2.	7	Nuorten syrjäytymiskiirteen lievittäminen, ylisukupolvisuus, varhaiskasvatuksen maksuttomuus 5-vuotiaasta alkaen, systeemisten ratkaisujen löytäminen

4.3 Alueellisen eriytymisen ehkäisy	4.3.1 – 4.3.4	4	Alueiden ja kaupunginosien asukkaiden maailmojen eriytymisen ehkäisy, hyvinvointierojen ja eriytymiskehityksen pysäyttäminen
-------------------------------------	---------------	---	--

Pääteema	Alateemat	Tekstiepisodit	Episodioiden lukumäärä	Terveystieteiden eriarvoisuuden diskurssia määrittävät tekijät
5 Hyvinvointi ja terveys	5.1 Elämälaatu	5.1.1 – 5.1.6	6	Hyvä elämä. Kiusaamisen vastainen ohjelma. Kaikille lapsille ja nuorille harrastus. Ikäihmisten aktivoiminen.
	5.2 Terveystieteiden edistäminen	5.2.1 – 5.2.9	9	Liikkumattomia 25% väestöstä Liikkuminen varhaiskasvatuksessa ja kouluissa. Koulujen sisäilmaongelmien ratkaiseminen. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin yhteistyörakenteet. Terveystieteiden maksuttomuus. Arkiaktiivisuuteen kannustaminen. Omahoito ja kotona asuminen.
6 Tasa-arvo	6.1 Suvaitsevaisuus	6.1.1 – 6.1.4	4	Mahdollisuudet yhteiseen tekemiseen. Kulttuuri- ja urheilutapahtumat.
	6.2 Tasavertaisuus	6.2.1 – 6.2.7	7	Koululuokkien joukkoliikennemaksuista vapauttaminen. Palveluiden kohdentaminen niitä tarvitseville. Haavoittuvimpien ryhmien tarpeiden tunnistaminen.

TEEMAT TEKSTIEPISODEINEEN

1 INFRASTRUKTUURI

1.1 Palvelut

- 1.1.1 ”Kaupungin perustehtävä on järjestää asukkailleen laadukkaita palveluja ja luoda edellytyksiä virikkeelliselle ja hausalle elämälle.” s.3 (D 1)
- 1.1.2 ”Toimiva kaupunki tarkoittaa sitä, että päiväkodit löytyvät läheltä, kouluun uskaltaa kävellä, ikäihmisten palvelut ovat helposti saatavilla ja tietyt hoidetaan tavalla, joka häiritsee kaupunkilaisten arkea mahdollisimman vähän.” s.3 (D1)
- 1.1.3 ”Helsingissä vahvistetaan lasten ja nuorten palveluketjua perustasolla, kuten lähineuvolassa, päiväkodissa, perheneuvolassa, kouluterveydenhuollossa, koulussa, nuorisotyössä, terveystieteiden palveluissa ja lastensuojelussa. Neuvoloiden, päiväkotien ja koulujen ja vapaa-ajan mahdollisuuksien korkea laatu kaikkialla kaupungissa on edellytys tasavertaiselle hyvälle elämälle. s. 7 (D1, D3)
- 1.1.4 ”Helsinki kehittää yhteen sovitettuja, vaikuttavia ja ihmiskasvoisia palveluja yhdessä kaupunkilaisten kanssa.” s. 9 (D1, D3)
- 1.1.5 ”Palvelujen saatavuutta ja laatua arvioidaan säännöllisesti.” s.11 (D1)

- 1.1.6 ”Helsinki rakentaa sote-palveluja, jotka helsinkiläiset haluavat valita. Riippumatta sote-uudistuksen etenemisestä Helsinki kehittää palveluita ja niiden saatavuutta. Yhden luukun periaatetta vahvistetaan ja hoitoon pääsyä edistetään oikea-aikaisen avun saamiseksi.” s. 11 (D3, D1)
- 1.1.7 ”Helsinki osallistuu aktiivisesti maakunta- ja sote-muutoksen valmisteluun ja varmistaa että suuren kaupungin kysymykset huomioidaan uudistuksessa. Helsinki turvaa palvelujen jatkuvuuden järjestämisvastuun siirtyessä maakunnille ja yhteensovittaa kaupungin ja HUS:n erikoissairaanhoidon palvelut.” s.11 (D1)
- 1.1.8 ”Ikääntyneiden palveluja kehitetään kokonaisuutena varhaisesta tuesta elämän loppuvaiheeseen asti. Ympäri vuorokautiseen hoitoon pääsy turvataan silloin, kun hoidon turvaaminen kotona ei ole enää mahdollista.” s. 11 (D3, D1)
- 1.1.9 ”Helsinki huolehtii kaupunkilaisille tärkeiden järjestöjen matalan kynnyksen sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaedellytyksistä sote-uudistuksessa.” s. 11 (D1)
- 1.1.10 ”Helsinki vaalii arvokasta luontoaan ja toimii kaupunkiluonnon monimuotoisuuden lisäämiseksi. Viher- ja sinialueiden ekologinen laatu, saavutettavuus ja terveysvaikutukset turvataan.” s. 12 (D1, D3)
- 1.1.11 ”Helsinkiläisten virkistysmahdollisuuksien edistämiseksi, matkailupalvelujen kehittämiseksi ja kaupungin yleisen vetovoiman vahvistamiseksi laaditaan merellinen strategia... Helsingin saaristosta tehdään entistäkin houkuttelevampi matkailu- ja virkistyskohde.” s. 12 (D1, D3)
- 1.1.12 ”Kaupunki investoi sekä infrastruktuuriin että ihmisiin eri puolilla kaupunkia.” s. 12 (D1)

1.2 Rakennukset

- 1.2.1 ”Helsinki panostaa kohtuuhintaiseen vuokra-asuntotuotantoon AM-ohjelman mukaisesti ja selvittää aktiivisesti toimenpiteitä asumisen hinnan nousun hillitsemiseksi.” s.6 (D1)
- 1.2.2 ”Kaupunki laatii kiinteistöstrategian, jossa linjataan kaupungin kiinteistöjen suunnittelua, rakennuttamista, rakentamista, ylläpitoa ja omistamista. Strategia sisältää suunnitelman sisäilmasta kärsivien koulujen päiväkotien ja leikki puistojen rakennusten korjaamisesta tai korvaamisesta uusilla rakennuksilla.” s. 10 (D2, D3)
- 1.2.3 ”Kaupungin palvelutilojen korjausinvestointien tasoa nostetaan tulevan kiinteistöstrategian mukaisesti tehokkaan tilaverkon käyttökelpoisuuden turvaamiseksi. Painopisteenä tilojen turvallisuus ja terveellisyys. Sisäilmakorjauksista aiheutuvat investoinnit eivät nosta tiloista perittävää käypää vuokraa.” s. 13 (D1, D3)
- 1.2.4 ”Asuntotarjonta on monipuolista, sekä uusille että täydennysrakennettaville asuinalueille rakennetaan kaikkia hallintamuotoja Helsingin kaupungin vuokra-asunnoista vapaarahoitteisiin omistusasuntoihin. Tavoitteena on, että Helsingin alueiden välinen eriytyminen vähenee ja kaupunginosien väliset hyvinvointierot kaventuvat.” s. 11 (D1, D3)

1.3 Toimivuus

- 1.3.1 ”Toimiva kaupunki on Helsingille reitti edistyksellisen arjen luomiseen. Helsinki on turvallinen ja viihtyisä, sujuva, helppo ja välittävä. Helsinki on asukas- ja käyttäjälähtöinen kaupunki. Jokaisella helsinkiläisellä – niin nuorella, ikääntyneellä kuin toimintarajoitteisella – on mahdollisuus elää kokemusrikasta ja laadukasta elämää ja saada siihen tarvittava tuki ja palvelut kaikissa elämän vaiheissa. Toimiva kaupunki on erityisesti ikääntyneiden sekä tukea ja apua tarvitsevien etu.” s.3 (D1, D3)
- 1.3.2 ”Toimivuus rakentuu tasa-arvolle, yhdenvertaisuudelle, vahvalle sosiaaliselle koheesiolle ja avoimelle osallistavalle toimintatavalle.” s. 3 (D1, D3)
- 1.3.3 ”Kaupunki panostaa esteettömiin sähköisiin palveluihin sekä digitalisaation, tekoälyn ja robotisaation hyödyntämiseen.” s. 9 (D1)
- 1.3.4 ”Kaupunkia suunnitellaan ja rakennetaan tavalla, joka ottaa erilaiset käyttäjät huomioon. Väestöryhmien erot tunnistetaan ja palveluja kohdennetaan erityistä tukea tarvitseville ja korkean riskin kohderyhmille.” s. 10 (D3, D1)

1.3.5 ”Aukioloaikoja laajennetaan ja työmuotoja uudistetaan niin, että palvelujen tuloksellisuus ja asiakaskokemus paranevat.” s. 11 (D1)

1.3.6 ”Kaupungissa tunnistetaan uusia palvelujen yhdyspintoja sekä varmistetaan palveluiden saumaton toimivuus helsinkiläisille kaupungin toimialojen, maakunnan ja muiden toimijoiden välillä.” s. 11 (D1)

2 VARHAISKASVATUS JA KOULUTUS

2.1 Koulutuksen laatu

2.1.1 ”Eriarvoistumista vähentää erityisesti laadukas opetus ja varhaiskasvatus. s. 6 (D2, D3)

2.1.2 ”Helsingin jokaisen koulun on oltava niin hyvä, että vanhemmat valitsevat mielellään lähikoulun.” s. 6 (D 2)

2.1.3 ”Neuvoloiden, päiväkotien ja koulujen ja vapaa-ajan mahdollisuuksien korkea laatu kaikkialla kaupungissa on edellytys tasavertaiselle hyvälle elämälle.” s.7 (D3)

2.1.4 ”Varhaiskasvatuksessa panostetaan laatuun, työntekijöiden pysyvyyteen ja turvalliseen arkeen.” s. 10 (D2)

2.2 Koulutukseen investoiminen

2.2.1 ”Kasvava Helsinki tarvitsee toimia tasavertaisten mahdollisuuksien rakentamiseksi, mikä tarkoittaa ennen kaikkea investointeja koulutukseen.” s. 6 (D 3)

2.2.2 ”Tulokselliseksi osoitettua myönteisen erityiskohtelun rahoitusta lisätään maltillisesti ja suunnataan lisäksi ammatilliseen koulutukseen ja lukioon.” s.6 (D2, D3)

2.2.3 ”Siksi Helsinki tavoittelee varhaiskasvatuksen osallistumisasteen nostamista.” s. 6 (D2)

2.2.4 ”Helsinki käyttää tarvittaessa myönteistä erityiskohtelua. Huolehditaan erityistä tukea tarvitsevien opetuksesta järjestämällä sairaalakoululle asianmukaiset tilat.” s. 7 (D2, D3)

2.2.5 ”Helsingissä säilytetään subjektiivinen päivähoito-oikeus ja varhaiskasvatuksen henkilöstömitoitus nykyisellä tasolla.” s. 10 (D2, D3)

2.3 Koulutuksen tasa-arvoisuus

2.3.1 ”Helsingissä hyödynnetään koko kaupunkia kaikenikäisten oppimisen tilana.” s.9 (D2, D3)

2.3.2 ”Digitaalinen teknologia rikastuttaa oppimista ja mahdollistaa ajasta ja paikasta riippumattoman oppimisen.” s. 9 (D2, D3)

2.3.3 ”Kumppanuusverkostot korkeakoulujen, yritysten kolmannen sektorin ja kaupungin eri toimijoiden kesken monipuolistavat ja laajentavat opiskelua.” s. 9 (D2, D3)

2.3.4 ”Data-analytiikka mahdollistaa oppimisen yksilöllisen etenemisen.” s. 9 (D2, D3)

2.3.5 ”Ennakointiin perustuva ammatillinen koulutus luo hyvät edellytykset työttömien ja maahanmuuttajien työllistymiselle. Helsingissä laaditaan maahanmuuttajien osaamistason kohottamiseksi maahanmuuttajien kasvatuksen ja koulutuksen kehittämissuunnitelma, joka ulottuu varhaiskasvatuksesta koulutukseen.” s. 9 (D2, D3)

2.3.6 ”Turvapaikan saaneille luodaan nopea polku kotimaisen kielen opetukseen. Kaupunki huolehtii riittävästä lasten suomi tai ruotsi toisena kielenä -opetuksesta.” s. 9 (D2, D3)

2.3.7 ”Helsinkiläisillä on tasa-arvoiset koulutusmahdollisuudet. Suomen- ja ruotsinkielinen varhaiskasvatus ja perusopetus ovat vetovoimaisia lähipalveluita.” s. 10 (D2)

- 2.3.8 ”Helsingissä toteutuu koulutustakuu: perusopetuksen jälkeen kaikki saavat opiskelupaikan lukiosta tai ammatillisesta koulutuksesta. Helsingin tavoitteena on, että toisen asteen läpäisyaste myös paranee selvästi. Kaupungissa huolehditaan siitä, että koulutus tavoittaa paremmin ilman toisen asteen tutkintoa olevat nuoret aikuiset.” s. 10 (D2, D3)
- 2.3.9 ”Jokaisella helsinkiläisellä on mahdollisuus saavuttaa potentiaalinsa oppimisessa. Pedagogiikka ja oppimisen tuki tasoittavat oppimisen eroja ottamalla huomioon tukea tarvitsevien ja hyvin edistyvien tarpeet.” s. 10 (D2, D3)

3 OSALLISUUS JA TYÖ

3.1 Yhteisöllisyys

- 3.1.1 ”Helsinki on ensisijaisesti paikka ja yhteisö, ei virkakoneisto.” s. 4 (D3)
- 3.1.2 ”Helsinki vahvistaa asemaansa osallisuuden ja avoimuuden kansainvälisenä edelläkävijänä.” s. 5 (D 3)
- 3.1.3 ”Helsingissä on helppo toimia toisten hyväksi. Tavoitteena on, että asukkaat ja yritykset luottavat kaupungin toimintaan, että heidän todellinen vaikutuksensa toimintaan vahvistuu ja että modernit osallisuuskäytännöt parantavat väestöryhmien välistä ymmärrystä, yhdenvertaisuutta ja palvelujen laatua.” s.5 (D3)
- 3.1.4 ”Kaupunki edesauttaa dialogia sekä aktivoi heikommassa asemassa olevia osallistumaan. Asiakas on aina osallinen omassa palvelussaan.” s. 5 (D3, D1)
- 3.1.5 ”Kaupunki varmistaa tuoreen organisaatiomuutoksen tavoitteiden, erityisesti asukaslähtöisyyden, osallisuuden ja kustannustehokkuuden toteutumisen sekä kaupunkikokonaisuuden ohjattavuuden paranemisen.” s.5 (D1)
- 3.1.6 ”Helsinki tukee asukkaiden ja yhteisöjen alueellista oma-aloitteisuutta ja yhteistoimintaa. Asukkaiden vaikutusmahdollisuuksista huolehditaan ja demokraattinen ohjaus varmistetaan kaupungin vuokra-asunnoissa.” s.12 (D3)

3.2 Työllisyys

- 3.2.1 ”Maahanmuuttajien osaamisen hyödyntäminen työmarkkinoilla ja laajemmin yhteiskunnassa on onnistuneen kotoutumisen edellytys.” s. 6 (D3)
- 3.2.2 ”Autetaan vaikeasti työllistyvien ja vajaatyökykyisten ihmisten työllistymistä.” s. 7 (D3)
- 3.2.3 ”Erityistä huomiota kiinnitetään vieraskielisten nuorten selkeästi muita suurempaan suhteelliseen osuuteen koulutuksen ja työn ulkopuolella olevista nuorista. Ohjaamo-toimintamallia jatketaan.” s. 7 (D3)
- 3.2.4 ”Helsinkiläiset ovat osaamistaan, koulutustaan ja kykyjään vastaavissa töissä.” s. 7 (D3, D2)
- 3.2.5 ”Kaupungin työllisyyttä edistäviä palveluita suunnataan erityisesti niihin ryhmiin, joissa osallistuminen työmarkkinoille on vähäisintä.” s. 7 (D3)
- 3.2.6 ”Kaupunki panostaa erityisesti toisen polven maahanmuuttajien koulutuksen, työllistymisen ja osallisuuden edistämiseen.” s. 7 (D3)
- 3.2.7 ”Lähtömaiden tutkintojen tunnistaminen ja tunnustamisen on joustavaa ja maahanmuuttajien osaaminen on mahdollisimman hyvin työmarkkinoiden käytössä.” s. 7 (D3)
- 3.2.8 ”Yrittäjyyttä tuetaan yhtenä vaihtoehtona työllistymiseen.” s.7 (D3)

4 SOSIAALIPOLITIikka

4.1 Inhimillisyys

- 4.1.1 ”Niistä, joita elämä on kolhinut, on pidettävä huolta. Kaupunkiin mahtuu laaja kirjo ihmisen kohtaloita.” s. 6 (D3)
- 4.1.2 ”Helsingissä on myös paljon ihmisiä, joiden elämässä on lyhytaikaisia tai pitkäaikaisia vaikeita ongelmia: sosiaalipolitiikkamme on inhimillistä, mahdollisimman ajoissa toimivaa ja pitkäjänteistä.” s. 6 (D3)
- 4.1.3 ”Kaupunki edistää sitä, että mahdollisimman moni pääsee kiinni työelämään ja oman sekä perheensä asioiden omaehtoiseen järjestämiseen.” s. 6 (D3)
- 4.1.4 ”Eriarvoisuuden vähentäminen on Helsingissä lapsia ja nuoria laajempi tavoite. Päämääränä on tavoittaa aikaisemmin apua ja tukea tarvitsevat kaupunkilaiset – erityisesti heidät, jotka tarvitsevat paljon tukea tai hoitoa.” s. 7 (D3)
- 4.1.5 ”Kaikkein haavoittuvimpien ihmisryhmien tarpeisiin ja palveluihin kiinnitetään erityistä huomiota.” s.11 (D3)

4.2 Syrjäytymisen ehkäisy

- 4.2.1 ”Pidämme jokaisen nuoren mukana ja ehkäisemme syrjäytymistä.” s. 7 (D3)
- 4.2.2 ”Nuorten syrjäytymiskierre, erityisesti koulutuksesta ja työstä, on yhteiskuntamme vakavimpia ongelmia ja huolestuttava seuraus metropolialueilla tapahtuvasta polarisoitumiskehityksestä. Ongelman lievittäminen on tärkeää sekä inhimilliseltä että taloudelliselta kannalta ja kaupungin turvallisuuden, viihtyisyyden kuin elinkeinopoliittisten intressien edistämiseksi.” s. 7 (D3)
- 4.2.3 ”Helsinki käynnistää laajan ja kokonaisvaltaisen hankkeen yhdessä kumppanien kanssa systeemisten ratkaisujen löytämiseksi nuorten syrjäytymishaasteeseen.” s. 7 (D3)
- 4.2.4 ”Projektin aikana selvitetään erityisesti ylisukupolvista syrjäytymistä ja sen pohjalta otetaan käyttöön keinoja syrjäytymisen katkaisemiseen.” s. 7 (D3)
- 4.2.5 ”Kaupunki tunnistaa syrjäytymisen ehkäisylle keskeisiä ryhmiä myös työikäisten ja ikääntyvien ikäryhmissä ja räätälöi heille yksilöllisiä ja parempia palvelukokonaisuuksia. Etsivään työhön sekä yksinäisyyden ehkäisyyn panostetaan.” s. 7 (D3, D1)
- 4.2.6 ”Helsinki torjuu asunnottomuutta aktiivisesti” s. 7 (D3)
- 4.2.7 ”Varhaiskasvatuksen maksuttomuutta edistetään siten, että se on maksutonta viiden vuoden iästä alkaen vähintään neljä tuntia päivässä. Valtuustokauden aikana valmistellaan päätökset maksuttomuuden ulottamisesta myös nuorempiin ikäryhmiin.” s. 10 (D3, D2)

4.3 Alueellinen eriytyminen

- 4.3.1 ”Kaupunkien asukkaiden todellisuuden eriytyminen on maailmalla yksi suurimmista kaupunkien haasteista. Kaupunginosien eriytyminen tulotason ja hyvinvoinnin osalta otetaan Helsingissä vakavasti.” s. 6 (D3)
- 4.3.2 ”Helsinki on kansainvälisessä vertailussa onnistunut hillitsemään eriytymistä paremmin kuin useimmat verokkikaupunkimme. Helsinki tavoittelee jatkossakin asemaa segregaaation ehkäisyn eurooppalaisena huippuesimerkkinä ja mahdollistaa kaupunginosien tasavertaisuuden ja hyvinvoinnin.” s. 6 (D3, D1)
- 4.3.4 ”Sosioekonomisia ja alueellisia terveys- ja hyvinvointieroja kavennetaan tietoon ja vaikuttavuuteen perustuvilla menetelmillä” s. 7 (D3)
- 4.3.5 ”Helsingin kaikissa kaupunginosissa on edellytykset hyvälle arjelle, toimivalle liikenteelle, monipuolisille lähipalveluille ja elinkeinoille.” s. 11 (D3, D1)

5 HYVINVOINTI JA TERVEYS

5.1 Elämänlaatu

- 5.1.1 ”Helsinki on hyvää elämää varten” s. 3 (D 3)
- 5.1.2 ”Helsingin päämäärä on, että jokaisella lapsella ja nuorella on harrastus, nuoret luottavat Helsingin tulevaisuuteen asuinpaikkana ja voivat vaikuttaa sen toimintaan.” s. 7 (D3)
- 5.1.3 ”Helsingin kouluissa aloitetaan kunnianhimoinen kiusaamisen vastainen ohjelma.” s. 10 (D3, D2)
- 5.1.4 ”Helsinki houkuttelee aktiivisesti ikäihmisiä liikkeelle, niin liikunnan kuin kulttuurin pariin. Kuntalaisten liikkeelle lähtemisen tukena hyödynnetään kaupungin markkinointiviestintäkampanjaa.” s. 10 (D3)
- 5.1.5 ”Liikkumattomuus on yksi merkittävimmistä hyvinvointia murentavista tekijöistä. Vain noin neljännes väestöstä liikkuu terveytensä kannalta riittävästi.” s. 10 (D3)
- 5.1.6 ”Erityistä huomiota kiinnitetään toimintarajoitteisten kuten ikääntyneiden mahdollisuuksiin elää kokemusrikasta elämää.” s. 10 (D3)

5.2 Terveyden edistäminen

- 5.2.1 ”Helsinki edistää asukkaidensa mielenterveyttä, toimijuutta ja päihteettömyyttä sekä vahvistaa ikääntyneiden toimintakykyä ja osallistumista Stadin ikäohjelman mukaisesti.” s. 7 (D3)
- 5.2.2 ”Hyvinvointieroja ja eriytymiskehitystä sekä niihin kohdistuvia kaupungin toimenpiteitä toteutetaan ja seurataan kaupunkitasoisena kokonaisuutena.” s. 7 (D3)
- 5.2.3 ”Helsingissä lapsilla ja nuorilla on turvalliset ja terveelliset oppimisympäristöt.” s. 10 (D2)
- 5.2.4 ”Helsinki tekee aktiivista yhteistyötä, valtiovallan, muiden suurempien kaupunkien, korkeakoulujen ja tutkijoiden sekä rakennusalan kanssa toimivien ratkaisujen löytämiseksi julkisten tilojen ja erityisesti koulujen sisäilmaongelmiin.” s. 10 (D3, D2)
- 5.2.5 ”Helsinki luo kaupunkiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyörakenteet ja nostaa liikkumisen lisäämisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen pilottihankkeeksi.” s. 10 (D3)
- 5.2.6 ”Liikkumista edistetään yhtä laaja-alaisemmin kaupungin tuottamilla palveluilla. Kaupunkiympäristöä sekä liikunta- ja kulttuuritarjontaa kehitetään liikkumiseen ja arkiaktiivisuuteen kannustavaksi tasapuolisesti eri kaupunginosissa.” s. 10 (D3)
- 5.2.7 ”Lapsia ja nuoria liikutetaan yhä enemmän kiinteänä osana heidän arkeaan varhaiskasvatuksessa ja kouluissa.” s.10 (D3)
- 5.2.8 ”Terveyden edistämiseksi Helsingissä lisätään kaupunkilaisten toimintakykyä ja mahdollisuuksia turvalliseen itse- ja omahoitoon ja kotona asumiseen. Helsingissä vahvistetaan kotihoitoa ja sen asiakkaiden ja työntekijöiden hyvinvointia sekä pyritään ennaltaehkäisemään akuutteja tilanteita.” s. 10 (D3)
- 5.2.9 ”Terveyskeskusten maksuttomuus säilytetään.” s. 11 (D3)

6 TASA-ARVO

6.1 Suvaitsevaisuus

- 6.1.1 ”Jokaisella helsinkiläisellä – niin nuorella, ikääntyneellä kuin toimintarajoitteisella – on mahdollisuus elää kokemusrikasta ja laadukasta elämää ja saada siihen tarvittava tuki ja palvelut kaikissa elämän vaiheissa. Toimiva kaupunki on erityisesti ikääntyneiden sekä tukea tarvitsevien etu.” s. 3 (D 3 ja D 1)
- 6.1.2 ”Turvallisuus ja kaupunkilaisten keskinäinen luottamus ja yhteenkuuluvuuden tunne on kaupungin kilpailuvaltti. Kaupunki on kaikkia varten.” s. 3 (D 3)
- 6.1.3 ”Helsinki edistää suvaitsevaisuutta ja monimuotoisuutta, lisää kansainvälisyyttään ja luo edellytyksiä mielenkiintoisten kohteiden ja tapahtumien synnylle.” s.3 (D3)
- 6.1.4 ”Huippulaatuinen ja helposti saavutettavissa oleva kulttuuri sekä urheilutapahtumat tuovat ihmisiä yhteen ja lisäävät keskinäistä ymmärrystä.” s. 8 (D3)

6.2 Tasavertaisuus

- 6.2.1 ”Sukupuolten tasa-arvo on läpäisevä periaate kaikessa kaupungin toiminnassa.” s. 5 (D3)
- 6.2.2 Sosiaalisen koheesion ylläpitäminen on hyvän ja kilpailukykyisen kaupungin elinehto myös jatkossa.” s. 6 (D3, D1)
- 6.2.3 ”Tasavertaisten mahdollisuuksien luomiseksi kaupunki varmistaa, että sen tiloja on helppoa ja turvallista käyttää koulutus-, kansalais- ja kulttuuritoimintaan.” s. 7 (D3)
- 6.2.4 ”Helsingissä on paljon mahdollisuuksia eri lähtökohdista tulevien ja elämäntilanteissa olevien ihmisten tasavertaiseen kohtaamiseen ja yhteiseen tekemiseen.” s. 8 (D3)
- 6.2.5 ”Tasavertainen ja toista kunnioittava kohtelu on edellytys sille, että kaupungin kasvu ja muutos näkyvät kaikille myönteisenä asiana.” s.8 (D3)
- 6.2.6 ”Jotta kaikilla helsinkiläisillä oppijoilla olisi tasavertaiset mahdollisuudet tutustua kotikaupunkiinsa, selvitetään mahdollisuutta vapauttaa koululuokat joukkoliikennemaksuista.” s. 9 (D2, D3)
- 6.2.7 ”Helsinki varmistaa, että kaikilla kuntalaisilla on mahdollisuus hankkia ja vahvistaa tietoyhteiskunnan edellyttämiä taitoja.” s. 9 (D3, D2)